

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

ELIEZER MAGNO DIÓGENES ARAÚJO

**A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE BRASIL E PORTUGAL**

RECIFE

2017

ELIEZER MAGNO DIÓGENES ARAÚJO

**A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE BRASIL E PORTUGAL**

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito à obtenção do grau de Doutor em Ciências. No âmbito do acordo de cotutela entre a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade de Coimbra.

Orientadores:

Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior

Dr. Mauro Serapioni

Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto

RECIFE

2017

Catlogação na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

A663c Araújo, Eliezer Magno Diógenes.
A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre Brasil e Portugal / Eliezer Magno Diógenes Araújo. - Recife: s. n, 2017.
357, ilus, tab, graf.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

Orientadores: José Luiz do Amaral Correa de Araújo Júnior; Mauro Serapioni; Pedro Miguel dos Santos Neto.

1. Relações Interprofissionais. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Comportamento Cooperativo. 4. Governança clínica. I. Araújo Júnior, José Luiz do Amaral Correa de. II. Serapioni, Mauro. III. Pedro Miguel dos Santos Neto. IV. Título.

CDU 614.39

ELIEZER MAGNO DIÓGENES ARAÚJO

A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE BRASIL E PORTUGAL

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito à obtenção do grau de Doutor em Ciências. No âmbito do acordo de cotutela entre a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade de Coimbra.

Aprovado em: 29 de setembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ
(presidente da banca)

**Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de
Araújo Júnior**
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ
(orientador)

**Dra. Paulette Cavalcanti de
Albuquerque**
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Idê Gomes Dantas Gurgel
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Ana Raquel Matos
Universidade de Coimbra

**Dra. Silvia Margarida Violante Portugal
Correia**
Universidade de Coimbra

Dr. Tiago Feitosa de Oliveira
Universidade Federal de Pernambuco

Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito
Universidade Federal da Paraíba

À minha esposa Marília e às minhas três lindas filhas, Camila, Jamile e Elisa. Cada uma, de forma especial, enche minha vida de alegria.

AGRADECIMENTOS

Esta Tese resultou do esforço conjunto de vários colaboradores, sem os quais não seria possível, a este aprendiz, avançar e descobrir seu objeto de estudo e desenvolver uma questão, uma ideia e uma vocação. Nesse sentido, agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Pública, à Fundação Oswaldo Cruz e ao Instituto Aggeu Magalhães (IAM), incluindo os colegas doutorandos e os nossos educadores, pelas constantes trocas, aprendizagem e estímulo à produção científica, crítica e politicamente engajada com os princípios do SUS. À colaboração de todo o corpo técnico do Centro de Estudos Sociais (CES), da Universidade de Coimbra – UC, pelo acolhimento e suporte durante todo o percurso do estágio doutoral. À Biblioteca Norte/Sul e à família que dela faz parte, como um lugar potente para o trabalho, para a amizade e para a vida. À Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, Ceará, e às Equipes de Saúde da Família, em especial, às professoras Socorro Dias e Maristela Osawa, em Sobral, Ceará, bem como à Associação Nacional das Unidades de Saúde da Família (USFAN), em especial, ao Dr. João Rodrigues, e às equipes de USF que acolheram e proporcionaram a efetivação desta pesquisa em Coimbra, Portugal. Aos meus orientadores, José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior, Mauro Serapioni e Pedro Miguel dos Santos Neto, pela assertividade, amabilidade e pelo olhar crítico e propositivo, que mantiveram ao longo do trabalho. À professora Cristina Guilam e à Coordenação do Doutorado Internacional em Direitos Humanos, Saúde Global e Políticas da Vida, pelos desafios que enfrentaram corajosamente. Aos meus pais, Elieser e Lúcia, que em mim sempre acreditaram e me motivaram a vencer. À minha amada esposa, Marília, e às minhas três preciosas filhas, pelo amor com que nutrem o que há de melhor em mim, pela paciência e zelo, mesmo nos momentos mais difíceis. Rendo graças ao meu Deus amado, ao Senhor Jesus Cristo e ao Espírito Santo, que nos momentos mais oportunos me ensinaram disciplina, perseverança e perdão, levantando tantos que me auxiliaram e vencendo comigo o meu mais persistente adversário ao longo da realização deste projeto: eu mesmo.

“ A esperança tinha razão. Também as naus de
antanho venceram ventos, corsários e ciladas...
mas dobraram o cabo”.

(António Arnaut, Coimbra, 2009).

ARAÚJO, Eliezer Magno Diógenes. **A Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde:** Estudo comparativo entre Brasil e Portugal. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

RESUMO

As equipes de saúde produzem e coordenam processos de cuidado através de um trabalho derivado do contato entre organizações, equipes, profissionais e pacientes. O propósito geral deste estudo foi compreender a dinâmica da colaboração interprofissional no contexto do trabalho da Estratégia Saúde da Família (Brasil) e das Unidades de Saúde Familiar (Portugal). A Colaboração Interprofissional (CI) envolve aspectos relacionais, organizacionais e estratégicos que configuram o trabalho em equipe e a governança clínica no cotidiano dos serviços. Objetivos: a) identificar os fatores que influenciam no desenvolvimento da CI; b) compreender as concepções de CI sustentadas pelos profissionais de saúde, no contexto da Atenção Primária à Saúde; c) avaliar o nível de CI nas equipes de saúde, nos dois países; e d) desenvolver um processo de construção e validação de um instrumento de avaliação da CI. Métodos: desenvolveu-se um estudo de casos comparados, observando-se políticas e serviços de saúde nos dois países e a adaptação de um modelo de avaliação da CI. Para a coleta de dados, utilizou-se pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas, observação direta e questionário, em formato digital, enviado por correio eletrônico. Resultados: observou-se que: a) os esforços para a cogestão democrática da equipe contribuem para a efetivação da qualidade do cuidado; b) um distanciamento dos órgãos gestores (administrativos) superiores em relação ao trabalho cotidiano das equipes, suas lutas, dilemas e desafios concretos; c) diferenças marcantes na governança clínica e do trabalho colaborativo entre os dois casos, que abrangem, por exemplo: a inclusão de novas categorias profissionais junto a equipes de saúde da família (no Brasil) e a adesão voluntária e incentivos institucionais por produtividade (em Portugal). De forma geral, vimos que a governança clínica em saúde é uma estratégia fundamental para a organização e a efetivação do cuidado na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Relações Interprofissionais. Comportamento Cooperativo. Atenção Primária à Saúde. Governança Clínica.

ARAÚJO, Eliezer Magno Diogenes. **Interprofessional Collaboration in Primary Health Care: A comparative study between Brazil and Portugal.** 2017. Thesis (Doctorate in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

ABSTRACT

Health teams produce and coordinate care processes through a work which come from the contact between organizations, teams, professionals and patients. The general purpose of this study it was to understand the dynamics of interprofessional collaboration in the context of the Family Health Strategy (Brazil) and the Family Health Units (Portugal). Interprofessional Collaboration (IC) involves relational, organizational and strategic aspects that make up the team work and the clinical governance in daily services. Objectives: Objectives: a) identify the factors that influence the development of IC; B) understand the conceptions of IC sustained by health professionals, in the context of Primary Health Care; C) assessing the level of IC in the health care teams, in both countries; and d) develop a process of construction and validation of a CI assessment instrument. Methods: develops a comparative study of cases, considering health policies and services in both countries and using an evaluation model of IC. For the collection of data, it was used documentary research, semi-structured interviews, direct observation and a survey in digital format, sent by e-mail. Results: it is observed that: a) the efforts for democratic co-management team contribute to the effectiveness of the quality of care; b) a disagreement of the higher management bodies (administrative) to the daily work of the teams, their struggles, dilemmas and practical challenges; c) striking differences in the governance of clinical and collaborative work between the two cases, including for example, the inclusion of new professional categories with the family health teams (in Brazil) and the voluntary institutional incentives for productivity (in Portugal) . Overall, we found that the clinical governance in health is a key strategy for the organization and the effectiveness of care in Primary Health Care.

Key-words: Interprofessional Relations. Cooperative Behaviour. Primary Health Care. Clinical Governance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Razão mortalidade infantil até 5 anos de idade, no Mundo (óbitos por 100 nascidos vivos)	32
Figura 2 - A saúde e os contextos sociais de determinação	41
Figura 3 - Curva da Mortalidade infantil até os 5 anos de idade (por 1000 nascidos vivos), no Brasil e em Portugal	44
Figura 4 - Curva da Mortalidade infantil até os 5 anos de idade (por 1000 nascidos vivos), no Brasil e em Portugal, região da América Latina, Zona do Euro e Mundo	44
Figura 5 - Gasto total em saúde (% do PIB), entre 2000 e 2014, no Brasil, em Portugal e em outros países	49
Figura 6 - Gasto Privado e Público em saúde (% do Gasto total), no ano de 2014, no Brasil, em Portugal e em outros países	50
Figura 7 - Relação entre gasto total em Saúde (% do PIB) e Gasto Público e Privado (% do gasto total), ano 2014, entre Brasil e Portugal	50
Figura 8 - Gasto Público e Privado em saúde (% do gasto total), ano 2014, entre Brasil e Portugal	51
Figura 9 - Densidade de Médicos (por mil habitantes) no Brasil e em Portugal	57
Figura 10 - Elementos fundamentais na Teoria da Ação Coletiva (organizada), de Crozier e Friedberg	78
Figura 11 - Modelo de Colaboração Interprofissional: dimensões e indicadores de análise	98
Figura 12 - Desenho da Pesquisa segundo enfoque metodológico e percurso da pesquisa	115
Figura 13 - Distribuição dos escores por dimensão	136
Figura 14 - Distribuição dos escores para os indicadores de cada dimensão	137
Figura 15 - Distribuição dos escores das dimensões para cada país, Brasil e Portugal ...	139
Figura 16 - Distribuição dos escores dos indicadores de cada país	139
Figura 17 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS”. Dados gerais (n = 97) Dimensão 1 - Visão compartilhada	142
Figura 18 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS” para cada país. Dimensão 1 - Visão compartilhada	142
Figura 19 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS”. Dados gerais (n = 97). Dimensão 2 – Internalização	143

Figura 20 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS” para cada país. Dimensão 2 – Internalização	143
Figura 21 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS”. Dados gerais (n = 97). Dimensão 3 – Formalização	144
Figura 22 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS” para cada país. Dimensão 3 – Formalização	144
Figura 23 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS”. Dados gerais (n = 97). Dimensão 4 - Governança no Trabalho	145
Figura 24 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS” para cada país. Dimensão 4 - Governança no Trabalho	145
Figura 25 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS”. Dados gerais (n = 97). Dimensão 5 - Governança Clínica	146
Figura 26 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS” para cada país. Dimensão 5 - Governança Clínica	146
Figura 27 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe”. Dados gerais (n = 97) Dimensão 1 - Visão compartilhada	149
Figura 28 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe”para cada país. Dimensão 1 - Visão compartilhada	149
Figura 29 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe”. Dados gerais (n = 97) Dimensão 2 – Internalização	150
Figura 30 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe”para cada país. Dimensão 2 – Internalização	150
Figura 31 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe”. Dados gerais (n = 97) Dimensão 3 – Formalização	151
Figura 32 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe”para cada país. Dimensão 3 – Formalização	151
Figura 33 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe”. Dados gerais (n = 97) Dimensão 4 - Governança no Trabalho	152
Figura 34 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe”para cada país. Dimensão 4 - Governança no Trabalho	152
Figura 35 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe”. Dados gerais (n = 97) Dimensão 5 - Governança Clínica	153

Figura 36 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe” para cada país. Dimensão 5 - Governança Clínica	153
Figura 37 - Resultado geral da Escala de Colaboração, quanto ao conjunto de dimensões (n = 97)	162
Figura 38 - Resultado geral da Escala de Colaboração, quanto ao conjunto de indicadores (n = 97)	163
Figura 39 - Resultado da Escala de Colaboração, quanto ao conjunto de dimensões, para cada país	163
Figura 40 – Resultado da Escala de Colaboração, quanto ao conjunto de indicadores, para cada país	164
Figura 41 – Resultado geral da Escala de Colaboração, quanto à variável de “tempo de experiência” de trabalho na APS	165
Figura 42 – Resultado geral da Escala de Colaboração, quanto à variável de “tempo de inclusão” na equipe de trabalho atual	165
Figura 43 – Resultado geral da Escala de Colaboração, quanto à “categoria profissional” (medicina e enfermagem), para dados gerais (n = 97)	166
Figura 44 – Resultado da Escala de Colaboração, quanto à categoria profissional de Enfermagem, para Brasil e Portugal	167
Figura 45 – Resultado da Escala de Colaboração, quanto à categoria profissional de Medicina, para Brasil e Portugal	167
Figura 46 – Resultado geral da Escala de Colaboração, segundo resposta individual. Participante de Portugal, nº 64	168
Figura 47 – Resultado geral da Escala de Colaboração, segundo resposta individual. Participante do Brasil, nº 21	169

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese dos principais marcos históricos das Políticas de Saúde (SUS) no Brasil	39
Quadro 2 - Síntese dos principais marcos históricos das Políticas de Saúde (SNS) em Portugal	40
Quadro 3 - Matriz de comparação das políticas públicas de saúde, entre os países do estudo	42
Quadro 4 - Dados demográficos gerais, expectativa de vida e mortalidade infantil no Brasil e em Portugal	43
Quadro 5 - As quatro DCNT de maior impacto na saúde global e sua relação com fatores de risco, em comum	45
Quadro 6 - Síntese dos Marcos legais para Saúde Pública, no Brasil e em Portugal	46
Quadro 7 - Síntese do Financiamento e da composição do gasto público em saúde, no Brasil e em Portugal	48
Quadro 8 - Credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal, no Brasil, de 2010 a 2016	53
Quadro 9 - Comparação de alguns indicadores da Força de Trabalho em Saúde, no Brasil e em Portugal	55
Quadro 10 - Alguns indicadores de saúde relacionados com indicadores de Recursos Humanos em Saúde, no Brasil e em Portugal, de 2010 a 2013	56
Quadro 11 - Dimensões de análise do Pensamento Estratégico, de Mario Testa	81
Quadro 12 - Descrição dos indicadores de colaboração interprofissional	100
Quadro 13 - Principais indicadores de Saúde do município de Sobral	118
Quadro 14 - Indicadores demográficos e sociais do distrito de Coimbra	120
Quadro 15 - Recursos Humanos e cuidados em saúde no Distrito de Coimbra	121
Quadro 16 - Distribuição de escores por tipologia de avaliação da colaboração interprofissional	131
Quadro 17 - Identificação numérica de cada dimensão na construção de quadros e gráficos	135
Quadro 18 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5, para o resultado geral (n = 97 respostas)	135
Quadro 19 - Estatísticas dos escores dos indicadores das dimensões 1 a 5 (n = 97)	136

Quadro 20 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5 e estatísticas do escore geral para o Brasil	137
Quadro 21 - Estatísticas dos escores dos indicadores para o Brasil	138
Quadro 22 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5 e estatísticas do escore geral para Portugal	138
Quadro 23 - Estatísticas dos escores dos indicadores para Portugal	138
Quadro 24 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5 e estatísticas do escore geral, segundo tempo de experiência de trabalho na APS (n = 97)	140
Quadro 25 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5 e estatísticas do escore geral, segundo tempo de experiência de trabalho na APS: dados para cada país	141
Quadro 26 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5 e estatísticas do escore geral, segundo tempo de inclusão na equipe. Dados gerais (n = 97)	147
Quadro 27 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5 e estatísticas do escore geral, segundo tempo de inclusão na equipe: dados de para cada país	148
Quadro 28 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5 e estatísticas do escore geral, segundo categoria profissional (Medicina e Enfermagem). Dados gerais (n = 97)	154
Quadro 29 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5 e estatísticas do escore geral, segundo categoria profissional (Medicina e Enfermagem), para cada país	154
Quadro 30 - Resultados do teste de normalidade aplicados aos escores dos indicadores das dimensões 1 a 5, para ambos os países	156
Quadro 31 - Resultados do teste de Mann-Whitney para comparação entre os escores de Brasil e de Portugal	157
Quadro 32 - Resultados do teste de Mann-Whitney para comparação entre os escores de Brasil e Portugal, que foram evidenciadas como sendo significativas	158
Quadro 33 - Classificação da consistência interna de um questionário segundo valor de alfa	159
Quadro 34 - Classificação da consistência interna de um questionário segundo valor de alfa	160
Quadro 35 - Coeficiente alfa de Cronbach calculado para o instrumento baseado na escala adaptada	160
Quadro 36 - Coeficiente alfa de Cronbach calculado para o instrumento – dimensão 1	161
Quadro 37 - Coeficiente alfa de Cronbach calculado para o instrumento – dimensão 2	161
Quadro 38 - Coeficiente alfa de Cronbach calculado para o instrumento – dimensão 3	161

Quadro 39 - Coeficiente alfa de Cronbach calculado para o instrumento – dimensão 4	161
Quadro 40 - Coeficiente alfa de Cronbach calculado para o instrumento – dimensão 5	161
Quadro 41 - Resumo das entrevistas realizadas, por modalidade de entrevistas, cenário de estudo de caso e categoria profissional do participante	170
Quadro 42 - Identificação dos participantes por códigos descritivos, nomes (fictícios) e número da entrevista	171
Quadro 43 - Quadro analítico da entrevista 01 (resumido), Beto (PTM.1)	172
Quadro 44 - Quadro analítico da entrevista 07 (resumido), Gabi (BRE.1)	174
Quadro 45 - Agrupamento das temáticas das entrevistas, em categorias mais abrangentes: um exemplo em três categorias	177
Quadro 46 - Resumo da análise de categoria e sua ocorrência por entrevistado	178
Quadro 47 - Agrupamento de categorias e exemplos de falas associadas	179
Quadro 48 - Referentes Núcleos para a análise proposicional do discurso	180
Quadro 49 - Proposições por grupo de Referente Núcleo e por categoria profissional: caso no Brasil (Sobral)	181
Quadro 50 - Proposições, por grupo de Referente Núcleo e por categoria profissional: caso em Portugal (Coimbra)	182
Quadro 51 - Temáticas associadas às proposições identificadas, por grupo de Referente Núcleo e por categoria profissional: para ambos os casos Brasil (Sobral) e Portugal (Coimbra)	183
Quadro 52 - Síntese descritiva da observação direta nas unidades de saúde da família, Registro 01	186
Quadro 53 - Síntese descritiva da observação direta em encontro de profissionais, Registro 02	188
Quadro 54 - Síntese descritiva da observação direta nas unidades de saúde da família, Registro 07	190

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADSE	Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ARS	Administrações Regionais de Saúde
BSM	Plano Brasil Sem Miséria
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCDR	Coordenação e Desenvolvimento Regional
CCS	Conselhos Clínicos e de Saúde
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CENDES	Centro de Desenvolvimento
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CES	Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina
CI	Colaboração Interprofissional
CIHC	Canadian Interprofessional Health Collaborative
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
CSF	Centro de Saúde da Família
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DGS	Direção Geral da Saúde
DTNs	Doenças Tropicais Negligenciadas
EFSFVS	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia
ERA	Equipes regionais de apoio
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEUC	Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAM	Instituto Aggeu Magalhães
IC	Interprofessional Collaboration
IES	Instituição de Ensino Superior
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INE	Instituto nacional de Estatística, de Portugal
INPS	Instituto nacional Previdência social
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
NOB	Normas Operacionais Básicas
NUTS	Nomenclatura das Unidades territoriais para Fins Estatísticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas em Saúde
PHC	Primary Health Care
PIB	Produto Interno Bruto
PMM	Programa Mais Médicos
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNS	Plano Nacional de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSF	Programa Saúde da Família
RAISM	Rede de Atenção Integral à Saúde Mental
RAS	Rede de Atenção a Saúde
RIPASS	Rede Interdisciplinar de Pesquisa e Avaliação em Sistemas de Saúde
RMFC	Residências em Medicina de Família e Comunidade
RMSF	Residências Multiprofissionais em Saúde da Família
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade

SICC	Sistema Integrado da Comissão Científica
SiS	Sistemas de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UC	Universidade de Coimbra
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados Saúde Personalizados
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UP	Unidades Ponderadas
URAP	Unidade de recursos assistenciais partilhados
USF	Unidades de Saúde da Família
USF-AN	Associação Nacional das Unidades de Saúde da Família
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 PENSAR EM SAÚDE, ENTRE DILEMAS E NECESSIDADES: UM DESAFIO CONSTANTE	26
2.1 Sistemas de Saúde como Política Social	26
2.2 Saúde Global e Sistemas de Saúde em transição: desafios e oportunidades	30
2.2.1 Avanços na Saúde Global, mortalidade infantil e desigualdade	31
2.2.2 Doenças negligenciadas como questão persistente	32
2.2.3 Recursos Humanos em Saúde	33
2.2.4 Condições de Saúde: compreender para intervir	34
2.3 Sistemas Nacionais de Saúde, no Brasil e em Portugal	36
2.3.1 Estado geral da saúde	43
2.3.2 Direcionamento estratégico e financiamento em saúde	45
2.3.3 Prestação e organização do cuidado na APS	52
2.3.4 Força de Trabalho em Saúde	54
2.3.5 Participação Social em saúde	57
3 CONCEPÇÕES DE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL	62
3.1 Estado da Questão	62
3.2 Enquadre teórico sobre a Colaboração	66
3.2.1 A Eficácia Coletiva na construção do ambiente de trabalho	67
3.2.2 Dos Sistemas Abertos à Ação Social: rumo a Teoria da Ação Coletiva	71
3.2.3 Pensamento Estratégico e práticas colaborativas nas equipes de saúde	78
3.2.4 A Reorganização do Cuidado e sua relação com o Trabalho Colaborativo	83
3.2.5 Modelo de Colaboração Interprofissional, como utilizado na pesquisa	94
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	101
4.1 Objetivo Geral	101
4.1.1 Objetivos Específicos	101
4.2 Pressupostos Filosóficos da Pesquisa	101
4.3 Reflexões sobre a Pesquisa Teórica	106
4.4 Estratégia de Pesquisa	109
4.4.1 Fases e Desenho da Pesquisa	109
4.4.2 Cenário e Amostragem do Estudo	116
4.4.2.1 <i>Contexto de caso, no Brasil</i>	116

4.4.2.2 Contexto de caso, em Portugal	119
4.4.2.3 Amostragem	122
4.4.3 Procedimentos de Coleta de Dados	123
4.4.3.1 Pesquisa Documental	124
4.4.3.2 Entrevista	125
4.4.3.3 Observação direta	128
4.4.3.4 Questionário	130
4.5 Considerações Éticas	132
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	134
5.1 Resultados do Questionário: dados do Brasil e de Portugal	134
5.2 Resultados das Entrevistas e da Observação Direta: Brasil e Portugal	170
5.2.1 Resultados das Entrevistas	170
5.2.2 Resultados da Observação Direta	184
6 DISCUSSÃO	194
6.1 Discussão dos resultados quantitativos.....	194
6.2 Discussão dos resultados qualitativos	197
6.2.1 Formação para Saúde Pública e Educação Permanente na APS	197
6.2.2 Políticas e estratégias de Recursos Humanos	199
6.2.3 Processos de cogestão do trabalho, autonomia e direcionamento estratégico	201
6.2.4 Governança clínica e tomadas de decisão compartilhada	203
6.2.5 Conflitos, estresse e <i>Burnout</i> no trabalho no contexto da APS	205
6.2.6 Relação vertical de poder entre a gestão e o serviço	207
6.2.7 Coesão, confiança e resiliência das equipes da APS	209
6.2.8 Participação, co-responsabilização e relação profissional-usuário na APS	211
6.2.9 Avaliação e auditoria nas unidades de saúde da família	213
6.2.10 Corporativismo e medicina nas equipes de saúde da família	215
6.2.11 Relação entre APS e Rede de Atenção em saúde	217
6.3 Tecendo pontes entre os achados qualitativos e quantitativos	219
7 CONCLUSÃO	229
7.1 Contribuições do Estudo	229
7.2 Limitações do Estudo	232
7.3 Agenda para pesquisas futuras	235
REFERÊNCIAS	237

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	256
APÊNDICE B - Questionário – Versão para o Brasil	257
APÊNDICE C - Questionário – Versão para Portugal	261
APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista com Profissionais de Saúde do Brasil	265
APÊNDICE E - Roteiro de Entrevista com Profissionais de Saúde de Portugal	266
APÊNDICE F - Protocolo de Registro Observacional	267
APÊNDICE G - Questionário em formato digital, versão para o Brasil	268
APÊNDICE H - Questionário em formato digital, versão Para Portugal	275
APÊNDICE I - Quadros de Análise das Entrevistas	282
APÊNDICE J - Relatório Geral de atividades no Estágio Doutoral na UC	320
APÊNDICE K - Artigo Publicado, no âmbito da pesquisa. Ano 2016	323
ANEXO A - Relatório da Organização Mundial de Saúde, sobre o Brasil	332
ANEXO B - Relatório da Organização Mundial de Saúde, sobre Portugal	335
ANEXO C - Relatório Município em números (IBGE), sobre Sobral	338
ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM / FIOCRUZ	339
ANEXO E - Parecer por parte do orientador do Instituto Aggeu Magalhães	342
ANEXO F - Parecer por parte do orientador do Centro de Estudos Sociais	343
ANEXO G - Declaração de anuência da Associação Nacional das USF (USF-AN)	344
ANEXO H - Acordo de Cotutela entre FIOCRUZ e Universidade de Coimbra	345
ANEXO I - Publicações da USF – Registro observação 01	352
ANEXO J - Nota a imprensa da USF-AN	353
ANEXO K - Fotos das unidades de saúde (Sobral e Coimbra) e do encontro de profissionais da USF	355

1 INTRODUÇÃO

Esta Tese aborda o tema da Colaboração Interprofissional (CI) no contexto de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS), e, mais especificamente, na análise do trabalho em equipe, realizado nos moldes do que se convencionou chamar Saúde da Família.

É proposta como parte das atividades do autor no programa de Cooperação Internacional entre a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Universidade de Coimbra (UC), vinculado ao Programa de Doutorado em Direitos Humanos, Saúde Global e Políticas da Vida, ligado à linha de pesquisa sobre Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde.

Buscamos nos aliar com os desafios do Plano Brasil Sem Miséria (BSM)¹, aproximando-nos de sua missão quanto à busca pela promoção da saúde e da equidade social, desenvolvendo temática de investigação sobre problemas relacionados ao acesso a serviços públicos de saúde, especificamente, no que diz respeito às equipes de Saúde da Família, compreendido, no BSM, como área prioritária.

Realizamos um estudo de caso comparado, utilizando métodos mistos (qualitativos e quantitativos), em uma perspectiva avaliativa e pragmática (YIN, 2010), a partir de experiências locais no Brasil e em Portugal, respectivamente, na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Esta proposta nasceu a partir da experiência do autor com a Atenção Primária à Saúde (APS), tanto na assistência, atuando diretamente nos serviços de saúde, como também, no papel de preceptor de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e coordenador de projetos de apoio matricial, em diversas áreas. Ao observar as relações que permeiam e constroem a clínica ampliada e multiprofissional, na perspectiva de desenvolver um trabalho interdisciplinar e interprofissional, vimos como esta perspectiva, preconizada nos textos oficiais, encontra barreiras político-institucionais, organizacionais e humanas que estão presentes no cotidiano dos serviços.

Pressupomos que, grande parte dos desafios vividos quanto à efetivação de políticas e boas práticas em saúde, especialmente na APS, encontra em sua raiz, uma ingerência ou incompreensão sobre o comportamento colaborativo. Nesse sentido, a problematização de tópicos específicos do processo de trabalho, das políticas e estratégias de desenvolvimento da APS pode e deve favorecer os processos de mudança de práticas.

Consideramos que as equipes, e não mais os indivíduos isoladamente, têm se

¹ O Plano Brasil Sem Miséria (BSM), o qual versa sobre o combate à pobreza e à desigualdade, foi lançado em junho de 2011, voltado às famílias que viviam com uma renda familiar inferior a R\$ 70,00 mensais por pessoa.

constituído como unidades básicas de trabalho, requerendo novas maneiras de lidar com as pessoas e cuidar das organizações (CHIAVENATO, 2004). Isto se torna particularmente significativo no cenário das equipes de saúde, que atuam em organizações sem fins lucrativos, cujas ações não produzem bens, mas serviços que são processados, em grande parte, por um trabalho imaterial, derivado do contato entre organizações, equipes, profissionais e pacientes, das ações e interações que constituem estas relações (SERAPIONI, 2006).

Os processos interativos desenvolvem-se na vida cotidiana e compartilhada com outros seres humanos. Cada indivíduo contribui decisivamente e singularmente para a “construção” de seus processos de interação social (GUESSER, 2003). Essas interações podem tomar diferentes formas, como por exemplo, a colaboração interprofissional.

A Colaboração Interprofissional é um tópico bastante significativo no contexto geral dos processos e organizações de trabalho, apresentando-se como um construto polissêmico, complexo, atual e emergente no sentido de dar respostas às necessidades envolvidas no trabalho em equipes de saúde (D'AMOUR et al., 2005).

Relacionado diretamente ao conceito de Educação Interprofissional, o tema abordado nesta tese tem sido alvo de numerosos estudos, detalhados mais adiante, o qual está na base de diversas iniciativas por todo o mundo, destacando-se experiências no Canadá (CANADÁ, 2010) e no Reino Unido e Austrália. Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem mantido um Grupo de Estudo em Educação Interprofissional e Práticas Colaborativas, disseminando informações de várias entidades parceiras (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010)².

No caso do Brasil, no que concerne aos serviços de Saúde Pública, o trabalho de forma interdisciplinar e em equipe é um dos fundamentos da Atenção Básica, que tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da APS (BRITO, 2016). Isto implica que os processos de trabalho em equipe devem focar a efetivação da integralidade e a articulação das ações de promoção da saúde (BRASIL, 2006b).

Em Portugal, o interesse pela APS, se renovou a partir de 2005, com a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) que teve a responsabilidade de conduzir uma profunda reconfiguração da APS Portuguesa, a qual desenvolve extenso processo de implantação das USF, nos últimos anos. Os principais objetivos desta reforma no setor foram:

² *World Health Organization (WHO) - O Framework sobre Educação Interprofissional e Prática Colaborativa destaca o status da colaboração interprofissional em todo o mundo, provendo ideias e estratégias para os tomadores de decisão.*

melhorar a acessibilidade, a eficiência, a qualidade e a continuidade dos cuidados e aumentar a satisfação dos profissionais e dos cidadãos, tendo como uma das características centrais o trabalho em equipe (PISCO, 2011).

O trabalho colaborativo na APS, na perspectiva da reorganização do cuidado em saúde, deve levar em consideração a interação entre trabalhador e usuário, a população e os grupos sociais que são concebidos como partícipes dos processos de cuidado (CREVELIM; PEDUZZI, 2005). Nesse sentido, os modelos de colaboração interprofissional, devem identificar o usuário como coprodutor do serviço de saúde, os quais são afetados por suas demandas e condições de vida (SILVA-ROOSLI; ATHAYDE, 2011).

Considerando o exposto, importa-nos refletir acerca dos seguintes questionamentos: quais as estratégias utilizadas pelos profissionais da APS, em suas práticas cotidianas, para o desenvolvimento da Colaboração Interprofissional, no Brasil e em Portugal? Quais as concepções de Colaboração Interprofissional são sustentadas por estes profissionais de saúde? O usuário é considerado copartícipe do processo de trabalho? Como avaliar o nível de Colaboração Interprofissional, nas equipes da APS, dos dois países? Essas são algumas das questões problematizadoras que dirigiram a pesquisa.

O estudo comparativo deu-se a partir de experiências locais, desenvolvidas no Brasil e em Portugal, respectivamente, na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nas Unidades de Saúde da Família (USF). Concordamos com Conill, Fausto e Giovanella (2010) quanto ao fato de os estudos comparados serem vantajosos no sentido de poderem revelar dinâmicas de convergência e divergência, semelhanças no compartilhamento de alguns problemas e diferenças determinadas pela especificidade de cada sistema estudado. Brasil e Portugal, têm aspectos históricos comuns em relação ao cuidado em saúde. Em ambos os países, por exemplo, há o direito à saúde, como resultante do processo de redemocratização, a saber: em Portugal, por um lado, ocorreu a Revolução dos Cravos, quando a Constituição democrática de 1976, institui o Serviço Nacional de Saúde (SNS), no Brasil, por outro lado, esta conquista resulta da Reforma Sanitária e da Constituição Cidadã de 1988, justamente quando se consolida o SUS. Ambos passaram por contrarreformas políticas (de cunho liberal-privatista), a partir dos anos 1990, contexto marcado pela busca da retirada de direitos sociais e pela privatização das políticas sociais, com destaque para a saúde. Além disso, os dois países vivenciam, atualmente, os mesmos impasses originários da retração do Estado e das influências do neoliberalismo, acentuadas pela mundialização do capital. Passam também por reações a essas medidas, processo resultante dos movimentos sociais e da atuação dos partidos políticos de oposição, bem como de profissionais e de usuários de saúde.

Existem, no entanto, diferenças marcantes na forma de gerenciamento, financiamento, acesso, participação social, resultados em saúde e muitos outros fatores, entre os dois países, o que resulta em sérios desafios para a análise comparada a ser apresentada posteriormente.

Este estudo concentrou-se no trabalho das equipes na APS, Saúde da Família, a partir da análise das características relacionais no processo de trabalho interprofissional, assumindo-se como procedimentos de coleta de dados: pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas, observação direta e questionário.

Parte do trabalho visou ao desenvolvimento/adaptação de uma tecnologia de avaliação da Colaboração Interprofissional que possa ser efetivamente aplicada no contexto da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma Escala de Avaliação da Colaboração interprofissional, construída com base no modelo e na tipologia canadenses de avaliação da colaboração em saúde (D'AMOUR, et al., 2008).

O conceito de interprofissionalidade, central para este estudo, diz respeito às práticas concretas voltadas para a solução de problemas empíricos específicos, os quais se desdobram no cotidiano dos trabalhadores, das equipes e de seus serviços (FURTADO, 2007), no sentido de superar práticas fragmentadas e construir modalidades de práticas colaborativas, com vistas à ampliação do acesso à saúde e da qualidade do cuidado.

O referencial teórico conceitual está estruturado em dois tópicos principais. No capítulo segundo, “Pensar em Saúde”, discutimos sobre os Sistemas de Saúde, observando sua dinâmica como parte de uma Política Pública de Saúde e alguns dos principais avanços e desafios quanto à Saúde Global, Recursos Humanos, Doenças Crônicas, Financiamento, entre outros. Faz-se uma apresentação dos Sistemas de Saúde no Brasil e em Portugal, observando detalhes sobre o estado geral da saúde, direcionamento estratégico e financiamento em saúde, prestação e organização do cuidado e participação em saúde.

No capítulo terceiro, “Concepções de Colaboração Interprofissional”, a discussão centra-se no quadro conceitual sobre a Colaboração Interprofissional, a partir da exploração de algumas das principais teorias que formam o alicerce em torno do qual está estruturada a tipologia de Colaboração Interprofissional, perpassando pela Eficácia Coletiva, Análise Estratégica e a Teoria da Ação Coletiva, até as dimensões e indicadores do modelo de colaboração utilizado na pesquisa.

No capítulo quarto, discorreremos sobre os procedimentos metodológicos, detalhando o objetivo geral e os objetivos específicos, os pressupostos filosóficos da pesquisa, a estratégia de pesquisa utilizada, suas fases e desenho da pesquisa. Há uma breve

contextualização acerca de cada caso e uma descrição dos procedimentos de coleta de dados, encerrando com as considerações éticas da pesquisa.

No capítulo quinto, são apresentados os resultados para cada procedimento de coleta: questionário, entrevistas e observação direta.

No capítulo sexto, centra-se a discussão dos resultados quantitativos e qualitativos e apresenta-se uma discussão das categorias analíticas, advindas da pesquisa de campo. Ao final desse capítulo, buscamos tecer pontes entre os achados qualitativos e quantitativos.

Por fim, no capítulo sétimo, apresentamos algumas considerações finais: as contribuições e as limitações do estudo, bem como uma proposta de agenda para pesquisas futuras. Em seguida, apresentamos as referências utilizadas nesta pesquisa e alguns documentos que compõem os apêndices e os anexos³.

³ As orientações técnicas adotadas na produção desta tese tomaram por referência a seguinte normalização técnica da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT): NBR: 14724:2011, a qual dispõe sobre a organização dos Trabalhos acadêmicos (cf. www.abnt.org.br).

2 PENSAR EM SAÚDE, ENTRE DILEMAS E NECESSIDADES: UM DESAFIO CONSTANTE

2.1 Sistemas de Saúde como Política Social

Os Sistemas de Saúde (SiS) configuram-se como respostas sociais que visam garantir o acesso aos bens e aos serviços de saúde disponíveis em cada sociedade, objetivando a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos. Tais sistemas resultam da forma como cada país estrutura suas Políticas de Saúde.

Os SiS podem ser pensados como a articulação entre vários componentes com questões específicas, por exemplo, políticas (os modelos de governança), econômicas (modelos de financiamento) e clínicas (os modelos assistenciais). Esses componentes podem assumir modelos bastante diferentes entre si, quanto a sua forma de financiamento, de gestão, de assistência e de manutenção, podendo ser Sistemas Universalistas, de Seguro Social, de Seguro Privado ou puramente assistencialista (TOBAR, 2000). De forma geral, a noção de governança ultrapassa os mecanismos formais do governo e refere-se à totalidade das formas pelas quais uma sociedade organiza e gerencia, coletivamente, seus assuntos (FRENK; MOON, 2013).

Segundo Tobar (2000), o modelo Universalista é caracterizado pelo financiamento público e pela coordenação estatal, estando os profissionais, de forma geral, vinculados ao Estado, embora possam existir formas variadas de contratualização. Nesse modelo, a saúde é concebida como um direito a ser garantido pelo Estado, que se torna financiador, provedor e regulador da oferta de serviços e deve buscar a universalidade do acesso a todos os cidadãos.

O modelo de Seguro Social caracteriza-se pela participação obrigatória no financiamento, por parte de empregados e empregadores, visando garantir assistência ao segurado e familiares, quase sempre assumindo compromissos universalistas, os quais também têm como prerrogativa a avaliação e a regulação pública.

No modelo de Seguro Privado, há uma reduzida ação do Estado e a participação “livre” de cada contribuinte que mantém o financiamento do sistema. Nesses casos, não há compromissos universalizantes, a coordenação é bastante descentralizada, ficando a cargo de empresas privadas, e há baixa, ou nenhuma, regulação estatal. Esse modelo aproxima-se bastante da vertente totalmente assistencialista, de viés liberal, no qual a saúde não é tratada como direito, mas como um bem, que deve ser adquirido sob responsabilidade individual de cada cidadão. Nesse caso, o Estado pode se responsabilizar, de forma limitada, por aqueles

em situação de maior vulnerabilidade e carência, sem garantir, no entanto, universalidade em ações seletivas ou pontuais.

Podemos perceber, nesta breve descrição, uma ênfase com relação à presença do Estado como responsável pela efetivação da política de saúde, assumindo, ou não, o papel de coordenador, financiador e regulador do sistema, especialmente, no que tange ao nível de acesso à saúde pretendido, resultante do tipo e da fonte de financiamento. Essa perspectiva corresponde à visão subjacente ao conceito de saúde, seja como direito de um povo, ou um bem que pode e deve ser gerido por leis de consumo e de mercado.

Atualmente, esses modelos tendem a coexistir em todos os países capitalistas modernos, ainda que possam atuar de forma competitiva ou complementar (suplementar). Há ainda, arranjos variados que conjugam modelos híbridos com diferentes configurações entre público e privado, com maior ou menor presença da regulação estatal, maior ou menor universalidade do acesso.

As formas contemporâneas de Políticas de Saúde, que engendram os SiS, estão profundamente intrincadas ao conceito de Direito a Saúde e ao chamado Estado Providência. Sua forma de funcionamento, em cada contexto, nos permite avaliar a própria natureza e papel do Estado.

A Política Social expressa em si mesma as relações, os conflitos e as contradições que resultam da desigualdade estrutural do capitalismo e dos custos sociais que são reproduzidos e distribuídos desigualmente, caracterizando-se como intervenções contextualizadas por parte do Estado, no bojo desta relação de forças entre Estado, Capital e Sociedade. Cada Política Social visa redimir, “eliminar” ou superar uma “questão social” específica, embora a análise da questão social remeta a própria estrutura de funcionamento do Estado capitalista, ultrapassando, muitas vezes o objetivo tácito da própria política.

Trata-se, portanto de um caráter (ou propósito) paradoxal das Políticas Sociais, ora atuando como forma possível de transformação do Estado, observando suas contradições intrínsecas e atuando sobre situações de impasse ou crise, ora “conformando” essas mesmas contradições, abrandando os efeitos negativos do sistema, os negando em sua gênese estrutural e gerenciando soluções pontuais.

Yazbek (2008), corroborando com o pensamento de Castel (2000), esclarece a questão social como fruto histórico do desenvolvimento do Estado capitalista, desde o desenvolvimento da Revolução Industrial e das inúmeras dificuldades decorrentes do crescente processo de urbanização, pauperismo e péssimas condições de vida impostas ao primeiro proletariado. Isso expressa a formação e o desenvolvimento da classe operária no

cenário político da sociedade, que exigiu reconhecimento de suas reivindicações na agenda das prioridades políticas, por parte do empresariado e do Estado.

A “questão social” foi-se desenhando através dessa conjunção de forças entre o protagonismo e a ação organizada dos trabalhadores e suas famílias e a intervenção dos poderes políticos, na regulação pública das condições de vida e trabalho, necessárias à reprodução do capital. A “questão social” não atua como uma relação estereotipada entre os polos de força (sociedade e capital, bem estar social e propriedade privada), mas de forma dialética e complexa, gerando, como no caso das Políticas de Saúde, produtos diversificados, que por vezes expressam em si mesmos as contradições inerentes ao próprio Estado, o qual ou percebe a saúde como direito pleno e universal, com fortes implicações no modo de vida e desenvolvimento socioeconômico, modos de produção e consumo, ou como um padrão mínimo de vida, a ser assegurado para os cidadãos.

Os SiS são fruto da moderna Securidade Social, indo no esteio do Estado de Bem-Estar Social, como o conjunto de programas de proteção contra a doença, o desemprego, a morte do provedor da família, a velhice, a dependência por algum tipo de deficiência, os acidentes ou contingências sociais. São, portanto, uma tentativa de redução dos custos sociais e da irracionalidade estrutural do sistema.

Para compreender o conceito de custo social, deve-se perceber que, juntamente com o crescimento econômico, desenvolvimento de novas tecnologias e expansão das relações de mercado a todas as esferas da vida humana, há um extenso processo de deterioração econômica, social e ambiental que se expressam por meio de problemas concretos, tais como: desemprego, precariedade das condições de trabalho, desigualdade social, enfraquecimento do tecido institucional da sociedade, disrupção ecológica e agravamento das condições de saúde, desde o nível local até uma escala global (ELSNER; FRIGATO; RAMAZZOTTI, 2006).

Estes custos são problemas concretos que podem representar grandes desafios ao bom andamento da sociedade, dos mercados e, em longo prazo, da própria consecução vida humana na Terra. Tais custos muitas vezes são vistos como imperfeições ou falhas de coordenação, não tendo sido encontrados na economia ortodoxa formas de resolvê-los, sendo muitas vezes negligenciados como efeitos secundários de menor importância, como que “efeitos colaterais” aos quais não se pode fugir.

Elsner, Frigato e Ramazzotti (2006), com base na abordagem teórica de Karl William Kapp (2011), esclarecem que essas deteriorações e disrupções são percebidas pelas teorias econômicas normativas, como externalidades, ou melhor, efeitos colaterais do desenvolvimento econômico. Mas são também efeitos políticos, frutos de uma decisão,

decorrente da desigualdade de poder (das classes dominantes etc.), sobre aqueles que não participaram dela.

A abordagem teórica de Kapp (2011) tem alicerce na teoria dos sistemas-abertos, na economia institucionalista e na economia política (substantiva e transacional). O conceito de custos sociais em Kapp (2011) tem uma função ubíqua, tanto como objeto de análise dos aspectos macroeconômicos, quanto como ferramenta de problematização dos custos transacionais e das relações de mercado, servindo de ponte para uma orientação política da economia.

Para Kapp (2011), os custos sociais, como externalidades negativas, são perdas sofridas por uma certa parte da sociedade (classe social, trabalhadores, consumidores, setor público, meio ambiente, pessoas, famílias ou comunidades), decorrentes de atividades de negócio irrestritas ou desreguladas, que representam uma transferência dos custos privados, de uma parte a outras partes. Esse processo não pode ser resumido em uma simples questão de distribuição (ganho de um *versus* custo do outro), pois muitas vezes os custos são direcionados não apenas a terceiros, mas a sociedade como um todo, podendo incluir aqueles que geraram estes mesmos danos (KAPP, 2011).

Essa perspectiva ampliada nos permite compreender os custos sociais como problemáticas centrais que envolvem nossas condições de vida e de trabalho, demandando novos arranjos institucionais, cooperação e ação coletiva nas políticas públicas.

As políticas de saúde, como parte do conjunto de “políticas redistributivas” (em uma perspectiva keynesiana), tem em seu cerne este princípio de justiça distributiva. No entanto, segundo Santos e Hespanha (1987), são cooptadas no Estado neoliberal na forma de “políticas produtivas”, como bens e serviços “produzidos” diretamente pelo Estado, na substituição ao Capital (empresariado, capital privado), “produzindo” os *inputs* necessários à reprodução do capital, arcando com custos e riscos desse processo.

No Estado Capitalista contemporâneo, com forte influência do neoliberalismo, internacionalização das economias e globalização, muitas das responsabilidades do Estado “provedor e protetor” são postas em xeque diante das exigências do livre mercado.

Devemos refletir sobre o papel do Estado, como fornecedor de um sistema padronizado e universalizante de saúde, ou apenas como criador das condições necessárias para a competitividade individual e contratos privados, que garantam a oferta de serviços de saúde, com base na livre escolha dos indivíduos, para o tipo de cuidado que desejem. Afinal, quem está a procurar cuidado de saúde, como usuário, é um consumidor ou um cidadão de direitos? O quanto deve o Estado transferir (ou dividir) estas tarefas com o setor privado? Embora,

algumas destas questões extrapolem o escopo deste estudo, outras serão abordadas de forma indireta mais à frente.

O Estado, em sua expressão produtiva, aliada aos interesses de classe, tende a negar as contradições internas e externalizar os custos sociais dele derivados, como efeitos colaterais adversos. No entanto, como nos alerta Poulantzas (1978), não se trata de pensar a natureza (ou naturezas) do Estado, mas observar as relações complexas que se compõe em cada contexto específico. O Estado, não se esgota simplesmente nas relações de poder, e mesmo que a dominação política esteja inscrita em sua materialidade, não se reduz exclusivamente a ela.

As relações de poder, identificadas no marxismo como luta de classes, não são exteriores ao Estado, ao contrário, conforme Poulantzas (1978, p. 123), o ultrapassam, remetendo a “lugares objetivos firmados na divisão do trabalho” e materializadas político-ideologicamente fora do núcleo público em todos os “lugares de poder”, intervindo em todas as esferas da realidade social.

É importante considerarmos esta complexidade subjacente ao Estado especialmente no seu diálogo com os Direitos Sociais e o Direito a Saúde, ou com as relações de poder instituídas em torno do desafio de um fundar e manter um Sistema de Saúde universalista, que, se por um lado, não está assente, explicitamente, na luta de classes, ao menos reconhece, por outro lado, a existência de profundas desigualdades, que produzem efeitos dramáticos e exigem algum tipo de intervenção (SANTOS; HESPANHA, 1987).

Concordamos com Chang (2002), quando afirma que o mercado, em uma perspectiva institucionalista, é fundamentalmente uma construção política. Nesse sentido, suas consequências sociais adversas podem ser compreendidas como resultados da falha do planejamento e da distribuição desigual de poder, o que torna essencial repensar a função do Estado na construção das políticas públicas e nas formas de governança, de coordenação das ações que mobilizam as estruturas da sociedade e afetam, diretamente, as condições de saúde de uma dada população.

2.2 Saúde Global e Sistemas de Saúde em transição: desafios e oportunidades

A nível global, os SiS enfrentam inúmeras pressões em termos de governabilidade, no que concerne a inovar, gerir recursos, controlar o comércio de distribuição de fármacos, superar as desigualdades no acesso à saúde, garantir a qualidade na formação de profissionais de saúde, entre outros. Dessa forma, faz-se necessário superar desafios, que se estendem para

além dos problemas domésticos, em uma fronteira cada vez mais delicada entre a saúde local e a saúde global.

Alguns desafios, que não devem ser subestimados incluem: a) a transição epidemiológica e a transição demográfica, que tornam cada vez mais necessária a criação de fronteiras sanitárias ao controle de doenças transmissíveis, como também a gestão das doenças crônicas (DCNT)⁴, relacionadas com o aumento da expectativa de vida (envelhecimento da população), diminuição da razão de fecundidade, uso abusivo de álcool e outras drogas, estresse e más condições de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014); b) aumento das migrações em escala global, o enfrentamento a situações de guerra e conflitos armados, bem como o enfrentamento da violência urbana, que tem impactos diretos a saúde pública; c) a disrupção ambiental, que a nível global implica na transferência de riscos em saúde, com um potente custo social externalizado; d) a mercantilização da saúde e os novos modelos de governança de caráter neoliberal, com subsequente precarização das políticas sociais distributivas e de proteção social (SANTOS, 2005).

Enumera-se, a seguir, alguns tópicos em que podemos verificar desafios urgentes e oportunidades estratégicas para ação, com destaque para o tema da desigualdade em saúde, que perpassa com maior ou menor intensidade cada tópico.

2.2.1 Avanços na Saúde Global, mortalidade infantil e desigualdade

De acordo com o *World health statistics*, (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014), podem ser registados progressos substanciais em muitos objetivos relacionados à saúde global e aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. A meta global de reduzir pela metade a proporção de pessoas sem acesso a fontes de água potável obteve melhoras significativas a partir de 2010. Também houve notáveis progressos na redução da mortalidade infantil, na melhoria das condições de alimentação e de nutrição e no enfrentamento a doenças como HIV/AIDS⁵, tuberculose e malária. Boa parte destes progressos estão relacionados com estratégias de fortalecimento da APS.

Entre 1990 e 2012, a mortalidade em crianças até cinco anos de idade declinou 47%, de uma estimativa de 90 óbitos por 1000 nascidos vivos para 48 óbitos por 1000 nascidos

⁴ Doenças Crônicas Não Transmissíveis - A magnitude das DCNT, dentre as causas de mortalidade global e o fato de seus fatores de risco serem comuns aos de outras doenças crônicas, orientou a formulação de estratégias preventivas pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

⁵ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana.

vivos, isso resulta em uma diferença de 17 mil crianças, a morrerem todos os dias, em 2012, do que em 1990. Mesmo na África, onde o risco de morte até os cinco anos de idade ainda é alto (95 por 1000 nascidos vivos), cerca de oito vezes mais elevada do que a razão europeia (12 por 1000 nascidos vivos), há sinais de declínio na razão de mortalidade dos menores de cinco anos.

Apesar dos avanços percebidos, nota-se que a desigualdade na razão de mortalidade infantil entre os países de alta renda e baixa renda continuam grandes. Em 2012, a mortalidade de menores de cinco anos em países de baixa renda era de 82 mortes por 1000 nascidos vivos, mais de 13 vezes mais agravada do que a razão média nos países de alta renda (Figura 1). Assim, reduzir essas desigualdades entre os países e evitar a morte dessas crianças ainda é um desafio fundamental, conforme dados confirmados pelo Relatório sobre Mortalidade Infantil das Nações Unidas (UNICEF, 2015).

Figura 1 - Razão mortalidade infantil até 5 anos de idade, no Mundo (óbitos por 100 nascidos vivos)



Fonte: Unicef (2015)

2.2.2 Doenças negligenciadas como questão persistente

As chamadas Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) também representam um desafio à saúde global, pois são endêmicas em 149 países e podem causar inúmeros prejuízos à qualidade de vida dos indivíduos, evoluindo, por exemplo, para múltiplas infecções, levando a situações de dor intensa, incapacidade permanente e, inclusive, morte. Muitas dessas doenças podem ser prevenidas, eliminadas ou mesmo erradicadas com um melhor acesso a saúde e uso de estratégias seguras e econômicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE,

2014). Entretanto, há estudos que indicam que as opções terapêuticas disponíveis atualmente para as DTNs são muito limitadas, insuficientes e apresentam uma série de problemas, tais como baixa eficácia e elevada toxicidade (DIAS *et al.*, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014), o número relatado dos casos de tripanossomíase africana humana caiu para menos de 10 mil em 2009. Em 2013, o número de casos de dracunculose em todo o mundo caiu abaixo de 150 pela primeira vez. A lepra tem sido eliminada como um problema de saúde pública em 119 entre os 122 países onde era anteriormente considerada endêmica e 728 milhões de pessoas em todo o mundo foram tratados de DTNs através de quimioterapia preventiva em 2011.

No entanto, as DTNs ainda afetam mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo, atingindo, especialmente, as populações mais pobres de modo a pressionar os sistemas locais de saúde pública. Nesse contexto, vale destacar o caso da Dengue (e demais viroses associadas ao mosquito *Aedes Aegypti*), infecção viral de crescimento mais rápido do mundo, sendo possível estimar que mais de 2,5 bilhões de pessoas estejam em risco.

2.2.3 Recursos Humanos em Saúde

A grave escassez de profissionais de saúde em todo o mundo tem sido identificada como uma das restrições mais importantes para a consecução dos objetivos de saúde e desenvolvimento. A “crise” está prejudicando a realização de intervenções essenciais como imunização infantil, gravidez segura e serviços de parto para mães e acesso à prevenção e ao tratamento para HIV/AIDS, malária e tuberculose. A existência de profissionais de saúde é crítica para a preparação e a resposta às ameaças globais à segurança, que são colocadas por doenças emergentes e propensas a epidemia, como a gripe aviária e as febres hemorrágicas. Some-se a esse quadro as consequências das alterações climáticas.

Sobre o estoque atual e projetado de trabalhadores em saúde, a OMS estima dificuldades quanto ao crescimento da população, que em alguns contextos supera o aumento do número de trabalhadores de saúde, resultando em menor densidade de trabalhadores (trabalhadores de saúde por 1000 habitantes). Tal fenômeno se agrava nos países de baixa renda (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016).

Esta defasagem é agravada pelos desequilíbrios dentro dos países, uma vez que existe uma falta generalizada de pessoal adequado nas áreas rurais em comparação com as cidades. Para aumentar as pressões, os programas de doenças prioritárias estão a competir

pelo escasso pessoal, em detrimento do desenvolvimento do sistema integrado de saúde. Nesse sentido, o aumento dos problemas crônicos de saúde levou, por um lado, a uma procura cada vez maior de trabalhadores de saúde, enquanto que nos países em desenvolvimento, por outro lado, levou a uma dupla carga de doenças (tanto infecciosas como DCNT), gerando a necessidade de ampliação massiva de intervenções de treinamento e retenção.

As condições de trabalho desfavoráveis, a escassez generalizada e a migração em larga escala dos profissionais de saúde são os desafios atuais em muitos países. Os SiS têm como desafio global estruturar a formação, diminuir a rotatividade nos postos de trabalho e prestar os cuidados que a população necessita.

No enfrentamento a esses desafios, é importante destacarmos iniciativas como o Programa Mais Médicos (PMM), no Brasil, implantado com o objetivo de reduzir as desigualdades no acesso à APS. Esse programa toma como base evidências que apontavam para um cenário de profunda escassez de médicos no país, especialmente em áreas vulneráveis. A partir de sua implementação, o PMM vem recebendo destaque e inúmeros estudos e avaliações, devido a sua potência para gerar mudanças nos resultados em saúde (GIRALDI *et al.*, 2016; MIRANDA *et al.*, 2017; TASCA; PEGO, 2016).

Alguns pontos para agendas futuras relacionadas a este tópico: a) reconhecer a centralidade da força de trabalho em saúde na efetivação da visão do acesso universal e da qualidade do cuidado; b) construir dados, analisar a base de evidência e utilizar inteligência estratégica para programar e monitorar uma gestão eficaz de recursos humanos; c) criar e manter a capacidade técnica para projetar, defender e implementar políticas; d) avaliar o custo dos vários cenários das reformas da força de trabalho de saúde; e) incentivar parcerias internacionais e reforçar a governança em saúde, criando plataformas e mecanismos colaborativos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

2.2.4 Condições de Saúde: compreender para intervir

As condições de saúde, de uma dada população, abrangem os principais riscos, agravos e determinantes de saúde, constituindo cenários persistentes que exigem repostas sociais dos governos e, de forma mais prática, dos serviços de saúde. Sua análise é parte fundamental para a construção dos SiS, para o planejamento estratégico em saúde e para o enfrentamento das desigualdades em saúde. A natureza e as características de uma dada condição de saúde, seja ela aguda ou crônica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE,

2003), relaciona-se com a forma de enfrentamento dada pelo SiS, se reativo e pontual ou proativo e de coordenação do cuidado, ou ainda, de atenção fragmentada ou integrada (MENDES, 2011).

As condições ditas agudas (identificadas com as doenças infectocontagiosas ou transmissíveis), apresentam um curso de tempo curto, enquanto as condições crônicas (identificadas com doenças e agravos não transmissíveis ou doenças crônicas), têm período mais longo, podendo apresentar-se de forma permanente. Essas condições também abrangem “causas externas”, como traumas decorrentes de acidentes ou violência, podendo evoluir muitas vezes para condições crônicas. Estas últimas abrangem sintomas que tendem a evoluir ao longo do tempo, podendo levar a perda de capacidades funcionais, apresentando, muitas vezes, períodos de agudização. As condições crônicas abrangem, ainda, doenças infecciosas persistentes (endêmicas), como hanseníase e tuberculose etc., condições ligadas ao ciclo de vida e aos transtornos mentais, entre outras (MENDES, 2011). A compreensão dessas particularidades é relevante quando analisamos os diferentes desafios e respostas dos SiS a nível global.

Do ponto de vista epidemiológico, há uma importância crescente das condições crônicas, derivadas, em parte, das mudanças demográficas, das mudanças nos padrões de consumo e do processo de urbanização acelerada. As doenças crônicas, como doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, são a principal causa de mortalidade no mundo, representando 60% de todas as mortes. Das 35 milhões de pessoas que morreram de DCNT em 2005, metade eram menores de 70 anos e metade eram mulheres. Essa epidemia invisível é uma causa subestimada de pobreza e dificulta o desenvolvimento econômico de muitos países. Contrariamente à percepção comum, 80% das mortes por doenças crônicas ocorrem em países de baixa e média renda (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

Mudanças relevantes no perfil sociodemográfico e epidemiológico requerem a reavaliação das propostas de organização e desenho de modelos assistenciais. Esses processos, entretanto, se dão de maneira desigual entre países, regiões e grupos sociais, impondo ao ordenamento da atenção à saúde o desafio da superação dessa desigualdade. Padrões de consumos e comportamentos não saudáveis são impostos no ritmo crescente da urbanização, como uso de álcool e outras drogas, violência, sedentarismo, alimentação inadequada, busca pelo “corpo perfeito”, estresse social, isolamento e individualismo. Isto amplia o alcance das condições crônicas e gera “pressão” aos sistemas de saúde.

2.3 Sistemas Nacionais de Saúde, no Brasil e em Portugal

Segundo Paim (1998), com o advento da “nova ordem mundial”, a partir da década de 80, houve a revalorização do mercado como mecanismo privilegiado para a alocação de recursos e para o questionamento da responsabilidade estatal, na provisão de bens e serviços, inclusive, para a saúde. Esses aspectos fragilizaram discursos como os da Conferência de Alma-Ata (1978), impondo agendas de “estado mínimo” e exigindo novas formas de pensar as políticas sociais de saúde. É nesse contexto ambíguo, de necessidades e desafios reais da sociedade e de distintas conjunturas políticas e valores sociais, que vão se construindo os SiS da América Latina e do Sul da Europa.

Um SiS pode ser compreendido como um conjunto de ações e regras cujas atividades estão relacionadas com a atenção para a saúde individual e a coletiva, devendo ser percebido para além da ação clínica nos seus aspetos organizativos e de financiamento (GIOVANELLA *et al.*, 2012). Trata-se de um arranjo complexo, composto por uma série de organizações, instituições e recursos cujo objetivo mais explícito seria melhorar a saúde da população.

Podem ser compreendidos como processos histórico-culturais, como uma resposta concreta de uma nação para atender às necessidades e às demandas de saúde da população, dependendo da concepção de saúde (e valores culturais associados), que prevalece na sociedade: a) se a saúde é entendida como direito humano e social fundamental, que deve ser garantido pelo Estado, enquanto política social, ou b) se é percebida como bem de consumo, serviço ou de mercado, devendo ser regida pelas leis da oferta e da procura.

Elsner, Frigato e Ramazzotti (2006) destacam que dispomos hoje de uma série de evidências sobre deficiências e problemas de saúde evitáveis, que são consequência direta e indireta das desigualdades sociais, do desemprego e das más condições de vida e trabalho. Configuram-se como cenário desafiador no âmbito dos SiS de carácter universal os sistemas que são objeto de análise desta Tese, nomeadamente: a) o Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil; e b) o Sistema Nacional de Saúde (SNS), em Portugal.

Em ambos os casos, os SiS têm aspectos históricos comuns em relação ao cuidado em saúde, configurando o direito à saúde, como resultante de um intenso processo de redemocratização: em Portugal, a Revolução dos Cravos, na Constituição democrática de 1976, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, no Brasil, essa conquista é resultante da Reforma Sanitária e da Constituição Cidadã de 1988, que se consolida o Sistema Único de Saúde. Tanto a redemocratização portuguesa, quanto a brasileira enfrentaram sérias contrarreformas políticas (de cunho liberal-privatista), a partir dos anos 1990, as quais

buscavam a retirada de direitos sociais e a privatização das políticas sociais, com destaque para a saúde.

Na verdade, esses SiS já nasceram “limitados”, como resultados de uma negociação entre Estado e capital, entre estado e setor privado, especialmente no Brasil, uma vez que o mercado é considerado como um importante ator alternativo para os setores abastados da população, setorizando o SUS para apenas uma parte da população (CAMPOS, 2007). Além disso, o SNS português também reconheceu a presença de subsistemas privados.

Ambos os Sistemas vivenciam impasses originários da retração do Estado e das influências do neoliberalismo, acentuadas pela mundialização do capital. Passam, também, por reações a essas medidas, resultantes dos movimentos sociais, da ação de partidos políticos de oposição e, ainda, da postura de alguns profissionais e usuários de saúde. Os dois Sistemas têm como desafio a ampliação do acesso à saúde, participação social e a valorização da consciência sanitária para o aprofundamento da democracia.

Esses enlacs históricos evidentes entre os dois países refletem momentos distintos de mudanças econômicas e políticas a nível global. Cada país, considerando suas particularidades, desenvolve percursos singulares com resultados qualitativamente diferentes em relação à saúde pública.

Mesmo o Brasil sendo um país relativamente novo em relação a Portugal, inclusive, fazendo parte de um bloco econômico de menor importância, tem conseguido bons resultados, com políticas reconhecidas internacionalmente, como exemplo da Política para HIV/AIDS, a política de Participação em Saúde, entre outras. Nos cuidados primários, especialmente com a Estratégia Saúde da Família, a partir de 1994, com evidente redução da mortalidade infantil por doenças diarreicas e infecções do trato respiratório, melhorias no registro e na comunicação das estatísticas vitais e redução nas internações hospitalares potencialmente evitáveis (PAIM *et al.*, 2011).

A expansão do Programa Saúde da Família - PSF consolidou como estratégia prioritária a reorganização da Atenção Básica no Brasil, como estabelecido em 2006 pelo Ministério da Saúde, a partir da missão de possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade.

Em 2011, a Portaria GM Nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011b), estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovou a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A história da organização dos serviços de saúde em Portugal tem uma primeira fase

com a “primavera” política de Marcelo Caetano e a doutrina do Estado Social, desde 1971 ao período revolucionário de 1974-1975, com a constituição dos Centros de Saúde de 1ª geração. A Universalização tem aí seu germe, sendo a saúde reconhecida como um direito da população, a ser garantido e organizado pelo Estado (CAMPOS, 1986).

De 1975 a 1982, com a Lei de bases – nº 56/1979, se deu a institucionalização do Serviço Nacional de Saúde e da carreira de medicina geral e familiar (clínica geral) (PORTUGAL, 1979). Até 2004, são introduzidos diversos modelos organizativos e parcerias público-privadas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A partir de 2005 até a presente data, vem-se consolidando uma Reforma dos CSP, com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e a extinção das sub-regiões de saúde (ARNAUT, 2009).

Nos quadros a seguir, traça-se uma linha do tempo, em que podemos visualizar os principais marcos históricos do SUS e da SNS, incluindo seus antecedentes e seu posterior desenvolvimento organizativo (Quadro 1 e 2, respectivamente).

Teixeira (2012, p. 107) considera que o modelo dos “centros de saúde convencionais” em Portugal, como “esforçado, mas esgotado” e sua posterior transformação para o modelo das USF, como um interesse do Estado com novos modelos organizacionais para os cuidados primários. A autora sugere que, embora a reforma da saúde não se restrinja as USF, elas são muitas vezes identificadas como marco central neste processo.

O SNS português teve impacto positivo em todos os indicadores de atividade, dentre os quais destacam-se a mortalidade infantil, a mortalidade neonatal, a cobertura vacinal, entre outros. Entretanto, como ressalta Rodrigues (2015), diferenças nas formas de governar entre esquerda e direita, o avanço de políticas de cunho neoliberal e a crise econômica (que foi se agravando a partir dos anos 2000), e a subsequente austeridade imposta pela Troika⁶ (especialmente a partir de 2011-2012), tornaram-se ameaças reais à modernização e ao fortalecimento do SNS.

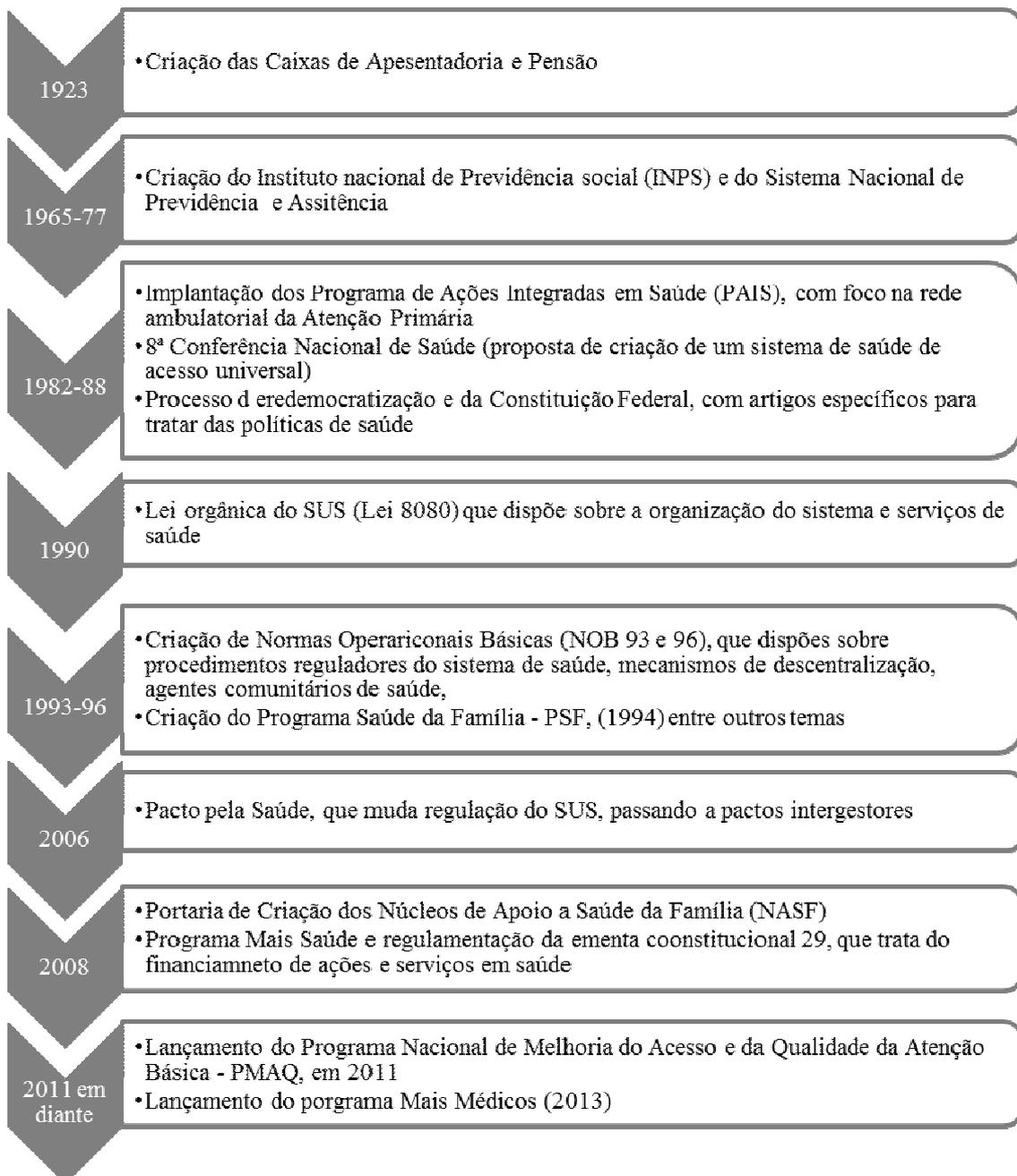
Em ambos os países, a Política de Saúde tem princípios organizativos e diretrizes que expressam valores sociais importantes, por exemplo, a própria Universalização, a busca pela Equidade e Integralidade (no caso do SUS), e a Acessibilidade, a Proximidade, a Continuidade, a Qualidade e a Eficiência (no SNS).

Isto é importante como marco da defesa da saúde como um direito, especialmente

⁶ Troika é a designação comumente atribuída à equipe composta pelo Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia, organizações responsáveis pela imposição dos pacotes de austeridade aos países que solicitam um pedido de resgate financeiro, de forma a consolidar as suas contas públicas.

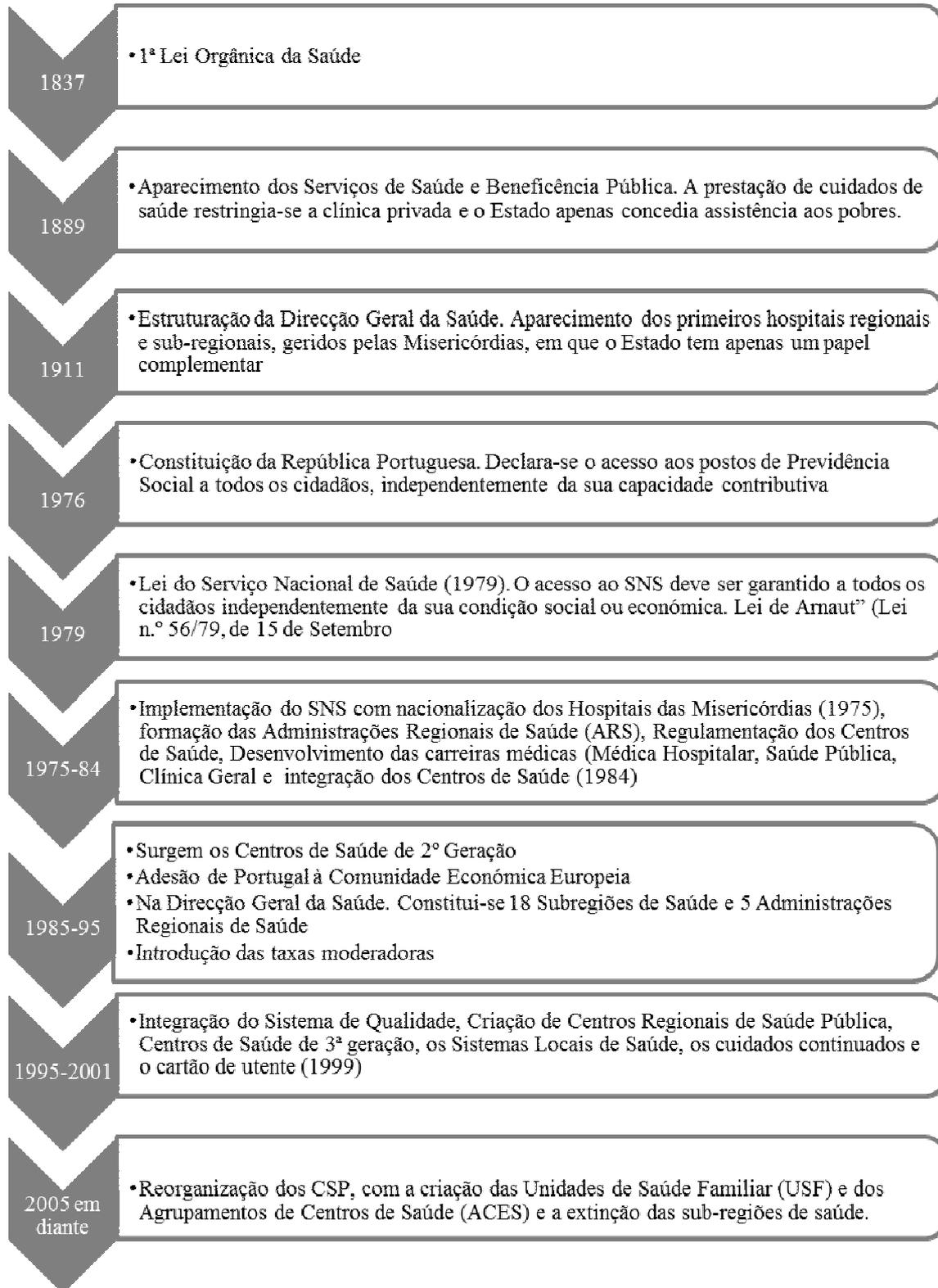
diante do avanço dos modelos de governança de cunho liberal. Conforme expressa Contandriopoulos (1998), as Políticas de Saúde, grosso modo, a saúde da população, estão condicionadas a diversos fatores, dentre os quais vale mencionar as formas de governar, a cultura e a ideologia dominantes, as instituições políticas, a estrutura econômica e as condições de saúde, aspectos que afetam diretamente os modos de organização dos SiS (cf. Figura 2).

Quadro 1 - Síntese dos principais marcos históricos das Políticas de Saúde (SUS) no Brasil.



Fonte: Adaptado de Brasil (2011) e Menicucci (2014)

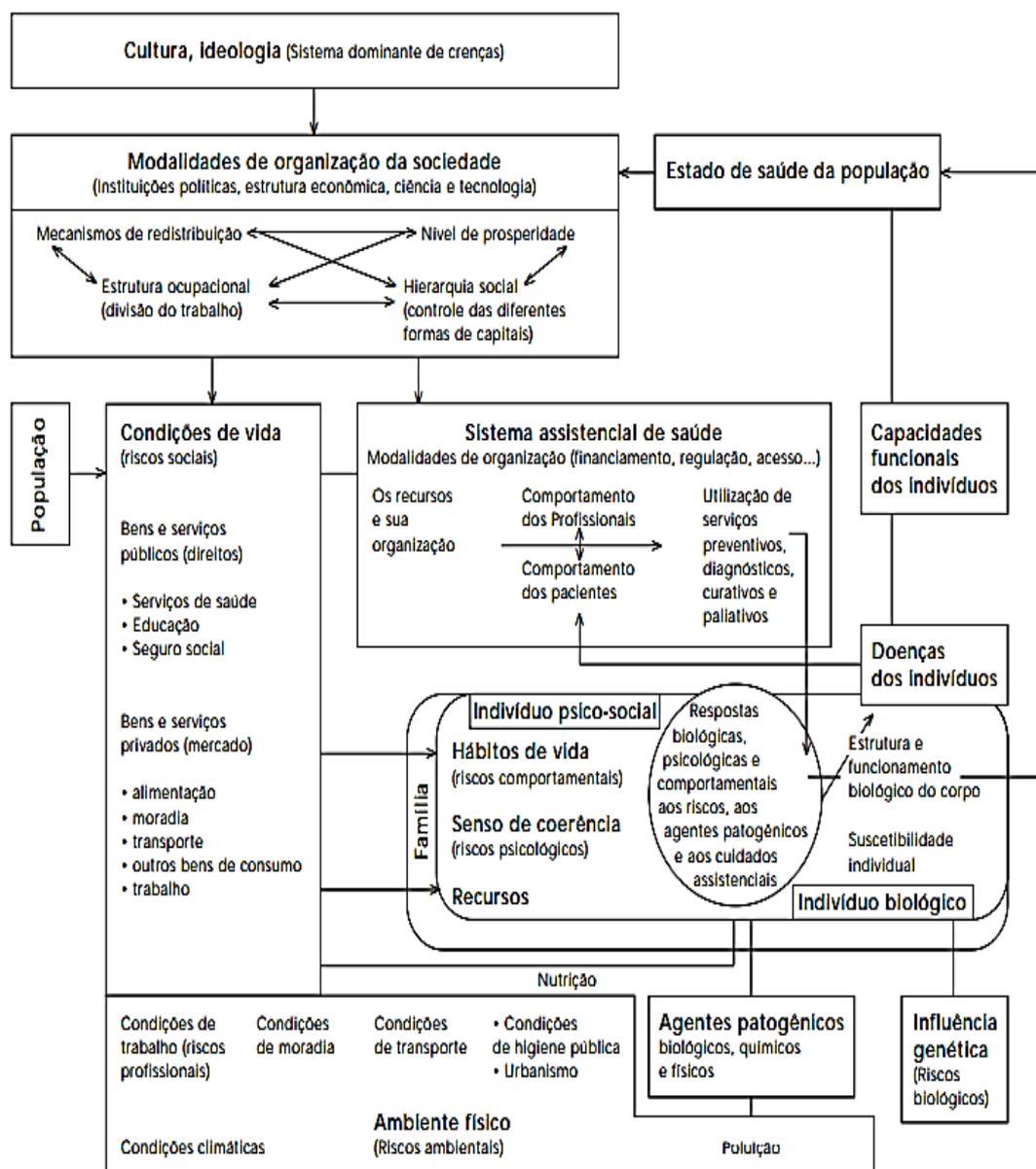
Quadro 2 - Síntese dos principais marcos históricos das Políticas de Saúde (SNS) em Portugal



Fonte: Adaptado a partir de Ferrinho (2010).

No planejamento de políticas de saúde, cabe ainda destacar que os SiS, no Brasil e em Portugal, têm em sua gênese o modelo biológico (ou biomédico), para o controle de doenças. Esse modelo impõe como desafio a necessidade de incorporar a visão e o entendimento de que a política de saúde é socialmente determinada, devendo considerar os determinantes sociais da saúde, com vistas à superação do conhecimento médico (racionalidade biomédica), as transformações e a conjuntura que as sociedades estão enfrentando, conforme ilustramos na seção anterior (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Figura 2 - A saúde e os contextos sociais de determinação



Fonte: Contandriopoulos (1998).

Destaca-se na figura supra-apresentada, a relação entre a cultura e a ideologia do sistema dominante de crenças e a sua implicação nos modelos de organização da sociedade, o que, por sua vez, gera consequências nas formas de organização dos sistemas assistenciais de saúde.

Com o objetivo de perfazer uma visão panorâmica, tomando por base o que vimos até aqui apresentando acerca dos SiS no Brasil e em Portugal, buscou-se no Quadro 3 sintetizar uma matriz de comparação das políticas públicas de saúde (especialmente centradas na APS e nos objetivos deste estudo), a partir dos aspectos trabalhados por Tobar (2000) e Giovanella *et al.* (2012):

Quadro 3 - Matriz de comparação das políticas públicas de saúde entre os países do estudo

DIMENSÕES	INDICADORES
Estado geral de Saúde	Dados demográficos gerais, expectativa de vida, mortalidade infantil
	Doenças crônicas não transmissíveis
Direcionamento estratégico	Marco legal, direitos sociais e saúde
	Identificação dos atores chaves na Governança da Saúde Pública
Financiamento	Participação das esferas de governo
	Sistemas de co-pagamento
Prestação e organização do Cuidado	Tipos de unidade de saúde existente na APS
	Principais serviços oferecidos
	Composição e organização das equipes
	Adscrição populacional média para cada serviço/equipe
	Existência de profissionais de apoio, supervisão, apoio matricial
Força de trabalho em saúde	Número de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) por hab.
	Especialidade médica para APS
	Regulação das relações laborais (vínculos mais comuns)
	Carreira Funcional na área
	Estratégias de formação para o trabalho nos APS
Participação Social em saúde	Formas de representação dos usuários (identificar nível de participação = consultivo ou deliberativo)
	Estratégias de interação, pesquisas de satisfação e mecanismos de informação

Fonte: adaptado de Giovanella *et al.* (2012) e Tobar (2000)

O Quadro 3 permite-nos perfazer um desenho descritivo dos SiS, considerando a realidade brasileira e a portuguesa, de forma condensada e didática.

2.3.1 Estado geral da saúde

Ao observarmos o quadro a seguir, veremos que a comparação entre Brasil e Portugal requer um olhar cuidadoso quanto à diferença “de escala”, ou melhor, de singularidades para cada caso, tanto com relação ao seu tamanho e população, grupo econômico, tipo de governo, quanto com relação às diferenças marcantes no estado de saúde da população. Vejamos:

Quadro 4 - Dados demográficos gerais, expectativa de vida e mortalidade infantil no Brasil e em Portugal

BRASIL	
População total (2015)	207,848,000
Renda per capita (PPP internacional \$, 2013)	14
Expectativa de vida ao nascer, m/f (em anos, 2015)	71/79
Mortalidade infantil, antes dos cinco anos de idade (por 1000 nascidos vivos, 2015)*	16
Probabilidade de morrer entre 15 a 60 anos de idade, m/f (por 1000 habitantes, 2015)	191/93
Gasto total em saúde per capita (Intl \$, 2014)	1,318
Gasto total em saúde como % do PIB** (2014)	8.3
PORTUGAL	
População total (2015)	10,350,000
Renda per capita (PPP internacional \$, 2013)	25
Expectativa de vida ao nascer, m/f (em anos, 2015)	78/84
Mortalidade infantil, antes dos cinco anos de idade (por 1000 nascidos vivos, 2015) *	4
Probabilidade de morrer entre 15 a 60 anos de idade, m/f (per 1000 population, 2015)	107/46
Gasto total em saúde per capita (Intl \$, 2014)	2,690
Gasto total em saúde como % do PIB** (2014)	9.5

Fonte: Organização Mundial de Saúde (2017b) e World Bank (2017)*;

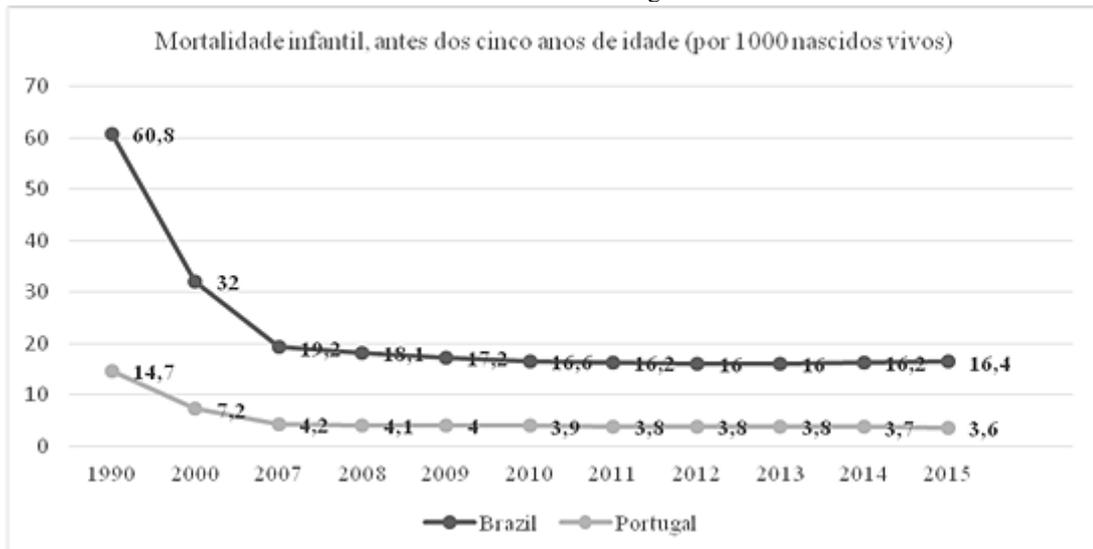
Nota: Produto Interno Bruto **.

O Brasil, país do grupo de renda “Média-superior” em relação a Portugal, que é de “Renda Elevada” (cf. Banco Mundial), conta com uma população de cerca de 20 vezes maior que a de Portugal e apresenta uma expectativa de vida menor e razão de mortalidade mais elevada. Esse contraste fica ainda mais evidente quando examinamos o gasto geral em saúde.

Se examinarmos o indicador da mortalidade infantil, em série histórica, nos dois países, vemos que ambos apresentam acentuada redução após os anos 2000, mantendo a diferença na frequência (Figura 3). No entanto, observando essa mesma “queda” no contexto

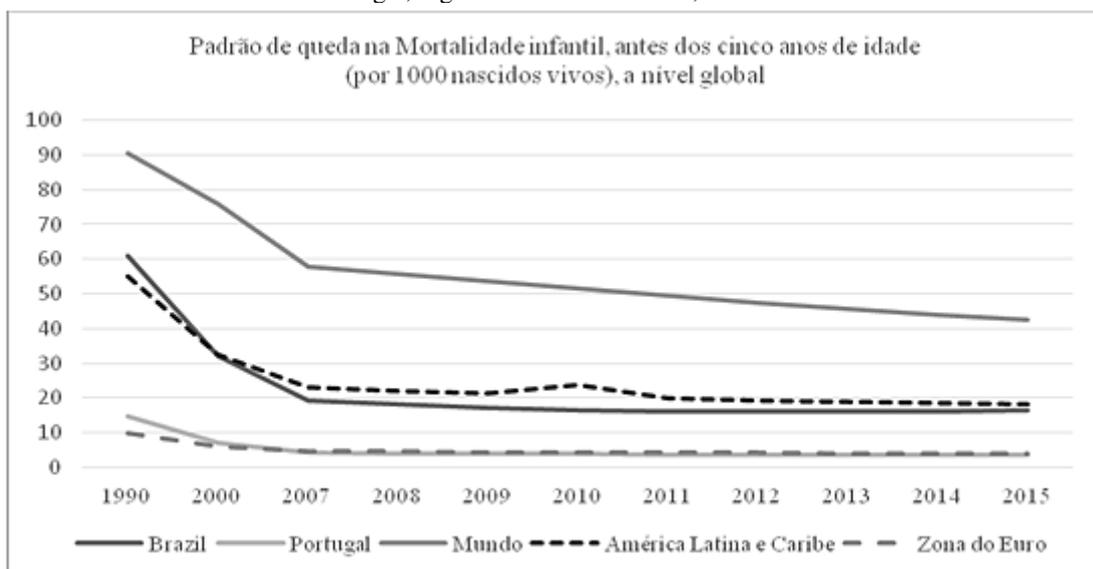
mais geral, na América Latina e na Europa (zona do Euro) e no mundo, percebemos que essa redução da mortalidade infantil diz respeito não apenas aos sistemas locais de saúde, mas representa, sobretudo, um avanço em nível de saúde global (Figura 4).

Figura 3 - Curva da Mortalidade infantil até os 5 anos de idade (por 1000 nascidos vivos), no Brasil e em Portugal



Fonte: *World Development Indicators* (WORLD BANK, 2017)

Figura 4 - Curva da Mortalidade infantil até os 5 anos de idade (por 1000 nascidos vivos), no Brasil e em Portugal, região da América Latina, Zona do Euro e Mundo



Fonte: *World Development Indicators* (WORLD BANK, 2017)

Segundo o relatório Níveis e Tendências da Mortalidade Infantil (UNICEF, 2015), o progresso nessa área envolve diversos aspectos e melhorias com relação aos determinantes sociais da saúde (habitação, saneamento, segurança alimentar, acesso a água potável etc.). Porém, o principal desafio continua no período do nascimento ou período neonatal, sendo a

prematuridade, a pneumonia, a desnutrição, as complicações durante o trabalho de parto (entre outras), as principais causas de mortes de crianças com idade inferior a cinco anos. Tais mortes seriam evitáveis ou preveníveis através de intervenções comprovadas e disponíveis, garantindo, especialmente, a qualidade dos cuidados primários, a qualidade na altura do parto e a amamentação exclusiva.

Fatores como o processo crescente de urbanização e o envelhecimento populacional afetam Brasil e Portugal de formas singulares. No Brasil, o percentual da população residente em áreas urbanas está em 84,6%, enquanto que a proporção populacional entre 30 e 70 anos de idade está em 45,0%. Em Portugal, a população residente em áreas urbanas é de 61,1% e a proporção populacional entre 30 e 70 anos de 54,8%, sendo um agravante o decréscimo do número de nascimentos (WORLD BANK, 2017).

Esses fatores somam-se ao aumento da idade média da população e demais fatores de risco, agravando as condições para o surgimento das doenças crônicas (DCNT), uma tendência global, mas que exerce grande pressão nos SiS locais, tanto no Brasil como em Portugal (Quadro 5)⁷.

Quadro 5 - As quatro DCNT de maior impacto na saúde global e sua relação com fatores de risco, em comum

DCNT e fatores de risco em comum				
DCNT	Fatores de risco			
	Tabagismo	Alimentação não saudável	Inatividade física	Uso nocivo de álcool
Doenças cardiovasculares	sim	sim	sim	sim
Câncer	sim	sim	sim	sim
Diabetes	sim	sim	sim	sim
Doenças respiratórias crônicas	sim	sim	sim	sim

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

2.3.2 Direcionamento estratégico e financiamento em saúde

Em todos os SiS, no Brasil e em Portugal, encontramos dilemas comuns, no sentido de que há bases legais para a sustentação do Direito à Saúde, configurando-se, dessa forma,

⁷ Um resumo do relatório da OMS sobre os dois países pode ser verificado nos Anexos A e B.

um SiS de modelo universalizante (Quadro 6). Mas há, além do “texto oficial”, barreiras políticas, sociais e econômicas para a efetivação da Política de Saúde como Política Social.

Quadro 6 - Síntese dos Marcos legais para Saúde Pública no Brasil e em Portugal

Marco Constitucional da Saúde	
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Constituição Nacional Vigente: 1988; ➤ Artigo 196.º: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação; ➤ Princípios doutrinários do SUS, os quais lhe conferem legitimidade: a universalidade, a integralidade e a equidade.
Portugal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Constituição Nacional Vigente: 1976, com Revisão de 2005; ➤ Artigo 64.º: Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e a promover. O direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições econômicas e sociais dos cidadãos, é tendencialmente gratuito; ➤ Valores que defende: a universalidade, o acesso a cuidados de qualidade, a equidade e a solidariedade, a investigação e a integração de tecnologias, o incremento da formação e da Governança Clínica.

Fonte: construído pelo autor

Quanto à Esfera de Governo e à estrutura do Sistema de Saúde, temos no Brasil uma República Federativa, com sistema presidencial, território dividido em 26 estados, mais o Distrito Federal e 5.570 municípios (IBGE⁸).

Na Saúde Pública, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo (único país com mais de 100 milhões de habitantes que possui um SiS de caráter universal, público e gratuito). Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, com acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, sendo amparado por um conceito ampliado de saúde.

Esse Sistema possui financiamento fiscal, com três níveis de gestão: a União, através do Ministério da Saúde, os Estados e os Municípios, a partir da ação dos secretários de saúde e dos conselhos de saúde. As três entidades federais têm responsabilidades de saúde, por

⁸ O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística é uma fundação pública da administração federal brasileira, cujas atribuições estão ligadas às geociências e às estatísticas sociais, demográficas e econômicas, o que inclui realizar censos e organizar as informações obtidas nesses censos, para suprir órgãos das esferas públicas em geral.

exemplo, a gestão através das Comissões Inter-gerenciais, tripartites, no âmbito nacional, e bipartites, no âmbito estadual e municipal.

O Município é considerado o principal responsável pela saúde pública de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, de 2006, o gestor municipal assume a plenitude da gestão das ações e dos serviços de saúde oferecidos em seu território (BRASIL, 2006b).

Fazem parte do Sistema Único de Saúde, os centros e os postos de saúde, incluindo a Estratégia Saúde da Família (ESF) e as equipes de saúde da família, com Agentes Comunitários de Saúde e Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), os hospitais públicos, incluindo os universitários, os laboratórios e os hemocentros, os serviços de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica.

O SUS tem seus próprios serviços públicos e contratos de serviços privados especializados e de atenção hospitalar. O setor privado é composto por operadoras de seguros e planos de saúde pré-pagos, oferecendo também serviços contratados por pagamentos diretos.

A realidade em Portugal é um pouco diferente no que diz respeito à organização territorial e política, visto que a República Portuguesa constitui-se de um sistema semipresidencialista, de pendor parlamentarista, com território dividido em 18 Distritos e 2 Regiões Autônomas insulares, Açores e Madeira, e 308 Municípios (ou Concelhos), que se subdividem em 4257 Freguesias (INE⁹).

Na Saúde Pública, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) trabalha com cobertura universal e geral e, tendencialmente gratuito (a partir do uso de taxa moderadora para consultas e co-participação em medicamentos). Financiado pelo Orçamento do Estado, com uma rede de centros de saúde e hospitais por todo o território, em que se estruturaram as carreiras profissionais.

Com gestão através do Ministério da Saúde e das unidades administrativas regionais e locais (ARS - Administração Regional de Saúde e dos ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde), chegando aos serviços de Hospitais, Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), entre outras.

Portugal conta ainda com um subsistema público da Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE), organismo encarregado da proteção social dos funcionários públicos e de outros trabalhadores do Estado em Portugal.

⁹ Instituto Nacional de Estatística de Portugal

O setor privado conta com seguros privados de saúde, que são de variados tipos e diferentes no âmbito das coberturas, a saber, pagos pelos beneficiários, diretamente ou através de empregadores, além de serviços contratados por pagamentos diretos.

Quanto ao financiamento, podemos observar (Quadro 7) uma grande diferença, em termos de contraste econômico e social, na medida em que o SUS abrange 70% da população do país, mas responde por menos da metade do gasto total em saúde (44%), enquanto que o SNS abrange 76% da população e representa 52% do gasto total em saúde. Vale ressaltar que, no caso brasileiro, não há uso de taxas moderadoras, enfatizando a gratuidade dos serviços e sua acessibilidade.

Quadro 7 - Síntese do Financiamento e da composição do gasto público em saúde no Brasil e em Portugal

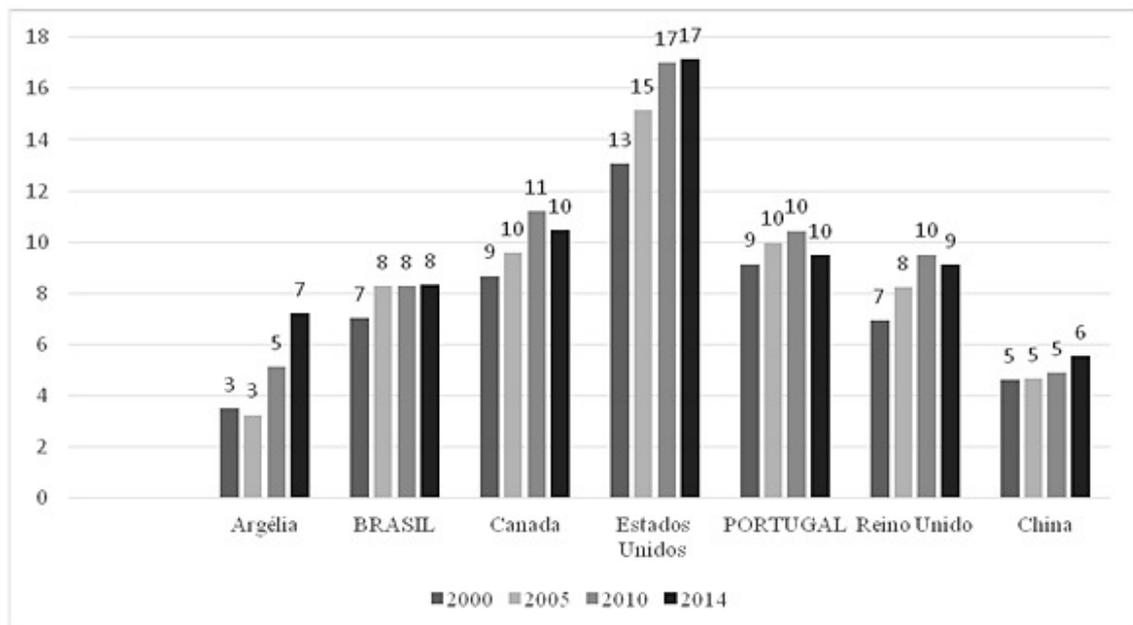
Financiamento e composição do gasto público em saúde	
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A despesa total em saúde como proporção do PIB em 2014 foi de 8,3%; (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017a). O financiamento da saúde pública é de 3,5% do PIB, com a participação do Governo Federal (1,67%), estados (0,93%) e municípios (1,07%). O SUS atende a, pelo menos, 70% da população, no que concerne aos serviços de assistência à Saúde, e responde por 44% do gasto total em Saúde (BRASIL, 2013); ➤ O SUS é financiado pelas três esferas de governo, tendo como fontes de financiamento, contribuições sociais como: a contribuição para Segurança Social, a contribuição sobre o lucro líquido de empresas e fontes de impostos, mantendo, assim, serviços públicos gratuitos.
Portugal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A despesa total em saúde como proporção do PIB em 2014 foi de 9,5%; (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017a). O SNS abrange cerca de 76% da população, representando 52,2% dos gastos totais em saúde (BAGANHA; RIBEIRO; PIRES, 2002); ➤ O SNS é financiado pelo Orçamento do Estado, sendo que a responsabilidade de encargos resultantes da prestação de cuidados se estende além do Estado, atingindo os usuários beneficiários e os não beneficiários dos subsistemas de saúde, configurando, dessa forma, um sistema misto, com diferentes modelos de pagamento e mantendo serviços tendencialmente gratuitos, com uso de taxa moderadora e co-participação nos medicamentos.

Fonte: construído pelo autor

Nos gráficos a seguir, ao observarmos o gasto total em saúde e a relação entre o gasto público e o gasto privado, pode-se perceber, mais acuradamente, um profundo contraste do financiamento, no cerne de um SiS de caráter universal, especialmente, no caso brasileiro.

Nos primeiros gráficos (Figuras 5 e 6), há uma breve série histórica, mostrando a evolução do gasto total em saúde (% do PIB) e a evolução dos gastos público e privado. No Brasil e em Portugal, e em um conjunto de países – Argélia, Estados Unidos, Reino Unido, Canadá e China – escolhidos de forma intencional, apenas para fins de proporcionar uma visão mais ampliada quanto ao tópico em análise. No cenário global, faz-se necessário levar em conta a importância econômica do país em seu território e continente (Estados Unidos e China, por exemplo), ou sua relevância em termos de sistema de saúde de caráter Universal, casos de Canadá, Reino Unido e Argélia, país da África, com população de cerca de 40 milhões de pessoas e que dispõe de um sistema de saúde pública acessível e gratuito a todos os cidadãos, o qual é financiado pelo próprio governo argelino.

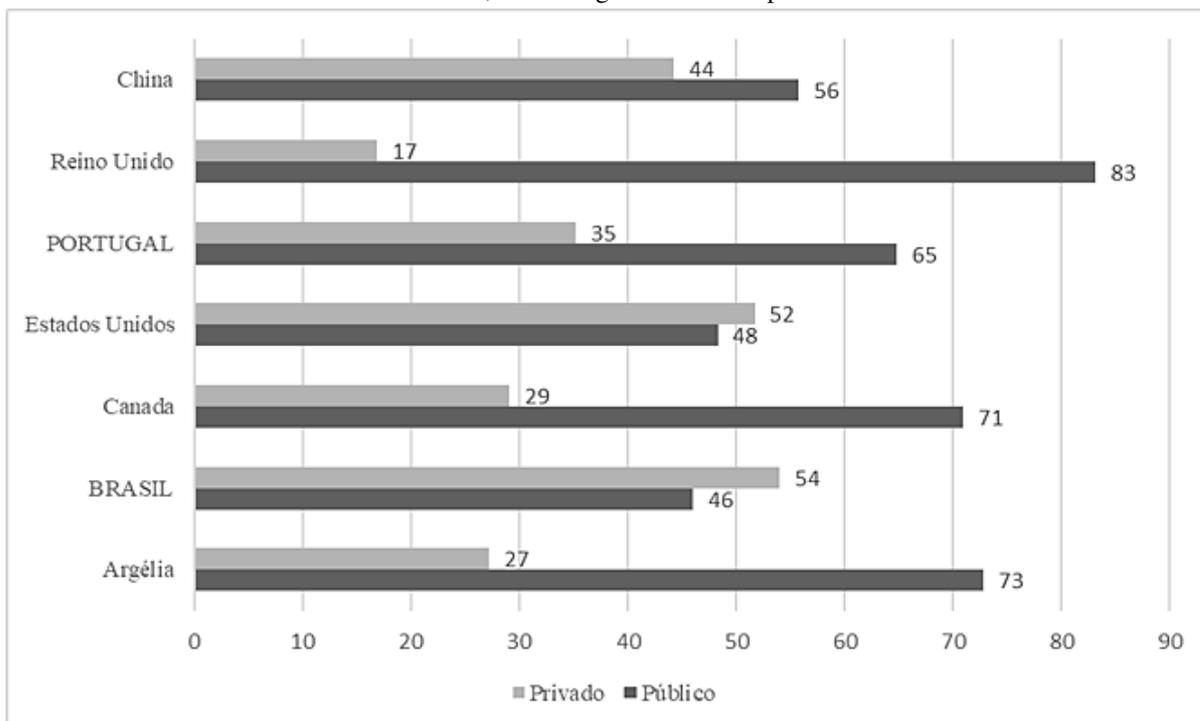
Figura 5 - Gasto total em saúde (% do PIB), entre 2000 e 2014, no Brasil, em Portugal e em outros países



Fonte: Organização Mundial de Saúde (2017a)

Podemos observar que em todos os países listados, houve entre 2000 e 2014, aumento do gasto total em saúde, com taxa menor de crescimento desse gasto, que no caso do Brasil vem mantendo a mesma proporção desde 2005. Na Figura 6, que relaciona os gastos públicos e privados, considerando a proporção do gasto total, vemos que o Brasil é o único do conjunto de países listados que tem o gasto privado superior ao gasto público.

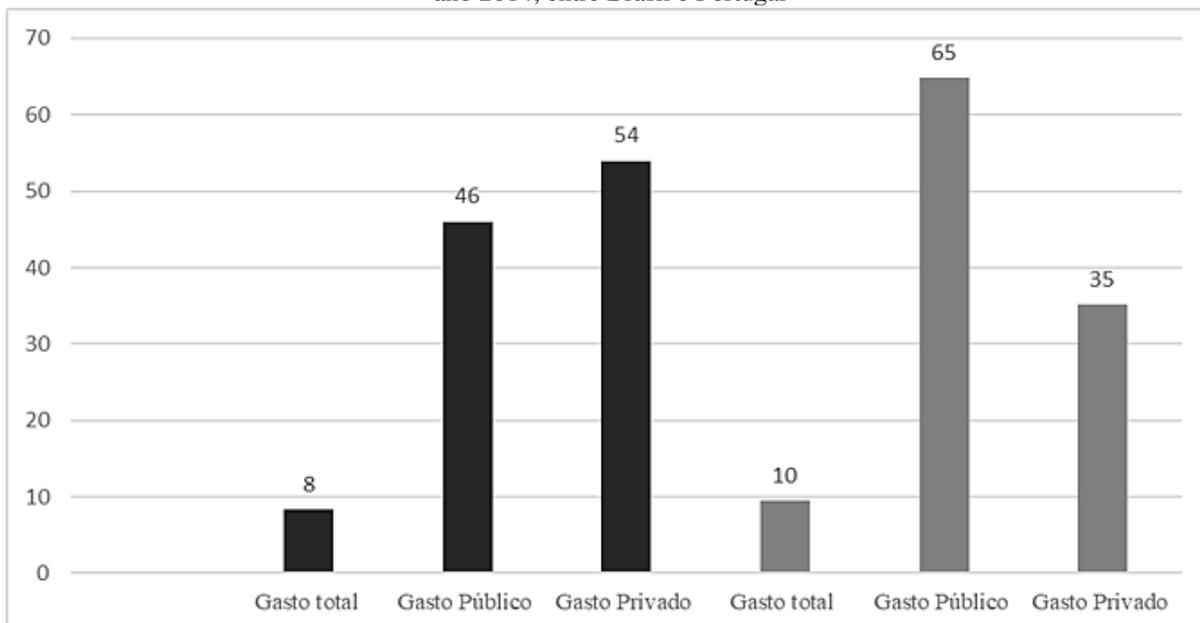
Figura 6 - Gasto Privado e Público em saúde (% do Gasto total), no ano de 2014, no Brasil, em Portugal e em outros países



Fonte: Organização Mundial de Saúde (2017a)

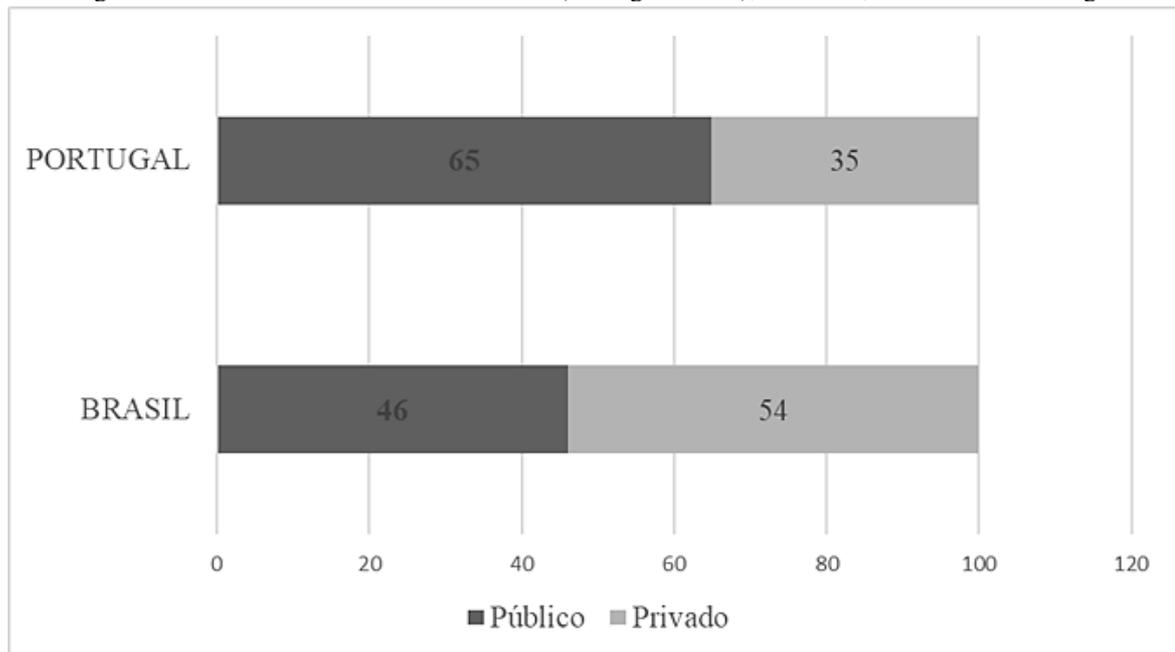
Nos gráficos seguintes (Figuras 7 e 8), em destaque, apresenta-se a diferença entre os gastos totais, o gasto público e o gasto privado, no Brasil e em Portugal.

Figura 7 - Relação entre Gasto total em Saúde (% do PIB) e Gasto Público e Privado (% do gasto total), ano 2014, entre Brasil e Portugal



Fonte: Organização Mundial de Saúde (2017a); Legenda: Brasil, cor preto e Portugal, cor cinza.

Figura 8 - Gasto Público e Privado em saúde (% do gasto total), ano 2014, entre Brasil e Portugal



Fonte: Organização Mundial de Saúde (2017a)

Um debate maior, em relação ao SiS de caráter Universal, no contexto de um modelo de governança global de cariz neoliberal, diz respeito a sua “sustentabilidade financeira”, ou seja, questiona-se se este SiS é financeiramente suportável e que medidas devem ser introduzidas no seu funcionamento a fim de que diminuam a despesa pública com a saúde.

Garantir a sustentabilidade financeira do sistema de saúde é uma condição indispensável para a defesa do modelo social, solidário e universal, que se pretende. A questão da eficiência e eficácia do SNS, mais do que uma questão meramente orçamental, ou até apenas económica, é uma questão ética, ou seja, se o SNS não for eficiente, jamais poderá ser justo e flexível (SOUSA, 2009).

Em Portugal, foram incluídas no financiamento da saúde “medidas de responsabilidade individual”, a partir do uso de “taxas moderadoras” de utilização dos serviços de saúde (consultas, internamentos, cirurgias de ambulatório etc.). Sob determinada ótica, este tipo de pagamento é justificável, na medida em que protege os interesses dos utilizadores dos serviços de saúde, garantindo a sustentabilidade do sistema. Por outro lado, essas medidas podem constituir-se em barreira ao acesso aos serviços de saúde, especialmente, se considerarmos países de média ou baixa renda, como no caso do Brasil, cuja taxa moderadora pode assumir um caráter de “taxa penalizadora”, punindo as pessoas que mais precisam por estarem doentes (SOUSA, 2009).

É por isso, portanto, que o financiamento em saúde é uma área sensível para a avaliação do modelo de governo em relação às políticas de saúde, dito de outra forma, as políticas de saúde são “barômetro indicador da filosofia de um governo” (ARNAUT, 2009). Se os valores subjacentes a essas políticas são, como vimos nos marcos legais, enraizados em princípios da solidariedade e da previdência, portanto, é legítimo procurar encontrar novas formas de assegurar a sustentabilidade dos sistemas de proteção social, sem pôr em causa os seus princípios fundamentais.

2.3.3 Prestação e organização do cuidado na APS

No Brasil, a APS (nomeada de Atenção Básica à Saúde), é realizada por equipes de Atenção Básica, nos moldes da Saúde da Família (ESF), e em outras modalidades de equipes de atenção básica, incluindo os Núcleos de Apoio às equipes de Saúde da Família (NASF) e os Consultórios na Rua¹⁰. Cada equipe atende a uma população específica em um território definido, assumindo a responsabilidade sanitária e o cuidado destas pessoas.

As equipes utilizam tecnologias de cuidado variadas, para manejo das demandas e necessidades de saúde de maior relevância no território, devendo observar critérios de risco, vulnerabilidades, resiliência, necessidades de saúde etc., bem como garantir o acolhimento humanizado, de qualidade e integral do cuidado. A partir de ações programáticas e de demanda espontânea, articulam-se as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, o que corresponde ao contato preferencial dos usuários com o SUS, isto é, a principal porta de entrada das redes de atenção à saúde. Desse modo, o trabalho na ESF deve ser desenvolvido por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas.

As Equipes de Saúde da Família são compostas por, no mínimo, médico (generalista ou especialista em saúde da família e comunidade), enfermeiro (generalista ou especialista em saúde da família), auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo ser acrescida de equipe de saúde bucal (a qual conta com cirurgião dentista e auxiliar ou técnico em Saúde Bucal). Cada equipe tem adscrição populacional de, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, com média recomendada de 3000 pessoas, podendo,

¹⁰ Instituído em 2011, esse tipo de equipe visa ampliar o acesso aos serviços de saúde da “população de rua”, a qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

ou não, contar com a existência de profissionais de apoio, supervisão (apoio matricial), papel assumido pelas equipes do NASF (BRASIL, 2012).

No quadro a seguir (Quadro 8), podemos verificar o crescimento da ESF, número de equipes implantadas e a estimativa de cobertura populacional no Brasil.

Quadro 8 - Credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil de 2010 a 2016

Ano	Equipe de Saúde da Família			Equipe de Saúde Bucal
	Cadastradas no Sistema	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada (%)	Modalidade I
				Credenciadas pelo Ministério da Saúde
2010	32.127	100.068.661	52,23	22.724
2011	32.860	101.884.067	53,41	23.696
2012	34.093	105.504.290	54,84	25.234
2013	35.242	109.341.094	56,37	27.222
2014	39.637	121.190.878	62,48	29.253
2015	40.969	123.605.306	63,72	29.541
2016	41.639	123.556.551	63,7	29.593

Fonte: DATASUS (BRASIL, 2017)

Em Portugal, a APS (nomeada de Cuidados em Saúde Primários), tem sua engenharia organizacional pautada e estruturada através de processos de “contratualização”, que visam à criação de equipes multiprofissionais (funcionalmente autônomas), o desenvolvimento de uma cultura de governança clínica e de saúde e a implementação de um sistema retributivo conectado à avaliação de desempenho (PORTUGAL, 2017).

A contratualização é um instrumento de “gestão por objetivos” em organizações aprendentes, por meio do qual, não se contratualizam indicadores, mas as estratégias e atividades para melhorar e qualificar áreas prioritárias de saúde, especialmente, através da avaliação de desempenho e gestão de incentivos institucionais.

A APS pode ser realizada por equipes de Unidades de Saúde da Família (USF), basicamente voltadas à prestação de cuidados de medicina familiar, em um contexto de grupo e de trabalho em equipe. Existem também as Unidade de Cuidados em Saúde Personalizados (UCSP), tem uma composição semelhante a USF, mas funcionam com contratualização diferenciada. Há, ainda, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), que incluem outras categorias profissionais, como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, além da medicina e da enfermagem. Todas funcionam com equipes multiprofissionais e estão agrupadas por diferentes Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS).

Os ACeS são compostos por diretoria executiva e conselhos (executivo, clínico e de

comunidade). Eles são responsáveis pela gestão de recursos humanos, recursos financeiros e de equipamento, pela avaliação do desempenho, pela identificação de necessidades de formação dos profissionais e pela proposta de atividades de formação, entre outras (BISCAIA, 2014).

As Equipes das USF (objeto deste estudo), em relação ao Sistema de Saúde de Portugal, são compostas por médicos de família, enfermeiros e agentes administrativos (secretários clínicos), cuja dimensão se subordina à população inscrita, com média de 20 elementos por USF. Cada equipe se agrupa, voluntariamente, através de uma candidatura *online* e formal, à equipe regional de apoio à respetiva Administração Regional de Saúde (PORTUGAL, 2013).

Atualmente, existem 450 USF, estimando-se que abranjam 8235 profissionais (2999 médicos de família, 2958 enfermeiros e 2278 secretários clínicos). As USF cobrem mais da metade da população portuguesa (cerca de 5.194.634 usuários) (BISCAIA *et al.*, 2016).

Cada equipe responde de modo flexível às necessidades de saúde de um conjunto definido de cidadãos e famílias, organizados em lista de usuários, por médico de família. A lista de usuários é calculada com base em Unidades Ponderadas (UP), que variam de acordo com o perfil etário, em um limite máximo de 1917 UPs, o que corresponde acerca de 1550 usuários por médico de família. Cada USF pode, ou não, receber apoio administrativo (uma espécie de *coaching*) de Equipes Regionais de Apoio (ERA) (PORTUGAL, 2013).

2.3.4 Força de Trabalho em Saúde

Quanto à Força de Trabalho em Saúde, podemos observar, nos quadros apresentados a seguir (Quadro 9 e Quadro 10), que ambos os países têm caracterizada a especialidade médica para a APS. No entanto, a garantia de direitos trabalhistas e a qualificação dos vínculos de trabalho continuam sendo um desafio, especialmente no Brasil, posto que Portugal conta com a vantagem do estabelecimento de carreira funcional para médicos de família e para enfermeiros.

A concentração de médicos (Figura 9) e demais profissões da saúde é bem maior em Portugal, isso representa um ganho na acessibilidade aos serviços de saúde e na qualidade do cuidado. Todavia, em ambos os países, há preocupação com a falta de médicos de família. Em Portugal, isso é agravado pela saída (migração) de profissionais para o exterior, em busca de melhores condições de trabalho e remuneração. Algumas razões apontadas pela União

Europeia de Clínicos Gerais/Médicos de Família para a falta de médicos de família (em vários países da zona do euro), são (NOGUEIRA, 2010): a) Problemas no recrutamento; b) Deficiências no ensino e na formação universitária; c) Más condições de trabalho; d) Colisão com o estilo de vida moderno; e) Busca de outras especialidades de maior *status* social.

Quadro 9 - Comparação de alguns indicadores da Força de Trabalho em Saúde no Brasil e em Portugal

País	Indicador	Situação /descrição
Brasil	Especialidade médica para a APS	Medicina em Saúde da Família e Comunidade
	Regulação das relações laborais	A garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras estão previstas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), mas a descentralização do sistema de saúde e a transferência da gestão do trabalho, da esfera federal para os estados e municípios, trouxe limites e desafios para a gestão do trabalho no SUS, notadamente, ao considerarmos a flexibilidade dos vínculos trabalhistas e a precarização do trabalho (Emenda Constitucional n. 19/98). Isso se agrava com o gerenciamento dos serviços, através de parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGs), ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPIs) e contratos com cooperativas.
	Carreira Funcional na área	Há inexistência, inadequação e/ou desatualização dos planos de carreiras na maioria das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2006a)
	Estratégias de formação para o trabalho nos APS	A política de Educação Permanente, prevista também na PNAB, deve ser constitutiva da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.
Portugal	Especialidade médica para a APS	Medicina Geral e Familiar
	Regulação das relações laborais	Contratos de trabalho com base na regulamentação de carreiras funcionais, mantendo uma maior homogeneização dos vínculos trabalhistas. Mesmo assim, há profissionais contratados através de vínculos precários.
	Carreira Funcional na área	Carreiras médicas estabelecidas pelo Decreto-Lei nº 73/90, de 6 de março de 1990, o qual prevê estruturação de funções, habilitação profissional e regime remuneratório. Por sua vez, o Decreto-lei nº 437/91, de 8 de Novembro, criou nova Carreira da Enfermagem, definindo três áreas de atuação: prestação de cuidados, gestão e assessoria (PORTUGAL, 1990 e 1991).
	Estratégias de formação para o trabalho nos APS	Há uma orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humanos para a formação contínua dos profissionais, o que é reforçado pela política de incentivos ao desempenho nas USF. Está ainda em construção um plano integrado de formação multiprofissional.

Fonte: construído pelo autor

No Brasil, a carência e a má distribuição geográfica e social de profissionais de saúde, especialmente médicos, têm sido apontadas como um problema grave, persistente ao longo do tempo. Sendo as regiões geográficas mais isoladas e remotas, os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações, isto é, são os mais vulneráveis quanto à insegurança assistencial (GIRARDI *et al.*, 2011).

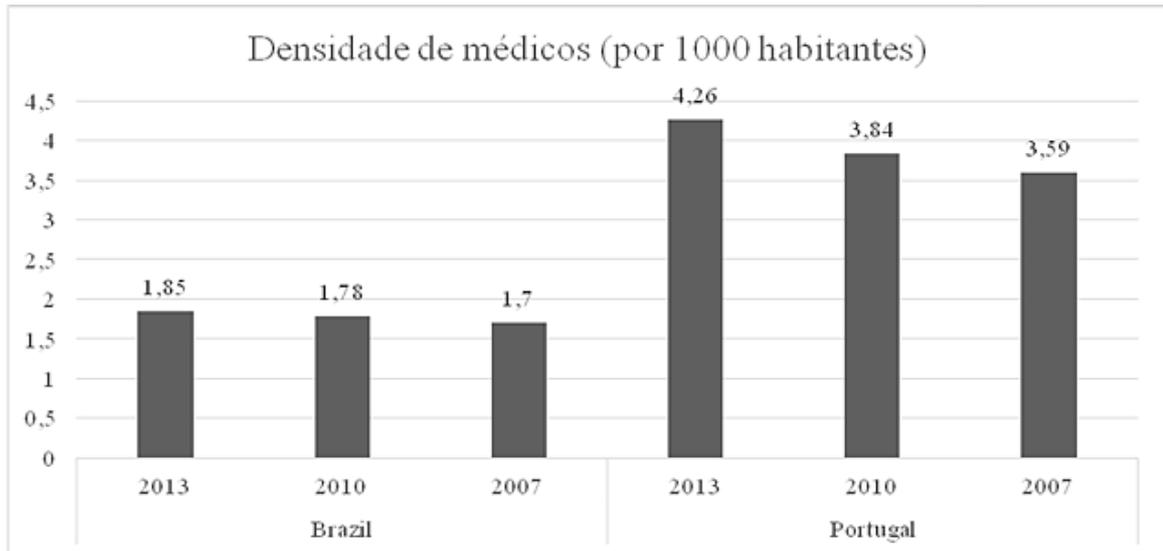
Nesse contexto, o Programa Mais Médicos (PMM) foi introduzido no Brasil para combater a desigualdade de acesso à APS. O programa prevê o investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, a ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país e a provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis. O PMM contribui para alocar profissionais nas áreas remotas, porém ainda não atinge a magnitude necessária para suprir a demanda dos municípios (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Quadro 10 - Alguns indicadores de saúde relacionados com indicadores de Recursos Humanos em Saúde, no Brasil e em Portugal, de 2010 a 2013

Pais	Indicador	2010	2011	2012	2013
Brasil	Razão de Mortalidade neonatal (por 1000 nascidos vivos)	10,7	10,8	10,7	10,3
	Razão Mortalidade, até 5 anos de idade (por 1000 nascidos vivos)	16,6	16,2	16	16
	Gasto em Saúde per capita (US\$)	919,66	1055,13	984,92	993,46
	Gasto em Saúde, total (% do PIB)	8,26736 92	8,09017 17	8,26089 86	8,48312 45
	Gasto em Saúde pública (% do gasto total)	45,79	45,16	44,32	45,11
	Gasto em Saúde privada (% do PIB)	4,48	4,43	4,59	4,65
	Gasto em Saúde pública (% do PIB)	3,78	3,65	3,66	3,82
	Médicos (por 1000 hab.)	1,78	1,85	..	1,89
	Enfermagem e obstetrícia (por 1000 hab.)	7,28	7,60
	Leitos hospitalares (por 1000 hab.)	2,4	2,3	2,3	..
	Expectativa de vida ao nascer (total em anos)	73,26	73,55	73,83	74,12
Portugal	Razão de Mortalidade neonatal (por 1000 nascidos vivos)	2,1	2,1	2,1	2,1
	Razão Mortalidade, até 5 anos de idade (por 1000 nascidos vivos)	3,9	3,8	3,8	3,8
	Gasto em Saúde per capita (US\$)	2352,31	2332,35	1999,81	2059,46
	Gasto em Saúde, total (% do PIB)	10,43	10,06	9,74	9,55
	Gasto em Saúde pública (% do gasto total)	68,71	66,54	64,03	65,23
	Gasto em Saúde privada (% do PIB)	3,26	3,36	3,50	3,32
	Gasto em Saúde pública (% do PIB)	7,17	6,70	6,23	6,23
	Médicos (por 1000 hab.)	3,86	4,00	4,1	..
	Enfermagem e obstetrícia (por 1000 hab.)	5,82	6,03	6,11	..
	Leitos hospitalares (por 1000 hab.)	3,35	3,4
	Expectativa de vida ao nascer (total em anos)	79,02	80,47	80,37	80,72

Fonte: *World Development Indicators* (WORLD BANK, 2017)

Figura 9 - Densidade de Médicos (por mil habitantes) no Brasil e em Portugal



Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2016)

O PMM já integrou 18.240 médicos, abrangendo 4.058 municípios (73% dos municípios brasileiros), e 34 distritos de saúde indígenas. Esse Programa garante atendimento a 63 milhões de brasileiros que não contavam com atendimento médico, especialmente, os habitantes das periferias das grandes cidades, dos pequenos municípios, das comunidades quilombolas, indígenas e assentadas, do sertão nordestino, das populações ribeirinhas, entre outras, que nunca contaram ou não conseguiam fixar médicos (segundo dados do Observatório de Análise Política em Saúde, 2017). Com o PMM, houve aumento na oferta de médicos na APS, o que contribuiu para reduzir o número de municípios com escassez desses profissionais de 1.200 para 777 municípios (GIRARDI *et al.*, 2016). Embora destaquem-se esses avanços, permanece o desafio de ampliar a participação de municípios com perfil de prioridade ou vulnerabilidade.

2.3.5 Participação Social em saúde

A nível global, podemos perceber, nas últimas décadas, uma busca crescente pela reorganização dos serviços de saúde e pela promoção da participação da população, a fim de que os sistemas de saúde pudessem promover uma maior interação com seu “ambiente social”. Há dificuldade de programar políticas e estratégias de participação, que muitas vezes não ultrapassam a barreira da retórica para a prática, ainda que estejam previstas no texto de um documento oficial. Mesmo com meios de acessar opiniões ou informar os cidadãos, o

exercício de uma democracia mais forte em saúde pública (e nas demais políticas sociais) ainda encontra muitos obstáculos (SERAPIONI; ROMANÍ, 2006).

A relação entre participação e democracia, está presente em muitas abordagens, que parecem ter em comum a crença na participação como ferramenta de enfrentamento às desigualdades (SERAPIONI; MATOS, 2013), em que pese as contradições e insuficiências da democracia como forma de solucionar problemas sociais.

Esse tipo de discurso toma força com a Declaração de Alma-Ata, no final de 70, na qual a participação aparece não apenas como direito, mas como dever individual e coletivo, fundamental no planejamento e na implementação de políticas de saúde.

A OMS, ao longo da década de 80, ao tratar do desenvolvimento de sua estratégia global para a saúde, trouxe como meta para os SiS o desenvolvimento de formas de participação comunitária. Da mesma forma, a Carta de Otawa (1986) e a conferência de Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), Bangucoque (2005) e Nairobi (2009) são marcos importantes, haja vista apontarem para a participação e a centralidade nas pessoas como passos fundamentais na promoção da saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

Serapioni e Matos (2013) apontam, no entanto, para o problema da representatividade e dos obstáculos da democracia deliberativa, como um dos maiores problemas dos organismos de participação em saúde, que ainda são pouco utilizados pelos grupos sociais que têm menos acesso aos serviços de saúde (o que inclui os grupos mais vulneráveis). Há dificuldades, por exemplo, em “criar de mecanismos capazes de aproximar esses cidadãos ao sistema de saúde” e potencializar a interação entre os SiS e seu contexto social.

No Brasil, relação da saúde com a democracia está nas raízes do movimento da Reforma Sanitária¹¹, o que favoreceu a posterior garantia da participação social na gestão das políticas sociais presentes na Constituição Federal de 1988. O setor da saúde destaca-se nesse processo, por sua institucionalização através do sistema de Conselhos e Conferências de Saúde, em todo o território nacional, objetivando, por princípio, introduzir no interior do Estado uma “nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável à presença e à ação da sociedade” (COSTA; VIEIRA, 2013).

O modelo adotado de participação utiliza elementos da democracia representativa na

¹¹ Ampla mobilização e organização de trabalhadores da saúde e outros atores sociais que defendiam a concepção de saúde como direito social e dever do Estado e a reestruturação do setor, no Brasil, no início da década de 70.

escolha de representantes. Para isso, importa nesse modelo a iniciativa do processo eleitoral, geralmente realizado na forma do voto. O primeiro Conselho nacional de Saúde foi criado em 1937, no regime do Estado Novo¹², cujo objetivo era tornar mais legítimas as instituições do Estado. O Ministério da Saúde ainda não existia de fato e de direito e o setor da Saúde fazia parte do Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública (BRASIL, 2013).

Em janeiro de 1941, acontece a Primeira Conferência Nacional de Saúde, da qual participaram profissionais do então Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Nessa conferência, foram explorados temas como a situação sanitária assistencial dos estados e municípios. O grande marco histórico da Reforma Sanitária brasileira é a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na qual foram debatidos temas centrais à composição do SUS, apresentando a gênese de como esse Sistema viria a ser alguns anos depois. Dessa conferência, destacam-se os seguintes aspectos do SUS: a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a reestruturação do setor saúde e a criação de uma estratégia de um Sistema Unificado de Saúde, a descentralização do processo decisório, o financiamento efetivo e a democratização do poder local (BRASIL, 2013).

Os conselhos estaduais e municipais de saúde passam a ser fortemente estimulados ao longo dos anos 90, como condição de inclusão dos entes federados na gestão descentralizada do SUS, especialmente a partir das normas orientadoras da operacionalização do SUS. No entanto, apenas a partir de 2003, é que o Ministério da Saúde cria um setor específico para apoiar a gestão participativa. Vale ressaltar, contudo, que até esta data não houve ação sistematizada de qualificação dos conselhos (COSTA; VIEIRA, 2013).

Com a Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e a Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, a participação social foi ampliada, democratizada e passou a ser qualificada por “controle social” (BRASIL, 1990a, 1990b). A respeito do controle da sociedade sobre a política de saúde,

A Lei nº 8.142/90, no segundo parágrafo, estabelece que: O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

¹² Estado Novo foi um regime político, centralizado e autoritário, implantado e conduzido, no Brasil, por Getúlio Vargas, de 1937 a 1945 (BRASIL, 2013).

A Lei nº 8.080/90, por sua vez, determina que: Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

A Lei, efetivamente, legitima a participação e a população, por meio dos Conselhos de Saúde, concentrando o poder de exercer o controle social, participando do planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, analisando as aplicações financeiras realizadas pelo município ou estado no gerenciamento da saúde, de forma deliberativa e não apenas consultiva.

Na teoria (ou seja, na Lei), o Conselho deve ser o espaço no qual se decide as políticas de saúde, mas na prática isso pode não acontecer, pois o “processo real de tomada de decisões é mais amplo, ocorrendo em diferentes espaços estatais e societários, envolvendo uma grande variedade de atores” (CORTES, 2009).

Em Portugal, o envolvimento dos cidadãos no sistema de saúde encontra-se presente no Plano nacional de Saúde, de 2004-2010, e na versão do Plano Nacional de Saúde (PNS), de 2012-2016, com recomendações que incluem promover o aumento da confiança nas instituições de saúde e a sua valorização, atenção às necessidades, expectativas, preferências, satisfação e os utilizadores, a divulgação de informação institucional (transparência quanto ao desempenho e os resultados dos serviços de saúde. Com base nesses documentos, são reconhecidas diversas vantagens no envolvimento dos cidadãos no processo de produção de cuidados de saúde, como: a melhoria das decisões, o aumento da aceitabilidade das decisões, a melhoria da comunicação, a valorização da responsabilidade e a autonomia do cidadão, a definição de prioridades e de políticas de saúde e a legitimidade das decisões (SERAPIONI; FERREIRA; ANTUNES, 2010).

O PNS reconhece que, embora a Lei de Base da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, 1990), já prevesse a participação dos cidadãos em um sistema de Conselhos (Conselho Nacional - CNS, Conselho Regional e Comissão Concelhia de saúde, a nível local). O CNS é composto por 30 membros e tem por missão garantir a participação social, na procura de “consensos alargados” para a política de saúde, podendo emitir parecer e recomendações sobre questões relativas a temas relacionados com a política de saúde, incluindo o próprio PNS, e investigação e inovação nas áreas de saúde (PORTUGAL, 2016). No nível da APS, foram criados os Conselhos Consultivos (PORTUGAL, 1999), na busca por efetivar a participação dos usuários e das instituições locais.

Para cumprir a sua missão, os centros de saúde devem promover a participação dos cidadãos e da comunidade, bem como colaborar em ações intersectoriais com todas as entidades cujos objectivos e âmbito de acção sejam convergentes com os da saúde, nomeadamente nas áreas da educação e da acção social. (PORTUGAL, 1999, Decreto-Lei n.º 157/99, Artigo 4, pt. 3).

[o] conselho consultivo é o órgão do centro de saúde que tem por objectivo assegurar a participação dos cidadãos e de instituições locais, públicas e privadas, designadamente autarquias, estabelecimentos de ensino, entidades do sector social e associações de utentes, no funcionamento do centro de saúde, bem como o directo envolvimento na sua atuação de elementos relevantes da comunidade local. (PORTUGAL, 1999, Decreto-Lei n.º 157/99, Artigo 28, pt. 1).

Ao conselho consultivo, cabe acompanhar as atividades do centro de saúde, apresentar propostas, críticas e sugestões, com vistas à melhoria do funcionamento dos serviços, divulgar as ações desenvolvidas pelo centro de saúde e uma série de outras atividades, no nível do planeamento e da administração dos serviços de saúde.

Também o Decreto-Lei nº 28/2008 instituiu a criação dos Conselhos de Comunidade, no âmbito dos ACeS, com representação da associação de usuários. A este Conselho cabe elaborar parecer sobre os planos plurianuais e anuais de atividades do ACeS, alertar para as deficiências graves na prestação de cuidados de saúde, propor ações de educação e promoção da saúde, articular associações e redes de usuários promotoras de voluntariado, entre outras atividades. O Relatório do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011) destaca estudos que apontam que a maior parte dos Conselhos de Comunidade está em funcionamento, embora haja profundos limites quanto à avaliação de suas atividades e alcance real, em termos de mobilização e participação. Várias barreiras são identificadas no desenvolvimento dos Conselhos, tais como: a inércia das entidades na nomeação dos seus representantes, a dispersão geográfica entre os elementos constituintes, a disponibilidade limitada para o cargo, a influência excessiva das autarquias e os interesses corporativos dos representantes.

De forma semelhante, Serapioni e Sesma (2011) apontam que o discurso oficial, inscrito na legislação, encontra muitas dificuldades na implementação de iniciativas práticas de participação para envolver os usuários, no sentido da sua corresponsabilização quanto à própria saúde e também no que diz respeito à saúde coletiva, de forma que a participação comunitária não atingiu um grau satisfatório, seja pela falta de informação e conhecimento sobre o setor da saúde e das atividades dos serviços de saúde, seja pela percepção de não ter “força de ação” de provocar as mudanças que sejam necessárias. É importante identificar e desenvolver novas e mais efetivas formas de intermediação coletiva a nível local e entre os cidadãos e os serviços de saúde, com a cooperação de gestores e profissionais.

3 CONCEPÇÕES DE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

3.1 Estado da questão

O tema central deste estudo, a Colaboração Interprofissional, pode ser encontrado na literatura sob várias denominações, a saber: relações interprofissionais, comportamento colaborativo, equipes de trabalho, práticas colaborativas, clima organizacional, entre outros, sendo abordado conjuntamente a temas correlacionados, tais como: interdisciplinaridade, interprofissionalidade, transdisciplinaridade, equipes multiprofissionais, eficácia grupal. O espectro de enfoque deste tema cobre um grande conjunto de disciplinas e teorias, sobretudo teorias psicológicas ou sociológicas.

De forma geral, a Colaboração Interprofissional aparece relacionada à urgência do estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde, divergindo do modelo biomédico tradicional e visando à diversidade de ações, a partir da busca de comunicação horizontal e cogestão do processo de trabalho (SAUPE, 2005).

Foi possível constatar, através do levantamento bibliográfico, dois grandes grupos de estudos: o primeiro, em uma perspectiva mais positivista e estrutural-funcionalista, com predominância de métodos quantitativos, volta-se para o campo do Comportamento Organizacional que, de acordo com Chiavenato (2004), é um campo interdisciplinar, relacionado ao estudo de indivíduos e de grupos que atuam em organizações. Percebe-se, nesse primeiro grupo, a zona intermediária (ou mesorganizacional), a qual trata do comportamento de grupos e equipes e suas formas de cooperação, melhoria de desempenho e clima organizacional etc. Dentro desse campo de estudo, destacam-se os trabalhos de Goh, Eccles e Steen (2009); Hardin, Fuller e Valacich (2006); Nørgaard *et al.* (2013); Olaya e Ruess (2004); Puente-Palácios e Borba (2009); Puente-Palácios e Borges-Andrade (2005); Puente-Palácios e Vieira (2010); Santos e Paranhos (2017); Schneider *et al.* (2017) e Whiteoak, Chalip e Hort (2004), entre outros.

O segundo, por sua vez, volta-se para uma perspectiva mais crítica e sócio-histórica, com predominância de métodos qualitativos, no campo da Saúde Coletiva, valorizando a construção histórica do campo social na saúde, conforme proposto por Almeida Filho (2000). Esse segundo campo, relaciona a aplicação tecnológica ao planejamento e à gestão da saúde, tratando do desenvolvimento de práticas colaborativas e destacando a importância da interdisciplinaridade na integração da equipe e nos processos formativos, por exemplo: Educação Interprofissional e Colaboração Interprofissional, Educação Permanente em Saúde,

cuidado e trabalho nas práticas de saúde. Dentro desse campo de estudo, destacam-se os trabalhos de Aguilar-Da-Silva, Scapin e Batista (2011); Araújo e Galimberti (2013); Barreto *et al.* (2011); Bridges *et al.* (2011); Ceccim e Merhy (2009); Chiang, Chapman e Elder (2011); D'Amour e Oandasan (2005); D'Amour *et al.* (2008); Dey, Vries e Bosnic-Anticevich, (2011); Furtado (2007); Hammick *et al.* (2007); Nikander (2003); Peduzzi (2001); Saupe (2005); Smith *et al.* (2017); Vecchia (2012); Witt *et al.* (2017); Zwarenstein, Goldman e Reeves (2011), entre outros.

Para a constituição do levantamento bibliográfico norteador desta pesquisa, foram utilizados os bancos de dados da *Scielo* e *Medline*. No primeiro, foram utilizadas as palavras “colaboração” e “interprofissional”, sem restrição quanto ao ano de publicação, sendo encontrados apenas três artigos, dois deles publicados recentemente. Na busca feita via *Medline*, optou-se pelos mesmos vocábulos, mas na língua inglesa: “interprofessional” e “collaboration”, sendo encontradas mais de quatro mil referências, com destaque para o aumento considerável no número de publicações nesta última década.

Alguns dos estudos mais atuais, nacionais e internacionais, apresentam características comuns, por exemplo, quanto à (ao): a) predominância de abordagem qualitativa; b) foco em processos formativos derivados das relações interprofissionais e do comportamento colaborativo; c) desenvolvimento em cenários de APS.

Segundo Puente-Palácios e Borba (2009), o número de estudos sobre o trabalho em equipes e sua efetividade no contexto internacional vem aumentando, mas constata-se a carência da produção nacional sobre o tema. Os autores destacam como desafio a mensuração de atributos relativos a este nível de análise (mesoorganizacional) e afirmam ser imprescindível definir teoricamente as características e a natureza dos construtos a serem investigados.

Em outro estudo, Puente-Palácios e Vieira (2010) salientam a importância de compreender a diferença do comprometimento entre o indivíduo e a organização e entre o indivíduo e a equipe. Os autores apontam que a maioria dos relatos empíricos tem se voltado para o nível da organização, sendo necessário o desenvolvimento de pesquisas que visem compreender os fenômenos no nível das equipes, destacando o papel de indicadores afetivos, que possam descrever as características relacionais nos processos de trabalho.

Cabe destacar, ainda, o extenso trabalho de revisão realizado por Zwarenstein, Goldman e Reeves (2011), que buscaram avaliar o impacto de intervenções e práticas, com vistas à mudança do nível de colaboração. Os autores compararam diversos estudos, considerando a satisfação do usuário e/ou a efetividade e a eficácia alcançada pela equipe e o

questionando sobre como o nível de colaboração pode afetar a prestação do serviço de saúde. Tal pesquisa tomou como base diversos bancos de dados: Cochrane Library, EPOC, Medline e CINAHL¹³, cobrindo o período de 1950 a 2007, utilizando o cruzamento de vários descritores relacionados ao tema como: “interprofissional”, “interdisciplinar”, “colaboração” e “equipe”.

Os dados apresentados pelos autores, mesmo considerando os limites amostrais, relacionam intervenções para melhorar a colaboração interprofissional com a melhoria da qualidade da atenção à saúde. No entanto, destacam a carência de um processo consistente de avaliação do nível de colaboração, como fator limitante e recomendam a implementação de estudos nessa área, que possam focar na conceptualização e mensuração do comportamento colaborativo.

Hammick *et al.* (2007) aponta evidências para apoiar a proposição de que a aprendizagem em conjunto ajuda os profissionais e as agências a trabalharem melhor. Sua revisão de literatura identificou e sintetizou evidências de resultados positivos para a educação e o trabalho interprofissional, relacionando com a melhor qualidade do cuidado em saúde. Foram utilizados bancos de dados, tais como: Medline 1966-2003, CINAHL 1982-2001, BEI 1964-2001, ASSIA 1990-2003 e cerca de 10.495 resumos. Seus resultados indicam vantagens para a governança em saúde quando há o apelo para uma maior colaboração entre os profissionais ou gerentes de serviços de saúde. Essa pesquisa indica que a educação interprofissional é geralmente bem recebida e permite a troca de conhecimentos (e de habilidades) necessárias para o trabalho colaborativo ser aprendido. Além disso, sugere que esse processo pode influenciar, positivamente, as atitudes e as percepções da equipe na prestação de serviços e melhorar o desenvolvimento da prática e da melhoria dos serviços.

Bridges *et al.* (2011) trabalha de forma articulada com os conceitos de Educação Interprofissional e Colaboração Interprofissional. Em seu trabalho, os autores apontam que as questões médicas podem ser melhor respondidas por equipes interprofissionais e que é necessário treinar os futuros prestadores de cuidados de saúde para trabalharem em equipes, tendo em vista melhores resultados de saúde para os pacientes. Foram pesquisadas três Universidades Norte Americanas, sendo descritos os seus modelos de currículo e o treinamento interprofissional. Foram identificados nesse estudo impactos positivos na formação dos educandos e no vínculo com a comunidade assistida. Segundo os autores, o

¹³ Bancos de dados, de diferentes instituições com reconhecimento acadêmico, que contêm diferentes tipos de evidências, independentes de alta qualidade para informar a tomada de decisões em saúde e fornecem acesso a livros, dissertações, revistas de texto completo, instrumentos de pesquisa e ensaios clínicos.

apoio administrativo, uma infraestrutura adequada e o reconhecimento da participação dos formandos são pontos-chave para o sucesso de um programa centrado na interprofissionalidade.

O estudo de Barreto *et al.* (2011), realizado no estado do Ceará, articulado com a Rede Interdisciplinar de Pesquisa e Avaliação em Sistemas de Saúde (RIPASS), vincula-se, por sua pertinência, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família e à linha de pesquisa a qual esta tese também se insere. Segundo a autora, no Brasil, políticas recentes para a capacitação dos recursos humanos em saúde (como a Liga de Saúde da Família, Residências Multiprofissionais, Programa de Estágio Ver-SUS etc.), têm introduzido uma visão renovada sobre a importância da interdisciplinaridade, que focam na implementação de novas práticas e no desenvolvimento da Colaboração Interprofissional, destacando em seu texto o programa de extensão chamado Liga de Saúde da Família. Seu estudo evidenciou entusiasmo dos alunos, a partir da colaboração interprofissional como um instrumento de mudança.

Outra revisão de literatura, realizada por D'Amour *et al.* (2005), concentra-se na base conceitual da colaboração a partir da análise de marcos teóricos distintos. Diferentemente dos trabalhos anteriormente citados, nesse estudo os autores evidenciam limites com relação a bases empíricas que possam subsidiar estas teorias, não demonstrando, claramente, como as práticas colaborativas alcançam resultados na qualidade do cuidado ao paciente. Os autores sugerem, ainda, que a linha de pesquisa e a investigação sobre a influência de fatores externos (contexto macro organizacional), são aspectos imprescindíveis no processo colaborativo. Outro aspecto dessa revisão de literatura é a apresentação de classificações, modelos e tipologias na perspectiva de compreender melhor os processos de trabalho em equipe, como se pode verificar na formulação teórica de Peduzzi (2001), que apresenta uma tipologia de equipes multiprofissionais em saúde, com base na Teoria do Agir Comunicativo de Habermas (1989). É feita a distinção entre duas modalidades de equipes: equipe agrupamento e equipe integração, são apresentados alguns critérios de classificação, no entanto, não são apresentadas bases empíricas que possam sustentar sua formulação.

Em D'Amour *et al.* (2008), também é apresentado um modelo e uma tipologia de avaliação da Colaboração Interprofissional, a qual compõe o aporte teórico inicial desta tese. Os autores avaliam o modelo com base em dados empíricos, através de uma pesquisa qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas. São apontados dois importantes tópicos para pesquisas futuras: a) o interesse do paciente e seus familiares e o papel destes na colaboração interprofissional e b) a generalização do modelo proposto para outros contextos

culturais e organizacionais. Em pesquisa anterior (ARAÚJO, 2012), o modelo canadense é utilizado na forma de uma escala de avaliação da Colaboração Interprofissional, junto a profissionais da APS (teste e re-teste). Os resultados foram tratados com procedimentos estatísticos descritivos e inferenciais para a verificação de sua confiabilidade.

Outros estudos têm buscado identificar padrões, consistências e inconsistências e o reconhecimento de categorias empíricas e teóricas com foco sobre os desafios cotidianos na busca do trabalho colaborativo em equipes de Saúde da Família. Nessa linha de abordagem, destacam-se vários trabalhos, por exemplo, em Araújo *et al.* (2011) é proposto um esquema integrativo entre três importantes conceitos: educação interprofissional, colaboração interprofissional e promoção da saúde, explicitando a necessidade de novos modos de fazer saúde, nos quais a prática usuário-centrada torna-se eixo balizador e indispensável; em Hood (2012), observa-se o aprofundamento teórico sobre o trabalho interprofissional; em Tamura *et al.* (2012), verifica-se o desenvolvimento de instrumentos de avaliação nesta área; e em Araújo e Galimberti (2013), identificam-se categorias do trabalho em equipe nos NASF.

Enumeram-se abaixo os limites e deficiências identificadas a partir dos estudos vistos até aqui:

- 1) A carência da produção sobre o tema em países de língua portuguesa;
- 2) Dificuldades de validação e generalização, nos processos de mensuração e avaliação da colaboração interprofissional. Alguns estudos precisam ser replicados e outros indicam a necessidade de adaptações culturais;
- 3) Poucos estudos empíricos que demonstrem a relação entre colaboração e qualidade do cuidado;
- 4) Não aprofundamento da discussão sobre a relação usuário-equipe de saúde no processo de trabalho colaborativo.

3.2 Enquadre teórico sobre a Colaboração

Na seção anterior, delineamos dois eixos teóricos principais, em torno dos quais se foram agrupando teorias e conceitos, que circunscrevem a Colaboração Interprofissional.

Ao eixo mais estrutural-funcionalista e cognitivista, centrado na sociologia das organizações, articulamos a Eficácia Coletiva, de Bandura (1995), a teoria dos Sistemas Abertos e a Ação Coletiva, de Crozier e Friedberg (1977). Ao eixo mais crítico e sócio-histórico, centrado na sociologia da saúde, articulamos teorias do cuidado e do “trabalho vivo” em saúde, de Merhy (2002), Pensamento Estratégico, de Testa (1986), Governança em

Saúde e a Cogestão em instituições de saúde, de Campos (1998).

A seguir, apresentamos algumas destas teorias, de forma mais direta ou articuladas entre si, a fim de estabelecer uma visão ampliada sobre o quadro conceitual da Colaboração Interprofissional. Por fim, apresentamos o modelo e a tipologia de Colaboração Interprofissional, conforme elaborado por D'Amour (1997), delineando, dessa maneira, a forma como esses conceitos foram compreendidos e utilizados ao longo do estudo ora em tela.

3.2.1 A Eficácia Coletiva na construção do ambiente de trabalho

A ação humana tem como características a intencionalidade e a temporalidade, ou seja, a capacidade de antecipar, planejar e mover-se em direção a um objetivo criado. Os resultados prováveis de atos prospectivos motivam os seus esforços, antecipadamente. Por serem representados cognitivamente no presente, os futuros imaginados servem como guias e motivadores atuais do comportamento.

As pessoas, enquanto agentes de sua própria história, não são apenas planejadores e prognosticadores, mas também são autorreguladores, pois adotam padrões pessoais, monitorando e regulando seus atos por meio de influências autorreativas. Assim sendo, fazem coisas que lhes trazem satisfação e um sentido de amor-próprio, abstendo-se de atos que levem à autocensura.

As pessoas não são apenas agentes da ação, ao contrário, elas são auto investigadoras do próprio funcionamento, uma vez que, através de sua autoconsciência funcional, refletem sobre sua eficácia pessoal. O funcionamento humano está enraizado em sistemas sociais, dos quais a ação pessoal opera dentro de uma ampla rede de influências socio estruturais. Nessas transações, as pessoas criam sistemas sociais para organizar, guiar e regular as atividades humanas. As práticas dos sistemas sociais, por sua vez, impõem limitações e proporcionam recursos e estruturas de oportunidade para o desenvolvimento e o funcionamento pessoal e também coletivo. Logo, “as pessoas não vivem suas vidas de forma autônoma. Muitas das coisas que buscam somente podem ser alcançadas por meio de esforços socialmente interdependentes” (BANDURA, 2005, p. 33).

As crenças das pessoas em sua eficácia pessoal e coletiva desempenham um papel influente na maneira como organizam, criam e lidam com as circunstâncias da vida, afetando

os caminhos que tomam e o que se tornam. As pessoas agem em comunidade, frente a determinados aspectos de suas vidas e, individualmente, em muitos outros aspectos.

A eficácia coletiva reside nas mentes dos membros como crenças em sua capacidade de grupo. Tais crenças são compartilhadas entre as pessoas e as suas capacidades conjuntas de produzir mudanças em suas vidas por meio do esforço coletivo.

A eficácia coletiva é um atributo grupal, que pode estar diretamente conectado ao desempenho de um grupo ou a uma equipe de trabalho. No entanto, não surge espontaneamente, desenvolve-se no “jogo de forças” dos relacionamentos interpessoais. Ela está enraizada no conceito da eficácia pessoal, ou seja, no sistema de crenças individual que moldam a motivação para a ação de uma pessoa, tanto na intencionalidade como nas capacidades dos membros do grupo ou da comunidade, e ainda nos resultados alcançados por seus membros de forma individual.

Não existe uma mente de grupo que crê. A eficácia coletiva percebida reside nas mentes dos membros como crenças em sua capacidade de grupo. Com frequência, como os membros individuais são a fonte do julgamento da eficácia de seu grupo, a avaliação é interpretada incorretamente como o nível individual do fenômeno avaliado. É necessário esclarecer que as avaliações de eficácia pessoal e de grupo representam os diferentes níveis de coletividade, e não a fonte do julgamento (BANDURA, 2005, p. 33).

Quando essas crenças, a partir da rede socioestrutural e cultural existente, permitem ou fortalecem a crença na coletividade (força de desempenho coletivo para atingir determinados objetivos), esta mesma “visão coletiva” ou emerge como realidade influente, retroalimentando o comportamento dos membros do grupo ou da comunidade, ou cria um sentido de grupo, uma identidade coletiva, um sentimento de pertencimento.

Nesse sentido, o que há é uma estreita relação entre o resultado atual do desempenho de uma equipe de trabalho e a forma como este resultado é percebido e compreendido dentro do grupo, em seu desempenho futuro como equipe. Por exemplo, a insatisfação com o resultado geral do trabalho, combinada com um forte senso de eficácia coletiva (crença na força do trabalho e no esforço conjunto), pode estimular a produtividade da equipe. Assim, percebe-se que a eficácia coletiva pode moldar as crenças individuais de cada membro na capacidade do grupo, de modo que os determinantes que atuam em um nível, também estão presentes no outro.

Essa relação estreita e sistêmica entre estes diferentes níveis de sociocognição (individual e coletiva) tem efeitos práticos do ponto de vista político em uma sociedade e em uma instituição. O comportamento de um indivíduo pode ter efeitos positivos ou negativos

sobre o comportamento dos demais. Se, com base em suas crenças sobre a capacidade de sua participação (posicionamento) no grupo, um indivíduo não age proativamente, isto tem consequências pessoais, mas também efeitos sociais.

A perda de confiança na “capacidade de mudança” dos cenários restritivos de uma instituição pode gerar uma percepção coletiva negativa quanto aos resultados do grupo como um todo, favorecendo, por exemplo, o exercício do controle autoritário.

A eficácia pessoal produz resultados pela crença nos esforços e no uso das capacidades e recursos disponíveis. Mas, é necessário considerar que restrições e oportunidades podem estar presentes no contexto ambiental e/ou institucional. Nesse contexto, cabe a seguinte indagação: quão abertas às mudanças estão as estruturas do sistema social? Este é um fator determinante para se analisar a “ação social” coletiva. No entanto, a capacidade de resposta ou de alteração do sistema de poder não é nem uma característica independente da eficácia pessoal.

Se atores influentes podem moldar a forma de funcionamento governamental, afetando de forma sensível os membros de uma sociedade, conforme Bandura (2002), o que ocorre é que o comportamento humano é determinado pelas crenças sobre a eficácia pessoal e a capacidade de controlar os sistemas sociais.

A autoeficácia não deve ser percebida como a única influência sobre o resultado final em termos de comportamento. Schunk (1991) alerta que ela não é necessariamente o elemento mais importante, pois o comportamento está em função de muitas variáveis relevantes, como: habilidades e competências pessoais e o valor percebido dos resultados.

Indivíduos que acreditam ser ineficazes podem produzir pouca mudança, mesmo em sistemas sociais que proporcionam oportunidades potenciais. Já aqueles que têm uma firme crença na sua eficácia, podem descobrir maneiras de exercer algum controle sobre os sistemas sociais, mesmo que contenham limitadas oportunidades e muitas restrições. A esse respeito, cabe o posicionamento de Bandura (2002),

A capacidade de resposta ou a mudança do sistema governamental não é uma característica fixa nem independente da eficácia pessoal. Os constituintes influentes moldam a forma de funcionamento governamental e a quem os funcionários são mais receptivos. O comportamento humano é governado em grande parte por crenças sobre a eficácia pessoal e a controlabilidade dos sistemas sociais em vez de simplesmente por suas propriedades objetivas. Assim, indivíduos que acreditam ser ineficazes produzem pequenas mudanças mesmo em sistemas sociais que oferecem muitas oportunidades potenciais. Por outro lado, aqueles que têm uma firme crença na sua eficácia, através da ingenuidade e da perseverança, descobrem maneiras de exercer alguma medida de controle sobre os sistemas sociais que contêm oportunidades limitadas e muitos constrangimentos (BANDURA, 2002, p. 483, tradução nossa).

Com base no exposto, podemos perceber que a teoria social cognitiva compreende que a ação política pode ser mais bem explicitada pelas crenças na eficácia pessoal e na coletiva, do que pelas atividades legislativas e práticas institucionais, ou seja, a “eficácia política percebida” é uma característica preditiva da ação política. Dessa maneira, quanto mais um grupo ou movimento social acredita ter poder de ação através de seus atos de protesto, manifestação e reivindicação, utilizando várias estratégias para influenciar as lideranças governamentais, mais firme este grupo agirá no sentido de criar a coerção social necessária para a mudança.

Isto envolve, segundo Bandura (2002), uma série de dilemas de participação, por exemplo, quando se trata de causas coletivas de “larga-escala”, pois quanto maior for a “coletividade” em questão, tanto menos significativa pode parecer a participação individual, o que por sua vez, pode restringir o processo de participação, uma vez que compromete a eficácia pessoal (no nível do indivíduo).

Além disso, compromete também a distribuição não exclusiva dos possíveis benefícios (ou ganhos) decorrentes do processo participativo, posto que, no cenário das grandes massas e participação em larga-escala, torna-se impossível distinguir aqueles que lutaram e participaram, efetivamente, daqueles que permaneceram inativos durante o processo, mas que irão usufruir dos mesmos benefícios coletivos. Por isso, torna-se tão difícil participar em ação coletiva, especialmente em cenários de constrangimento político-social, quando alguns podem aproveitar os benefícios conquistados e, ao mesmo tempo, evitar os custos do processo participativo e conflitos daí decorrentes.

Bandura (1995) aponta que o impacto da eficácia pessoal e coletiva na qualidade de vida de uma sociedade, ou nos resultados em termos de conquista social, depende do propósito que está em causa. A força, por determinação ou necessidade, de motivação gerada pelo benefício esperado e pelo objetivo pretendido, por exemplo, quando se tratam de grupos ou coletivos envolvidos em grandes reformas sociais, processos de empreendedorismo e inovação. Nesses casos, as pessoas são usualmente alvo de ataques ou de algum tipo de perseguição e sabem que seus esforços, em grande parte, podem não ter resultados em curto prazo, mas perseveram em seus esforços. Poder-se-ia supor, nesse caso, que o próprio esforço é reforçador do processo de engajamento social, além dos laços sociais e afetivos que vão se construindo no enfrentamento dos diversos obstáculos.

De acordo com Bandura (1995), esse tipo de experiência coletiva é o alicerce para a resiliência grupal. Algumas dificuldades no percurso do desenvolvimento do grupo ou da equipe podem se constituir em importante fonte de aprendizado. Se os membros de um grupo

tem a crença de que possuem o que é necessário para continuar a avançar em direção a sua meta, eles irão perseverar em face as adversidades, podendo, inclusive, tornarem-se mais fortalecidos ao fim do processo.

Lee, Stajkovic e Sergent (2016) destacam que grupos de trabalho enfrentam problemas cada vez mais difíceis de resolver à medida que aumentam a interdependência e a incerteza nas organizações. Para funcionar eficazmente, os grupos ou equipes de trabalho devem aprender a lidar com a complexidade crescente das exigências organizacionais, buscando novas perspectivas aos problemas e encontrando soluções. Para isto, os autores sinalizam que a confiança do grupo é essencial. Esta confiança ao nível do grupo não é uma “percepção generalizada” dos membros do grupo, mas uma perspectiva compartilhada entre os membros, que emerge da história comum e da eficácia coletiva, a qual afeta, diretamente, a comunicação organizacional, a coordenação e a cooperação para as atividades de trabalho. Logo, sem esta confiança grupal estabelecida, o cenário torna-se mais propício aos conflitos interpessoais e outras disfunções que irão prejudicar a performance geral.

De forma semelhante, Barron (2000) relata que quanto mais o ambiente de trabalho se torna centrado na troca de conhecimento, na interdisciplinaridade e na longitudinalidade (como no caso das equipes de saúde), se torna mais necessária a capacidade de identificar e de resolver problemas de interação grupal. Quando os membros de um grupo, ou de uma equipe compartilham interesses, conhecimentos, história pessoal e compromisso com o trabalho, a atividade colaborativa pode ser um contexto fértil para a aprendizagem e a descoberta.

Barron (2000) sugere que a coordenação é fundamental para o estabelecimento de uma base de conhecimento comum, em torno da qual se podem desenvolver práticas colaborativas. O autor indica que uma investigação mais atenta sobre colaboração e aprendizagem pode favorecer uma melhor compreensão de como os fatores sociais e cognitivos se entrelaçam na realização do pensamento coletivo e da ação coletiva.

3.2.2 Dos Sistemas Abertos à Ação Social: rumo a Teoria da Ação Coletiva

A Teoria Geral dos Sistemas (Teoria sistêmica ou Sistemas Abertos) emergiu como um movimento interdisciplinar (entre biologia, química, física, cibernética, economia etc.), no desenvolvimento de princípios gerais na produção do conhecimento e na concepção de sistema aberto, para compreensão da relação organismo (e, posteriormente, do indivíduo-organização-sociedade) e o ambiente (MOTTA, 1971).

A noção do “sistema aberto” foi originalmente concebida para a biologia, a física e a química, por Bertalanffy (1950), como um conjunto complexo de elementos em interação e em intercâmbio contínuo com o ambiente.

Um sistema está fechado se nenhum material entrar ou sair dele; Está aberto se houver importação e exportação e, portanto, alteração dos componentes. Os sistemas vivos são sistemas abertos, mantendo-se em troca de materiais com ambiente e em construção contínua e quebra de seus componentes (BERTALANFFY, 1950, p. 23, tradução nossa).

Segundo Bertalanffy (1950), era necessária e mesmo emergente uma mudança de paradigma dentro destas disciplinas, que tradicionalmente percebiam apenas processos biológicos e químicos como sistemas fechados de equilíbrio estático, em contraposição, o autor defendia a noção de equilíbrio dinâmico e sistemas abertos. Um sistema aberto pode manter, sob determinadas condições, uma certa constância no tempo, como um todo organizado, embora se possam perceber suas fases diferenciadas e haja um fluxo contínuo dos materiais componentes, com o meio externo, como um estado estacionário.

Considerando as reações do metabolismo orgânico, como um equilíbrio dinâmico, Bertalanffy (1950) aponta que há uma manutenção de uma proporção constante dos componentes no fluxo contínuo de materiais. Mesmo após uma perturbação ou estímulo, o sistema restabelece seu estado estacionário, através de sua autorregulação.

Segundo Motta (1971), o qual se apoia em Bertalanffy, houve uma tendência para a integração interdisciplinar entre as várias ciências naturais e sociais, com base na tentativa de constituir princípios unificadores. Nesse sentido, é que se deu a adoção de modelos oriundos das ciências naturais para as ciências sociais e humanas.

Cabe destacar os avanços da teoria dos sistemas no funcionalismo de Talcot Parsons e sua teoria da ação e no estruturalismo na teoria das organizações. Parsons, importante sociólogo americano, buscou integrar com trabalhos de Durkheim, Weber e outros, no desenvolvimento de sua teoria da ação. Para Parsons, o ator social submete-se às normas sociais, que por sua vez determinam suas ações, sendo este ator incapaz de analisar sua dependência com relação ao conjunto de normas, o que, segundo Motta (1971), pode ser chamado de “imperativismo funcional”, ou seja, a explicação dos sistemas sociais como “imperativos funcionais”. A ação social estaria, dessa forma, condicionada por padrões internos de diferenciação de papéis, mas também na diferenciação estrutural a partir das normas e transações com processos externos instituídos.

Um de seus projetos envolveu aperfeiçoar um modelo analítico geral adequado para a análise de todos os tipos de sistemas sociais, desde pequenos grupos primários a sociedades inteiras. O modelo nomeado com o acrônimo AGIL, de acordo com as iniciais dos princípios, “A” para adaptação, “G” para *goals*, ou consecução de objetivos, “I” para integração e “L” para *latency*, ou manutenção de padrões e controle de latência. Estes princípios funcionam de forma complementar e partem do reconhecimento comum, considerando a sociedade como um sistema de normas integrado (MELO, 2012).

Conforme Melo (2012, p. 135), a ação social, em Parsons, compreende a complementaridade entre o individual e o coletivo, com base na observação da “reciprocidade de perspectivas”. Quando um ator espera que outro aja de determinada maneira, há uma reciprocidade de expectativas, isto cria normas e valores a guiar os indivíduos, na mesma medida em que se torna consequência destas normas instituídas (no nível coletivo) e interiorizadas (no nível do agente).

Vale destacar a noção de ator social, com base em Garfinkel (1967), quanto ao desenvolvimento da Etnometodologia, segundo a qual a noção de uma normatividade se impõe de “fora”, de forma coercitiva, afirmando que as normas estão presentes e influenciam o ator social, ou seja, “ele interage com elas interpretando-as, ajustando-as e modificando-as” (GUESSER, 2003, p.151).

Garfinkel, parte da teoria parsoniana da ação, fazendo profundas reformulações a partir de influências diversas como: o interacionismo simbólico da Escola de Chicago e a fenomenologia social de Alfred Schultz. Para ele, a comunicação e o uso da linguagem não são estabelecidos a partir de sistemas de referência externos e preexistentes, mas são construídos e produzidos por processos interpretativos a partir de nossas interações sociais. Dessa forma, torna-se impossível apreender o social através de princípios objetivos, ressaltando-se a importância da subjetividade e a intersubjetividade dos atores, em outras palavras, “a realidade social é fruto dessa contínua atividade de interpretação dos sentidos das ações que são empreendidas no dia-a-dia” (GUESSER, 2003, p. 155).

A preocupação central em Garfinkel está na análise dos métodos empregados pelos atores na produção da realidade na vida cotidiana. Seu foco estava em descobrir no senso comum os verdadeiros sentidos que os atores dão às suas ações e desvendar o raciocínio prático que orienta as ações sociais, nas expressões empregadas pelos atores sociais nos processos interativos que possuem significado no momento da interação e no contexto local onde são produzidas, na propriedade reflexiva dos atores sociais através da qual, se exprimem as significações de seus atos e de seus pensamentos e na noção de membro, compreendendo

o ator como um ente que compartilha a construção social de um determinado grupo (GUESSER, 2003).

Segundo Chick e Dow (2005), um sistema é uma rede, uma estrutura com conexões a partir da qual os atores agem, geralmente de forma a reforçar e a reproduzir o sistema, mas, noutras vezes, sua ação tenciona o sistema a evoluir. Os autores assumem como premissa básica que as estruturas sociais podem evoluir, que as conexões entre estruturas e a relação estrutura-agente podem mudar. Os sistemas sociais têm fronteiras semipermeáveis, de forma que as instituições assumem esta dupla potência, tanto como barreiras, quanto como conexões, ao mesmo tempo, restringindo e fortalecendo o processo de tomada de decisão e a ação dos atores.

Assim sendo, seria viável pensar no trabalho colaborativo em saúde como um Sistema Aberto? De acordo com Chick e Dow (2005), há algumas condições segundo as quais podemos perceber, no “mundo real”, uma reflexão sistêmica. Para estes autores, em primeiro lugar, é preciso analisar se no sistema em questão, os resultados das ações não podem ser inferidos apenas a partir de ações individuais, mas sim como fruto de interações sociais, em segundo lugar, vale ponderar se os agentes e suas interações podem mudar (por exemplo, se os agentes podem aprender), por fim, em terceiro lugar, deve-se pensar se a estrutura e a agência são interdependentes, ou seja, se as fronteiras ao redor e dentro do sistema são mutáveis.

Tal parece o caso dos SiS e das equipes de saúde na APS, no desafio de implementar uma vasta gama de estratégias e projetos para atender as demandas e problemas locais, notadamente, no sentido de que o “grupo de trabalho” ali constituído seja fortemente influenciado pela expectativa dos membros que o compõe, de forma longitudinal, enquanto permanecem como membros e na medida em que desenvolvem sua história e desempenho. (ARROW; McGRATH; BERDAHL, 2000).

Segundo Katz e Kahn (1978, p. 53), “todos os sistemas sociais, inclusive as organizações, consistem em atividades padronizadas complementares ou interdependentes em relação a algum produto ou resultado comum”. Os autores apontam para uma visão das estruturas sociais como sistemas de natureza planejada e para padrões de relacionamento. Tais padrões poderiam levar a uma grande variabilidade de opções de comportamento, mas sofrem a resistência de forças que os regulam: pressões do ambiente, valores e expectativas compartilhadas e imposição de regras.

Ao definir as organizações humanas como sistemas abertos de papéis, enfatizamos dois fatos principais: a natureza artificial das organizações humanas e as propriedades únicas da estrutura consistindo em atos ou eventos, em vez de componentes físicos imutáveis. Há, naturalmente, muitas ramificações desses fatos. Segue-se, por exemplo, que as organizações humanas alcançam constância e estabilidade em termos da recorrência padronizada de tais atos e não em termos de pessoas que os realizam (KATZ; KAHN, 1978, p. 187, tradução nossa).

No modelo de Katz e Kahn (1978), cada participante percebe e interpreta as expectativas no sentido de alterar ou reforçar o seu comportamento do papel. Esse comportamento irá alterar ou reforçar as expectativas de papel dos demais. Todos os aspectos de comportamento de um indivíduo são relevantes para o desempenho de um papel, incluindo aspectos organizacionais (posição hierárquica), de personalidade (maior ou menor flexibilidade) e interpessoais (alianças e habilidades sociais).

Aplicando essa concepção ao contexto das equipes de saúde, podemos perceber sua estrutura sistêmica, em movimento, através da ação dos atores, que em conjunto, mantem seu funcionamento. Para Katz e Kahn (1978), mais do que uma estrutura física, as organizações de saúde são organizadas em atos, ou seja, através dos comportamentos das pessoas que as compõe, atuando sobre recursos, máquinas, materiais e especialmente interagindo umas com as outras. É esta a noção de comportamento de papel desenvolvida por estes autores, referindo-se a ações recorrentes dos indivíduos entre si, de forma a construir um campo comum, uma estrutura coletiva razoavelmente estável.

Arrow, McGrath e Berdahl (2000) complementam esse argumento, abordando as condições contextuais sob as quais operam os agentes, em equipes de trabalho, nas organizações. Segundo os autores, as organizações usualmente podem estar configuradas para o trabalho em equipe e esperam desta, um desempenho específico e os benefícios daí decorrentes. Muitas vezes, entretanto, estas equipes são submetidas a uma série de fatores estressores, na medida em que não operam com autonomia suficiente para lidar com a falta de recursos, necessidade de treinamento, conflitos internos e outros desafios cotidianos.

Motta (1970) abordando o estruturalismo nas organizações e sob esta mesma ótica crítica, observa como a estrutura burocrática, repleta de restrições e expectativas, pode introduzir rigidez e impactos na personalidade dos agentes. No cerne do planejamento administrativo, há o dilema entre ordem e liberdade e entre a inovação e a criatividade e os mecanismos de controle, de tal forma que se pode compreender a própria cooperação como obtida através do desejo da obtenção de recompensas sociais e materiais, mas com a submissão ao nível do indivíduo a este mesmo processo de socialização, por vezes doloroso, de imposição de papéis.

A flexibilidade torna-se mais do que uma necessidade em um tipo de vida em que tudo se transforma rapidamente." A grande tolerância, à frustração e a capacidade de adiar as recompensas agem como compensações à necessidade que o homem tem de se entregar a tarefas rotineiras na organização, esquecendo-se de preferências e laços pessoais. (MOTTA, 1970, p. 30)

Há, no entanto, uma dimensão transformativa e dialética, relacionada aos conflitos de poder nas organizações, que é fruto de tensões inevitáveis entre necessidades organizacionais e individuais, as quais podem se tornar em elemento propulsor ao desenvolvimento da organização, embora nem sempre isto ocorra (MOTTA, 1970).

A distribuição de poder é fator chave para a compreensão dos processos de trabalho, especialmente, se considerarmos o contexto das equipes de saúde, em que o principal beneficiado deve ser o grande público. Motta (1970) destaca que a organização não pode funcionar efetivamente sem que seja estabelecido um consenso mínimo e um envolvimento mobilizado por parte de seus membros.

Esta posição é compatível, ao menos em parte, com as premissas da Teoria da Ação Coletiva, de Crozier e Friedberg (1977), no sentido da força estratégica dos atores, enquanto ação coletiva. Para Crozier e Friedberg (1977), a organização sofre, concomitantemente, transformação e formação. Há sempre um jogo funcional e sistêmico entre os atores e o sistema concreto de ação (instituições).

Os atores colocam em jogo seus interesses, através de comportamentos estratégicos que visam preservar certo grau de governança. Como os sistemas de ação local comportam uma série de restrições, os atores interagem entre si manejando estas restrições, que fazem parte do contexto específico da organização, de modo a fazer com que o sistema de ação pressuponha a ocorrência de negociações, que são fruto das relações de poder pelas quais os atores estabelecem suas interações.

Segundo Olaya e Ruess (2004), a ação coletiva (ou ação organizada), leva em consideração o potencial do trabalho em equipe e a necessidade dos profissionais de trabalharem em conjunto, mas reconhece que cada profissional tem seus próprios interesses e querem certo grau de autonomia e independência.

[...] a questão central é entender os processos sociais que levam à construção e organização da cooperação competitiva entre um conjunto de atores que são mutuamente dependentes para a solução de um problema comum, que eles não podem resolver por si mesmos. E que para encontrar a solução eles têm de obter a cooperação de parceiros que também são potenciais rivais (FRIEDBERG *apud* OLAYA; RUESS, 2004, p. 3).

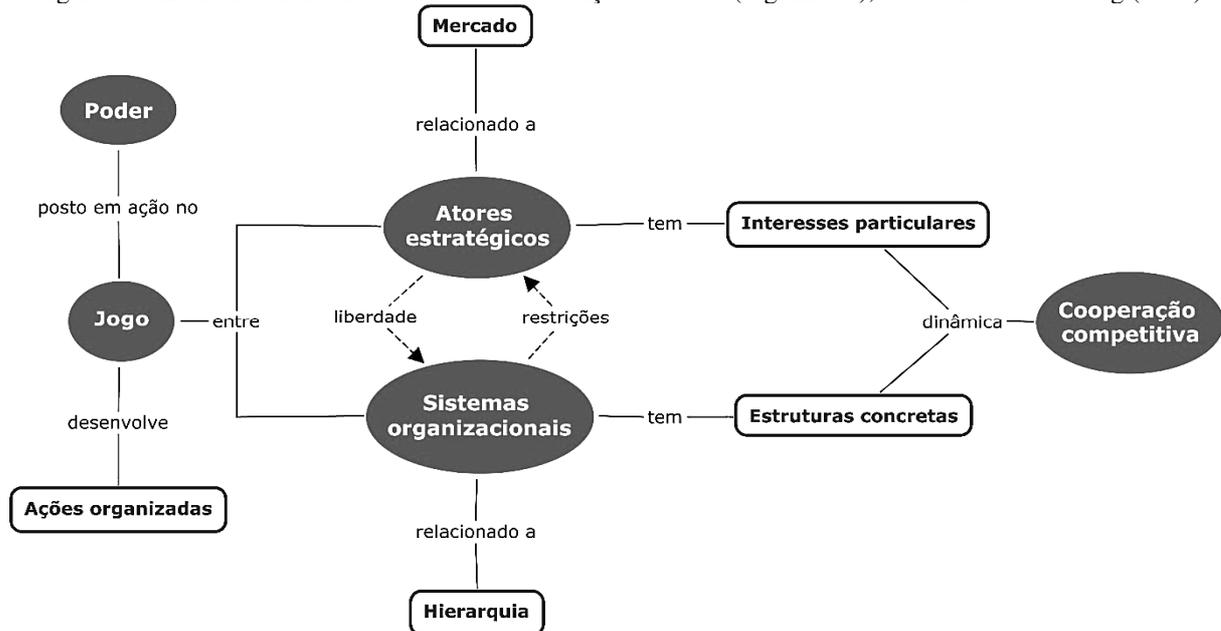
Para esses autores, a ação coletiva pode ser entendida como o processo, através do qual interações estratégicas entre os diversos atores envolvidos, em um campo de ação e de mútua dependência para solução de um problema, são estabilizadas e estruturadas.

Crozier e Friedberg (1977) consideram a organização como um sistema local de ação, resultante da inter-estruturação de um conjunto de regras (formalização) e de relações humanas (estratégias de atores). Nesse jogo, em que podem influir as estruturas hierárquicas e o mercado, interesses particulares e corporativos nem sempre levam a um equilíbrio estável, que resulte em uma dinâmica de cooperação-competitiva, ou seja, ora estes agentes podem compor uma ação coletiva com resultados de colaboração, ora podem organizar-se de forma competitiva.

No desenvolvimento do jogo, cooperação e competição podem estar presentes simultaneamente de forma dialética. A ação social é percebida como “uma estruturação e reestruturação dos campos de ação e pela criação e estabilização de alianças e redes de atores”, de forma que na busca de uma solução para um problema comum, que não pode ser resolvido individualmente, a organização tem de gerir a “cooperação de parceiros que também são potenciais rivais” (FRIEDBERG *apud* OLAYA; RUESS, 2004, p. 3). A teoria possui quatro elementos fundamentais, discutidos a seguir, e que podem ser visualizados na Figura 10:

- a) o ator (que pode ser um indivíduo, um grupo ou outro coletivo), interage com seus próprios interesses e com outros atores;
- b) um sistema concreto, formado por atores e estruturas de organização, liberdades e restrições;
- c) o jogo, que conta um mecanismo de interação entre os atores e o sistema, no qual cada um tem seus próprios interesses, mas também quer manter o sistema funcionando;
- d) o poder, entendido como a capacidade de ação dos atores envolvidos, podendo ser exercitado através de uma competência específica, controle de informações, processos comunicativos ou através de regras organizacionais.

Figura 10 - Elementos fundamentais na Teoria da Ação Coletiva (organizada), de Crozier e Friedberg (1977)



Fonte: construído pelo autor com base em diagramas de Olaya e Ruess (2004).

As regras são uma indicação da existência de relações de poder entre diferentes atores, as quais atuam como restrições que também podem ter suas áreas de incerteza, oferecendo aos “jogadores” certa margem de manobra (Crozier e Friedberg 1977). Esta utilização das regras faz parte das estratégias que os atores usam para atingir seus fins.

Os autores compreendem que qualquer estrutura de ação coletiva se constitui como um sistema de poder, que, na perspectiva do ator, é compreendido como a capacidade para estruturar um processo de troca ou negociação, mais ou menos sustentável, a seu favor, explorando as restrições e oportunidades da situação ou sistema social.

3.2.3 Pensamento Estratégico e práticas colaborativas nas equipes de saúde

O conceito de poder assume um papel central na análise proposta nesta tese, haja vista, tal conceito estar relacionado com o construto de colaboração interprofissional de várias formas, seja no auxiliando a compreensão do empoderamento simultâneo de cada participante em uma equipe de trabalho, por exemplo, no reconhecimento da distribuição de poder, seja como um produto das interações sociais entre os membros da equipe, seja, ainda, como dimensão de análise da colaboração (governança) e como capacidade de ação dos atores envolvidos.

Essas variações indicam uma polissemia inerente ao conceito, que historicamente ganhou os mais distintos contornos e aplicações. Para aprofundamento da temática, em direção a uma perspectiva mais crítica e aproximada ao campo da Saúde Coletiva, optamos por uma compreensão do poder a partir do Pensamento Estratégico de Mário Testa (1986b).

A escolha desta perspectiva deve-se ao produto da reflexão e autocrítica, de Mário Testa (1986b), por sua participação na política, como ator importante na história do planejamento em saúde na América Latina, já que participou da elaboração do método de conhecido por CENDES/OPAS¹⁴. Encontramos no desenvolvimento de sua obra uma crítica ao planejamento normativo tradicional e bases para pensar um novo planejamento em saúde. O conceito do poder é tomado como problema central, privilegiando a dinâmica entre os atores: classe/grupo, força social/movimento (GIOVANELLA, 1990).

Testa (1986a) avança de uma proposta de planejamento estratégico em saúde para um pensamento estratégico, pensando a ação política em saúde. As categorias principais para a análise de sua proposta são poder e ideologia. Segundo Testa (1986b), o poder pode ser entendido como capacidade de ação, possuída por alguém, uma pessoa, uma instituição, um grupo, uma classe social. As formas de exercício do poder (seus resultados) geram práticas ideológicas, que constroem identidades individuais e coletivas. Os atores sociais, através de sua participação nos conflitos e debates sociais, em situações de distribuição desigual de poder, põem em movimento suas capacidades e interesses, produzindo forças sociais que tem efeito nas instituições e no Estado. Para Testa (1986b), é no comportamento dos atores, que está a possibilidade de transformação da correlação de forças e das relações de poder, conseqüentemente, nela reside a possibilidade da solução eficaz dos problemas de saúde (GIOVANELLA, 1990).

Segundo Rivera e Artmann (2012), Testa incorpora e também crítica vários elementos do Planejamento Estratégico Situacional, de Carlos Matus. Testa (1986b) alerta para o risco da excessiva formalização política, no diagnóstico administrativo, porém, incorpora a noção de subjetividade. Para o autor, o sujeito se constitui como ator social, que fala e age, no interior do contexto (e do problema), interagindo com outros atores (oponentes ou colaboradores). Esse processo de interação, somado a outros fatores, constrói uma dada realidade social, que por sua vez condiciona estes atores.

O sujeito, enquanto agente, está entrelaçado ao objeto (realidade na qual intervém

¹⁴ Método de planejamento em saúde, criado em 1965, no contexto da teoria desenvolvimentista da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), pelo Centro de Desenvolvimento (CENDES) e pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS).

cotidianamente), com diferentes graus de governabilidade. Nesse sentido, o ator (jogador) é aquele que tem capacidade de ação no jogo social, e exerce algum peso sobre o coletivo, através algum recurso político, econômico, gerencial ou cognitivo, ao mesmo tempo em que cada ator social vê e vive a sua realidade de forma idiossincrática, sendo capaz de perceber que o seu modo de explicar a realidade não é único e que é a experiência vivida e compartilhada pelos diversos atores que pode constituir o todo da situação-problema (FILHO; MÜLLER, 2002).

A análise política operada através do Pensamento Estratégico incorpora o escopo político, considerando dois aspectos centrais:

- 1) seu caráter de conflito, como uma dinâmica de disputa de interesses, que põe em jogo forças sociais;
- 2) o enfoque sistêmico, visando a uma leitura da visão organizacional, enquanto processo dinâmico, que facilite o diagnóstico estratégico (TESTA, 1986b).

Esse processo diagnóstico visa identificar a estrutura de poder existente no setor ou serviço de saúde e compreende a ambiguidade inerente à noção de mudança, a partir da identificação de acúmulos de poder e grupos de resistência. Os problemas, quase estruturados, levam os atores a praticar ações sociais conflituosas ou cooperativas, de modo que o planejamento fique marcado pela interdependência, ou seja, por um grau de incerteza e criatividade (FILHO; MÜLLER, 2002).

Segundo Testa (1986), no nível dos serviços de saúde, estão em jogo enquanto resultados do exercício do poder: 1) um poder cotidiano, presente nas práxis do dia-a-dia, nos contextos locais, no interior das instituições e dos serviços de saúde, por exemplo; 2) e um poder societal, dirigido para fora da instituição, com o objetivo de promover a produção da sociedade.

Essas formas de poder integram-se em uma cultura, presente na vida dos atores, em suas lutas por mais poder, na divisão do trabalho, na construção de alianças e formação de grupos sociais distintos, ou, como expressado pelo próprio Testa, “o que se disputa cotidianamente é quais coisas fazer e como fazê-las” (TESTA, 1986, p. 230).

Há uma relação dialética entre o poder cotidiano e o societal. O poder local, vivido no cotidiano, é marcadamente influenciado pela luta em torno do projeto de sociedade que está em questão, ou seja, pela visão de mundo formada no contexto cultural. A malha do poder, no interior dos serviços de saúde, ficaria atravessada pela divisão social do trabalho e

pela noção de classe, de forma que se torna imperativo inserir na análise a discussão da categoria médica em relação às demais profissões da saúde. O quadro abaixo apresenta uma síntese dos aspectos envolvidos no Pensamento Estratégico.

Quadro 11 - Dimensões de análise do Pensamento Estratégico de Mario Testa

Análise Estratégica do nível dos Serviços de Saúde	
Aspectos envolvidos	<ul style="list-style-type: none"> • Poder e disputa de poderes; • Poder cotidiano (p/ decisões locais) ; • Poder societário (p/ decisões superiores) ; • Poder Societário X Poder Cotidiano; • Aliados Cotidianos (são corporações profissionais, servidores de um serviço); • Aliados Societários (são classes e frações de classes) ; • Rede de Micropoderes.

Fonte: Adaptado de Testa (1986b)

Com base no exposto, podemos concluir que estratégias hegemônicas podem sobressair-se nas instituições de saúde, manifestando interesses de atores e grupos específicos. Isso não de forma consciente, tal como afirma Testa (1986), mas de modo pulverizado e intrincado nos espaços de disputa de poder, nos pequenos conflitos, nos comportamentos individuais, nos grupos setoriais ou mesmo informais.

A ideologia dominante busca meios de se impor, tecendo a rede de micropoderes em torno de estratégias que podem explicitar as relações de dominação ou ocultá-las, não mediante acordos propriamente ditos, mas através de manipulação de determinados grupos, o que poderia levar ao pensamento de que o poder societal determina o cotidiano, mas, para Testa (1986b), o inverso também acontece, ou seja, o cotidiano gera força de mudança, é por isso, portanto, que Testa (1986b) fala que há uma dupla determinação entre o poder societal e cotidiano. No nível dos serviços, não existe, geralmente, uma grande concentração de poder, o que acontece, na verdade, é uma dispersão do poder em vários lugares e uma consequente formação de “núcleos menores de micropoder”, resultado de uma estratégia de dominação que concentra o poder acima do serviço (e dos setores), e que gera efeitos por vezes negativos na eficiência organizacional.

A partir daí, Testa (1986b) resume dois cenários políticos, que visam à modificação (ou controle), das estratégias internas dos serviços e que, portanto, interessam à nossa análise: 1) normatização com concentração de poder e burocratização das relações; 2) democratização real, que fortaleça a malha organizacional, distribuindo poderes e desfazendo os nós gerados pela fragmentação.

Segundo Rivera e Artmann (2012, p. 42), há em Testa “uma priorização de um tipo de atuação capaz de acentuar os traços democráticos da instituição”. Uma intencionalidade voltada às práticas dialógicas e ao estabelecimento de consensos, acordos e compromissos.

Para Campos (2007), esta relação entre poder e ideologia está explicitada na alienação real dos trabalhadores da saúde, por meio de sua separação concreta e cotidiana dos produtores da gestão, dos meios de produção e do resultado de seu trabalho. Isso quer dizer, então, que a alienação é expressão da impossibilidade de participar da gestão, da impossibilidade de decidir junto democraticamente.

Campos (2007, p. 37) afirma que existe uma racionalidade gerencial hegemônica, composta por mecanismos técnico-gerenciais tradicionais, de base taylorista. Essa racionalidade opera por meio de arranjos organizacionais, que visam a uma “educação para o servilismo e para a mediocridade”. Nas instituições modernas, onde ainda se opera esta lógica, mesmo outorgando um determinado grau de liberdade ao trabalhador, o que se presentifica é uma educação para “aceitar o cotidiano sem mudanças”.

A isto o autor contrapõe a ideia de Coletivos Organizados, postos em ação através do Método da Roda, cujo propósito está voltado à facilitação de processos de cogestão no interior dos serviços. Nesse contexto, seriam privilegiadas as pessoas, as subjetividades, no sentido de construir capacidade de análise e de gestão para que os agrupamentos e as equipes possam cuidar de sua própria constituição e missão.

Podemos perceber, até aqui, que o poder é sempre entendido como uma relação, uma mediação específica entre pessoas, grupos, classes e instituições. Porém, Testa (1986b) salta para além das abordagens funcionalistas, pois não considera apenas os objetivos divergentes dos atores, ou a estrutura do jogo estratégico, mas se apropria do poder como parte do cotidiano da nossa existência social. Mais do que isso, o autor propõe formas organizativas democráticas e participativas, que gerem práticas transformativas. Não se trata de um entendimento das regras do jogo, mas de uma proposta de mudança, visando à construção de uma nova ética, de solidariedade e transparência, sugerindo a possibilidade da formação de sujeitos sociais conscientes, não autoritários e autônomos, que direcionem suas práticas a esta construção, revelando, desse modo, um ideário que tenha força de suplantar as ideologias dominantes (GIOVANELLA, 1990).

Na Ação Coletiva, como vimos anteriormente, embora haja uma análise do processo de distribuição de poder, é a ênfase nos resultados que se destaca. Na eficiência, no comportamento colaborativo, nas negociações que visam criar equilíbrio organizacional, isto é, homeostase. No Pensamento Estratégico e nos Coletivos Organizados (Método da Roda),

há uma ênfase no processo organizacional, que incorpora uma leitura dos elementos internos (malha do micropoder), e dos elementos externos (racionalidade e ideologia dominante). Destaca-se nesse processo a proposição de estabelecimento de novas formas organizativas, as quais visam à mudança nas relações de poder, à inovação das práticas, à transformação das concepções de mundo, enfim, ao desequilíbrio nas relações de força, de modo que possam superar a distribuição desigual de poder no sentido da equidade.

Nesse sentido, podemos entender que a reorganização do cuidado, engendrada na visão ampliada e crítica da APS, como proposta nos textos oficiais, deve acontecer no enfrentamento cotidiano que tem sua gênese, exatamente, nessa destituição desigual de poder. A clínica, dessa forma, ganha força, não na especialidade de uma categoria dominante (no saber biomédico, ou no lugar hegemônico historicamente construído e ocupado pela medicina), mas na tomada de decisão (gestão da clínica) colaborativa, compartilhada, participativa, inclusiva, integrativa e, enfim, ampliada.

3.2.4 A Reorganização do Cuidado e sua relação com o Trabalho Colaborativo

Podemos observar que, historicamente, a área de saúde vem se organizando como um campo de construção de práticas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o modo médico-centrado de agir foi se tornando hegemônico.

Porém, com o crescente reconhecimento da importância das questões sociais na determinação do processo saúde-doença, mesmo sob o paradigma vigente, fica evidente a emergência de uma multiplicidade de modelos de ação, que objetivem oferecer resolutividade frente aos novos e inconclusos desafios impostos pelas mudanças dos perfis demográficos e epidemiológicos no mundo.

Desde a Declaração de Alma-Ata (Almaty), formulada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, a APS tem provocado debates e vem sendo considerada imprescindível para a organização do sistema de saúde de vários países, a fim de promover saúde em caráter universal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

O relatório da OMS, intitulado “Atenção primária em saúde, mais necessária do que nunca”, atribui vantagens à coordenação da APS, em termos de eficácia, eficiência e equidade, para organizar a rede de serviços em todos os níveis de atenção (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Apesar de as evidências internacionais apontarem benefícios aos sistemas quando orientados em função da APS, as suas formas de organização e operacionalização são bastante diferenciadas (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014). Ao reorientar os modelos de atenção, torna-se imprescindível compreender a situação de saúde local e seus determinantes, no intuito de direcionar o modo de produção de cuidado para as reais necessidades da população, o que nem sempre é feito a contento (BOUSQUAT, 2017).

No exemplo brasileiro da década de 1970, o campo da saúde apresentava-se dicotômico e fragmentário. A assistência individual era garantida apenas aos trabalhadores que contribuíssem para tal, quanto que para o restante da população os cuidados de saúde, prestados pelo Ministério da Saúde (MS), Estados e Municípios, eram incipientes.

Essa tensão entre a saúde coletiva e a individual ficou mais evidente quando, no cerne das lutas sociais, a partir do surgimento do movimento de Reforma Sanitária, que gerou críticas ao modelo de saúde vigente no Brasil e propôs alternativas para a sua reestruturação. Desde a década de 80, têm-se empreendido esforços técnicos, ideológicos e políticos para construir um sistema de saúde integral, universal e equânime como direito de cidadania e dever do Estado (BRASIL, 1988, 1990).

Com o advento do SUS, em 1988, fruto do processo de redemocratização política do país, essas questões não foram encerradas, ao contrário, encontram-se em pleno desenvolvimento, com o marcante desafio da reorganização do cuidado, objetivando atender as necessidades impostas pela transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. Assim sendo, as políticas de saúde apresentam uma tendência, mesmo que, percorrendo caminhos muitas vezes contraditórios e ambíguos, à passagem de um modelo centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção da saúde e na integração dos serviços em rede de atenção à saúde.

Com base em experiências isoladas e bem sucedidas de alguns municípios brasileiros, na década de 90, o MS criou o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado de ESF, como estratégia estruturante para a Atenção Básica (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A ESF expandiu-se por todo o território nacional e configura-se por um conjunto de ações e serviços de saúde que deve ser conformado a partir das necessidades da população, sendo possível compreender estas necessidades pelo estabelecimento do vínculo permanente entre os usuários e os profissionais dos serviços de saúde, com a lógica da corresponsabilização da saúde, o que favorece a prevenção, a identificação, o tratamento e a cura de doenças, além da reabilitação e do monitoramento dos agravos à saúde coletiva, buscando construir uma atenção centrada na família (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Apesar dos avanços gerados pela ampliação de cobertura da ESF, no final da década de 1990, as atenções da comunidade científica se voltaram para o problema da qualidade dos cuidados prestados aos seus usuários, a partir da ênfase aos questionamentos sobre a adequação do modelo adotado e às ações e aos serviços que a APS deveria oferecer para atender aos problemas de saúde da população (MACINKO; GOANAIS; SOUZA, 2006; SOUSA, 2010).

O MS e a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) afirmaram que, em uma assistência resolutiva, oportuna e de boa qualidade, espera-se solucionar 85% dos problemas da população na APS (ANDERSON *et al.*, 2007; BRASIL, 2002). Desse modo, atividades como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e o acompanhamento de enfermidades crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas. Portanto, a alta taxa de internação, por condições sensíveis, na APS pode ser indicativo de sérias dificuldades de acesso ao serviço de saúde ou de seu desempenho (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

No tocante aos parâmetros que estão relacionados ao cuidado, existe certa lacuna quando se trata de indicadores para monitorar o processo de trabalho e a resolutividade das ações em saúde. Sem a aplicação desses indicadores, como podemos verificar se a oferta de serviços está sendo acessível e suficiente para atender as necessidades dos usuários? Quais são as possíveis facilidades e dificuldades impostas ao fluxo assistencial de usuários na rede de serviços? De acordo com Mendes (2011), os serviços de APS devem ser capazes de resolver uma gama de necessidades de saúde que extrapolam a esfera da intervenção curativa e individual, desse modo, um dos seus grandes desafios é ampliar a resolutividade e a integralidade da atenção.

Essa intencionalidade motivou o desenvolvimento de propostas e políticas: a) na formação para o trabalho no SUS, com destaque para as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF) e Residências em Medicina de Família e Comunidade (RMFC); b) na prática do processo de trabalho, com os NASF.

A Residência Multiprofissional (em Saúde da Família e em outras áreas afins), é resultado da luta conjunta do governo e sociedade civil organizada, no sentido de maximizar esforços na APS, ampliando as possibilidades de promoção da saúde, através da inclusão de equipes multiprofissionais, compostas por diversas áreas como: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Serviço Social, Educação Física, Nutrição e Farmácia. Trata-se de uma modalidade específica de ensino de pós-graduação *lato sensu* caracterizada por

treinamento em serviço, consistindo em formar profissionais de saúde, de diferentes categorias, para desempenharem suas atividades profissionais na ESF. Reconhecida a partir da Lei Federal nº. 11.129, de 30 de junho de 2005, a Residência Multiprofissional foi instituída na área Profissional da Saúde e na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, regulamentada pela Portaria nº. 2.117, de 03 de novembro de 2005, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, e atualizada através da Portaria nº. 1077 de 12 de novembro de 2009 (BRASIL, 2005 e 2009a).

Quanto aos Residentes, é papel deles estarem integrados aos serviços básicos de saúde, oferecendo suporte técnico, reconhecendo seus potenciais e limites, bem como compartilhando o acompanhamento dos usuários e projetos terapêuticos com as Equipes de Saúde da Família, responsáveis pela população de um dado território, visando aumentar a capacidade resolutiva dos problemas de saúde, pela equipe local, e efetivando a educação permanente no processo de trabalho das equipes.

O exercício da prática profissional, no fazer de um campo tão vasto, exige do residente diferentes estratégias de inserção que implicam a necessidade de fazer cortes epistemológicos e técnicos, não apenas selecionando objetos de estudo e intervenção, mas demarcando fronteiras que, no decorrer do processo, identificam o papel e o lugar de cada categoria profissional.

Cabe destacar que, apesar de atuarem no mesmo campo de ação, sob as mesmas diretrizes e com papel semelhante, os profissionais médicos têm seu processo de formação em separado das demais categorias profissionais. Entendemos que este fato revela a força de um corporativismo historicamente engendrado nas práticas de saúde e que pode influenciar na construção do trabalho coletivo e na qualidade do cuidado prestado.

A fim de apoiar a consolidação da APS na rede, o MS criou os NASF, através da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, na perspectiva de que a inserção de equipes multiprofissionais poderia fortalecer as Equipes de Saúde da Família, através da ampliação da sua clínica, com a produção de novas ofertas de cuidado e do apoio à equipe de referência, visando atender as necessidades da população. A composição dos membros de cada equipe NASF é definida por critérios de prioridades locais, identificadas de acordo com os dados epidemiológicos e as necessidades das equipes de saúde que serão apoiadas (BRASIL, 2014).

O NASF, enquanto organismo vinculado às Equipes de Saúde da Família, compartilha desafios como a ampliação progressiva da cobertura populacional e a integração à rede de atenção à saúde, tendo a responsabilidade de contribuir para o aumento da resolutividade e para a efetivação da coordenação integrada do cuidado na APS (BRASIL,

2010). Em cada NASF, são constituídas equipes multiprofissionais, que funcionam como uma estratégia de apoio à ESF, com a grande missão de desenvolver a integralidade e auxiliar no desenvolvimento da interdisciplinaridade (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010), visando, dessa forma, contribuir com o aumento da resolutividade, não assumindo o lugar de porta de entrada do sistema, mas atuando de forma integrada à rede de serviços e em conjunto com a ESF (Brasil, 2008).

A atuação dos NASF deve obedecer a certas diretrizes gerais, tais como: ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente, desenvolvimento da noção de território, participação social e promoção da saúde (BRASIL, 2009b), diretrizes presentes também no contexto da RMSF e RMFC. Assim sendo, percebe-se que há certa compatibilidade entre estas ações, que preveem a construção e o compartilhar dos diversos saberes e competências profissionais, no desenvolvimento das práticas de saúde, a partir da atuação em um território definido e do compartilhamento da construção de alternativas frente aos problemas identificados.

O contexto de trabalho dos NASF envolve, ainda: o suporte às equipes da ESF, por meio do desenvolvimento do apoio matricial, o fortalecimento da rede de suporte, o cuidado integral (prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial), e a educação permanente (BRASIL, 2009b).

A noção de “apoio” dos NASF remete à tecnologia do “apoio matricial” e ao conceito de “equipe de referência”, que buscam, respectivamente, desenvolver o suporte assistencial e técnico-pedagógico, visando à ampliação da clínica e à mudança do padrão dominante de responsabilidade nas organizações, ou seja, ao invés de as pessoas se responsabilizarem por atividades e procedimentos o que se busca é construir a responsabilidade de pessoas por pessoas (BRASIL, 2009b).

O apoio matricial tem a pretensão de estabelecer um “novo modo de produzir saúde” em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINI, 2011). Esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Com base nas formulações de Campos (1999), entendemos ser necessária a constituição de um tipo de cuidado colaborativo, flexibilizando as estruturas hierárquicas e a lógica formal de encaminhamentos, combatendo a burocratização, através da construção de vínculos de corresponsabilização e ações horizontais, que integrem seus saberes nos diferentes níveis assistenciais.

Em Portugal, a implementação das USF como unidades de cuidados primários se deu

a partir da proposta voluntária e com autonomia funcional e técnica, inspirada no regime remuneratório diferenciado, previsto no Decreto lei nº 157/99, de 10 de maio, no contexto da primeira média reformativa da saúde. Conforme Teixeira (2012), esse novo modelo tem seu grande potencial na transferência de poder aos profissionais de saúde, isto é, as tomadas de decisão passam a ser tomadas de baixo para cima, reforçando a horizontalidade da equipe, em relação a verticalidade hierárquica do modelo anterior.

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009) considera que a USF apresenta avanços significativos quanto aos princípios de boa governança em saúde, como: explicitação dos resultados esperados pela equipe (apoiados na evidência disponível); transparência informativa na implementação, monitorização e avaliação das políticas e práticas em saúde; democratização dos processos de gestão da saúde (de mobilização e distribuição dos recursos, descentralização das decisões, aumento do grau de responsabilização etc.); inovação e motivação no sistema de saúde; e inclusão dos vários atores sociais envolvidos na realização das políticas. Nesse mesmo relatório, vemos que a reforma da APS, em Portugal, está ainda em evolução, sendo necessário estimular a expansão das USF, desenvolver estratégias específicas para as áreas rurais, criar e consolidar as unidades funcionais que compõem os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Segundo Miguel e Sá (2010, p. 06), “a gestão clínica, os instrumentos de apoio à reforma, os modelos de contratualização, os sistemas de informação e a articulação com os hospitais” são algumas áreas que necessitam ser melhoradas.

Segundo Miguel e Sá (2010), a continuação da Reforma passa por ajustes que ajudem a aumentar a implementação, a autonomia e que diversifiquem a oferta de serviços na APS, reforçando, dessa forma, as competências dos ACeS, nas áreas de gestão e contratualização, através de indicadores de eficiência e qualidade, além disso, promovendo o reforço da racionalidade diagnóstica e terapêutica dos cuidados prestados através de indicadores baseados em evidência clínica e fármaco-económica. A integração de cuidados, do ponto de vista do cidadão, deve prover um contínuo ao longo de todas as fases de prestação de cuidado. Outras medidas globais incluem a diversificação da oferta de serviços e a inclusão de novas categorias profissionais em áreas de intervenção consideradas subvalorizadas, tais como: cessação tabágica, comportamentos alimentares, saúde mental, saúde sexual e reprodutiva e saúde bucal (MIGUEL; SÁ, 2010).

Do ponto de vista conceitual, ao relacionarmos os cuidados com a saúde, lidamos com conceitos complexos e polissêmicos que exigem uma leitura e aproximação cautelosa, pois se tratam de conceitos que podem redundar em interpretações errôneas e contraditórias. Ainda

assim, de modo geral, podemos supor que estes conceitos estejam interconectados. Mas, seria a saúde um fim último do cuidado? Ou seria o cuidado um meio para se atingir a saúde? O que o paciente vivencia como cuidado em saúde? Como o cuidado pode ser produzido ou organizado no interior de um serviço de saúde? Estamos conseguindo garantir a integralidade da atenção?

Entendemos, conforme Merhy (2002), que o cuidado é um processo que envolve um somatório de inúmeros “pequenos cuidados parciais”, que se complementam, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre cuidadores e cuidados. Uma trama de atos vivos em um processo dialético de complementação, mas também de disputa.

O cuidado pode ser compreendido como um somatório de decisões, o que envolve uma reflexão sobre as relações de poder, produção de subjetividades e tipos de tecnologia envolvidos (leves ou duras), ou ainda, em função das atividades que o compõe: planejamento, gestão, assistência e avaliação, levando-nos a pensar sobre a construção de políticas públicas de saúde e sua institucionalização em sistemas nacionais.

Etimologicamente, o termo tecnologia deriva de “tecno”, que vem de *techné*, e significa o saber fazer, somado ao radical “logia”, que vem de *logos*, isto é, razão, dessa forma, o termo pode ser definido como: a razão do saber fazer. Compreende-se que a tecnologia pode ser classificada de acordo com seu conteúdo, natureza ou emprego. Dessa maneira, ela pode ser incorporada a mercadorias (tecnologia de produto) e/ou fazer parte de um processo, caracterizando-se, ao mesmo tempo, como processo e produto, aparecendo também, na forma como se estabelecem as relações entre os agentes na elaboração e implementação do cuidado (CECCIM; MERHY, 2009).

Merhy (1997) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como tecnologias dura, leve-dura e leve. A leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão, que atuam como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

Segundo essa classificação, o cuidado, enquanto processo, surge como resultante da ação dos vários tipos de tecnologia, conforme a necessidade de cada paciente, e deve levar em conta a integralidade, ampliando o olhar da clínica para além do procedimento, em direção ao sujeito que é acolhido em seu sofrimento.

Isso nos remete ao desafio de considerar o indivíduo em sua totalidade e atuar com

uma abordagem voltada para o indivíduo e/ou para o grupo, em consideração aos diversos aspectos do ser humano: o seu contexto familiar, social, cultural e ambiental. O desenvolvimento deste princípio requer que o profissional de saúde compreenda e proporcione condições de mudanças no processo saúde-doença, integrando em suas práticas ações de promoção, prevenção e reabilitação.

Concordamos com Mattos (2004) quando reporta que muitas conquistas do SUS ficam evidentes quando os resultados voltam-se à universalização do acesso, à descentralização e ao controle social, mas, em relação à equidade do acesso e à integralidade da atenção, ainda há muito a avançar.

O objetivo da integralidade é garantir que, em todos os níveis do sistema de saúde, todas as pessoas devem ter acesso a todas as ações e serviços exigidos para cada caso ou situação (PAIM, 2009). Dessa forma, tal conceito está conectado, intimamente, com a produção do cuidado em saúde, tendo a reorganização do trabalho, dentro das equipes dos serviços de saúde, como condição necessária para a sua efetivação (FURTADO, 2007). Isto exige, portanto, uma superação dos modelos tradicionais de atuação, que reforçam o paradigma biomédico com ênfase na doença e na cura.

Entendemos, segundo Ricardo Ayres (2009), que a concepção predominante de sujeito nas políticas de saúde é incompatível com os princípios e valores que deveriam orientar o SUS. Então, a efetivação da integralidade passa pelo reconhecimento deste usuário como sujeito de direitos, compreendendo-o não como ser individual, mas, relacional, contingente e histórico. O cuidado compartilhado é entendido como processo dialógico e não somente interventivo.

Ceccim e Merhy (2009) enfatizam a dimensão relacional do trabalho em saúde, denominando-a de “trabalho vivo em ato”, ou seja, um processo de relações, um encontro entre duas (ou mais) pessoas (alteridades), que atuam uma sobre a outra, e no qual se opera um jogo de expectativas e produções, delineando um espaço de construção intersubjetiva com: falas, escutas, acolhimento, responsabilização, confiabilidade, conflitos e esperança.

Se pensarmos no cuidado como algo que pode e deve ser gerido, podendo assumir formas distintas a partir das diretrizes que forem adotadas, o que devemos considerar quando nos referimos à Clínica e à Saúde Coletiva? Como é realizado o manejo da clínica, no cotidiano dos serviços? Ou melhor, quem participa (e de que forma) os processos de tomada de decisão no gerenciamento do cuidado? O filtro é apenas do profissional médico (uniprofissional), ou existe um filtro colaborativo (interprofissional)?

O cuidado com a qualidade, centrado nas necessidades e singularidades de cada

usuário e com estabelecimento de vínculo e de responsabilização, exige como consequência processos de gestão mais participativos, com maior implicação das equipes no desenho das propostas, assim como, o estabelecimento de diretrizes clínicas, planos e projetos terapêuticos, com decisões compartilhadas interprofissionalmente e processos contínuos de avaliação da qualidade com base em indicadores que possam refletir contextos local e global (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Exige, enfim, uma conjuntura política e epistemológica que favoreça ao rompimento com concepções tradicionais de saúde, focadas na racionalidade biomédica, no procedimento técnico e fragmentário e no ideal liberal-privatista, para o estabelecimento de uma produção do cuidado, construída, dialogicamente, por vários atores sociais, focalizando a integralidade e enfatizando os aspectos sociais da produção saúde-doença.

Segundo Campos (2007), entendemos que os Sistemas Nacionais de Saúde (no SUS e em outras experiências pelo globo), atuam de forma a criar modos alternativos de produzir o cuidado, enfatizando redes integradas de serviços e tendo a saúde não como valor de mercado, mas como direito que deve ser assegurado pelo Estado.

Quando nos referimos à Reorganização do Cuidado em Saúde, devemos levar em consideração a preocupação de repensar a concepção sobre saúde e doença e o modo de organizar o cuidado no interior do próprio sistema de saúde, visando à gestão, a partir das necessidades de saúde e na APS, o que implica uma reinvenção da clínica no cotidiano dos serviços de saúde, através da incorporação de “conceitos e práticas da saúde coletiva, da promoção, da determinação social (...), construindo uma concepção ampliada sobre a saúde e sobre o próprio trabalho sanitário” (CAMPOS, 2007).

Na lógica da organização do cuidado, segundo o modelo hegemônico de procedimento e médico centrado, os serviços de saúde são constituídos em função de necessidades de saúde ou partir da existência de uma demanda potencial?

Concordamos com Franco e Merhy (2012), quando afirmam que o elemento central do modelo de produção de cuidado da APS está em torno do processo de trabalho em saúde, no qual a ação intersubjetiva e formas de cogestão do trabalho agenciam as opções de cuidado. No entanto, apenas a ênfase no aspecto relacional do trabalho está longe de resolver os problemas da qualidade do cuidado, pois, práticas e concepções distintas de saúde estão presentes no seio das instituições, impondo “múltiplas linhas de força” e requerendo, por parte dos trabalhadores, o debate constante de uma “ética do cuidado”.

Assim, por exemplo, os princípios e diretrizes norteadores do SUS, como a integralidade, correm o risco de realizar-se apenas de forma burocrática e meramente

prescritiva, “quando, sobretudo, os processos de sua realização ficam centrados nos procedimentos, no ato burocrático, nas maquinarias, instrumentos, protocolos” (FRANCO; MERHY, 2012).

É o processo em ato, realizado pelos trabalhadores, com certo grau de autonomia, que vai definir a efetivação ou não dessas diretrizes maiores, ao menos a nível micropolítico. Mas, como efetivar mudanças consistentes a um nível macro? Não resta dúvida que os dois níveis se complementam e se retroalimentam, ora gerando cenários de mudança, ora cenários de estagnação, valendo frisar que mudanças a nível macro exigem muito mais tempo. Mesmo assim, a questão permanece, pela obstinação desta lacuna, entre aquilo que é garantido como direito ao cidadão e a resposta efetiva do Estado.

A conduta profissional, na APS, passa a ser mais coletiva, uma vez que enfoca família e suas relações e não mais somente o indivíduo com seus problemas e resgatam as múltiplas dimensões de saúde, o que exige reformulação da postura de intervenção do profissional, assim como a incorporação de outros saberes para compor a produção do cuidado com a saúde (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005, p. 3).

A partir da noção de incorporar outros saberes com vistas a efetivar a atenção integral, surge a demanda de incorporação de novas categorias profissionais, que possam contribuir com a evolução do modelo de atenção, que tem como base a queixa-conduta, buscando identificar, junto à população, os potenciais e limites envolvidos na produção da saúde, das queixas e do sofrimento. Isto implica para a ESF, no Brasil, e para as USF, em Portugal, um duplo desafio: por um lado, faz-se necessária uma mudança de paradigmas, no sentido da superação do modelo clínico-individual, visando à saúde coletiva e ao trabalho interprofissional; por outro, exigem-se novos arranjos organizacionais e estratégicos, na regulação dos Recursos Humanos em Saúde, a partir da institucionalização de novas carreiras e do desenvolvimento e do fortalecimento da Educação Interprofissional, que possa potencializar o trabalho em equipe, objetivando o incremento da qualidade do cuidado.

Podemos perceber que os limites na compreensão desse fenômeno têm raízes desde o processo de formação, que geralmente adota um paradigma disciplinar (ALMEIDA FILHO, 2000), encontrando dificuldades em efetivar uma lógica da colaboração.

[...] temos uma compreensão limitada da complexidade das relações entre profissionais (neste caso os profissionais de saúde) que, ao longo de sua formação, são socializados para adotar uma visão disciplina-centrada de sua clientela e os serviços que eles oferecem. Cada disciplina desenvolve fortes referenciais teóricos que confirmam o acesso à jurisdição profissional e que muitas vezes são rigidamente circunscritas (D'AMOUR *et al.* 2005, p.117).

A superação de certos paradigmas encontra barreiras na prática, quando no ambiente de trabalho, não oferecem apenas oportunidades, mas também uma variedade de restrições e ameaças. Trata-se de uma questão de integração *versus* diferenciação, ou melhor, de uma constante dinâmica de oposição entre a colaboração interprofissional e o profissionalismo e a dicotomia entre interdependência e autonomia.

Se a prática profissional é baseada em processos autônomos paralelos e independentes, não haverá integração na equipe, mas se há uma estreita margem de autonomia individual, a equipe pode desenvolver uma autonomia coletiva e um processo de trabalho mais integrativo e colaborativo, superando, dessa forma, práticas fragmentárias e reducionistas, comumente, associadas à racionalidade médica e ao projeto da medicina, conformado na modernidade (COSTA, 2004).

[...] abordar o tema da colaboração implica considerar duas forças antagônicas. A primeira, 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, grifo do autor).

Segundo Almeida Filho (*apud* FURTADO, 2007, p. 247), a questão da interdisciplinaridade precisa ser transposta do campo conceitual para o âmbito de práticas, de forma que a colaboração profissional não se efetive por meio de “princípios ou de intenções genéricas desenvolvidas em textos de pesquisadores bem-intencionados”, mas sim torne-se possível como um processo dinâmico, pela ação de agentes concretos que, “por meio de sua mente-corpo, irão ou não consubstanciar práticas mais ou menos integradas”.

Neste ponto, é importante diferenciar alguns termos. Para isso, seguimos a orientação geral de Almeida Filho (2000), que parte da tipologia de campos disciplinares, proposta anteriormente por Jantsch (1972), detalhando os seguintes conceitos:

- a) Multidisciplinaridade: conjunto de disciplinas que tratam de assuntos específicos, sem que os profissionais implicados estabeleçam relações efetivas entre si, seja no campo técnico ou científico;
- b) Interdisciplinaridade: campo comum a um grupo de disciplinas, geralmente mediadas por uma disciplina que é referência para a temática estudada;

- c) Transdisciplinaridade: disciplinas integradas em um campo comum e com uma base de conhecimento compartilhada, estabelecendo relações horizontais entre as mesmas.

Almeida Filho (2000) faz uma leitura crítica sobre essa tipologia, apontando para o fato de que cada campo disciplinar não trata apenas de uma área do conhecimento, mas são instituídos por uma práxis e contém elementos simbólicos, éticos e políticos.

Aprofundando esse último aspecto, o conceito de interprofissionalidade diz respeito às práticas concretas voltadas para a solução de problemas empíricos específicos, desdobrando-se no cotidiano dos trabalhadores, das equipes e seus serviços (FURTADO, 2007). Aproximando-se, ao menos em parte, da definição pragmática da transdisciplinaridade, segundo Almeida Filho (2000), esse conceito deve ser visto como um processo que se desenvolve por meio de uma “estratégia de ação e modalidades de prática” e não como atributos de relações de campos disciplinares.

Isto posto, entendemos que a efetivação do processo de reorganização do modelo de cuidado em saúde, no contexto da APS, passa por uma compreensão e transformação dos processos interativos que se desenvolvem na vida cotidiana e compartilhada no interior dos serviços de saúde. As equipes da ESF e das USF tem este caráter propositivo de reorganização do cuidado, em sua gênese, percebendo o trabalho de forma interdisciplinar e em equipe como fundamental para a APS.

3.2.5 Modelo de Colaboração Interprofissional, como utilizado na pesquisa

Segundo D'Amour *et al.* (2005), a colaboração é um conceito plural, mas que de forma geral implica a ideia de compartilhamento e de uma ação coletiva, orientada por objetivos comuns, no espírito de confiança e harmonia entre os membros de uma equipe de trabalho. Os autores exploram algumas indicações na literatura sobre o funcionamento da colaboração, todavia, afirmam que nosso conhecimento sobre este fenômeno ainda é limitado. No desenvolvimento do estudo de revisão, apontam alguns conceitos que podem esclarecer melhor o construto da colaboração, como: interdependência, compartilhamento, parceria e poder, conforme explicitados abaixo:

- a) Interdependência: desejo, comum dos profissionais que compõem uma equipe, de atender as necessidades do cliente/usuário, desenvolvendo uma maior tendência para a mútua dependência, do que para a autonomia e gerando como resultado um trabalho sinérgico.
- b) Compartilhamento: forma como os membros de uma equipe dividem responsabilidades, valores e processos de tomadas de decisão, planejando e intervindo em tarefas que exigem colaboração.
- c) Parceria (ou sociedade): envolvimento de dois ou mais atores em tarefas colaborativas, caracterizando-se por uma relação de coleguismo, demandando uma comunicação clara e honesta, com confiança e reconhecimento do valor do outro.
- d) Poder: empoderamento simultâneo de cada participante da equipe e reconhecimento dessa distribuição de poder, funcionando como produto das interações sociais entre os membros da equipe.

O Sistema de Saúde do Canadá, que tem avançado na construção de um modelo de competências interprofissionais para auxiliar educadores e profissionais de saúde a vivenciarem uma aprendizagem significativa e integrativa, aplicada a situações reais. A estrutura de competências proposta pelo *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC), liderado John Gilbert, da Universidade de British Columbia (CANADA, 2010), propõe seis domínios de conhecimento, habilidades e valores vistos como essenciais para a prática colaborativa interprofissional: 1) Comunicação Interprofissional; 2) Cuidado centrado no paciente / usuário / família / comunidade; 3) Esclarecimento de papéis; 4) Funcionamento da equipe; 5) Liderança colaborativa; 6) Resolução de conflitos.

De acordo com a CIHC, a colaboração interprofissional é uma “parceria entre uma equipe de profissionais de saúde e um cliente em uma abordagem participativa colaborativa e voltada à tomada de decisões, partilhadas em torno de questões de saúde e sociais” (CANADA, 2010).

A prática colaborativa interprofissional pode ser definida como um processo que inclui comunicação e tomada de decisão, permitindo uma influência sinérgica do conhecimento e das habilidades agrupadas. São elementos de prática colaborativa que incluem responsabilidade, prestação de contas, coordenação, comunicação, cooperação, assertividade, autonomia e confiança e respeito mútuos (WAY; JONES; BUSING, 2000).

Para os fins práticos deste estudo, optou-se pela adoção de um modelo e tipologia de avaliação da Colaboração Interprofissional, com aquisição de categorias de análise, úteis no desenvolvimento metodológico, mais especificamente, no questionário de avaliação da Colaboração Interprofissional, que será mais bem explicado no capítulo da metodologia.

O modelo selecionado foi desenvolvido, originalmente, por D'Amour (1997), professora da Faculdade de enfermagem da Universidade de Montreal, Quebec, Canadá. Em um estudo sobre ação coletiva e a colaboração interprofissional no contexto da APS, o modelo tem como marco teórico a Teoria da Ação Coletiva, relacionada à sociologia das organizações e a Análise Estratégica desenvolvida por Crozier e Friedberg (1977).

A adoção desse modelo em particular deveu-se ao seu desenvolvimento em termos de produções científicas e pelo uso conceitos que podem ser aplicados no cenário da pesquisa, indicando, dessa maneira, caminhos para a identificação de critérios e construção de indicadores. Tal modelo pode ser utilizado para analisar os níveis de colaboração em sistemas complexos, com formas heterogêneas de interação entre os diversos atores, sugerindo que a ação coletiva, ou a colaboração interprofissional, pode ser analisada com base em quatro dimensões (operacionalizadas a partir de 10 critérios/indicadores), sendo elas (cf. D'AMOUR, 1997 e D'AMOUR *et al.*, 2005, 2008):

- I. Visão compartilhada, que se refere à existência de objetivos comuns e sua apropriação pela equipe e ao reconhecimento de motivos divergentes e múltiplas lealdades e expectativas em relação à colaboração;
- II. Internalização, que se refere à consciência por parte dos profissionais da sua interdependência, traduzindo-se em um sentido de pertença, no conhecimento mútuo de valores e relações de confiança;
- III. Formalização, que é analisada em termos de regras destinadas a regular a ação e o fortalecimento de estruturas;
- IV. Governança, que lida com liderança central, liderança local, expertise e conectividade.

Sobre estas dimensões, temos que: duas envolvem as relações entre os indivíduos (visão e internalização) e as outras duas envolvem o contexto organizacional (formalização e governança). Em estudo anterior (ARAÚJO, 2012), o modelo é utilizado na forma de uma Escala de avaliação da Colaboração Interprofissional, avaliando profissionais da APS, tendo como referências as mesmas dimensões e indicadores sintetizados por D'Amour (2008).

A partir do contato com o campo, com os informantes-chave e com a revisão de literatura verificamos a necessidade de ampliar o modelo, acrescentando uma quinta dimensão, que também representa um elemento de governança, a saber, denominado de governança clínica.

De forma geral, verificamos que a governança, conforme vista em D'Amour *et al.* (2005, 2008), centra-se nas ações de gestão do trabalho, na liderança local, na existência de oportunidades de cogestão, nos meios, nos locais de reuniões e nos intercâmbios entre os parceiros, visando dar formas concretas para colaborar e resolver as dificuldades, na capacidade da equipe de avaliar procedimentos e requisitos do desempenho organizacional, no processo de educação permanente, na qualificação e na inovação das práticas de saúde.

Embora tenhamos encontrado algumas sugestões quanto ao alcance de resultado mais significativo, por exemplo, quanto às interações colaborativas, como consecução de objetivos clínicos, tanto do paciente como dos profissionais, ao considerarmos a capacidade de integração do conhecimento de outros profissionais (equipe) na tomada de decisão clínica (D'AMOUR *et al.*, 2005; AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017), percebemos uma lacuna no modelo, quanto à descrição de práticas colaborativas que favoreçam à resolução de problemas clínicos. A resolução dos problemas clínicos (propriamente ditos) constitui parte essencial do fazer de uma equipe de saúde e envolve as oportunidades de discussão sobre casos clínicos e elaboração de planos terapêuticos, para os casos mais complexos e supervisão clínica externa, quando necessário (CHIAVERINI, 2011).

Além disso, faz-se necessário reconhecer os dados epidemiológicos e demográficos de sua população adscrita e o estabelecimento de vínculo com os usuários, famílias e comunidade, e parcerias com rede de cuidados informais no território, de forma a garantir a continuidade do cuidado (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; SERAPIONI, 2005).

A governança clínica é, por sua vez, um conceito polissêmico, que aparece na literatura incorporando várias dimensões gerenciais para além da prática clínica, sendo comum na literatura brasileira, associada à questão da clínica ampliada e à reorganização da atenção à saúde, a partir da análise “[d]as tensões produzidas no diálogo entre: controle-autonomia e normalização-singularização na atenção à saúde” (GOMES *et al.*, 2017).

Para Biscaia (2006), a “governança clínica” tende a reforçar as hierarquias e estruturar linhas de responsabilização”, na busca pelo desempenho máximo da organização e, inclusive, pode interpor-se a própria autonomia técnica dos profissionais. Porém, o autor alerta para a necessidade de uma mudança (reforma) de pensamento, aproximando a dimensão

da governança clínica à realidade vivida pelos profissionais de saúde, enquanto trabalho colaborativo, flexível, crítico e voltado para a mudança e inovação das práticas de saúde.

Tem de existir a capacidade de adaptação rápida a necessidades sempre em mudança, de tomada de decisão, de definição de estratégias e uma acurada aptidão de gestão de conflitos. E esta reforma do pensamento deve-se estender à própria organização que tem de ser capaz de aprender, de reconhecer e trabalhar com a sua própria cultura, de alicerçar a mudança em relações interpessoais e profissionais mais capazes de gerar novas ideias e soluções e de conseguir desencadear a mudança com especificações mínimas (regras gerais, simples e flexíveis) criando o ambiente propício para que essa mudança aconteça (BISCAIA, 2006, p. 74).

Enquanto categoria singular, componente do modelo, entendemos, com base em Santos e Sá (2010, p. 607, 611), que a governança clínica nos cuidados primários se assenta na focalização e no bem-estar da pessoa (usuário do serviço de saúde, família e comunidade), no esforço para o envolvimento de todos (profissionais e usuários) e na orientação para resultados, enquanto ganhos em saúde e qualidade do cuidado. A governança clínica, assim compreendida, alarga a tradicional noção de “responsabilidade profissional” e amplia a “responsabilidade coletiva” (perante a gestão, os pares e os usuários), centrando-se, dessa maneira, no desenvolvimento dos “processos de cuidados”.

Dessa forma, organizamos as dimensões e indicadores conforme podemos ver no diagrama abaixo (Figura 11).

Figura 11 - Modelo de Colaboração Interprofissional: dimensões e indicadores de análise



Fonte: Adaptado de Araújo (2012) e D'Amour *et al.* (2008)

Assim, em relação ao modelo original, permanece a relação entre as dimensões e os indicadores, tendo sido acrescentada apenas a dimensão “governança clínica”, com dois indicadores: interface com a equipe e interface com o território. Esses indicadores estão interconectados e se influenciam mutuamente, no desenvolvimento das práticas colaborativas em saúde. Cada indicador está descrito, em maior detalhe, no quadro a seguir (Quadro 12).

Concordamos com Biscaia e Heleno (2017, p. 704) que a governança clínica articula de forma sistêmica conhecimentos, atitudes e práticas clínicas individuais e coletivas, visando à qualidade dos cuidados, “com equidade, para as pessoas, famílias e comunidades, com envolvimento de todos”, e responsabilização de todos os profissionais.

Entendemos que a integração desta nova dimensão, ou a ampliação do tema governança para o contexto do fazer clínico, ultrapassa a dimensão puramente organizativa ou normativa, numa perspectiva da prática de saúde produzida no interior dos serviços de saúde e nas relações cotidianas que ali são estabelecidas.

Porém, aqui não está em jogo a clínica centrada no fazer individual e corporativo de cada categoria profissional, mas uma clínica ampliada, multiprofissional ou transdisciplinar. A proposta de realizar uma Clínica Ampliada tem em seu objetivo central a “articulação e a inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas” na constituição de uma ferramenta colaborativa. Essa proposta reconhece que pode existir uma “emergência de um enfoque”, ou olhar disciplinar, em dado momento, mas isto não implica na negação de outros enfoques e possibilidades de ação. Nesse sentido, deve-se incluir também, a necessidade de compartilhamento com os usuários, tanto individual quanto coletivamente, no sentido de efetivar sua participação e adesão ao projeto terapêutico (BRASIL, 2009c, p.10).

De forma semelhante, Coêlho (2012, p. 101), destaca que a clínica, em sua dimensão transdisciplinar, exige pensar no trabalho em equipe para além do simples arranjos multiprofissionais, os quais estariam sujeitos a rigidez e a “institucionalização do saber e certo modo de organização”. A interdisciplinaridade, compreendida aqui como elemento constitutivo da colaboração interprofissional, no interior da clínica (e da governança clínica), não se dá de forma espontânea, mas irá requerer flexibilização das fronteiras disciplinares e criação de momentos de “crise, desestruturação, instabilidade apostando em outros modos de fazer socialmente construído”, além da necessária “reorganização democrática do trabalho em saúde, com uma relação dialógica entre os diferentes profissionais”.

Quadro 12 - Descrição dos indicadores de colaboração interprofissional

Dimensão	Indicador	Descrição
Visão compartilhada	Compartilhamento de objetivos	Relaciona-se com valores e objetivos comuns e com a sua compreensão e aceitação coletiva.
	Orientação da relação profissional-usuário	Estrutura dos interesses que estão em jogo, na base dos relacionamentos entre profissionais e usuários, que pode focar nos interesses: do usuário, das profissões, da organização ou particulares.
Internalização	Interação social e profissional	Relaciona-se com o sentimento de pertencimento ao grupo e com a familiaridade com os colegas de equipe, conhecendo seus valores pessoais e competências profissionais.
	Confiança	Reconhecimento e valorização dos colegas, de suas competências, da capacidade e da boa vontade de assumir responsabilidades no ambiente de trabalho.
Formalização	Protocolos e regras	Acordos, regras, protocolos e sistemas de informação que esclarecem e formalizam responsabilidades, expectativas e papéis profissionais.
	Coleta e troca de informações	Refere-se à existência e ao uso apropriado de uma infraestrutura que permita a comunicação e o manejo de informações entre os profissionais, reduzindo incertezas e favorecendo à ocorrência de <i>feedback</i> .
Governança no Trabalho	Direcionamento político e estratégico	Envolvimento e importância do papel exercido por autoridades centrais e o direcionamento claro, oferecido para o desenvolvimento de ações colaborativas.
	Relação com a liderança local	Refere-se ao papel das lideranças locais e a sua influência no processo colaborativo. A aceitação desta liderança e a possibilidade de tomar decisões de forma compartilhada e, ainda, a capacidade de a equipe avaliar (auditar) procedimentos e requisitos do desempenho organizacional interno
	Suporte para inovação	Processo de educação permanente para o desenvolvimento de competências que possam favorecer processos de qualificação e inovação das práticas de saúde
	Diálogo e participação	Refere-se à conectividade entre os indivíduos e às oportunidades de diálogo e de participação que favoreçam à resolução de problemas e possibilitem ajustes na prática profissional.
Governança na Clínica	Interface com a equipe	Discussão sobre casos clínicos e elaboração de planos terapêuticos para os casos mais complexos. Há avaliação dos resultados alcançados e supervisão clínica externa, quando necessário.
	Interface com o território	Reconhecimento dos dados epidemiológicos e demográficos de sua população de referência; estabelecimento de vínculo com as famílias de sua área de abrangência; e parcerias com outros serviços de saúde (ou outras políticas sociais), no território, de forma a garantir a continuidade do cuidado.

Fonte: Adaptado de Araújo (2012) e D'Amour *et al.* (2008)

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar o processo de Colaboração Interprofissional no contexto da Atenção Primária à Saúde, a partir da comparação de experiências locais desenvolvidas no Brasil e em Portugal.

4.1.1 Objetivos Específicos

- a) Identificar os fatores que influenciam o desenvolvimento da Colaboração Interprofissional no contexto de trabalho da APS;
- b) Compreender as concepções de Colaboração Interprofissional, sustentadas pelos profissionais de saúde, no contexto da APS;
- c) Avaliar o nível de Colaboração Interprofissional das equipes da APS dos dois países;
- d) Desenvolver um processo de construção e de validação de um instrumento de avaliação da Colaboração Interprofissional.

4.2 Pressupostos Filosóficos da Pesquisa

Este estudo segue uma lógica de planejamento a semelhança de um estudo de caso, com utilização de métodos mistos, segundo algumas características técnicas estabelecidas por Yin (2010), que define o estudo de caso como uma investigação empírica sobre um fenômeno contemporâneo, em profundidade e em seu contexto real, especialmente útil quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são totalmente esclarecidos.

Para Yin (2010), os estudos de caso enfrentam situações diferenciadas contando com muitas variáveis de interesse, com múltiplas fontes de evidência e com dados que precisam convergir de maneira triangular. É possível verificar uma mescla entre a abordagem quantitativa e qualitativa, considerando todos os métodos de modo inclusivo e pluralista, seguindo uma ordem de planejamento norteada por quatro aplicações:

- 1) Explicar os vínculos causais do fenômeno (sujeito, intervenção, programa etc.), investigando fatos da vida real, que possam ser complexos demais para estratégias puramente experimentais;
- 2) Descrever o fenômeno e contextos da vida real na qual ocorre;
- 3) Ilustrar determinados tópicos em uma avaliação;
- 4) Explorar situações em que o fenômeno avaliado não possui um único e claro conjunto de resultados.

Tecemos, a seguir, algumas considerações sobre a natureza deste estudo, traçando alguns pressupostos filosóficos, teóricos e epistemológicos, visando com esse esboço iluminar a compreensão sobre os desdobramentos metodológicos que norteiam a construção desta pesquisa.

Compreendemos, conforme Flick (2009, p. 40), que “ainda está em andamento”, na abordagem científica, a melhor compreensão acerca das relações entre pesquisa qualitativa e quantitativa, muito embora tenha havido um grande desenvolvimento deste tipo de prática de pesquisa. Sobre esse debate, no Brasil e em Portugal, mencionamos os seguintes autores que trabalham na direção dos métodos mistos: no Brasil, destacam-se três trabalhos, o de Hartz (1999); o de Minayo e Sanches (1993); e o de Serapioni (2000), já em Portugal, destacam-se outros dois trabalhos, o de Augusto (2014) e o de Matos (2014).

O simples uso do termo triangulação, ou a descrição da combinação de diferentes métodos, de forma sequencial ou concomitante, não são suficientes para garantir a consistência de um projeto científico de métodos mistos, sendo necessária, portanto, uma reflexão paradigmática e epistemológica.

Segundo Denzin (2010), paradigmas são mais que meras suposições acerca de ontologia, epistemologia, metodologia ou ética. São construções humanas, produtos de tensões e conflitos que definem a visão de mundo do pesquisador. O autor reconhece que o uso de métodos mistos (com uso de procedimentos qualitativos e quantitativos, em variadas combinações), produz inferências mais consistentes, respondendo, dessa forma, a questões de pesquisa de modo que outros métodos não podem, colaborando para a diversidade das descobertas e gerando, ao longo das últimas décadas, novos debates e disputas paradigmáticas.

Howe (2004) adota a tese da compatibilidade entre paradigmas e destaca os avanços alcançados pela integração entre as perspectivas qualitativa e quantitativa. No entanto, faz uma crítica ao experimentalismo e aos seus desdobramentos recentes, notadamente, quanto ao

uso de métodos mistos. O referido autor alerta para a necessidade do debate epistemológico, fazendo distinção entre o aspecto tecnocrático e o democrático na prática da pesquisa. Para esse autor, o aspecto tecnocrático está associado ao experimentalismo, pelo uso de métodos mistos que se concentra nos resultados e dão primazia ao método quantitativo de enfoque analítico-experimental.

A alternativa democrática proposta por Howe, chamada de interpretativismo por métodos mistos, pode ser considerada como um ponto de partida paradigmático para este estudo, compreendendo as seguintes características principais:

- a) Utiliza métodos mistos, com ênfase no enfoque qualitativo e na compreensão dos aspectos subjetivos;
- b) Busca a inclusão e participação dialógica entre o pesquisador e os participantes;
- c) Tem uma dimensão democrática, levando em consideração todas as “vozes relevantes” no contexto de realização da pesquisa;
- d) Considera o contexto vivencial dos participantes, que estão inseridos em conversações, que envolvem o como e o porquê de certas coisas funcionarem.
- e) Envolve o diálogo crítico, compreendendo o “conhecimento especializado” do pesquisador no processo de interação com a situação de pesquisa.

A importância do enfoque qualitativo, neste estudo, deve-se ao interesse pela descrição aprofundada e minuciosa das características do fenômeno investigado, aquilo que, qualitativamente, o caracteriza e pode distingui-lo de outros fenômenos (MELLA, 1998). A pesquisa qualitativa é percebida como um meio para explorar e entender o significado que indivíduos ou grupos atribuem a um determinado problema social. Esse processo envolve alguns pressupostos básicos como: coleta de dados no ambiente dos participantes, análise dos dados indutivamente construída e interpretações feitas pelo pesquisador acerca do significado dos dados (CRESWELL, 2010).

Segundo Flick (2009), a relevância atual da pesquisa qualitativa se dá por vários aspectos, por exemplo, a pluralização das esferas de vida, observada através da diversidade de ambientes, subculturas e estilos de vida, que exigem uma nova sensibilidade para os estudos empíricos, de forma que os pesquisadores são desafiados a compreender novos contextos e

perspectivas sociais, que requerem o uso de estratégias indutivas. O autor destaca ainda os limites da pesquisa quantitativa, quando relacionada aos fenômenos das ciências sociais, com baixo grau de aplicabilidade dos resultados e dificuldades de conexão desses resultados com a teoria e com o desenvolvimento da sociedade.

Flick (2009) lista uma série de aspectos essenciais da pesquisa qualitativa: a) apropriabilidade de métodos e teorias, b) ênfase na perspectiva dos participantes (e sua diversidade), c) reflexividade do pesquisador e da pesquisa e d) variedade de abordagens e métodos na pesquisa qualitativa.

O autor ressalta a necessidade de congruência em relação às concepções filosóficas e epistemológicas, que possam funcionar como orientação geral sobre o mundo e sobre a natureza da pesquisa. A noção de epistemologia se relaciona com a necessidade de reflexão sobre a constituição da ciência e seu processo de auto-regulação, considerando, conforme Bruyne (1987), sua função de “vigilância crítica” da pesquisa e o estabelecimento de princípios que vão animar e inspirar procedimentos metodológicos.

O enfoque quantitativo é assumido neste estudo com base nos seguintes propósitos: a) explanatório, no sentido de testar uma teoria (Modelo de Colaboração Interprofissional) e as possíveis relações de determinação entre as dimensões e indicadores do modelo; b) exploratório, no sentido de buscar a consistência dos conceitos, sua capacidade de aferição (medida não-paramétrica) e possibilidades de aplicação; e c) descritivo, no sentido de identificar as atitudes e opiniões dos participantes acerca dos tópicos avaliados, permitindo traçar um perfil avaliativo, sobre o construto da Colaboração Interprofissional (FREITAS *et al.*, 2000).

O questionário foi aplicado com corte-transversal, seguindo uma amostra não-probabilística. As vantagens do uso desse enfoque, se dá de forma complementar e estratégica, permitindo a triangulação de procedimentos de coleta de dados e o alcance a um número maior de participantes. Além disso, a aplicação torna-se mais rápida, sendo mais facilmente reproduzida, em outros contextos, se assim for necessário, especialmente, pelo uso do questionário virtual, ou seja, enviado em formato digital, por meio de endereço eletrônico.

Outra perspectiva na qual este estudo está embasado diz respeito à noção de avaliação qualitativa, conforme Bosi e Uchimura (2002). Esses autores buscam um posicionamento crítico em relação aos modelos tradicionais (normativos e formativos), dos processos de avaliação em saúde e a incorporação da subjetividade, isto é, da dimensão subjetiva nos processos de avaliação. Da mesma forma, compreendemos a importância da

subjetividade na investigação dos serviços de saúde e os desafios inerentes à compreensão dessa dimensão, assumindo, para tal que

[...] avaliação qualitativa corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas. Essa análise se volta para a produção subjetiva que permeia as práticas em saúde inscritas nos programas e serviços, repercutindo diretamente na natureza do material a ser levantado e produzido, o qual não pode se restringir a instrumentos estruturados que conduzam a respostas exclusivamente numéricas (BOSI; UCHIMURA, 2007, p. 151).

De forma semelhante ao que Furtado (2001, p. 172) discorre a respeito da avaliação, entendemos essa categoria como sendo o “campo de competência e responsabilidade” da investigação, cujos resultados vão além do fornecimento de dados, podendo contribuir para o julgamento e para a tomada de decisões em torno do objeto avaliado.

Por um lado, a concepção de produção de conhecimento utilizada neste estudo, poderia ser caracterizada, conforme Creswell (2010, p. 32), como construtivista social, partindo do princípio de que os indivíduos procuram entender o mundo em que vivem e trabalham, desenvolvendo significados subjetivos a partir de suas experiências e interpretações. Assim, “a geração básica de significado é sempre social, surgindo dentro e fora da interação com uma comunidade humana”. Busca-se, então, “entender o contexto ou o cenário dos participantes”, considerando-se as experiências e as origens do próprio pesquisador. No entanto, concordamos com Piper Shafir (2006), a respeito da necessidade de o cientista social adotar não apenas uma postura social construtivista, ou compreensivista, mas também, uma postura crítica, compreendendo a dimensão social, política e historicamente constituída nas relações de produção da subjetividade.

Por outro lado, pela forma como utilizamos diferentes teorias e métodos, de modo mais pragmático e menos ideológico, com foco maior na resolução do problema de pesquisa do que nas condições precedentes, este estudo poderia ser caracterizado como pragmatista em relação à produção do conhecimento.

Segundo Creswell (2003), o pragmatismo não está comprometido com um único sistema de filosofia e realidade. Isso se aplica à pesquisa de métodos mistos, na qual os investigadores usam liberalmente suposições quantitativas e qualitativas.

Este estudo adotou o paradigma da escolha, segundo Patton (1997), reconhecendo o uso da pluralidade metodológica como meio para solucionar os problemas de pesquisa. Compreendemos que os investigadores têm liberdade de escolha para selecionar os métodos, técnicas e procedimentos de pesquisa que melhor se ajustarem aos seus objetivos, mantendo o

esforço de investigação “ativo-reativo-adaptativo”, conforme explicita o autor, ao afirmar que

Utilizei o termo "ativo-reativo-adaptativo" para sugerir a natureza das interações consultivas que ocorrem entre os avaliadores e os usuários. O termo é tanto descritivo quanto prescritivo. Ele descreve como o processo de decisão do mundo real realmente se desenrola. E é prescritivo ao alertar os avaliadores para que atuem conscientemente e deliberadamente, reajam e se adaptem aumentando sua eficácia ao trabalhar com os participantes (PATTON, 1997, p.134-135, tradução nossa).

Sobre a produção do conhecimento, sintetizamos alguns princípios gerais, a partir da leitura de Flick (2009, p. 79-81), de forma a elucidar a particular articulação proposta neste estudo:

- a) O conhecimento está relacionado ao modo pelo qual organizamos nosso mundo experimental;
- b) Os conteúdos da formação do conhecimento são construídos em um processo de produção ativa;
- c) O conhecimento é construído com base no papel da linguagem nas relações de mudança social;
- d) O conhecimento humano é um construto humano, e tem funções sociais.

Concordamos com Bruyne (1987), segundo o qual a pesquisa é o lugar prático da transformação do objeto do conhecimento e de sua construção sistemática. Identificamos, a partir da leitura do autor, que este estudo tem como alicerces fundamentais, os seguintes princípios epistemológicos:

- a) Princípio da concentração: que sugere que certos níveis de análise contêm mais informação do que outros, dando ênfase não ao número de elementos estudados, mas a sua significância relativa.
- b) Princípio da negligenciabilidade: que permite diferenciar o essencial do acessório e selecionar o que for mais importante, ou constante.

4.3 Reflexões sobre a Pesquisa Teórica

O processo de conhecimento teórico específico está atrelado ao planejamento da investigação, desde as questões de partida, passando pela delimitação do objeto, até o processo de construção do projeto de investigação, os métodos/técnicas a serem utilizados, assim como outros conhecimentos teóricos e conceituais, como, por exemplo, a recolha e o

tratamento dos dados no processo de elaboração e na apresentação dos resultados.

Entendemos, conforme Adams e Buetow (2014, pp. 98-99), que os elementos da teoria permeiam a maioria dos aspectos de um trabalho científico, como ocorre em uma tese, podendo variar, indo de um nível mais geral e abstrato até a formação de uma “grande teoria”, seja como elementos distintivos de ideologias (como na teoria evolucionista, ou nos estudos feministas), ou como conjunto de pressupostos e conceitos que descrevem a visão de mundo subjacente a pesquisa, ou ainda, como produto das descobertas surgidas na pesquisa. Esses autores enumeram seis “camadas” nas quais a teoria pode assumir diferentes lugares e papéis no desenvolvimento da pesquisa: a) "Teoria de fundo"; b), "grande teoria"; c) "teoria translacional"; d) "teoria fundacional"; e) "metodologia" e f) “conceitos teóricos”.

A “teorias de fundo” e as “grandes teorias” referem-se a explicações já disponíveis e de amplo conhecimento. Tratam-se de teorias específicas que fornecem um ponto de partida para uma investigação mais aprofundada, por exemplo, teorias de pesquisadores-chave para um determinado campo de conhecimento, podendo ser relacionadas, especialmente, com “antecedentes dos conteúdos”, ou seja, com as ideias centrais que dirigem o projeto de pesquisa.

As “teorias translacionais” são compreendidas como teorias de “médio alcance”, que surgem a partir da adaptação e da tradução de ideias-chave dos grandes teóricos, para os desafios impostos por um determinado objetivo de estudo ou campo de pesquisa.

As “teorias fundacionais”, que os autores chamam de “metodologia”, são teorias que se relacionam mais diretamente com os antecedentes metodológicos, provendo parâmetros para delineamento e condução do estudo.

Por fim, os “conceitos teóricos”, que se situam em uma zona intermediária (emergente) interagem com as demais teorias, conectando-as em um formato integrado sobre o objeto de estudo, gerando possibilidades diversas e também limitando o escopo do estudo, a partir da compreensão de que a maior parte dos questionamentos teóricos se dá como “um esforço contínuo para melhorar a clareza destes conceitos”.

Concordamos com Creswell (1998), segundo o qual, em um desenho de pesquisa como “estudo de caso”, a teoria pode assumir diferentes papéis e posições, em geral, ocupando um lugar intermediário em relação ao desenvolvimento da pesquisa, de forma que seja possível utilizá-la para a descrição do caso em si e para o estabelecimento dos principais conceitos que serão utilizados, como também, numa etapa posterior, na análise dos resultados, permitindo a formulação de uma teoria construída, ou seja, de um produto da mesma pesquisa.

Concordamos com Bruyne (1987) quanto a alguns elementos importantes que devem ser considerados na gênese do processo de teorização, como: a) a indução, que permite a inferência do fato à lei, ou melhor, do caso singular ao universal; b) a intuição, enquanto método reflexivo à natureza dos problemas; c) e a problematização, que permite uma interrogação sistemática dos aspectos da realidade postos em relação pela questão de pesquisa.

Dessa forma, vemos que a teoria é compreendida como uma construção sistemática, articulada ativamente pelo pesquisador e os avanços significativos no estudo de um determinado problema, que se realizam por meio de novos momentos do desenvolvimento teórico (GONZALEZ REY, 2002).

Ao abordar um cenário complexo como os Sistemas de Saúde (SS), em se tratando, no caso desta tese, de um estudo comparativo entre dois países, assume-se a perspectiva de “estudo de caso”, uma vez que este estudo buscou a articulação de diferentes teorias, com papéis distintos.

Em primeira fase, foi importante caracterizar os SiS como Política Social, descrever desafios e limites no contexto global e posteriormente apresentar os SiS do Brasil e em Portugal, através da construção de uma matriz personalizada de dimensões e indicadores, com base em estudos diversos e na pesquisa documental.

Foram utilizadas, para tanto, algumas teorias fundacionais e de metodologia, como: as ferramentas para análise do setor saúde, de Tobar (2000); estudos sobre SS comparados, por exemplo, o de Giovanella *et al.* (2012), além de estudos desenvolvidos pela OMS e outras entidades da saúde global. Teorias translacionais se articularam, de modo contínuo ao longo do texto, aprofundando conceitos e delineando a análise, como: teoria dos custos sociais de Kapp (2011), o conceito de condições de Saúde, conforme Mendes (2011) e a participação social em saúde, conforme Serapioni e Matos (2013).

Sobre o quadro conceitual em torno da Colaboração Interprofissional propriamente dita, vimos, a partir da pesquisa bibliográfica, apresentada no Estado da Questão, o delineamento de dois eixos principais, em torno dos quais se foram agrupando teorias e conceitos. Em primeiro lugar, um eixo mais estrutural-funcionalista e cognitivista, mais centrado na sociologia das organizações, que perpassa por teorias como: a Eficácia Coletiva, de Bandura (1995) e a Teoria dos Sistemas Abertos e a Ação Coletiva, de Crozier e Friedberg (1977). Em segundo lugar, um eixo mais crítico e sócio-histórico, mais centrado na sociologia da saúde, a partir de teorias como: cuidado e “trabalho vivo” em saúde, de Merhy (2002), Pensamento Estratégico, de Testa (1986), Governança em Saúde e a Cogestão em instituições

de saúde, de Campos (1998).

Por fim, temos o modelo e a tipologia de Colaboração interprofissional, elaborado por D'Amour (1997), assumida via processo dinâmico, provisional e permeável, visto que a teoria foi compreendida e utilizada ao longo do estudo com base em dimensões centrais *a priori*, construindo, reforçando ou transformando as categorias advindas do campo, como resultados *a posteriori*.

4.4 Estratégia de Pesquisa

4.4.1 Fases e Desenho da Pesquisa

Optamos por conduzir este estudo a partir de uma estratégia de estudo de casos comparados, utilizando métodos mistos (qualitativos e quantitativos), em uma perspectiva avaliativa e pragmática. Foram considerados, para tanto, os contextos experiências locais do Brasil e de Portugal, respectivamente, na Estratégia Saúde da Família (ESF), no Município de Sobral, localizado na região Nordeste do Brasil, estado do Ceará e nas Unidades de Saúde da Família (USF), na Região Centro e Região Norte de Portugal, especialmente concentradas no Distrito de Coimbra. Esta proposta nasceu a partir da experiência do autor com as Políticas de Saúde, a partir da atuação em diversos serviços, tendo como área de concentração a APS, na qual foi possível observar as relações que permeiam e constroem os processos de trabalho em equipe multiprofissional e, ainda, questionar as barreiras político-institucionais, organizacionais e humanas que estão presentes no cotidiano dos serviços.

Segundo Yin (2010), o estudo de caso é uma investigação empírica sobre um fenômeno contemporâneo, em profundidade e em seu contexto real, especialmente útil quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são totalmente esclarecidos. De acordo com Yin (2003 *apud* BAXTER; JACK, 2008), consideramos o Estudo de Caso como uma estratégia adequada a esta pesquisa, pois o foco do estudo está em compreender um processo complexo, no qual não pode manipular o comportamento dos envolvidos na pesquisa e a análise das condições contextuais tornam-se imprescindíveis para o fenômeno em estudo.

Os estudos de caso enfrentam situações diferenciadas em que existem muitas variáveis de interesse, com múltiplas fontes de evidência e com dados que precisam convergir de maneira triangular, sendo possível haver uma mistura de evidência quantitativa e qualitativa, considerando todos os métodos de modo inclusivo e pluralista. O pluralismo, não

o relativismo, é enfatizado com foco na tensão dinâmica circular do sujeito e do objeto, valorizando a colaboração entre o pesquisador e os participantes (BAXTER; JACK, 2008).

Compreendemos o desenvolvimento deste estudo, conforme Stake (2003, p. 138), como um estudo de caso instrumental, e mais especificamente, um “estudo de caso coletivo”, (um estudo de caráter instrumental, estendido a vários casos), no qual cada caso, em particular, assume um papel secundário e são examinados visando explorar (gerar *insights*) para um problema, fenômeno (ou teoria), que lhe é suportado de forma direta ou adjacente. Cada caso individual foi selecionado na perspectiva de evidenciar alguma característica comum sobre o problema. Eles são escolhidos com a perspectiva de que sua análise e compreensão permitirá um melhor entendimento sobre uma coleção ainda maior de casos, estabelecendo, assim, condições para a teorização. Eles podem ser semelhantes ou diferentes, redundantes ou variados, geralmente em contextos diferenciados (STAKE, 2003).

Para casos comparados, persistem os esforços de explorar em profundidade cada caso, descrever seus contextos e detalhar as atividades e práticas realizadas, mas o foco passa pela busca de compreensão de um “tópico externo”, que neste estudo em particular é a Colaboração Interprofissional nas equipes da APS/ESF/USF. Segundo Stake (2003), as principais responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do estudo de caso são:

- a) Delimitar o caso, conceituar o objeto de estudo;
- b) Selecionar os fenômenos, temas ou questões pertinentes;
- c) Procurar padrões de dados para desenvolver as questões;
- d) Triangular as observações-chave e as bases para a interpretação (desde as teorias até os procedimentos de coleta de dados);
- e) Buscar interpretações alternativas relativas aos achados;
- f) Desenvolver asserções ou generalizações sobre o caso (considerando os limites intrínsecos ao caso).

Para circunscrever e delimitar cada caso, foi preciso modelar a comparação entre os países e buscar informações relevantes sobre os cuidados primários em saúde, e demais desafios político-institucionais compartilhados. Segundo Burau e Blank (2006), a perspectiva comparativa entre países, vem sendo amplamente utilizada no campo acadêmico de análise de políticas públicas. O uso de tipologias tem sido central para o giro comparativo na análise de políticas e elas têm sido usadas para conceituar o contexto (institucional), no qual as políticas são incorporadas.

Com base em Gerschman (2008, p. 1442), ponderamos, sobre a possibilidade e a validade de uma comparação entre o Brasil e países da União Europeia, especialmente, ao voltar-se a proposta para um viés comparativo. No entanto, vale salientar que o que se buscou constituir nesta pesquisa foi uma “licença metodológica” e um “exercício teórico-conceitual”, o qual não pretende estabelecer um marco teórico acabado, mas apenas uma “aproximação ou a elaboração de alguns parâmetros para a análise comparativa entre países”.

Análises comparadas (nas políticas de saúde), devem levar em consideração aspectos do contexto institucional de atenção à saúde, além da tipologia dos sistemas de saúde, incluindo a coordenação do cuidado e a governança em saúde (BURAU; BLANK, 2006) e identificar categorias de análise capazes de evidenciar semelhanças e diferenças que expressam a “singularidade das experiências reais” e as “trajetórias histórico-institucionais” entre os países estudados (GERSCHMAN, 2008, p. 1442).

Dessa forma, com base na revisão de literatura e na pesquisa documental, buscou-se sintetizar uma matriz para a comparação de políticas públicas de saúde, centrada na APS e nos objetivos do estudo ora em tela, sob a égide comparativa entre Brasil e Portugal, conforme está exposto na seção 2.3 do segundo capítulo, considerando aspectos trabalhados por Tobar (2000) e Giovanella *et al.* (2012), os quais incluíram dimensões como: estado geral de saúde, direcionamento estratégico, financiamento, prestação e organização do cuidado, força de trabalho em saúde e participação social em saúde.

Nesse sentido, foram explorados diversos indicadores, a saber: dados demográficos gerais, expectativa de vida, mortalidade infantil, doenças crônicas ou não transmissíveis, marco legal, direitos sociais e saúde, identificação dos atores chaves na governança da saúde pública, densidade de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), entre outros. Esta primeira abordagem, na análise comparada de políticas de saúde pública, entre Brasil e Portugal, nos pareceu bastante relevante para explorarmos a colaboração interprofissional e darmos consecução aos objetivos deste estudo.

Adotamos, do ponto de vista metodológico, o paradigma da escolha, segundo Patton (1997), reconhecendo o uso da pluralidade metodológica para solucionar os problemas de pesquisa, mantendo o esforço “ativo-reativo-adaptativo” por parte do investigador, o qual deve ser compreendido como sujeito ativo e consciente, capaz de deliberar sobre os meios mais eficientes para atingir seus objetivos.

Patton (2012) trabalha com a noção de “avaliação focada na utilização” e com a premissa de que o processo avaliativo deve ponderar acerca de sua utilidade e efetividade, preocupando-se com as pessoas reais, no mundo real e com o modo como se aplicam os

resultados da avaliação. Deve-se considerar todas as partes envolvidas com um interesse específico de usar os resultados da avaliação para melhorar um programa (serviço, política etc.), ou tomar decisões sobre uma determinada intervenção. Os participantes (colaboradores ou “público-alvo” da pesquisa), podem incluir pessoal do programa (equipe de trabalho), os administradores, os participantes (beneficiários), os membros da comunidade, os decisores políticos e financiadores.

Buscamos, com base em Patton (1997), refletir sobre os efeitos de utilização prática da pesquisa, em seus resultados, utilizando, para tanto, dados quantitativos ou qualitativos, de forma rigorosa, credível e organizada. Assim, desenha-se uma pesquisa com uma abordagem pragmática, através da exploração de metodologias de forma prática, flexível, criativa e responsável, buscando estabelecer, ao longo do percurso de campo, relacionamentos colaborativos e consultivos com os participantes. Expressamos nos objetivos o propósito de compreender o processo de Colaboração Interprofissional, no contexto da Atenção Primária à Saúde, mas também, avaliar o nível de Colaboração Interprofissional nas equipes da ESF e USF. Nosso esforço de “utilização focalizada” vai em direção à relação entre a qualidade do cuidado e o processo colaborativo e em direção ao desenvolvimento de um instrumento de avaliação da Colaboração Interprofissional, que possa auxiliar, a seu tempo, profissionais, gestores e decisores políticos, no contexto da saúde pública.

A intervenção chave que identificamos como objeto de análise é o próprio fazer multiprofissional, que deve ocorrer nos serviços de saúde na APS, configurando-se para além do modelo tradicional da clínica médica (uniprofissional), isto é, funcionando como uma clínica ampliada e multiprofissional (D'AMOUR, *et al.*, 2008); e um “trabalho vivo em ato” (CECCIM; MERHY, 2009), que pode incluir, por exemplo: a elaboração de projeto terapêutico singular (PTS), interconsulta (ou consultas conjunta), visita domiciliar conjunta, facilitação de grupos (educativos ou terapêuticos) na APS, facilitação de processos de educação permanente, abordagem com ênfase na família e a na comunidade, cogestão democrática nos serviços de saúde (CAMPOS, 1998; CAMPOS; AMARAL, 2007), entre outras. Nesses termos, alguns dos pressupostos que configuraram a problematização do estudo são:

- 1) Há uma ingerência ou incompreensão sobre o comportamento colaborativo, por parte dos gestores, profissionais e usuários, quanto à efetivação de políticas e boas práticas em saúde, especialmente na APS;

- 2) A problematização de tópicos específicos do processo de trabalho (colaboração interprofissional), no desenvolvimento da APS, pode e deve favorecer processos de mudança de práticas e melhoria da qualidade do cuidado;
- 3) É possível investigar o processo de trabalho colaborativo na APS, com base na percepção dos profissionais de saúde, quanto a tomadas de decisão (compartilhadas ou não) sobre o manejo clínico no cotidiano dos serviços;
- 4) Apesar das diferenças contextuais, é possível identificar nos casos selecionados, no Brasil e em Portugal, fatores comuns que influenciam no desenvolvimento da Colaboração Interprofissional, no contexto de trabalho da APS;
- 5) A Colaboração Interprofissional, enquanto fenômeno complexo, pode ser mensurada e avaliada (medida não-paramétrica), sendo possível e viável o desenvolvimento e a validação de um instrumento de avaliação da Colaboração Interprofissional;
- 6) Metodologias de investigação diversas podem ser adaptadas no desenho da pesquisa (métodos mistos), na medida em que este arranjo seja coerente com a resolução do problema de pesquisa, conforme o “paradigma da escolha” (PATTON, 1997).

Para melhor compreensão do desenho da pesquisa, tomamos como referência estudo anterior, realizado pelo autor, no qual o mesmo tema foi explorado (Colaboração Interprofissional), considerando, na oportunidade, a ESF em Sobral, evidenciando, assim, que o autor já tem certa familiaridade com o campo, tendo também material publicado, o qual está melhor explicitado na discussão dos resultados (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013). Isto torna-se relevante em cada passo do percurso metodológico a seguir, especialmente na fase exploratória e de visita às unidades de saúde, na qual optamos por concentrar informações sobre o caso no contexto de Portugal, que corresponde, para o autor, ao cenário mais novo e desafiador.

A pesquisa foi desenhada e implementada em três fases, combinando estratégias dedutivas e indutivas. Resumidamente temos: 1) uma fase exploratória; 2) uma fase de aplicação de questionário e 3) uma terceira fase com entrevistas e observação direta.

A Primeira Fase caracterizou-se pela pesquisa exploratória, de caráter indutivo, sem imposição de expectativas preexistentes e possibilitando a emergência de categorias advindas do contato com o campo (PATTON, 1997). Nos primeiros contatos com o campo, para o caso

em Portugal (USF do Distrito de Coimbra), destacam-se os seguintes passos:

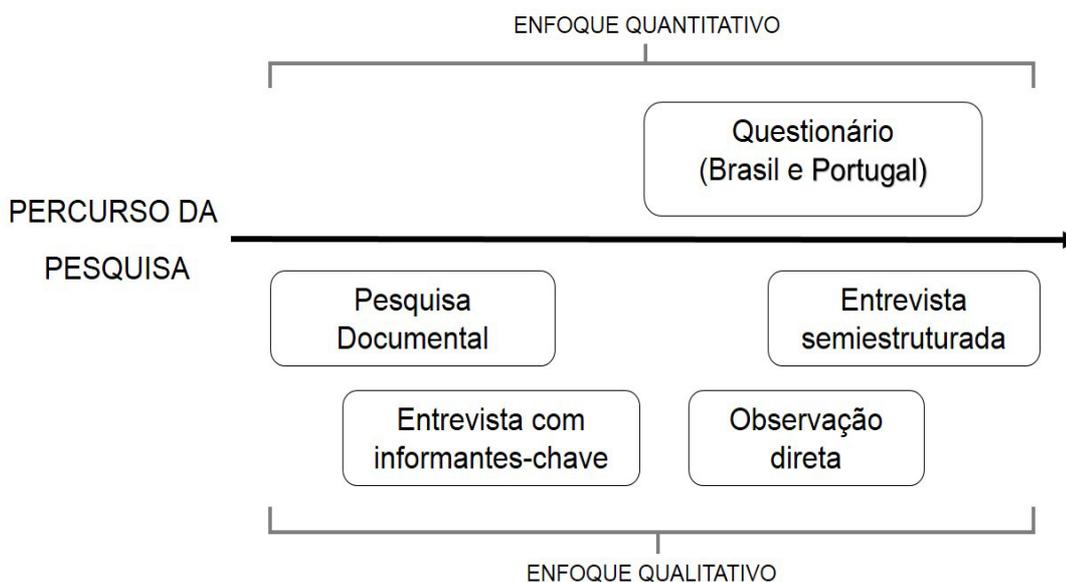
- a) Análise documental, que incluiu o levantamento do estado da questão, leitura de documentos e textos oficiais e de temas midiáticos etc.;
- b) Primeiras visitas às USF e a outros serviços de saúde, em Portugal, na perspectiva de uma breve territorialização, que incluiu o registro da vivência autor enquanto usuário de um serviço de saúde (com uso do PB4¹⁵), marcação e utilização de consultas e exames clínicos, conversas formais e informais com profissionais e usuários, consulta de urgência, entre outras formas de interação;
- c) Entrevista em profundidade, com informantes-chave, em Portugal, sendo realizadas duas entrevistas, com profissionais de saúde, de larga experiência, os quais ocupam função mista de gestão, ensino e assistência;
- d) Construção e adaptação da escala de avaliação / questionário, culminando com a reconstrução do instrumento utilizado em estudo anterior (ARAÚJO, 2012), o que permitiu a construção de um instrumento mais eficiente, consistente e adaptado para ambos os contextos locais. O instrumento foi examinado por esses mesmos informantes-chave e ajustes foram sendo realizados até que se chegasse a um “formato final”, considerado adequado;
- e) Refinamento do roteiro da entrevista semiestruturada, que foi utilizada na terceira fase do estudo, com os profissionais de saúde de ambos os casos.

A Segunda Fase caracterizou-se pela abordagem dedutiva, na qual se buscou avaliar dimensões e indicadores advindos do modelo preexistente. Esta foi a fase de aplicação do questionário. Foram incluídas, além das questões demográficas, uma escala de avaliação da colaboração interprofissional (que está melhor explicitada na seção que trata sobre procedimentos de coleta de dados). O questionário foi editado em formato digital, em duas versões (uma para o Brasil e outra para Portugal). enviado via lista de correio eletrônicos (*e-mails*), para profissionais de saúde (das categorias da medicina e da enfermagem), nos dois países, considerando todas as equipes da ESF de Sobral e as equipes das USF da Região Central de Portugal, Distrito de Coimbra, posteriormente enviado às USF da Região Norte de Portugal, a fim de aumentar o número de respondentes.

¹⁵ PB4 - Atestado de Direito à Assistência Médica: é um Acordo de Segurança Social/Seguridade Social entre Brasil e Portugal que proporciona, entre outros benefícios, proteção na área da saúde aos cidadãos brasileiros em Portugal e a cidadãos portugueses no Brasil.

A Terceira Fase corresponde a realização das entrevistas semiestruturadas e a realização de visitas às unidades de saúde, etapa caracterizada pela observação direta. Nessa fase, foram realizadas oito entrevistas, das quais quatro contêm informações a respeito do Brasil e quatro de Portugal, com profissionais da APS (das categorias de medicina e de enfermagem). Assim como, foram realizadas oito visitas a unidades de saúde, órgãos administrativos etc., onde foram realizadas “conversas” com profissionais de saúde, coordenadores etc., observando diferenças no acolhimento dos usuários, infraestrutura, interação entre os profissionais, acesso ao médico de família e demais níveis de atenção, entre outros aspectos, conforme registros em Diários de Campo. Também houve participação em encontros e conferências de profissionais e gestores de saúde, em Portugal, observando as rodas de diálogo, grupos de trabalho, explorando os limites e potenciais expostos pelas equipes.

Figura 12 - Desenho da Pesquisa segundo enfoque metodológico e percurso da pesquisa



Fonte: Construído pelo autor.

Com exceção da fase exploratória, as demais fases não correspondem a períodos completamente separados, mas, em muitos momentos, aconteceram de forma concomitante. Assim, enquanto foram enviados os convites para preenchimento do questionário, via correio eletrônico, foram também realizadas visitas e entrevistas aos serviços de saúde. O desenho simplificado da pesquisa pode ser visualizado na Figura 12.

Os resultados foram expostos em tópicos separados, para cada ênfase de

procedimento utilizada (viés qualitativo ou quantitativo). Posteriormente, foram discutidas possíveis conexões entre as distintas categorias de análise: a) aquelas dadas *a priori*, que correspondem à ênfase quantitativa, dedutiva e ao Modelo de Colaboração Interprofissional (descrito na subseção 3.2.5 do terceiro capítulo); e b) aquelas dadas *a posteriori*, fruto da análise qualitativa, indutiva, construídas a partir da inserção no campo.

4.4.2 Cenário e Amostragem do Estudo

Este estudo de caso, de viés comparativo, analisa o contexto de trabalho na APS, a partir de experiências locais no Brasil e em Portugal, respectivamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), no Município de Sobral, localizado na região Nordeste do Brasil, estado do Ceará; e nas Unidades de Saúde da Família (USF), na Região Centro e Região Norte de Portugal, especialmente concentradas no Distrito de Coimbra.

Abaixo, temos uma breve contextualização sobre cada cenário e sobre o processo de amostragem utilizado na pesquisa.

4.4.2.1 Contexto de caso, no Brasil

No Brasil, o estudo se concentrou no Município de Sobral, município de grande porte (cf. IBGE), localizado na zona norte do estado do Ceará, na Região Nordeste do Brasil, e que constitui polo de atendimento de bens e serviços na região. Tal município foi selecionado por sua relevância estratégica na organização dos serviços de saúde da região e por sua história de consolidação do SUS e da ESF.

A cidade de Sobral consolidou-se, historicamente, como um centro regional desde o início da formação da rede urbana, no semiárido cearense, desenvolvendo-se, principalmente, a partir atividade da pecuária extensiva, às margens dos principais rios da região, passando, com o tempo, por vários ciclos econômicos (gado, algodão etc.) até se consolidar como centro de comércio e serviços para a população urbana do município, mas também para a população de sua área de influência. Soma-se a sua expansão a oferta de serviços de educação superior, atraindo cada vez mais pessoas e investimentos, aumentando a sua condição de centralidade frente à região Norte do Ceará (FREIRE, 2011).

Segundo dados do INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

(2016), conta com uma população estimada em 203.682 habitantes, com densidade demográfica de 88,67 hab/km². Segundo Censo Demográfico (2000) e Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), de 2002/2003, tem Incidência da Pobreza de 49,30% e Índice de Gini de 0,47.

O Município tem se destacado como modelo nacional de gestão, obtendo diversos prêmios que atestam este reconhecimento, a saber: na área da Saúde Mental, o “Prêmio David Capistrano”, na Educação Popular, o “Prêmio Victor Valla de Educação Popular em Saúde”, entre outros (SÁ; BARROS; COSTA, 2007). conquistou primeiro lugar no Prêmio INOVA-SUS¹⁶ em 2013, promovido pelo Ministério da Saúde, recebeu destaque pelo Sistema de Informação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que gerencia a formação e o trabalho na saúde. tendo como grande objetivo avaliar a efetividade dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família no Estado do Ceará.

A governança em saúde no Município busca apoiar e valorizar cada vez mais os processos de formação em serviço, através do que se convencionou chamar de “Sistema Municipal Saúde Escola de Sobral” , reificado no município, principalmente, através da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia¹⁷ (EFSFVS), vinculada à Secretaria de Saúde e Ação Social do Município (ANDRADE *et al.*, 2004).

O SUS local encontra-se enquadrado em Gestão Plena do Sistema, assumindo integralmente a responsabilidade pela saúde da população. Segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), o Sistema de Saúde do município conta com uma série de serviços dos quais se destacam alguns dos mais relevantes:

Na Atenção Primária:

- a) 37 Centros de Saúde da Família (CSF);
- b) 48 equipes de Saúde da Família (ESF);
- c) 06 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- d) 06 equipes de Residentes Multiprofissionais (RMSF);
- e) 40 equipes de Saúde Bucal;

Nos demais níveis de atenção:

¹⁶ O Ministério da Saúde por meio da SGTES (Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) e do DEGERTS (Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde) organizam o Prêmio InovaSUS, que tem como objetivos: identificar, valorizar e premiar experiências inovadoras implementadas pelos governos estaduais, municipais e do Distrito Federal, Consórcios Públicos e Fundações Públicas no âmbito do SUS.

¹⁷ Inaugurada em 2001, a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, em Sobral (CE), tem como foco uma concepção ampliada de saúde, assumindo a ESF como marco de cuidado e enfatizando a formação em saúde sob a perspectiva participativa, crítica e dialógica, visando à apropriação do conhecimento e à emancipação de sujeitos educativos (RET-SUS).

- a) Rede de Atenção Integral à Saúde Mental – RAISM, que conta com:
 - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II);
 - Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas;
 - Residência Terapêutica;
 - Unidade de internação psiquiátrica em Hospital Geral;
- b) Centro de Reabilitação
- c) Centro de Especialidades Médicas (CEM) e Odontológicas (CEO)

O município ainda conta com quatro hospitais, sendo dois particulares, uma Santa Casa de Misericórdia e um Hospital Regional do estado. Abaixo, destacamos os principais indicadores de saúde do município, em comparação como o estado do Ceará.

Quadro 13 - Principais indicadores de Saúde do município de Sobral

Discriminação	Principais Indicadores de Saúde	
	Município	Estado
Médicos/1.000 hab.	2,52	1,37
Dentistas/1.000 hab.	0,55	0,34
Leitos/1.000 hab.	5,14	2,18
Unidades de saúde/1.000 hab.	0,49	0,43
Taxa de internação por AVC (40 anos ou mais)/10.000 hab.	19,90	28,87
Nascidos vivos	3.465	129.578
Óbitos	30	1.584
Taxa de mortalidade infantil/1.000 nascidos vivos	8,66	12,22

Fonte: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (2016)

O trabalho na APS caracteriza-se pela utilização do Método da Roda (processo de cogestão), que acontece semanalmente em cada Centro de Saúde da Família e por um esforço de realização do apoio matricial, especialmente na integração da Rede de Cuidados em Saúde Mental, mas também como parte do trabalho das equipes de NASF, garantindo, assim, a presença e a integração de diversas categorias profissionais no cotidiano das equipes de Saúde da Família (ANDRADE *et al.*, 2004).

O trabalho de várias categorias profissionais em um mesmo serviço de saúde, no contexto deste Sistema Escola, segundo Andrade *et al.* (2004, p. 13), visa superar “o conhecimento científico racionalista” e a compartimentalização do indivíduo, havendo um esforço, em termos de práticas e de governança, de desenvolver: a) uma visão sistêmica sobre o “indivíduo como parte de uma família, inserida em uma comunidade”; e b) uma abordagem

interdisciplinar, na construção de um “Novo Campo” de saber “Comum a Todas Categorias” dentro da ESF, com o objetivo de responder, adequadamente, às necessidades de saúde da população¹⁸.

4.4.2.2 Contexto de caso, em Portugal

O Estudo se deu nas Unidades de Saúde da Família – USF, da Região do Centro (área de Coimbra) e da Região Norte (área Metropolitana do Porto, Tâmega e Sousa e Douro). A inclusão da Região Norte abrangiu apenas o procedimento de aplicação do questionário, com fins de aumentar o número de respondentes, tendo sido os demais procedimentos desenvolvidos na Região Centro, mais especificamente, no Distrito de Coimbra e Município de Coimbra, como área de concentração do estudo.

Para compreender melhor o cenário da pesquisa, devemos compreender como se dá a divisão territorial de Portugal, que segue o padrão de Nomenclatura das Unidades territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), padrão desenvolvido e regulado pela União Europeia. A nomenclatura NUTS é hierárquica, na medida em que subdivide cada Estado-Membro em 3 níveis: NUTS 1, NUTS 2 e NUTS 3. O segundo e o terceiro níveis são, respectivamente, subdivisões do primeiro e do segundo níveis. Dessa forma, Portugal está dividido em três macro-regiões (NUTS 1): a porção Continental e os arquipélagos de Açores e Madeira, a Portugal Continental, que compreende cinco regiões de planejamento (NUTS 2), também chamadas de Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional (CCDR), segundo decreto-lei 104/2003, caracterizadas como serviços descentralizados de administração. Outras subdivisões menores (NUTS 3) não serão abordadas nesta tese (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2012).

O Distrito de Coimbra localiza-se na Região Centro (Baixo Mondego), limitado ao norte pelo distrito de Aveiro e de Viseu, a leste com o distrito da Guarda e Castelo Branco, a sul com o distrito de Leiria e a oeste com o oceano Atlântico. Tem uma área de 3 947 km² (12.º maior distrito português) e uma população residente de 429 714 habitantes (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2012). A sede do distrito é a cidade com o mesmo nome. O concelho (ou município) de Coimbra tem 143 396 habitantes (33.35% da população do distrito), sendo a cidade mais populosa da região e capital distrital (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2012).

¹⁸ Informações adicionais podem ser acessadas no Anexo C, “O Seu Município em números”, do IBGE.

Caracterizada historicamente por ser uma cidade universitária, devido à Universidade de Coimbra (uma das mais antigas da Europa e das maiores de Portugal, fundada em 1290), concentra uma série de serviços, tornando-se referência para a região.

A qualidade dos serviços prestados no setor da saúde, dentro do distrito de Coimbra, tem sido reconhecida em termos nacionais, apresentando também, elevado índice de médicos e enfermeiros por habitante, segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) de Portugal (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2016). Nos quadros apresentados a seguir, podemos verificar, no Distrito de Coimbra, os principais indicadores sociais e de saúde (Quadro 14) e a concentração de Recursos Humanos em saúde (Quadro 15).

Quadro 14 - Indicadores demográficos e sociais do distrito de Coimbra

	Distrito de Coimbra	Portugal
Densidade populacional (2007; hab/km ²)	109,3	115,3
Taxa de urbanização (2001; %)	57,6	69,6
Proporção de população residente em lugares com menos de 2.000 habitantes (2001; %)	63,9	45,1
Proporção de população jovem (0-14 anos) (2007; %)	13,5	15,3
Proporção de população idosa (+ 65 anos) (2007; %)	20,9	17,4
Índice de envelhecimento (2007; %)	155,1	113,6
Taxa bruta de natalidade (2007; ‰)	8,1	9,7
Taxa bruta de mortalidade (2007; ‰)	11,7	9,8
Taxa de mortalidade infantil (2006/2008; ‰)	2,3	3,3
Pensionistas por 1.000 habitantes (2007; n.º)	302,1	266,8
Valor médio anual das pensões pagas (2007; euros)	3 798	4 185
Proporção de alunos matriculados no ensino superior (2007; %)	36,6	19,5
População servida por ETAR - Estações de Tratamento de Águas Residuais (2007; %)	70,1	69,7
População servida por sistemas públicos de abastecimento de água (2007; %)	96,1	90,6

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2011)

Em relação aos serviços de saúde, especialmente centrados na APS, também é importante considerarmos a estrutura organizativa particular de Portugal. O Ministério da Saúde opera através de unidades administrativas regionais, as ARS, que por sua vez são compostas de unidades menores, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Segundo o Ministério da Saúde, cada ACeS abrange diversos serviços de saúde (de cuidados primários, continuados, hospitalares e centros de referência). Em relação aos cuidados primários, o ACeS pode ter as seguintes unidades funcionais podem ser: Unidade de saúde familiar (USF),

novo modelo organizacional; Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP), modelo tradicional; Unidade de cuidados na comunidade (UCC); Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP), cada uma delas tem sua especificidade.

Quadro 15 - Recursos Humanos e cuidados em saúde no Distrito de Coimbra

	Distrito de Coimbra	Portugal	%
Médicos (n. ^o)	1 824	16 485	11,1
Enfermeiros (n. ^o)	3 276	30 969	10,6
Técnicos de MCDT (*) (n. ^o)	659	6 377	10,3
Médicos por 100 mil habitantes (n. ^o)	420	163	
Enfermeiros por 100 mil habitantes (n. ^o)	754	306	
Técnicos de MCDT por 100 mil habitantes (n. ^o)	152	63	
Número de Hospitais	12		
Hosp. com Serviço de Urgências (n. ^o)	4		
Hospital de Dia (n. ^o)	7		
Hosp. com Especialidades cirúrgicas (n. ^o)	5		
Cirurgias realizadas (n. ^o)	71 289	576 112	12,4
Lotação (n. ^o camas)	3 111	23 142	13,4
Taxa de ocupação (%)	73,1	78,6	

Fonte: Administração Regional de Saúde do Centro (2017)

Nota: (*) MCDT - meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

As USF são pequenas unidades operativas (com proposta semelhante à Saúde da Família), na APS, a qual conta com autonomia funcional e técnica, visando garantir acessibilidade, efetividade, eficiência e qualidade, através de uma carteira básica de serviços aos cidadãos inscritos. A proposta das USF inclui um nível interno de organização da equipe e trabalho interprofissional, apresentando uma cobertura populacional entre 4.000 e 16.000 pessoas, correspondendo a listas de usuários de aproximadamente três a dez médicos de família, com alguma flexibilidade no número de enfermeiros e administrativos (ROCHA; SÁ, 2011).

Atualmente, existem já 419 USF em todo o país (Portugal), estimando-se que abrangem 7777 profissionais (2812 médicos, 2783 enfermeiros e 2182 secretários clínicos) e atendendo cerca de 41848 usuários do SNS, o que corresponde a quase metade da população (BISCAIA; PEREIRA; MACHAQUEIRO, 2015). As USF são constituídas por uma equipe multiprofissional de médicos, enfermeiros, administrativos e outros profissionais de saúde, ocasionalmente, que devem prestar assistência a um número de usuários compreendido entre

quatro e dezoito mil. As listas de usuários por médico são calculadas em UP¹⁹, de modo que cada médico deve ficar responsável por uma lista mínima de mil novecentos e dezessete UP, o que corresponde em média a mil quinhentos e cinquenta usuários (PORTUGAL, 2007).

Segundo a ARS Centro, existem 84 Centros de Saúde distribuídos em 6 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), dos quais 46 são USF. Mais especificamente na Região de Coimbra, temos 17 USF, segundo a Associação Nacional das USF (USF-AN), que tem papel de representação das USF, fomentando a partilha de conhecimento e o desenvolvimento de equipas.

4.4.2.3 Amostragem

De forma geral, a população deste estudo compreendeu profissionais de saúde das equipas da APS (da ESF, Brasil, e USF, Portugal), das categorias de medicina e de enfermagem, sendo válido ressaltar que, em alguns casos, os informantes-chave das entrevistas em profundidade (exploratórias), tais atores também assumiam funções mistas de assistência, coordenação e apoio institucional.

No enfoque qualitativo, para o procedimento de entrevista, a seleção dos participantes se deu de forma intencional, em conformidade com os objetivos da pesquisa, e considerando que devem ser competentes para posicionar-se diante da temática. As entrevistas ocorreram, quase sempre, no interior dos serviços de saúde, em consultórios clínicos, em horários previamente combinados, buscando facilitar a construção de um ambiente de confiança e dialogicidade entre pesquisador e pesquisado.

No Brasil,, o convite e a realização da entrevista em si têm como pano de fundo um cenário já conhecido pelo pesquisador, a partir da realização de estudo anterior (ARAÚJO, 2012; ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013). Esta familiaridade possibilitou o contato e a seleção dos participantes. Em Portugal, para a inserção em campo e construção do vínculo mínimo necessário à consecução das entrevistas semiestruturadas, foi preponderante o primeiro contato com os informantes-chave e as entrevistas em profundidade, que possibilitaram o acesso a uma nova rede de contatos, através da qual foi possível avançar com a pesquisa.

¹⁹ O Regime Remuneratório Especial, criado pelo Decreto-Lei 117/98, de 5 de Maio, e continuado no Decreto-Lei nº298/2007, constitui o sistema retributivo, com discriminação positiva em função do desempenho. Esse regime tem base na constituição de listas de estrutura familiar, convertidas em unidades ponderadas (UP).

Com relação a observação direta, as unidades visitadas foram selecionadas em consonância com a organização e oportunidade das entrevistas, de forma que, para além das entrevistas, buscamos conhecer a estrutura física dos serviços e a relação entre os profissionais e entre estes e os usuários. No Brasil, com base na experiência anterior (ARAÚJO, 2012), a observação teve papel reduzido, pois seu caráter eminentemente exploratório já havia sido explorado. Em Portugal, o estudo abrangeu as USF da Região de Coimbra, com destaque para as USF Briosa, USF Mondego, USF Cruz de Celas, USF Lousã e USF Topázio. A facilidade de acesso também foi levada em consideração.

Para o enfoque quantitativo, a aplicação do questionário foi realizada por meio de um processo de captação de listas dos profissionais, com os órgãos administrativos e profissionais de referência: a) no Brasil, a Secretaria de Saúde do Município de Sobral; e b) em Portugal, a Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar (USF-AN).

Este processo requereu o romper de procedimentos burocráticos, por vezes complexos. Através de cada lista, os questionários foram enviados por correio eletrônico. No Brasil, a aplicação do questionário (escala de avaliação) buscou alcançar todos os profissionais da medicina e da enfermagem, que compõe as equipes de saúde (ESF) do município de Sobral. Em Portugal, na aplicação do questionário, buscou-se alcançar todos os profissionais que compõe as equipes de saúde, da Região do Centro, e posteriormente foram enviados convites à Região Norte.

4.4.3 Procedimentos de Coleta de Dados

A população alvo do estudo são equipes multiprofissionais de saúde, mais especificamente, os profissionais de saúde das categorias da medicina e da enfermagem, que compõe a formação básica das equipes de saúde da família na ESF e na USF. Com relação aos procedimentos de coleta de dados, buscamos utilizar o recurso da triangulação, na perspectiva de fortalecer a validade interna dos dados.

Os procedimentos funcionaram de maneira complementar e foram organizados conforme as fases expostas na subseção 4.4.1 deste capítulo. Quanto ao enfoque qualitativo, é válido destacar as seguintes fases: a) pesquisa documental; b) entrevista, inicialmente aberta (de profundidade), com informantes-chave e, posteriormente, semiestruturada, com demais participantes; c) observação direta. Quanto ao enfoque quantitativo, destaca-se o questionário,

que consiste em uma escala de avaliação da colaboração interprofissional, feito em duas versões, uma para cada país (Apêndices B e C).

A parte qualitativa da pesquisa relaciona-se aos objetivos específicos: a) Identificar os fatores que influenciam no desenvolvimento da Colaboração Interprofissional no contexto de trabalho da APS; e b) Compreender as concepções de Colaboração Interprofissional sustentadas pelos profissionais de saúde no contexto da APS. A parte quantitativa está conectada aos objetivos: c) Avaliar o nível de Colaboração Interprofissional nas equipes da APS nos dois países; e d) Desenvolver um processo de construção e validação de um instrumento de avaliação da Colaboração Interprofissional.

4.4.3.1 Pesquisa Documental

Buscou-se identificar aspectos relativos ao processo de trabalho em saúde, na APS, considerando: 1) agentes envolvidos, seus papéis e as racionalidades de suas ações no espaço social; 2) potenciais e limites no desenvolvimento do setor e suas principais influências externas; 3) fatores estruturais presentes nos documentos oficiais (estratégias, condições organizacionais e mecanismos regulatórios), para o desenvolvimento da política de saúde; 4) fatores ideológicos e políticos subjacentes aos conteúdos da política; 5) modelo de rede planejado, forma de integração do SUS e do SNS; 6) mecanismos de repasse, de incentivos e de restrições; e 7) mecanismo de coordenação e integração da rede.

Os documentos analisados foram: relatórios de pesquisas, normatizações, publicações oficiais do Ministério da Saúde (de Brasil e de Portugal), manuais e relatórios técnicos e legislações de instituições e organizações governamentais e não governamentais, informes locais, da microrregião, município ou do serviço de saúde.

Os dados coletados contribuíram para o conhecimento das políticas de saúde, dentro de seu processo histórico, dos agentes envolvidos em sua organização e dos potenciais e dos desafios contemporâneos dos Sistemas de Saúde e da Atenção Primária a Saúde, tanto a nível global como relacionado às áreas de concentração do estudo, que envolvem Brasil e Portugal. Observou-se dimensões como o estado geral de saúde, direcionamento estratégico, financiamento, prestação e organização do cuidado, força de trabalho em saúde e participação social em saúde.

Essa análise permitiu destacar aspectos instrumentais e normativos associados ao campo da saúde pública e da APS e sintetizar uma matriz para a comparação de políticas

públicas de saúde, centrada na APS e nos objetivos do estudo, a partir da comparação entre Brasil e Portugal.

4.4.3.2 *Entrevista*

A entrevista é um processo interativo, que funciona como uma conversação dirigida a um fim específico, voltado não apenas à satisfação da conversação. Pode ser entendida como forma de interação social que valoriza o uso da palavra, símbolo e signo, por meio do qual os atores sociais constroem e procuram dar sentido à realidade que os cerca (Flick, 2009).

Como método de pesquisa, favorece a relação intersubjetiva do entrevistador com o entrevistado (por meio das trocas verbais e não verbais), permitindo uma melhor compreensão dos significados, dos valores e das opiniões dos atores sociais a respeito de situações e vivências pessoais (FRASER; GONDIM, 2004).

Segundo Haguette (1997), a entrevista é um processo de interação social, entre duas ou mais pessoas, através da intencionalidade, na qual, o entrevistador tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. A entrevista como coleta de dados é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo.

A preparação da entrevista é uma das etapas mais importantes da investigação que requer tempo e exige alguns cuidados, desde o planejamento, a organização do roteiro, com as questões importantes, a escolha do entrevistado, a criação da oportunidade até a realização da entrevista. em que pese as condições favoráveis que possam garantir ao entrevistado confiabilidade quanto à exposição de suas opiniões e expressões (LAKATOS; MARCONI, 1996).

No que diz respeito à formulação das questões, o investigador deve ter cuidado para não elaborar perguntas absurdas, arbitrárias, ambíguas, deslocadas ou tendenciosas. As perguntas devem ser feitas levando em conta a sequência do pensamento do entrevistado, ou seja, procurando dar continuidade na conversação, conduzindo a entrevista com um certo sentido lógico para o entrevistado.

Neste estudo, utilizamos, inicialmente, a técnica de entrevistas abertas (em profundidade) com informantes-chave, na primeira fase da pesquisa, devido ao seu caráter exploratório. A entrevista aberta é utilizada quando se pretende obter o maior número possível

de informações sobre determinado tema, segundo o ponto de vista do entrevistado e, ainda, para obter mais e melhores detalhes sobre o assunto em questão (MINAYO, 1993).

Para sua estruturação, selecionamos participantes com perfil de amplo conhecimento e experiência na área, que assumem, ao mesmo tempo, funções assistenciais e gerenciais. O tema foi apresentado aos entrevistados, de forma geral e sem roteiro prévio, conferindo certa liberdade de resposta para explorar mais amplamente uma questão. As questões foram respondidas no contexto de uma “conversação informal”, na qual buscamos intervir apenas em caso de extrema necessidade, ou para evitar o término precoce da entrevista.

Posteriormente, a partir da terceira fase da pesquisa, optamos pela técnica da entrevista semiestruturada, na qual cominam-se perguntas abertas e perguntas fechadas, por meio das quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O entrevistador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, buscando manter o contexto semelhante ao de uma conversa informal, assumindo um papel mais ativo que a entrevista aberta, podendo dirigir, sempre que achar oportuno, a discussão para o assunto que lhe interessa, e fazer perguntas adicionais para esclarecer questões que não ficaram claras, ou para ajudar a recompor o contexto da entrevista.

A seleção dos participantes se deu de forma intencional em conformidade com os objetivos da pesquisa, considerando sua pertinência e competência para posicionar-se diante da temática. Foram utilizados roteiros de entrevista que constam nos Apêndice D e E. O material gravado foi cuidadosa e rigorosamente transcrito e posteriormente analisado, visando à produção de sentido e à sistematização de categorias sintéticas.

Ao todo, foram realizadas dez entrevistas, sendo duas entrevistas abertas (em profundidade), com informantes-chave (profissionais de saúde de Portugal) e oito entrevistas semiestruturadas, sendo quatro no Brasil e quatro em Portugal, feitas com profissionais da medicina e da enfermagem.

Cada entrevista passou por processo de gravação e transcrição e foi organizada com dados como: identificação do sujeito entrevistado (com nomes e funções mantidas no anonimato), local e data da entrevista, duração da entrevista etc. Depois de uma primeira leitura da entrevista a analisar, pretendeu-se codificar (salientar, classificar, agregar e categorizar) trechos da entrevista transcrita.

Sobre o processo de transcrição, concordamos com Queiroz (1988) que a transcrição é uma reprodução de um documento (a gravação), em um segundo exemplar (material escrito), no esforço da manutenção de conformidade e de identidade com o primeiro. Tal

tarefa leva o pesquisador a refletir sobre sua experiência e selecionar o que lhe convém para a análise.

Buscamos sistematizar e categorizar as principais ideias a partir dos conteúdos das falas. Compreendemos por análise de conteúdo “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2009, p. 44).

Portanto, é importante observar que optamos por nos ater apenas ao conteúdo das falas (linguagem verbal) e a seleção intencional dos fragmentos-chave, em consonância com os objetivos da pesquisa. Elementos como pausas, interrupções, expressões faciais, desvio de olhar, linguagem gestual ou mensagens corporais, não foram considerados para esta análise.

O conjunto da análise foi realizado de forma transversal, como análise temática, “com grade de categorias projetadas sobre os conteúdos”, verificando a frequência e o sentido expresso pelos participantes (BARDIN, 2009, p. 222). No conjunto da análise, identificamos: 1) as unidades de registro, compreendidas aqui como fragmentos de “falas relevantes” (palavras ou frases a partir do texto transcrito), que se tomam por indicativo de uma característica-chave; 2) as unidades de contexto, compreendidas como elementos do texto que englobam e contextualizam as falas identificadas, podendo revelar sua intencionalidade ou motivação; 3) os temas principais trazidos por essas falas (ideias centrais); e 4) a categorização propriamente dita (classificação dos elementos do conjunto, com base no aporte teórico) (AMADO, 2013).

Como recurso complementar de análise, pelo interesse de perceber diferenças quanto às expressões de cada categoria profissional, separadamente, realizamos uma análise proposicional do discurso, conforme Bardin (2009), de forma breve, como uma análise complementar. Nela, as unidades de conteúdo resultantes da análise linguística foram segmentadas no texto, em proposições e agrupadas por categoria profissional e por conteúdo, no sentido de compreender os temas a elas associadas e evidenciar ou não a percepção e o contexto das práticas colaborativas e das relações interprofissionais.

Segundo Bardin (2009), esta técnica é uma variante da análise temática que pode ser utilizada para complementar a divisão em categorias, observando a estrutura argumentativa e a forma como determinadas questões são expressas pelos participantes (entrevistados). Para tanto, são identificados núcleos de “atração semântica”, chamados de “Referentes Núcleos”, que estruturam as proposições selecionadas (usualmente substantivos ou pronomes). Na

lógica do método, as proposições são compreendidas como frases que referem, explicam ou qualificam esses núcleos.

Como “Referentes Núcleos”, utilizamos pronomes pessoais, possessivos e oblíquos. Esses referentes, foram separados em dois grupos maiores: 1) “*Eu, mim, comigo, Meu(s), minha(s)*”; 2) “*Nós, conosco, Nosso(s), nossa(s)*”. Este agrupamento busca evidenciar diferenças de perspectiva entre aquilo que, em cada proposição remete à ótica “individual” (referente singular) ou à “coletividade” (referente plural).

4.4.3.3 Observação direta

A observação faz parte do repertório comum, utilizado na pesquisa qualitativa, segundo Flick (2009), para que o pesquisador esteja imerso no campo, podendo observar a partir de perspectivas diversas, seja como “membro” do grupo (em um foco mais participante), seja mantendo-se mais distante e não atuando diretamente junto aos participantes (como na observação direta). Segundo Ludke e André (1986), a observação é um dos instrumentos básicos para a recolha de dados na investigação qualitativa. Na verdade, é uma técnica de recolha de dados, utilizando os sentidos, de forma a obter informação de determinados aspectos da realidade.

A observação, enquanto ato intencional voltado para o exame de características específicas do objeto de estudo, constitui um elemento fundamental da pesquisa. Existem vários tipos de observação utilizados, especialmente, com enfoque qualitativo: observação sistemática, não participante, militante e participante (QUEIROZ, *et al.* 2007). A vantagem deste procedimento está em ser “um meio mais direto de se estudar uma ampla variedade de fenômenos e de aspectos do comportamento humano que só podem ser estudados satisfatoriamente mediante observação” (QUEIROZ, *et al.* 2007, p.281). Um problema na condução do método é delimitar ou selecionar as situações que serão observadas, considerando o limite da perspectiva observacional do pesquisador (FLICK, 2009).

Aqui o que está em jogo é observar e registrar da forma mais objetiva possível e depois interpretar os dados recolhidos. Como vantagens para esta técnica, podemos referir o fato de a observação permitir chegar mais perto da perspectiva dos participantes e verificar a experiência direta (LUDKE; ANDRE, 1986), o que permite evidenciar dados que não seriam possíveis de obter nas respostas a questionários (LAKATOS; MARCONI, 1996).

Consideramos o método adequado ao marco teórico-metodológico da pesquisa, na medida em que tem como característica básica o interesse no pensamento e na interação humana em ambientes da vida cotidiana (FLICK, 2009).

Neste estudo, a Observação Direta tem um papel complementar em relação à entrevista, como parte do conjunto de procedimentos de enfoque qualitativo, visando enriquecer as informações coletadas, podendo fortalecer ou contrastar a análise do conteúdo das entrevistas.

A utilização desse critério foi uma opção relevante, pois: a) nas equipes da ESF (caso do Brasil), o processo de pesquisa desenvolveu-se em um cenário no qual o pesquisador foi reconhecido pelos participantes como tendo sido “parte do sistema de ação”, exercendo, anteriormente, função docente-assistencial, com realização de intervenções diversas, diálogos com usuários e profissionais de saúde. Essa proximidade anterior, não conferiu ao pesquisador a qualidade de “membro” e a interação foi buscada no sentido de dirimir quaisquer efeitos advindos do exercício da função anterior; b) nas equipes da USF (caso de Portugal), a pesquisa desenvolveu-se em um cenário culturalmente diversificado e no qual o pesquisador estava se inserindo pela primeira vez, o que demandou esforços no sentido de constituir legitimidade para ocupar e observar os espaços e atividades, bem como construir a confiabilidade necessária, que separa de forma tênue a “inserção” da “intrusão”.

Foram utilizados dois instrumentos para registro dos dados: o uso de um diário de pesquisa, que tem a forma de um memorando reflexivo, permitindo ao pesquisador um processo constante de auto-observação e o uso de um protocolo de registro observacional (Apêndice F), discriminando notas de campo descritivas e reflexivas e interações verbais, caracterizadas por breves conversas (no contexto de conversas informais), nas quais se destacou alguma característica-chave (fala relevante e sua intencionalidade ou motivação).

Os contextos escolhidos para a observação foram as unidades de saúde (ESF e USF), mais especificamente, os contextos de interação entre os atores (profissionais de saúde, usuários etc.). O acesso foi previamente negociado com as partes relevantes, por exemplo, pela participação em encontros e em conferências de profissionais e gestores de saúde, em Portugal, observando as rodas de diálogo, grupos de trabalho, explorando-se, assim, os limites e potenciais expostos pelas equipes.

Buscou-se observar o curso das interações, cuidando de perturbar o menos possível o comportamento dos participantes. registradas por meio de notas, imediatamente, a seguir à visita. A análise do material reunido buscou sequências características e afirmações

avaliativas dos participantes, que possam auxiliar na compreensão dos objetivos de pesquisa e das categorias advindas da análise qualitativa das entrevistas semiestruturadas.

4.4.3.4 Questionário

O termo questionário é utilizado ao longo deste estudo como equivalente a pesquisa de levantamento, que segundo Creswell (2010), proporciona uma descrição quantitativa de tendências, atitudes ou opiniões de uma população ou amostra de população. No caso desta pesquisa, está organizado com questões demográficas (que incluem sexo, tempo de trabalho na APS, tempo de trabalho na equipe, categoria profissional etc.) e com uma Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional. O desenho da escala foi projetado para ser autoaplicável, ou seja, não necessita da presença do aplicador (pesquisador). Para sua construção, foram utilizados os indicadores do modelo e tipologia de Colaboração Interprofissional de D'Amour *et al.* (2008), segundo a forma como foi apresentado na seção 3.2.5 do terceiro capítulo, no formato de escala Likert de cinco itens, construídas a partir de duas versões, sendo uma para o Brasil e outra para ser utilizada em Portugal, sendo considerado que quanto maior o valor apontado nesses indicadores, melhor foi o nível de colaboração aferido.

Para cada indicador foram construídas três questões, conforme o exemplo a seguir (ver Apêndices B e C, versão Brasil e Portugal, respectivamente): para a dimensão de Visão Compartilhada, temos dois indicadores (Compartilhamento de objetivos e Orientação da relação profissional-usuário). Com relação ao primeiro (Compartilhamento de objetivos), temos três questões: 1) Nossa proposta de trabalho é compreendida e aceita por todos na unidade? 2) Os objetivos de trabalho são discutidos e avaliados pela equipe? 3) Meu colega de equipe trabalha com base em valores semelhantes aos meus? Para cada questão, o participante deve escolher apenas uma resposta entre as cinco apresentadas (Nunca, Raramente, Algumas vezes, Freqüente, Sempre).

Após sua montagem inicial, o questionário foi editado em formato digital (Apêndices G e H), em duas versões (uma para o Brasil e outra para Portugal), com uso do *software* gratuito *SurveyMonkey* (disponível em <https://pt.surveymonkey.com>) e enviado via lista de correio eletrônicos (*e-mails*), para profissionais de saúde (das categorias da medicina e da enfermagem) nos dois países. Para tanto, foram consideradas todas as equipes da ESF de Sobral e as equipes das USF da Região Centro de Portugal, Distrito de Coimbra,

posteriormente enviados também às USF da Região Norte de Portugal, a fim de aumentar o número de respondentes.

Para a análise, utilizamos a tipologia proposta pelo modelo de avaliação disposta em três níveis para cada indicador: A) ausência (ou quase ausência) – no qual o processo de colaboração não está evidente; B) latência – no qual o processo de colaboração está em desenvolvimento, de forma inicial ou incipiente; e C) presença – com processo ativo de colaboração.

Quadro 16 - Distribuição de escores por tipologia de avaliação da colaboração interprofissional

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5
Ausente (ausência de colaboração)		Latente (colaboração em desenvolvimento)		Presente (colaboração em ação)
0		1		2

Fonte: Construído pelo autor

A estes níveis de colaboração são imputados escores (0, 1, 2) para a análise estatística (facilitando a atribuição de medidas centrais e demais testes estatísticos), na seguinte ordem distributiva: (A) ausente = 0, (B) latente = 1 e (C) presente = 2. A conversão da escala *Likert* para a tipologia e para os escores adotados dá-se da seguinte forma: as respostas 1 e 2 são equivalentes ao escore Zero (ausência de colaboração); a resposta 3 ao escore 1 (latência) e a resposta 4 e 5 ao escore 2 (presença de colaboração), conforme o Quadro 16.

Os resultados obtidos foram analisados com auxílio de procedimentos estatísticos e uso do *software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* e do *software* estatístico “R” (obtido gratuitamente em www.r-project.org). Na verificação das médias dos valores dos conjuntos de respostas, optou-se por trabalhar com números com até duas casas decimais, para melhor verossimilhança entre o gráfico e os resultados encontrados.

Foram efetuados testes diversos como: testes de comparação de médias dos países, considerando os escores médios gerais; testes de comparação de médias dos países, considerando os escores médios das dimensões; e testes de comparação de médias dos países, considerando os escores médios dos indicadores. O teste de Shapiro-Wilks²⁰ foi utilizado para avaliar a evidência de distribuição normal dos escores, o teste Mann-Whitney foi utilizado para verificar a diferença estatística entre os resultados dos dois casos e o teste Alfa de

²⁰ Com relação ao padrão metodológico estabelecido para os testes de Shapiro-Wilks e Mann-Whitney, assumiu-se como referência Rochon, Gondan e Kieser (2012).

Cronbach²¹ foi utilizado para avaliar a confiabilidade interna do instrumento e o nível de correlação entre os itens da escala.

Houve interesse de realizar comparações entre os escores dos países, considerando as variáveis socioeconômicas informadas nos dados: Sexo, Profissão, Tempo de inclusão na equipe, Idade e Tempo de experiência de trabalho. Optamos por trabalhar apenas com as "respostas completas", ou seja, com os participantes que responderam o questionário de forma integral.

4.5 Considerações Éticas

Com relação a pesquisa no Brasil, o projeto de pesquisa que resultou nesta Tese, faz parte do desdobramento dos objetivos previstos no projeto “NASF: Uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado”, o qual teve sua aprovação no Comitê de Ética do IAM, sob o número de CAAE 53408516.1.0000.5190 (Anexo D). Foi submetido à Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral, através do Sistema Integrado da Comissão Científica (SICC), tendo sido aprovado. Os procedimentos éticos foram endossados pelo supervisor responsável do IAM (Anexo E).

Como parte do procedimento ético relativo aos trabalhos de campo em Portugal, esta pesquisa recebeu parecer positivo por parte do professor responsável, do CES, (Anexo F), assim como, a anuência da Associação Nacional das USF (USF-AN) (Anexo G). Ressalta-se que o acesso ao campo de estudo, nos dois países, se deu por meio de negociação com gestores locais e apenas após a obtenção de anuência das instituições e de cada participante.

Este estudo teve finalidades práticas e acadêmicas e foi desenvolvido de forma independente, no programa de Cooperação Internacional entre a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Universidade de Coimbra (UC), no Programa de Doutorado em Direitos Humanos, Saúde Global e Políticas da Vida (vide Acordo de Co-tutela no Anexo H), ligado à linha de pesquisa sobre Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde.

Foi recebida, por parte da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), uma bolsa de doutorado, voltada a projetos de pesquisa alinhados ao plano Brasil Sem Miséria (BSM). Vale ressaltar que não foi recebido quaisquer outros patrocínios, públicos ou privados, e nem tão pouco houve vinculação do projeto a órgãos gestores, ou organizações cujo interesse pudesse alterar ou mascarar os resultados.

²¹ Quanto ao teste Alfa de Cronbach, seguiram-se as orientações metodológicas indicadas em Landis e Kock (1977) e George e Mallery (2003).

Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes da pesquisa, nos pautamos pelos princípios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS. Buscou-se a seleção de procedimentos notoriamente conhecidos no meio acadêmico e sua utilização pautada na ética em pesquisa, com a devida utilização do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A). Embora muitas vezes, no decorrer do processo de observação direta e interação com os participantes em campo, o consentimento tenha sido negociado apenas de forma verbal.

De forma geral, os participantes foram informados sobre a realização da pesquisa (seus possíveis usos e finalidades), sobre o caráter não-obrigatório de sua participação e sobre o caráter sigiloso das informações sobre sua pessoa (anonimato com relação à identidade).

Além disso, os participantes foram informados sobre o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, bastando apenas informar os pesquisadores sobre sua desistência. O pesquisador buscou estar acessível a qualquer momento para as instituições, para os gestores e para os demais participantes, disponibilizando um número de telefone, endereço para correspondência e endereço eletrônico.

Buscou-se resguardar os participantes de forma a não causar nenhum efeito nocivo ou constrangimento. Os resultados visam beneficiar os participantes, profissionais de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de boas práticas em saúde. A beneficência foi buscada durante a relação pesquisador-participante, vivenciada durante o processo de coleta de dados, ficando, no entanto, claro que, esta interação está na base do processo de construção do conhecimento e se apoia na participação e na disposição dos participantes em expressar opiniões e reflexões sobre o tema proposto, especialmente, no enfoque qualitativo.

Segundo Gonzales-Rey (2002, p.57), a identificação de valores pessoais, suposições e possíveis vieses do pesquisador são bastante significativos em uma abordagem qualitativa, na qual o “pesquisador e suas relações com o sujeito pesquisado são os principais protagonistas da pesquisa”.

Posiciono-me como defensor do SUS (a nível nacional) e da APS (a nível global), por considerar importante o projeto de sociedade presente em seus princípios, militando, nesse sentido, a favor da “saúde como direito de todos e dever do Estado”, dos trabalhadores da saúde pública e de seus usuários. Soma-se a isso minha experiência e atuação profissional nas políticas de saúde, especialmente, a partir da inserção profissional no cenário do caso no Brasil. Além disso, os possíveis vieses daí decorrentes foram tratados com o esforço de seriedade, transparência e reflexividade ao longo do estudo, sendo apontados na construção narrativa do texto, em cada caso e quando necessário.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 Resultados do Questionário: dados do Brasil e de Portugal

Como dissemos antes, o questionário foi editado em formato digital e enviado via lista de correio eletrônico (*e-mails*) para profissionais de saúde, das categorias da medicina e de enfermagem, dos dois países.

De forma resumida, temos: foram enviados 810 convites, via correio eletrônico, dos quais obtivemos 141 respostas (17,4%), sendo 32 respostas do Brasil e 109 respostas de Portugal. Desse montante, foram aproveitadas para a análise 21 respostas do Brasil e 76 respostas de Portugal, por terem sido consideradas respostas completas, totalizando 97 respostas. Desse total, quanto ao gênero, 32% identificaram-se como “masculino” e 68%, como “feminino”. Quanto à categoria profissional, 58% identificaram-se como da área da “medicina” e 42% da área da “enfermagem”.

Os resultados expressos a seguir consideram o total de respostas completas (soma dos resultados do Brasil e de Portugal, $n = 97$ respostas) e os resultados para cada país. Ao final, realizamos um exercício comparativo, por meio do qual selecionamos, aleatoriamente, 21 respondentes de Portugal, visando comparar com 21 respondentes do Brasil. Para tal, foram considerados testes com o mesmo número de elementos nos grupos, o que nos permitiu compor um exercício de análise além da comparação em si, conferindo uma avaliação da confiabilidade interna do instrumento.

Todas as estatísticas referentes aos escores calculados para dimensões, indicadores e escores gerais estão apresentadas em quadros, com dados de média, desvio padrão e limites dos intervalos de confiança (com nível de 95%, definidos como IC1 e IC2) dos escores do instrumento, adaptados com a nomenclatura de: escores ausente, latente e presente (Quadro 16).

As figuras a seguir mostram gráficos do tipo *boxplot*, referentes à frequência de distribuição dos escores das dimensões analisadas e indicadores de cada dimensão, condensando o resultado geral de cada país. Nesse tipo de gráfico, o conjunto da distribuição das respostas é apresentado no formato de uma caixa (*box*), na qual foi destacada a medida da mediana (valor que separa a metade maior e a metade menor da amostra de respostas), através de uma linha horizontal.

Para fins de organização dos dados, cada dimensão e cada indicador recebeu uma designação numérica, conforme o quadro abaixo. Outras designações, quando foi necessário,

foram devidamente explicitadas nas legendas de cada Figura ou Quadro.

Quadro 17 - Identificação numérica de cada dimensão na construção de quadros e gráficos

Dimensão	Designação	Indicador	Designação
Visão compartilhada	Dimensão 1 (d1)	Compartilhamento de objetivos	d1 1
		Orientação da relação profissional-usuário	d1 2
Internalização	Dimensão 2 (d2)	Interação social e profissional	d2 1
		Confiança	d2 2
Formalização	Dimensão 3 (d3)	Protocolos e regras	d3 1
		Coleta e troca de informações	d3 2
Governança no Trabalho	Dimensão 4 (d4)	Direcionamento político e estratégico	d4 1
		Relação com a liderança local	d4 2
		Suporte para inovação	d4 3
		Diálogo e participação	d4 4
Governança na Clínica	Dimensão 5 (d5)	Interface com a equipe	d5 1
		Interface com o território	d5 2

Fonte: Construído pelo autor

O Quadro a seguir, apresenta as estatísticas gerais dos escores do instrumento, sem levar em consideração o país de referência, ou seja, foram considerados nessa amostragem os 97 indivíduos pesquisados, conforme critério de respostas completas, sendo, portanto, um demonstrativo do total.

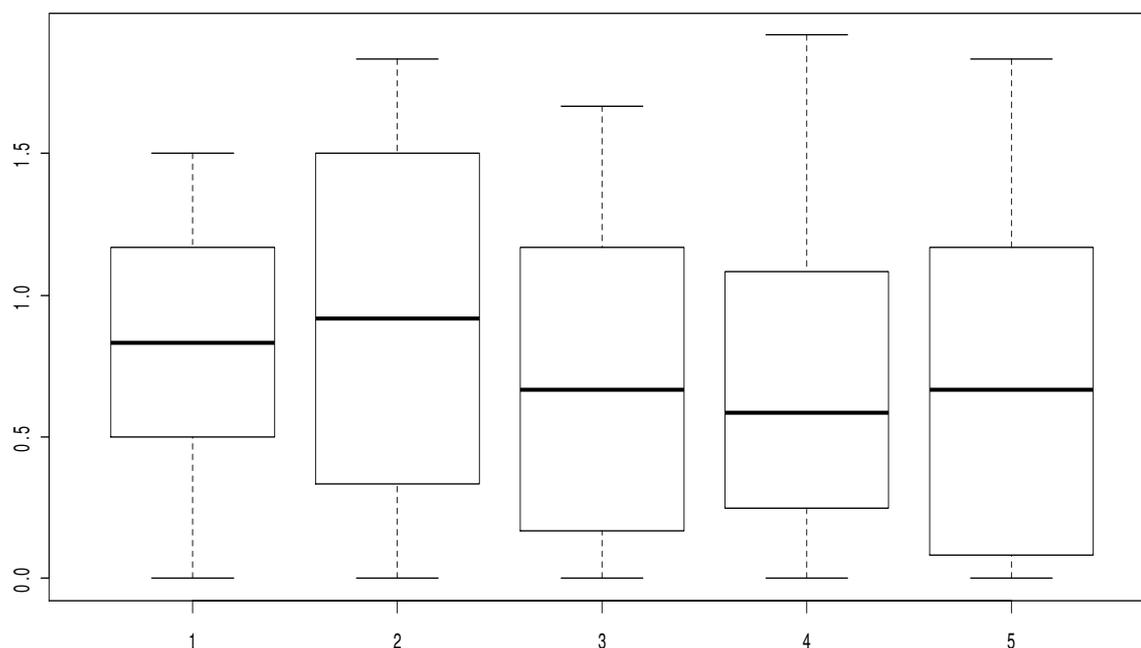
Quadro 18 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5 para o resultado geral (n = 97 respostas)

Informação	Média	DP	ICI	IC2
Dimensão 1	1,76	0,16	1,59	1,92
Dimensão 2	1,75	0,11	1,64	1,87
Dimensão 3	1,65	0,14	1,51	1,80
Dimensão 4	1,66	0,12	1,59	1,74
Dimensão 5	1,53	0,23	1,28	1,77
Escore geral	1,67	0,12	1,64	1,69

Fonte: Construído pelo autor

A Figura 13, por sua vez, mostra o gráfico referente à distribuição dos escores das cinco dimensões analisadas. É possível verificar que, no geral, a dimensão 2 (Internalização) obteve maior variabilidade para o total geral de respostas, as dimensões 3, 4 e 5 apresentaram variabilidade de respostas similar e a dimensão 1 demonstrou uma menor variabilidade de resposta.

Figura 13 - Distribuição dos escores por dimensão



Fonte: Construído pelo autor.

Legenda: As dimensões estão identificadas por seus números correspondentes. A linha horizontal, em cada caixa, indica a medida da mediana.

O Quadro 19, assim como a figura 14, mostram distribuição dos escores referentes aos indicadores de cada dimensão. Neles, podemos perceber que a maior média se deu para os indicadores de Compartilhamento de objetivos (d11), Confiança (d22), e Diálogo e participação (d44) e a menor variabilidade de respostas se deu em relação ao indicador Orientação da relação profissional-usuário (d12).

Quadro 19 - Estatísticas dos escores dos indicadores das dimensões 1 a 5 (n = 97)

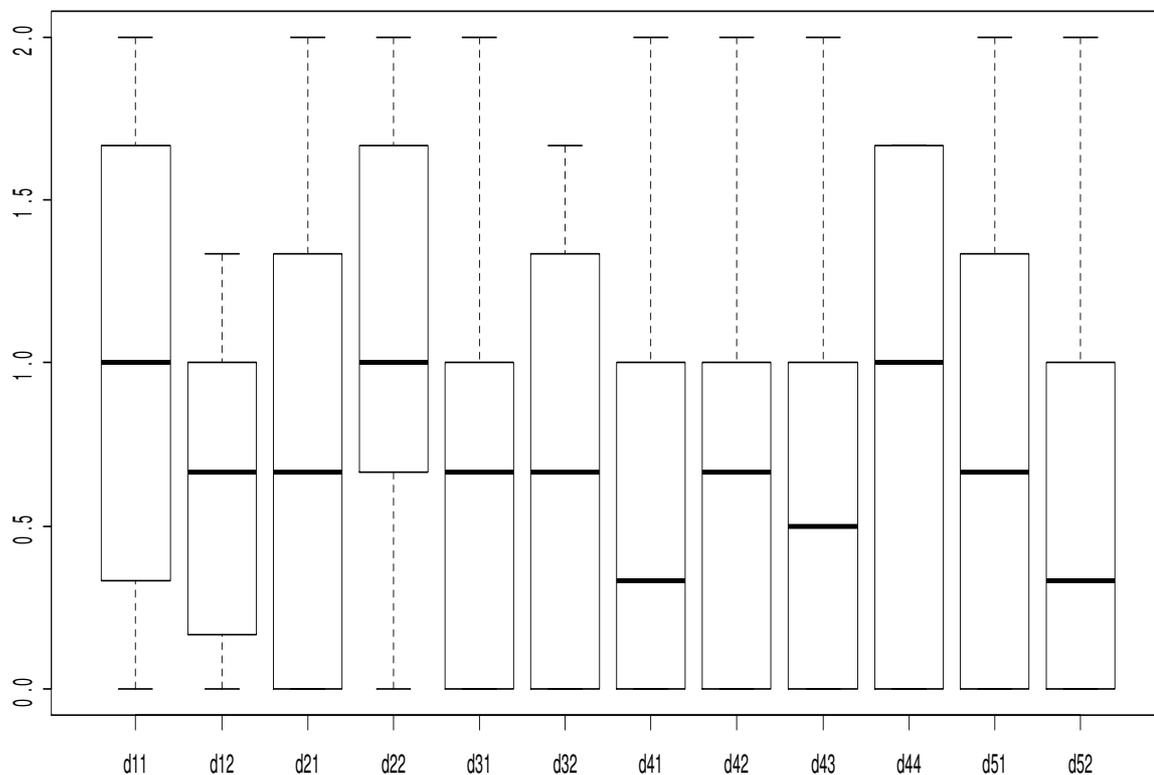
<i>Dimensão</i>	<i>Indicador</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>
1	Compartilhamento de objetivos	1,79	0,03	1,75	1,83
	Relação profissional-usuário	1,73	0,22	1,40	2,05
2	Interação social e profissional	1,67	0,07	1,56	1,77
	Confiança	1,84	0,07	1,74	1,94
3	Protocolos e regras	1,69	0,04	1,64	1,75
	Coleta e troca de informações	1,62	0,26	1,23	2,01
4	Direcionamento político e estratégico	1,58	0,06	1,49	1,67
	Liderança local	1,63	0,14	1,43	1,83
	Suporte para inovação	1,66	0,03	1,63	1,70
	Diálogo e participação	1,77	0,11	1,61	1,94
5	Interface com a equipe	1,42	0,27	1,02	1,82
	Interface com o território	1,63	0,11	1,46	1,79

Fonte: Construído pelo autor

Figura 14 - Distribuição dos escores para os indicadores de cada dimensão

Fonte: Construído pelo autor.

Legenda: Cada coluna (*boxplot*) está identificada com o código do tipo “dij”. A apresentação da informação corresponde a “i”, referindo-se à cada dimensão; e a



“j”, referindo-se aos seus indicadores (ver Quadro 17).

Os quadros 20, 21, 22 e 23 apresentam estatísticas de distribuição dos escores para dimensões e indicadores, considerando as repostas de cada país. A comparação final entre os escores de cada país será realizada através do teste de Mann-Whitney, conforme explicações fornecidas a seguir.

Quadro 20 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5 e estatísticas do escore geral para o Brasil

<i>Informação</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>
Dimensão 1	1,64	0,25	1,38	1,91
Dimensão 2	1,79	0,11	1,67	1,90
Dimensão 3	1,75	0,12	1,62	1,87
Dimensão 4	1,73	0,15	1,63	1,82
Dimensão 5	1,63	0,20	1,41	1,84
Escore geral	1,71	0,18	1,65	1,77

Fonte: Construído pelo autor

Quadro 21 - Estatísticas dos escores dos indicadores para o Brasil

<i>Dimensão</i>	<i>Indicador</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>
1	Compartilhamento de objetivos	1,70	0,04	1,63	1,77
	Relação profissional usuário	1,59	0,35	1,07	2,10
2	Interação social e profissional	1,71	0,04	1,66	1,77
	Confiança	1,86	0,10	1,70	2,01
3	Protocolos e regras	1,78	0,08	1,66	1,90
	Coleta e troca de informações	1,71	0,14	1,51	1,92
4	Direcionamento político e estratégico	1,68	0,08	1,56	1,80
	Liderança local	1,65	0,26	1,27	2,03
	Suporte para inovação	1,76	0,04	1,70	1,82
	Diálogo e participação	1,81	0,07	1,71	1,91
5	Interface com a equipe	1,46	0,16	1,22	1,70
	Interface com o território	1,79	0,04	1,73	1,86

Fonte: Construído pelo autor

Quadro 22 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5 e estatísticas do escore geral para Portugal

<i>Informação</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>
Dimensão 1	1,79	0,13	1,65	1,93
Dimensão 2	1,75	0,12	1,62	1,87
Dimensão 3	1,63	0,22	1,40	1,86
Dimensão 4	1,64	0,12	1,57	1,72
Dimensão 5	1,50	0,25	1,24	1,76
Escore geral	1,66	0,19	1,59	1,72

Fonte: Construído pelo autor

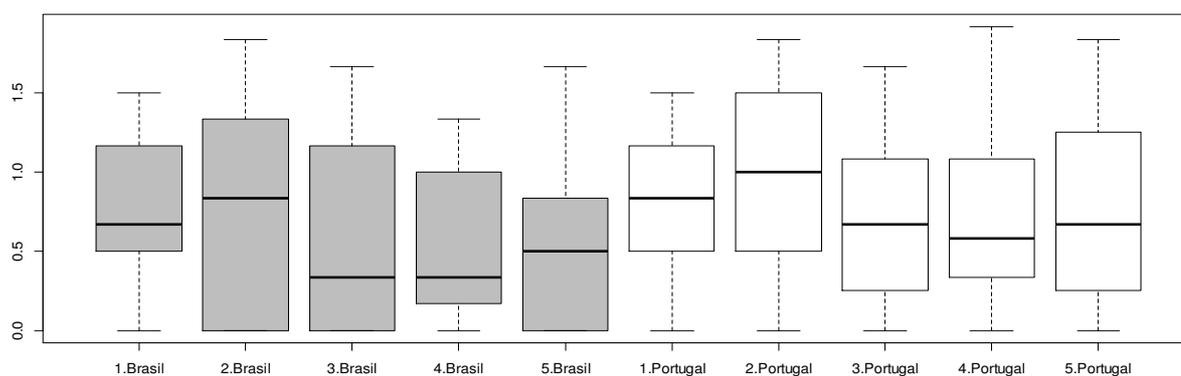
Quadro 23 - Estatísticas dos escores dos indicadores para Portugal

<i>Dimensão</i>	<i>Indicador</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>
1	Compartilhamento de objetivos	1,81	0,02	1,77	1,85
	Relação profissional usuário	1,77	0,18	1,50	2,04
2	Interação social e profissional	1,65	0,08	1,53	1,77
	Confiança	1,84	0,07	1,73	1,94
3	Protocolos e regras	1,67	0,06	1,57	1,76
	Coleta e troca de informações	1,59	0,29	1,16	2,03
4	Direcionamento político e estratégico	1,55	0,06	1,46	1,64
	Liderança local	1,63	0,10	1,47	1,78
	Suporte para inovação	1,64	0,02	1,60	1,67
	Diálogo e participação	1,76	0,13	1,58	1,95
5	Interface com a equipe	1,41	0,30	0,96	1,86
	Interface com o território	1,58	0,13	1,38	1,78

Fonte: Construído pelo autor

A Figura 15 apresenta a distribuição dos escores referentes às dimensões abordadas em cada país. Para tanto, foi fixado um indicador de interesse para cada país a partir da comparação entre as distribuições, sendo possível verificar, *a priori*, equivalência geral de valores relacionados à mediana de cada um dos escores e variabilidade equivalente para a maioria dos indicadores (tamanhos de caixa similares), destacando-se a maior variabilidade dos valores obtidos verificados nas dimensões 2 e 3 em relação ao Brasil.

Figura 15 - Distribuição dos escores das dimensões para cada país, Brasil e Portugal

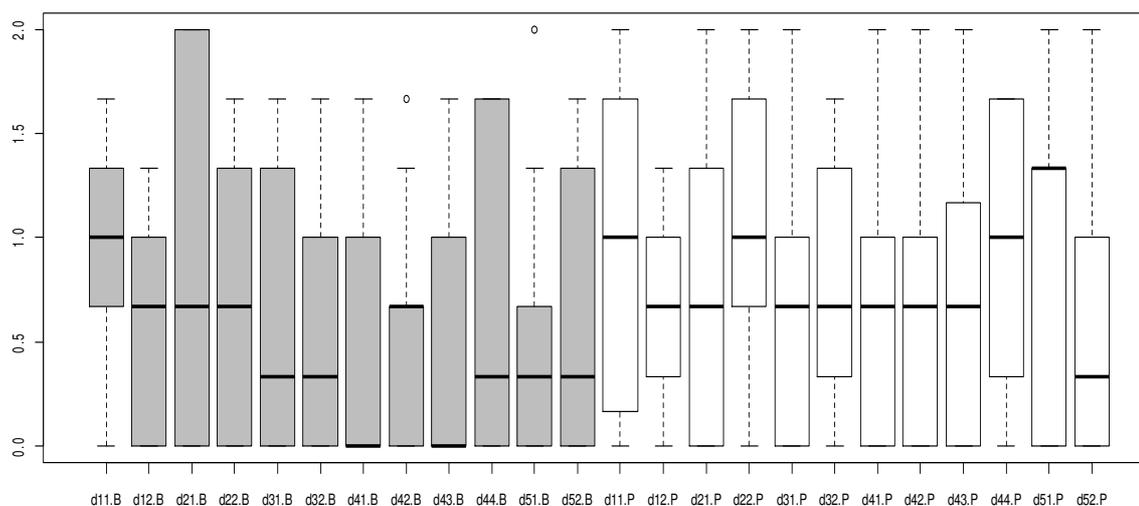


Fonte: Construído pelo autor.

Legenda: Cada dimensão segue numeração conforme Quadro 17. O Brasil está representado pela cor cinza e Portugal sem cor.

A figura 16, por sua vez, apresenta a distribuição dos escores referentes aos indicadores para cada país. Vejamos:

Figura 16 - Distribuição dos escores dos indicadores de cada país



Fonte: Construído pelo autor.

Legenda: Cada indicador está designado conforme Quadro 17. Cada país está identificado pela letra que segue o código do indicador e também pela cor, de modo que o Brasil está representado pela cor cinza e Portugal sem cor.

Verifica-se, novamente, um conjunto equivalente de variabilidade para a maior parte dos indicadores de cada país. Destaca-se, com relação à maior variabilidade, os indicadores de Interação social e profissional (d21) e Diálogo e participação (d44), no Brasil, e os indicadores de Compartilhamento de objetivos (d11), Interação social e profissional (d21), Interface com equipe (d51), em Portugal.

Nos quadros e gráficos apresentados a seguir, podem ser verificadas estatísticas relacionadas às variáveis: a) tempo de experiência na APS; b) tempo de inclusão na equipe (atual) de trabalho; e c) diferenças de resposta segundo a categoria profissional (medicina e enfermagem). Após os gráficos, serão apresentados os comentários referentes aos testes utilizados para comparar os escores segundo países.

Quadro 24 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5 e estatísticas do escore geral segundo tempo de experiência de trabalho na APS (n = 97)

<i>Tempo de experiência</i>	<i>Informação</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>
1 a 5 anos	Dimensão 1	1,60	0,17	1,41	1,78
	Dimensão 2	1,45	0,10	1,35	1,56
	Dimensão 3	1,43	0,17	1,25	1,61
	Dimensão 4	1,51	0,16	1,41	1,61
	Dimensão 5	1,43	0,12	1,31	1,55
	Escore geral	1,49	0,15	1,46	1,52
6 a 10 anos	Dimensão 1	1,69	0,15	1,53	1,84
	Dimensão 2	1,57	0,18	1,38	1,76
	Dimensão 3	1,42	0,17	1,24	1,59
	Dimensão 4	1,42	0,19	1,30	1,54
	Dimensão 5	1,36	0,22	1,13	1,60
	Escore geral	1,48	0,15	1,45	1,51
Mais de 10 anos	Dimensão 1	1,80	0,17	1,61	1,98
	Dimensão 2	1,81	0,11	1,70	1,92
	Dimensão 3	1,73	0,14	1,58	1,88
	Dimensão 4	1,72	0,13	1,64	1,80
	Dimensão 5	1,57	0,27	1,29	1,85
	Escore geral	1,72	0,14	1,69	1,75
Menos de 1 ano	Dimensão 1	1,63	0,35	1,26	2,01
	Dimensão 2	1,93	0,09	1,83	2,03
	Dimensão 3	1,73	0,31	1,41	2,05
	Dimensão 4	1,82	0,17	1,71	1,93
	Dimensão 5	1,73	0,32	1,40	2,07
	Escore geral	1,78	0,33	1,71	1,84

Fonte: Construído pelo autor

Quadro 25 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5 e estatísticas do escore geral segundo tempo de experiência de trabalho na APS: dados de cada país

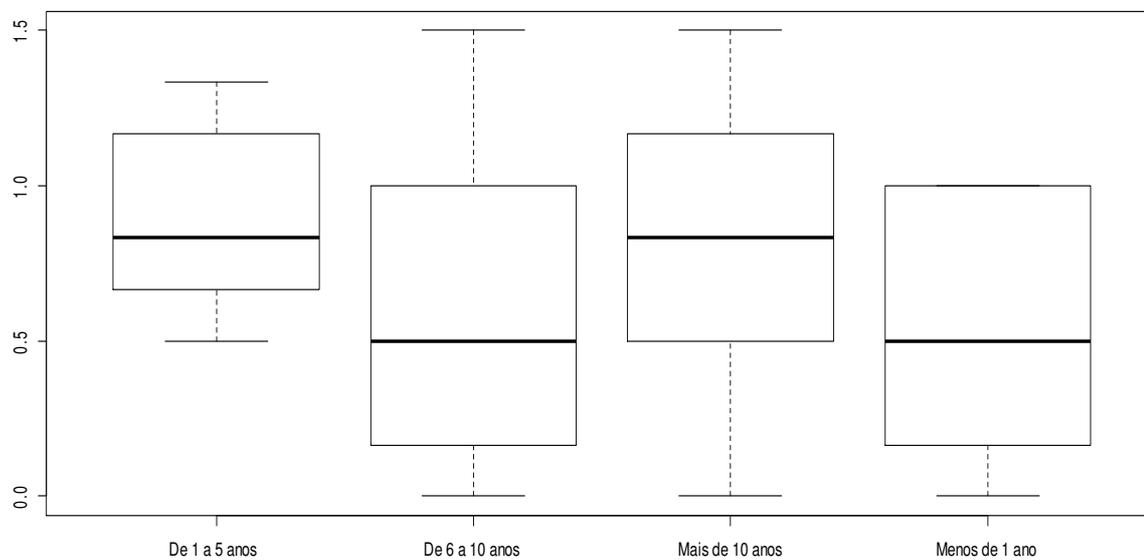
Tempo de experiência	Informação	Brasil				Portugal			
		Média	DP	IC1	IC2	Média	DP	IC1	IC2
1 a 5 anos	Dimensão 1	1,08	0,34	0,72	1,44	1,80	0,20	1,59	2,01
	Dimensão 2	1,08	0,45	0,61	1,55	1,70	0,19	1,50	1,90
	Dimensão 3	1,33	0,33	0,98	1,68	1,60	0,13	1,46	1,74
	Dimensão 4	1,13	0,22	0,99	1,26	1,70	0,13	1,62	1,78
	Dimensão 5	1,50	0,50	0,98	2,02	1,40	0,16	1,23	1,57
	Escore geral	1,21	0,46	1,12	1,30	1,65	0,22	1,61	1,69
6 a 10 anos	Dimensão 1	1,75	0,25	1,49	2,01	1,58	0,28	1,29	1,88
	Dimensão 2	1,75	0,25	1,49	2,01	1,52	0,20	1,31	1,74
	Dimensão 3	1,67	0,33	1,32	2,02	1,40	0,20	1,20	1,61
	Dimensão 4	2,13	1,39	1,24	3,01	1,41	0,19	1,29	1,53
	Dimensão 5	1,42	0,53	0,86	1,98	1,36	0,19	1,16	1,56
	Escore geral	1,81	0,88	1,63	1,98	1,45	0,16	1,42	1,48
Mais de 10 anos	Dimensão 1	1,69	0,36	1,32	2,07	1,82	0,14	1,68	1,96
	Dimensão 2	1,85	0,11	1,73	1,96	1,80	0,11	1,69	1,92
	Dimensão 3	1,86	0,16	1,70	2,02	1,58	0,22	1,35	1,82
	Dimensão 4	1,78	0,19	1,66	1,91	1,70	0,12	1,63	1,78
	Dimensão 5	1,64	0,20	1,43	1,85	1,56	0,29	1,25	1,86
	Escore geral	1,77	0,22	1,72	1,81	1,69	0,16	1,66	1,73
Menos de 1 ano*	Dimensão 1	1,63	0,35	1,26	2,01	-	-	-	-
	Dimensão 2	1,93	0,09	1,83	2,03	-	-	-	-
	Dimensão 3	1,73	0,31	1,41	2,05	-	-	-	-
	Dimensão 4	1,82	0,17	1,71	1,93	-	-	-	-
	Dimensão 5	1,73	0,32	1,40	2,07	-	-	-	-
	Escore geral	1,78	0,33	1,71	1,84	-	-	-	-

Fonte: Construído pelo autor.

Nota: * Não houve registros em Portugal para a variável “menos de 1 ano”

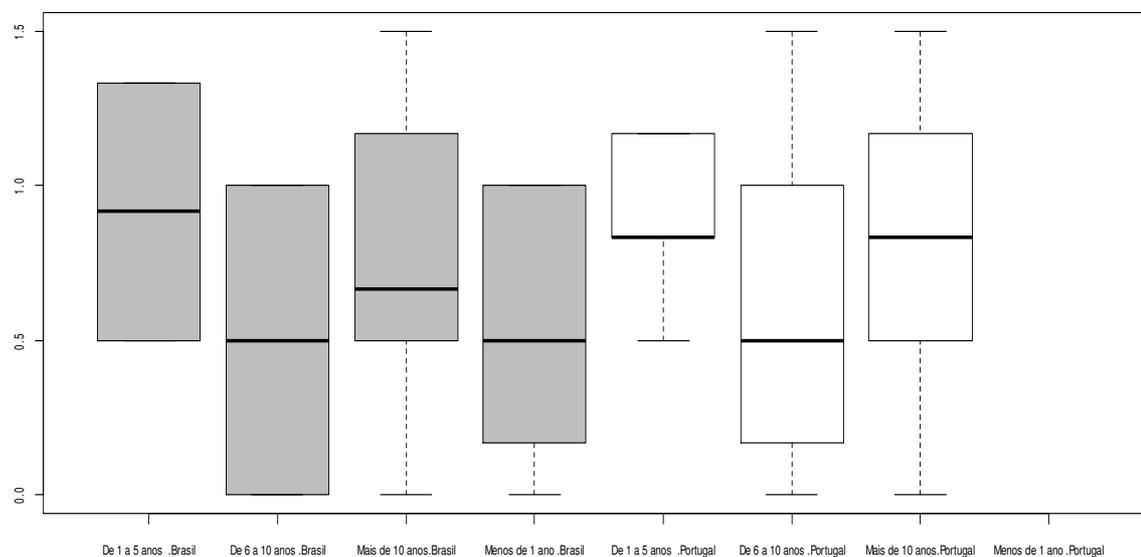
A seguir, serão apresentados *boxplots* referentes à variável “tempo de experiência de trabalho na APS”, para cada dimensão, tanto em relação aos resultados gerais, quanto em relação aos resultados de cada país.

Figura 17 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS”.
Dados gerais (n = 97) Dimensão 1 - Visão compartilhada



Fonte: Construído pelo autor

Figura 18 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS” para cada país.
Dimensão 1 - Visão compartilhada

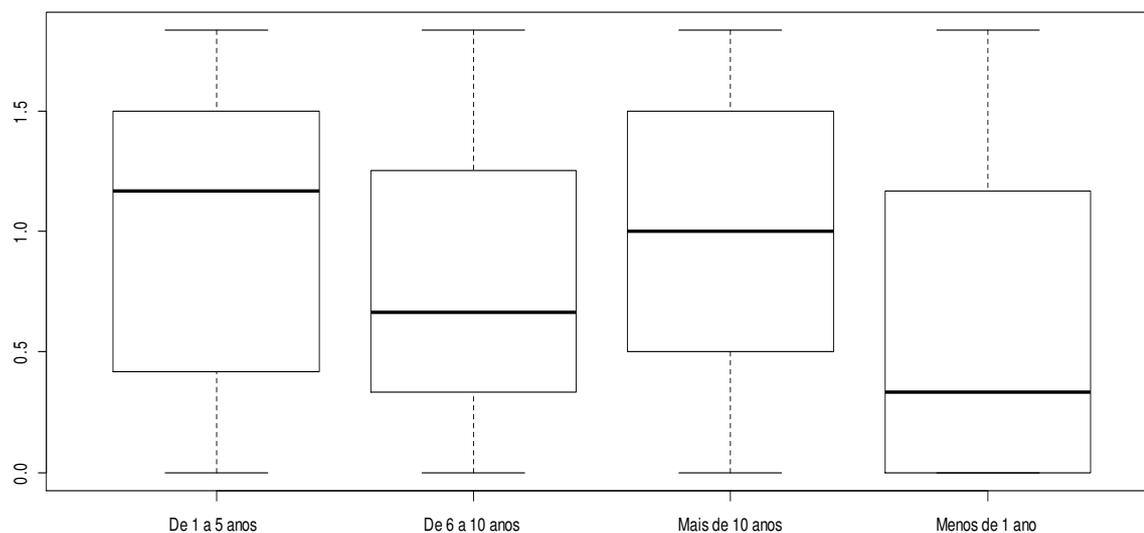


Fonte: Construído pelo autor.

Legenda: Brasil, cor cinza, e Portugal, sem cor.

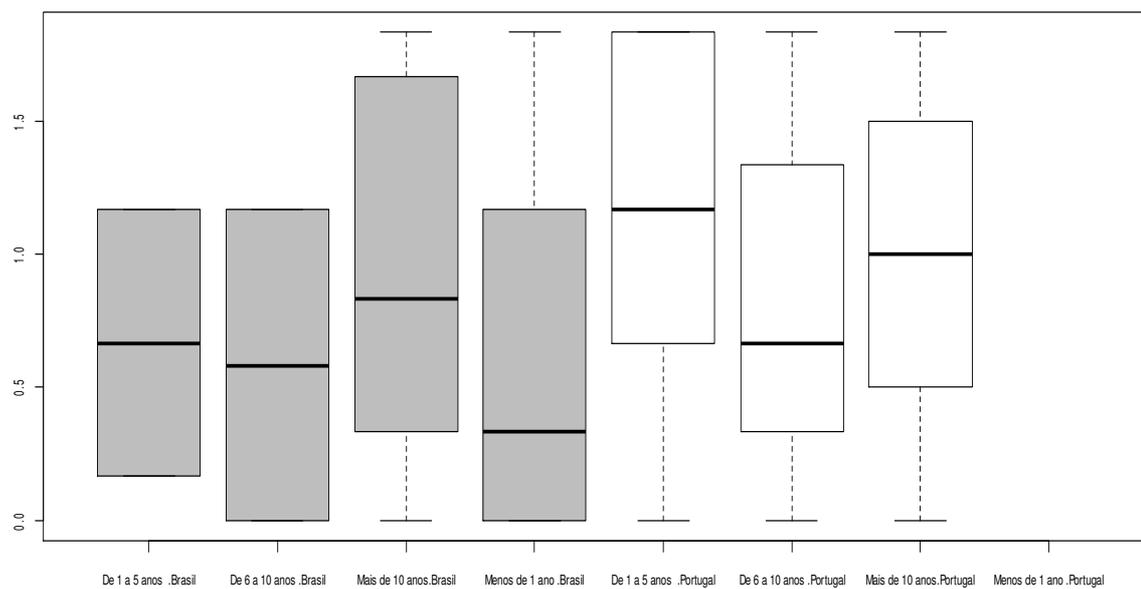
Nota: Não houve registros em Portugal para a variável “menos de 1 ano”

Figura 19 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS”.
Dados gerais (n = 97). Dimensão 2 - Internalização



Fonte: Construído pelo autor

Figura 20 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS” para cada país.
Dimensão 2 - Internalização

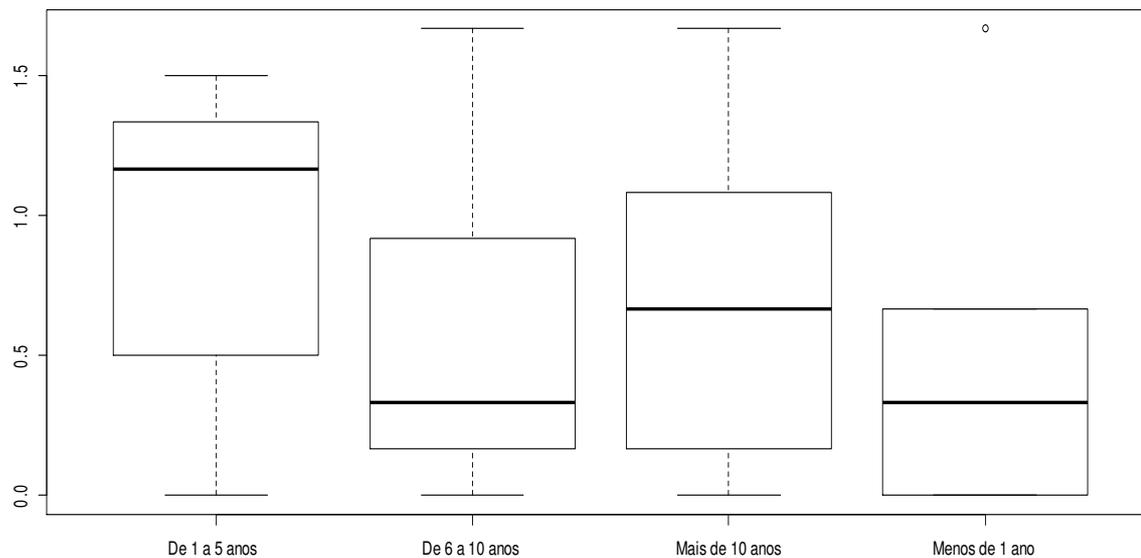


Fonte: Construído pelo autor.

Legenda: Brasil, cor cinza, e Portugal, sem cor.

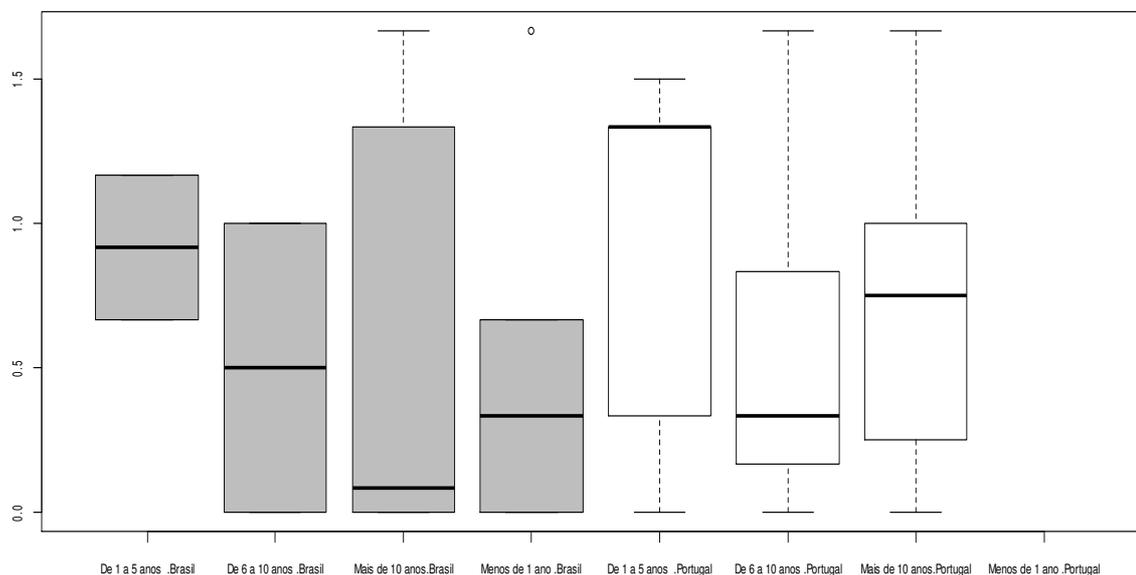
Nota: Não houve registros em Portugal para a variável “menos de 1 ano”

Figura 21 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS”.
Dados gerais (n = 97). Dimensão 3 - Formalização



Fonte: Construído pelo autor

Figura 22 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS” para cada país.
Dimensão 3 - Formalização

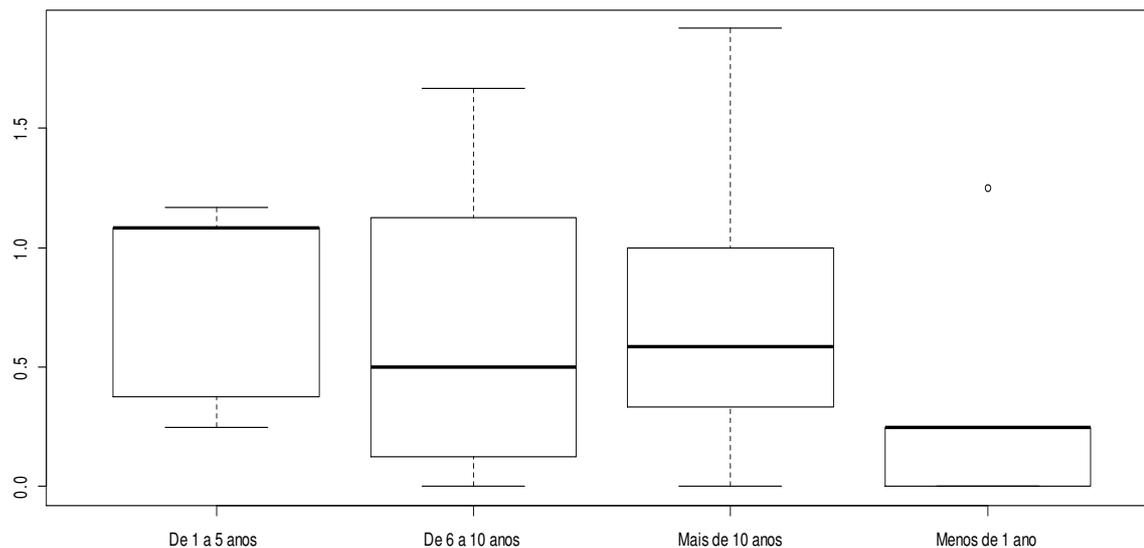


Fonte: Construído pelo autor.

Legenda: Brasil, cor cinza, e Portugal, sem cor.

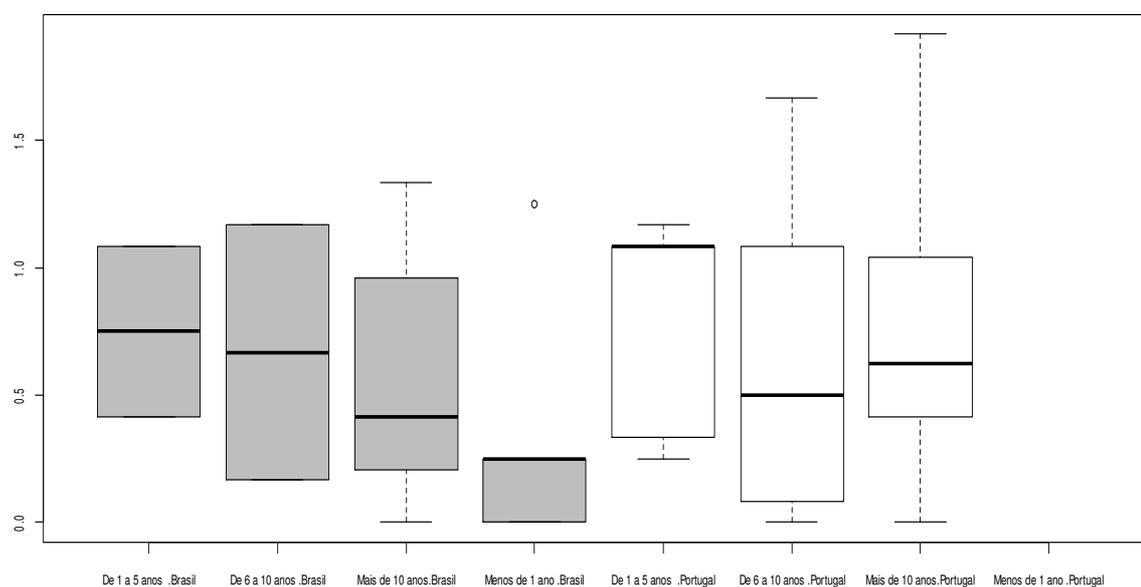
Nota: Não houve registros em Portugal para a variável “menos de 1 ano”

Figura 23 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS”.
Dados gerais (n = 97). Dimensão 4 - Governança no Trabalho



Fonte: Construído pelo autor

Figura 24 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS” para cada país.
Dimensão 4 - Governança no Trabalho

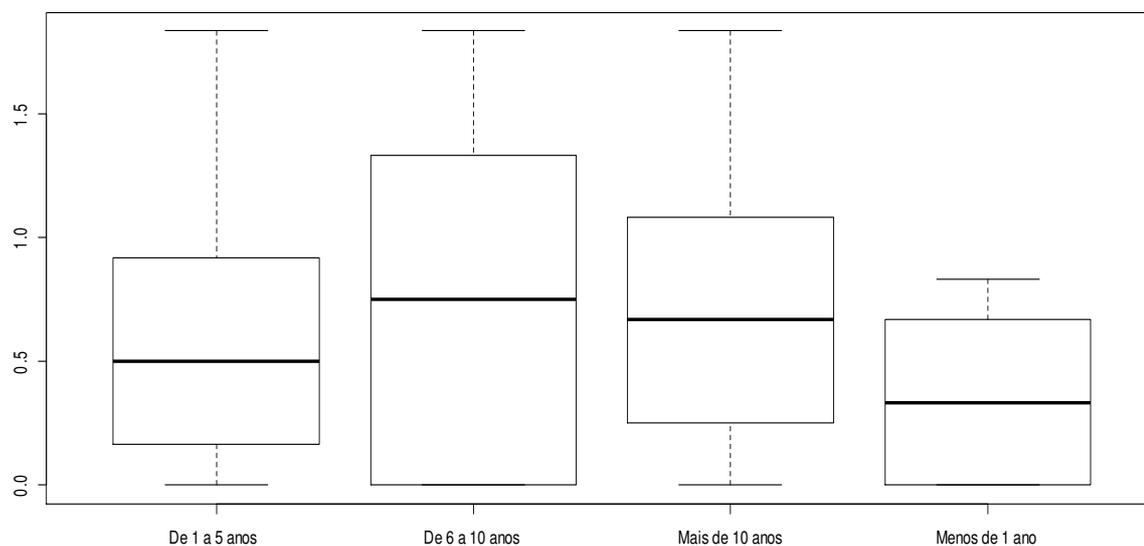


Fonte: Construído pelo autor.

Legenda: Brasil, cor cinza, e Portugal, sem cor.

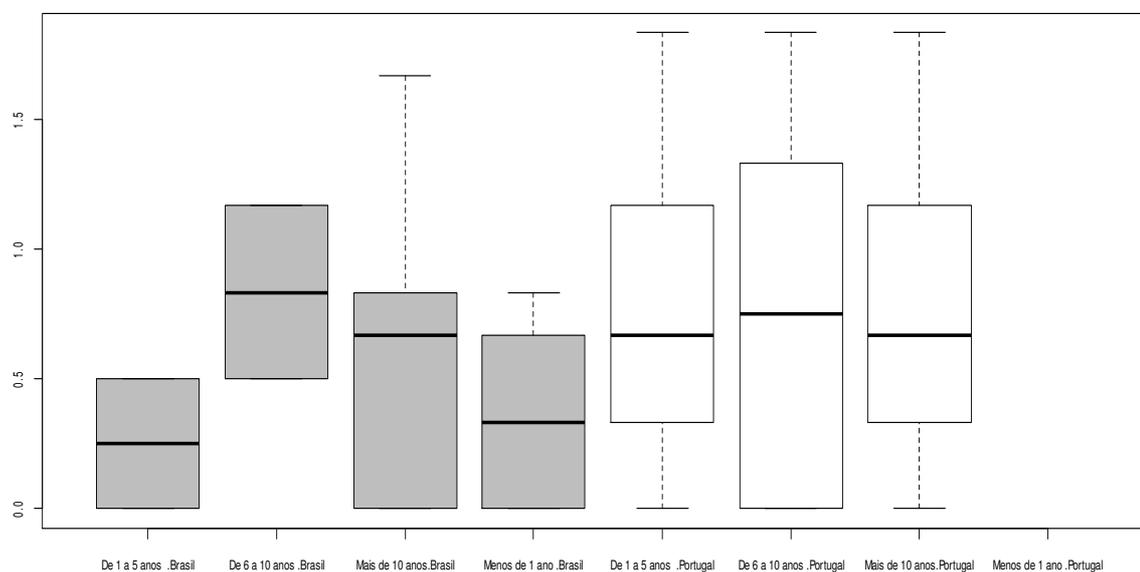
Nota: Não houve registros em Portugal para a variável “menos de 1 ano”

Figura 25 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS”.
Dados gerais (n = 97). Dimensão 5 - Governança Clínica



Fonte: Construído pelo autor

Figura 26 - Distribuição dos escores segundo “tempo de experiência de trabalho na APS” para cada país.
Dimensão 5 - Governança Clínica



Fonte: Construído pelo autor.

Legenda: Brasil, cor cinza, e Portugal, sem cor.

Nota: Não houve registros em Portugal para a variável “menos de 1 ano”

Quadro 26 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5 e estatísticas do escore geral segundo tempo de inclusão na equipe. Dados gerais (n = 97)

<i>Tempo de inclusão</i>	<i>Informação</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>
1 a 5 anos	Dimensão 1	1,70	0,14	1,56	1,84
	Dimensão 2	1,65	0,13	1,51	1,79
	Dimensão 3	1,54	0,10	1,43	1,65
	Dimensão 4	1,49	0,20	1,36	1,62
	Dimensão 5	1,43	0,24	1,18	1,68
	Escore geral	1,55	0,12	1,53	1,57
6 a 10 anos	Dimensão 1	1,85	0,19	1,66	2,05
	Dimensão 2	1,86	0,11	1,75	1,98
	Dimensão 3	1,78	0,23	1,54	2,02
	Dimensão 4	1,76	0,09	1,71	1,82
	Dimensão 5	1,64	0,29	1,34	1,95
	Escore geral	1,78	0,20	1,74	1,82
Mais de 10 anos	Dimensão 1	1,54	0,46	1,06	2,03
	Dimensão 2	1,86	0,12	1,73	1,99
	Dimensão 3	1,83	0,23	1,59	2,07
	Dimensão 4	1,76	0,13	1,68	1,85
	Dimensão 5	1,74	0,16	1,57	1,90
	Escore geral	1,75	0,21	1,71	1,79
Menos de 1 ano	Dimensão 1	1,56	0,27	1,28	1,84
	Dimensão 2	1,62	0,14	1,47	1,77
	Dimensão 3	1,45	0,17	1,27	1,64
	Dimensão 4	1,58	0,12	1,51	1,66
	Dimensão 5	1,39	0,14	1,25	1,54
	Escore geral	1,53	0,15	1,50	1,56

Fonte: Construído pelo autor

Quadro 27 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5 e estatísticas do escore geral segundo tempo de inclusão na equipe: dados de cada país

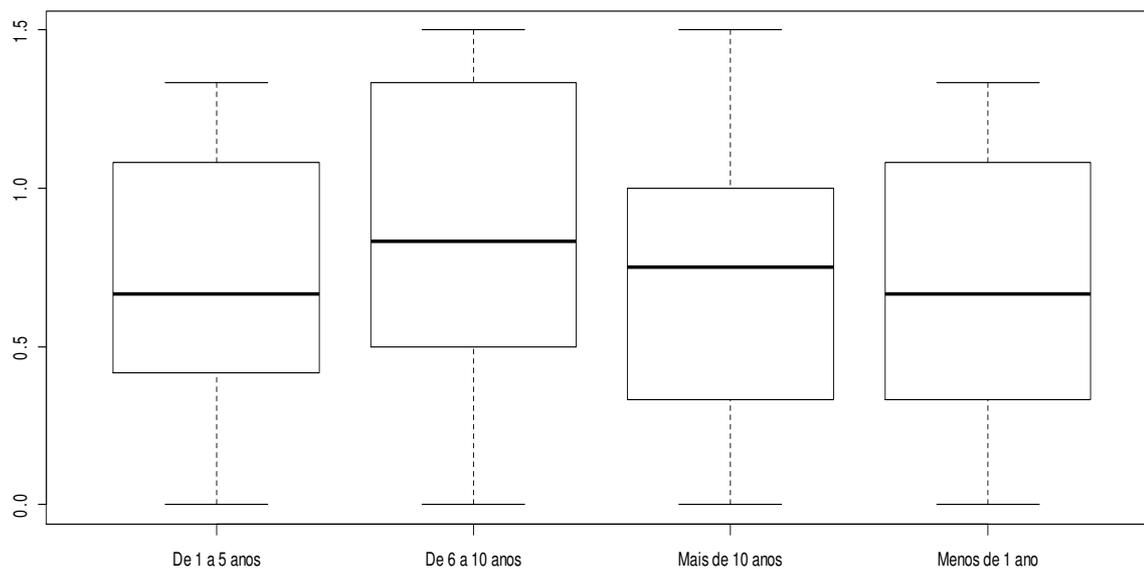
<i>Tempo de inclusão</i>	<i>Informação</i>	<i>Brasil</i>				<i>Portugal</i>			
		<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>
1 a 5 anos	Dimensão 1	1,68	0,23	1,45	1,92	1,69	0,13	1,56	1,82
	Dimensão 2	1,83	0,15	1,68	1,99	1,56	0,16	1,39	1,73
	Dimensão 3	1,80	0,22	1,57	2,03	1,44	0,12	1,31	1,57
	Dimensão 4	1,83	0,27	1,66	2,01	1,39	0,16	1,28	1,49
	Dimensão 5	1,52	0,28	1,22	1,81	1,39	0,23	1,15	1,64
	Escore geral	1,75	0,26	1,70	1,80	1,48	0,12	1,45	1,50
6 a 10 anos**	Dimensão 1	1,67	0,75	0,88	2,45	1,86	0,17	1,68	2,04
	Dimensão 2	2,00	0,00	2,00	2,00	1,86	0,11	1,74	1,98
	Dimensão 3	2,00	0,00	2,00	2,00	1,77	0,23	1,53	2,01
	Dimensão 4	1,83	0,37	1,60	2,07	1,73	0,17	1,62	1,83
	Dimensão 5	1,83	0,37	1,44	2,22	1,64	0,30	1,32	1,96
	Escore geral	1,86	0,00	1,86	1,86	1,76	0,21	1,72	1,80
Mais de 10 anos	Dimensão 1	1,67	0,37	1,28	2,06	1,85	0,21	1,63	2,07
	Dimensão 2	1,50	0,50	0,98	2,02	1,93	0,07	1,86	2,01
	Dimensão 3	2,00	0,00	2,00	2,00	1,80	0,23	1,56	2,04
	Dimensão 4	1,42	0,19	1,30	1,54	1,85	0,12	1,77	1,93
	Dimensão 5	1,92	0,19	1,72	2,11	1,70	0,19	1,50	1,90
	Escore geral	1,65	0,52	1,55	1,76	1,83	0,22	1,79	1,87
Menos de 1 ano	Dimensão 1	1,52	0,31	1,20	1,85	1,78	0,16	1,61	1,94
	Dimensão 2	1,73	0,15	1,57	1,89	1,33	0,19	1,13	1,54
	Dimensão 3	1,54	0,23	1,30	1,78	1,11	0,16	0,95	1,28
	Dimensão 4	1,66	0,09	1,60	1,71	1,42	0,39	1,17	1,66
	Dimensão 5	1,67	0,24	1,42	1,91	0,78	0,46	0,30	1,26
	Escore geral	1,63	0,21	1,59	1,67	1,31	0,37	1,23	1,38

Fonte: Construído pelo autor.

Nota: **Para o Brasil, apenas 1 indivíduo foi mensurado na categoria de 6 a 10 anos, logo, as estatísticas apresentadas correspondem às respostas apenas deste indivíduo.

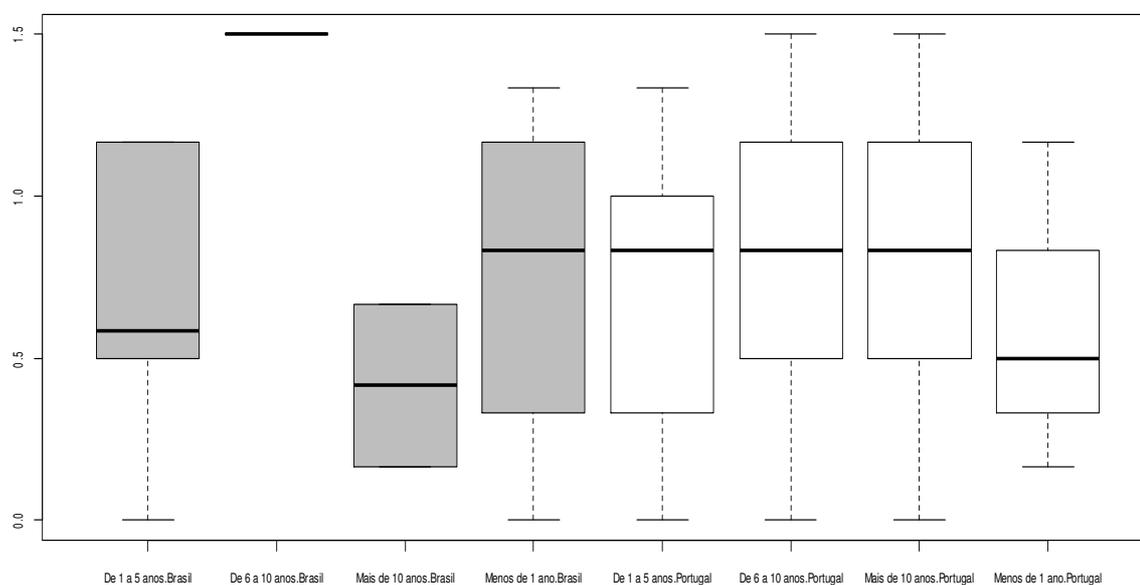
A seguir, serão apresentados *boxplots* referentes às dimensões de cada uma das categorias da variável “tempo de inclusão na equipe de trabalho”, tanto em relação aos resultados gerais, quanto em relação à comparação entre países.

Figura 27 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe”.
Dados gerais (n = 97) Dimensão 1 - Visão compartilhada



Fonte: Construído pelo autor

Figura 28 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe” para cada país.
Dimensão 1 - Visão compartilhada

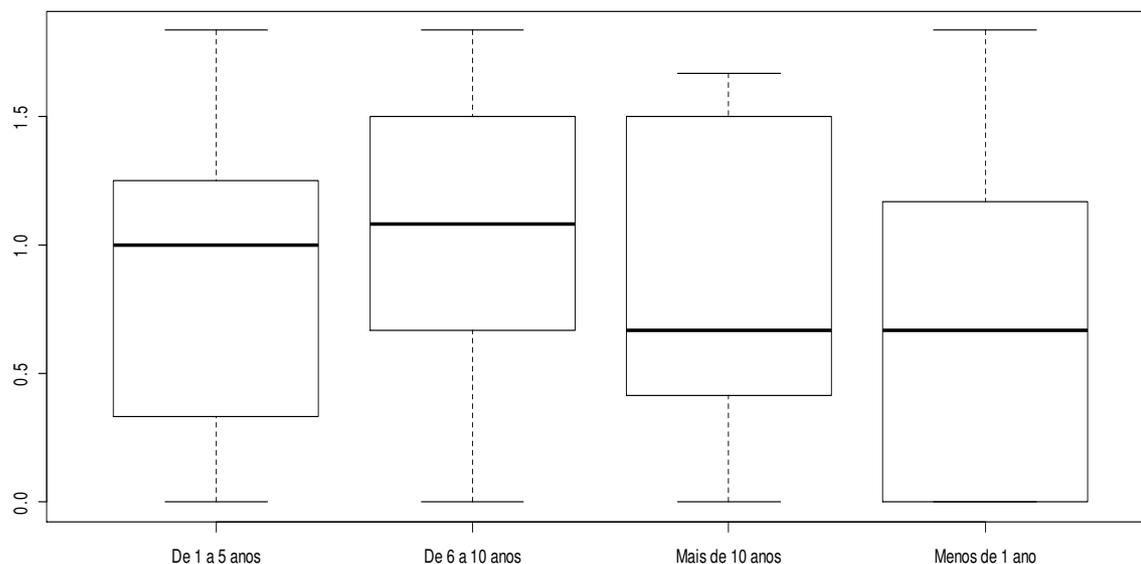


Fonte: Construído pelo autor.

Legenda: Brasil, cor cinza, e Portugal, sem cor.

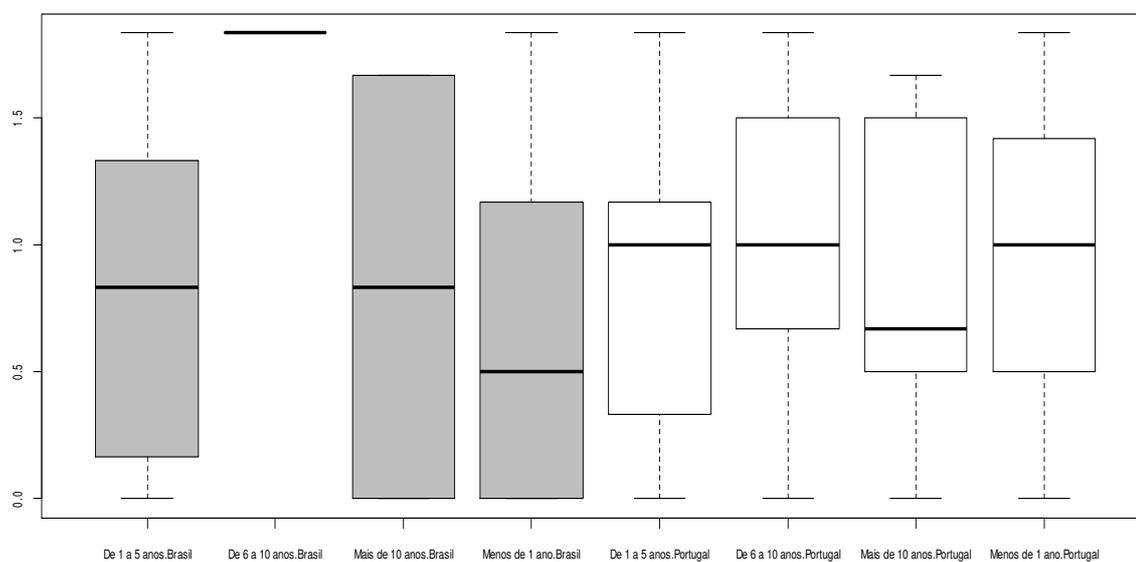
Nota: Para o Brasil, apenas 1 indivíduo foi mensurado na variável “de 6 a 10 anos”, não sendo possível computar estatísticas.

Figura 29 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe”.
Dados gerais (n = 97) Dimensão 2 - Internalização



Fonte: Construído pelo autor

Figura 30 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe” para cada país.
Dimensão 2 - Internalização

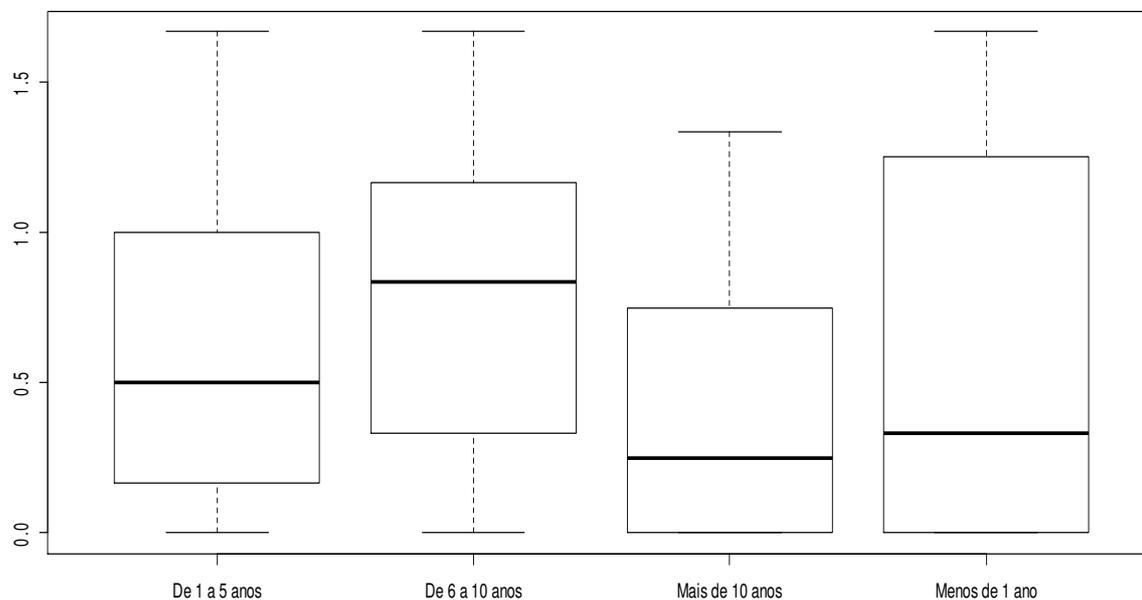


Fonte: Construído pelo autor.

Legenda: Brasil, cor cinza, e Portugal, sem cor.

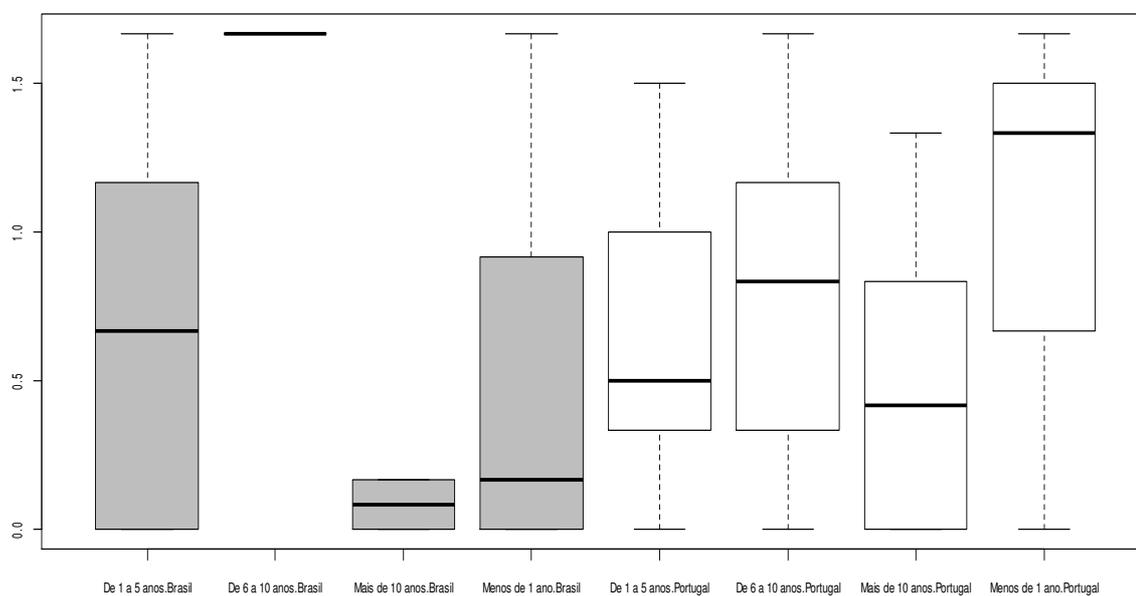
Nota: Para o Brasil, apenas 1 indivíduo foi mensurado na variável “de 6 a 10 anos”, não sendo possível computar estatísticas.

Figura 31 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe”.
Dados gerais (n = 97) Dimensão 3 - Formalização



Fonte: Construído pelo autor

Figura 32 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe” para cada país.
Dimensão 3 - Formalização

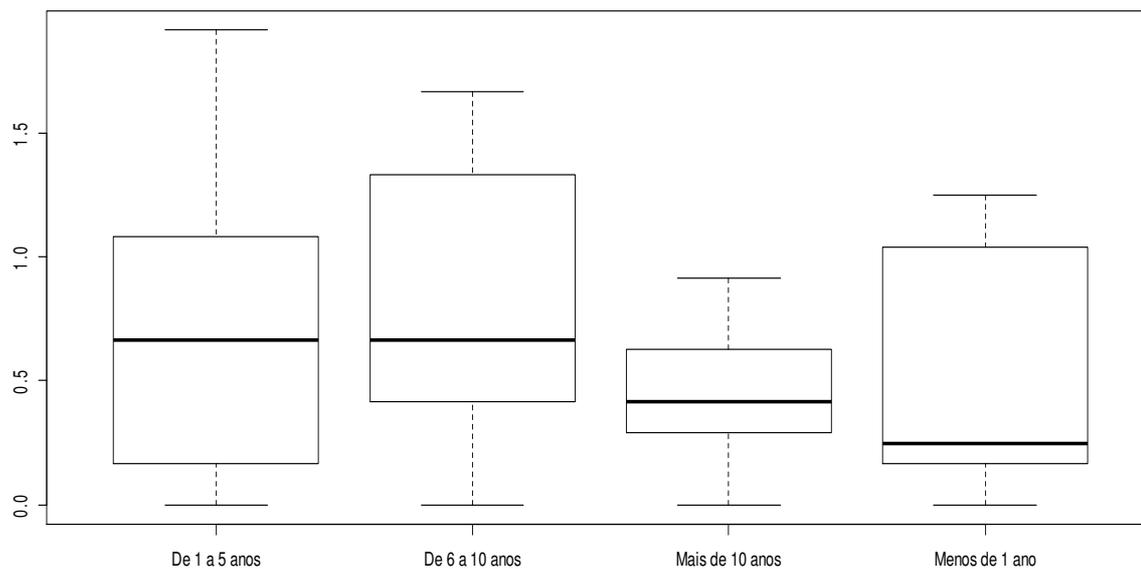


Fonte: Construído pelo autor.

Legenda: Brasil, cor cinza, e Portugal, sem cor.

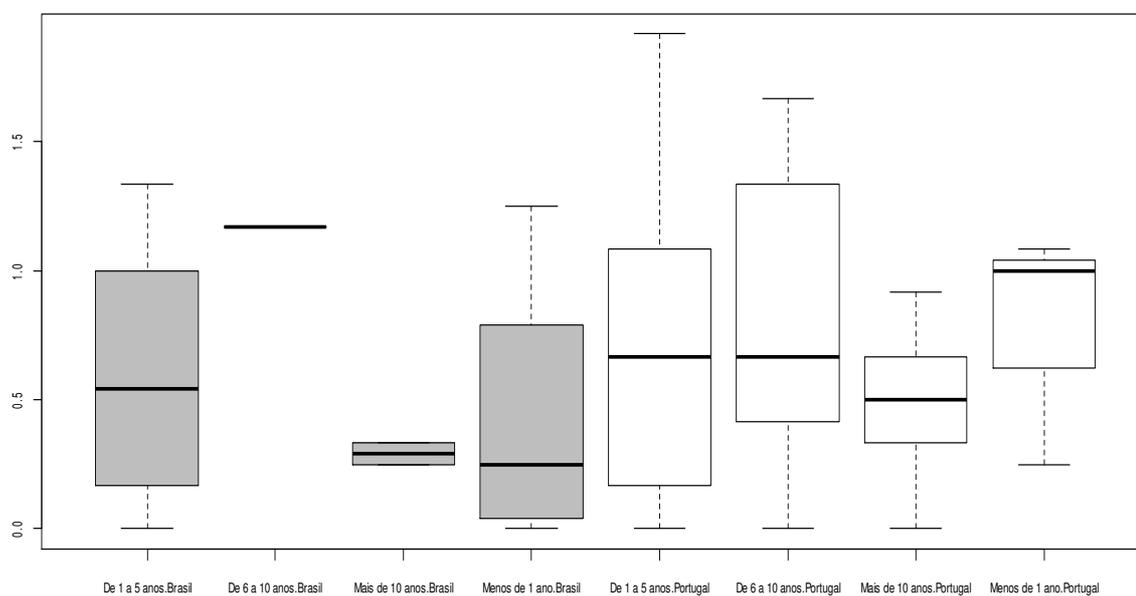
Nota: Para o Brasil, apenas 1 indivíduo foi mensurado na variável “de 6 a 10 anos”, não sendo possível computar estatísticas.

Figura 33 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe”.
Dados gerais (n = 97) Dimensão 4 - Governança no Trabalho



Fonte: Construído pelo autor

Figura 34 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe” para cada país.
Dimensão 4 - Governança no Trabalho

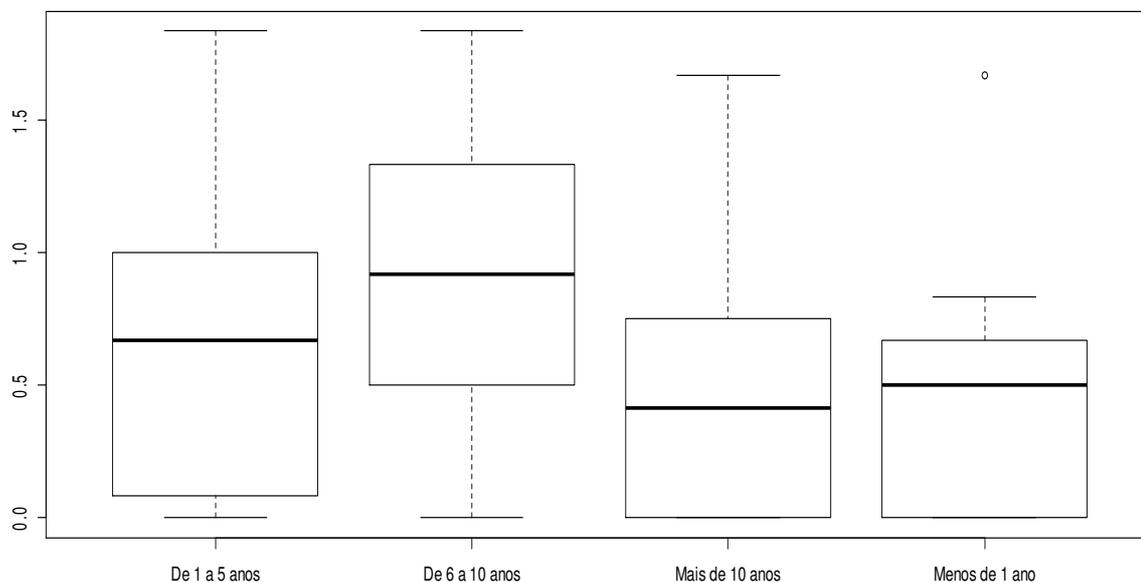


Fonte: Construído pelo autor.

Legenda: Brasil, cor cinza, e Portugal, sem cor.

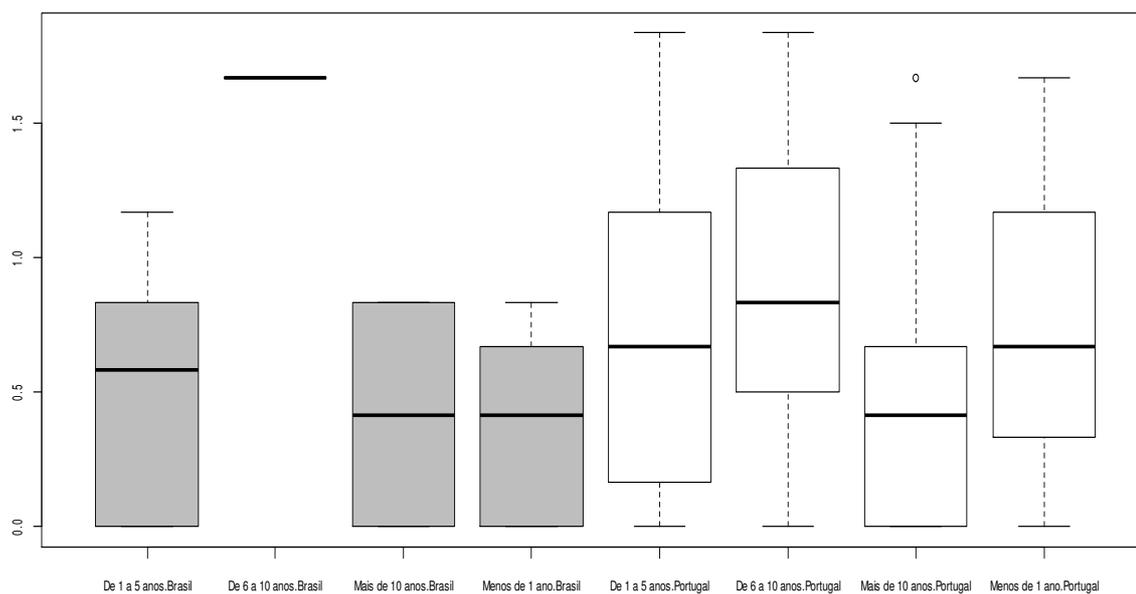
Nota: Para o Brasil, apenas 1 indivíduo foi mensurado na variável “de 6 a 10 anos”, não sendo possível computar estatísticas.

Figura 35 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe”.
Dados gerais (n = 97) Dimensão 5 - Governança Clínica



Fonte: Construído pelo autor

Figura 36 - Distribuição dos escores segundo “tempo de inclusão na equipe” para cada país.
Dimensão 5 - Governança Clínica



Fonte: Construído pelo autor.

Legenda: Brasil, cor cinza, e Portugal, sem cor.

Nota: Para o Brasil, apenas 1 indivíduo foi mensurado na variável “de 6 a 10 anos”, não sendo possível computar estatísticas.

Quadro 28 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5 e estatísticas do escore geral segundo categoria profissional (Medicina e Enfermagem). Dados gerais (n = 97).

<i>Categoria profissional</i>	<i>Informação</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>
Enfermagem	Dimensão 1	1,59	0,25	1,33	1,86
	Dimensão 2	1,61	0,16	1,44	1,78
	Dimensão 3	1,51	0,14	1,37	1,65
	Dimensão 4	1,51	0,12	1,43	1,59
	Dimensão 5	1,41	0,21	1,20	1,63
	Escore geral	1,52	0,11	1,50	1,55
Medicina	Dimensão 1	1,84	0,19	1,64	2,03
	Dimensão 2	1,71	0,36	1,33	2,08
	Dimensão 3	1,66	0,23	1,42	1,91
	Dimensão 4	1,74	0,19	1,62	1,85
	Dimensão 5	1,62	0,28	1,33	1,92
	Escore geral	1,72	0,22	1,67	1,76

Fonte: Construído pelo autor

Quadro 29 - Estatísticas dos escores segundo dimensões 1 a 5 e estatísticas do escore geral segundo categoria profissional (Medicina e Enfermagem) para cada país.

<i>Profissão</i>	<i>Informação</i>	<i>Brasil</i>				<i>Portugal</i>			
		<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>
Enfermagem	Dimensão 1	1,64	0,26	1,37	1,92	1,65	0,11	1,54	1,77
	Dimensão 2	1,76	0,12	1,63	1,88	1,54	0,19	1,33	1,74
	Dimensão 3	1,68	0,09	1,58	1,78	1,43	0,15	1,26	1,59
	Dimensão 4	1,64	0,22	1,50	1,78	1,42	0,13	1,33	1,50
	Dimensão 5	1,53	0,23	1,29	1,77	1,37	0,20	1,16	1,58
	Escore geral	1,65	0,15	1,62	1,68	1,47	0,13	1,45	1,50
Medicina	Dimensão 1	1,65	0,28	1,35	1,94	1,87	0,17	1,68	2,05
	Dimensão 2	1,63	0,40	1,21	2,04	1,87	0,08	1,79	1,95
	Dimensão 3	1,85	0,24	1,60	2,11	1,76	0,16	1,59	1,92
	Dimensão 4	1,76	0,12	1,68	1,84	1,78	0,14	1,69	1,86
	Dimensão 5	1,83	0,21	1,61	2,06	1,59	0,30	1,27	1,90
	Escore geral	1,75	0,25	1,70	1,80	1,77	0,19	1,73	1,81

Fonte: Construído pelo autor

A próxima etapa da análise foi verificar se existe evidência de que os escores possuam distribuição normal. Para tanto, definiu-se o teste de comparação entre os escores dos países com base no seguinte exercício de análise: os 21 respondentes de Portugal foram comparados com os 21 respondentes do Brasil, todos selecionados de modo aleatório, considerando testes para o mesmo tamanho de amostra entre os grupos, uma vez que cada país considerado possui menos de 100 elementos, decidiu-se pelo teste de Shapiro-Wilks, que possui bom desempenho para pequenas amostras. O nível de confiança dos resultados é de 95%, apresentados no Quadro 30, mostrando que houve evidência de que apenas a distribuição dos escores gerais do instrumento (para ambos os países) e o escore da dimensão 1 para o caso do Brasil possuem distribuição normal (p-valores do teste maiores do que 0,05).

Por conta dos resultados aferidos com o teste Shapiro-Wilks, decidimos por conduzir a comparação entre os países, especialmente no que tange aos escores das dimensões, por meio do teste de Mann-Whitney (Wilcoxon), que é um teste não-paramétrico, que não exige em suas suposições a necessidade dos dados seguirem uma distribuição específica. Vale ressaltar que o nível de confiança considerado para as comparações continuou sendo de 95%. Dessa forma, foram feitas:

1. Comparação entre os países no que diz respeito aos escores gerais do instrumento;
2. Comparação entre países no que diz respeito aos escores gerais das cinco dimensões do instrumento;
3. Comparação entre países no que diz respeito aos escores gerais dos indicadores de cada dimensão do instrumento;

Os resultados das comparações estão apresentados no Quadro 31. Os resultados mostram que, considerando o nível de confiança de 95%, existe evidência de diferença entre os países apenas quando se observa o indicador da dimensão 5 (governança clínica): “interface com equipe” (p-valor < 0,05). Para as demais comparações, considerando escores e países, o que se observa como evidência é que não há diferença estatística relevante entre os países.

Quadro 30 - Resultados do teste de normalidade aplicados aos escores dos indicadores das dimensões 1 a 5 para ambos os países

<i>Informação</i>	<i>País</i>	<i>Teste de Shapiro-Wilk</i>	
		<i>Estatística</i>	<i>p-valor</i>
<i>Escore geral do instrumento</i>	Brasil	0,916	0,072
	Portugal	0,974	0,118
<i>Escore - Dimensão 1 - Visão compartilhada</i>	Brasil	0,932	0,154
	Portugal	0,949	0,004
<i>Escore - Dimensão 2 - Internalização do processo de trabalho</i>	Brasil	0,874	0,011
	Portugal	0,942	0,002
<i>Escore - Dimensão 3 - Formalização do processo de trabalho</i>	Brasil	0,807	0,001
	Portugal	0,920	0,000*
<i>Escore - Dimensão 4 - Governança no trabalho</i>	Brasil	0,871	0,010
	Portugal	0,948	0,004
<i>Escore - Dimensão 5 - Governança da clínica</i>	Brasil	0,893	0,026
	Portugal	0,919	0,000*
<i>Escore - Dimensão 1 - Indicador Compartilhamento de serviços</i>	Brasil	0,911	0,058
	Portugal	0,859	0,000*
<i>Escore - Dimensão 1 - Indicador Relação Profissional - Usuário</i>	Brasil	0,850	0,004
	Portugal	0,887	0,000*
<i>Escore - Dimensão 2 - Indicador Interação Social e Profissional</i>	Brasil	0,809	0,001
	Portugal	0,852	0,000*
<i>Escore - Dimensão 2 - Indicador Confiança</i>	Brasil	0,854	0,005
	Portugal	0,867	0,000*
<i>Escore - Dimensão 3 - Indicador Protocolos e regras</i>	Brasil	0,756	0,000*
	Portugal	0,828	0,000*
<i>Escore - Dimensão 3 - Indicador Comunicação e manejo de informações</i>	Brasil	0,787	0,000*
	Portugal	0,890	0,000*
<i>Escore - Dimensão 4 - Indicador Direcionamento político e estratégico</i>	Brasil	0,734	0,000*
	Portugal	0,846	0,000*
<i>Escore - Dimensão 4 - Indicador Liderança local</i>	Brasil	0,899	0,033
	Portugal	0,874	0,000*
<i>Escore - Dimensão 4 - Indicador Suporte para inovação</i>	Brasil	0,770	0,000*
	Portugal	0,816	0,000*
<i>Escore - Dimensão 4 - Indicador Diálogo e participação</i>	Brasil	0,756	0,000*
	Portugal	0,845	0,000*
<i>Escore - Dimensão 5 - Indicador Interface com equipe</i>	Brasil	0,783	0,000*
	Portugal	0,865	0,000*
<i>Escore - Dimensão 5 - Indicador Interface com território</i>	Brasil	0,811	0,001
	Portugal	0,820	0,000*

Fonte: Construído pelo autor. * Valor menor que 0,001

Quadro 31 - Resultados do teste de Mann-Whitney para a comparação entre os escores de Brasil e de Portugal

<i>Informação</i>	<i>p-valor do teste de comparação entre países</i>
<i>Escore geral do instrumento</i>	0,194
<i>Escore - Dimensão 1 - Visão compartilhada</i>	0,705
<i>Escore - Dimensão 2 - Internalização do processo de trabalho</i>	0,468
<i>Escore - Dimensão 3 - Formalização do processo de trabalho</i>	0,264
<i>Escore - Dimensão 4 - Governança no trabalho</i>	0,165
<i>Escore - Dimensão 5 - Governança da clínica</i>	0,126
<i>Escore - Dimensão 1 - Indicador Compartilhamento de serviços</i>	0,509
<i>Escore - Dimensão 1 - Indicador Relação Profissional - Usuário</i>	0,831
<i>Escore - Dimensão 2 - Indicador Interação Social e Profissional</i>	0,934
<i>Escore - Dimensão 2 - Indicador Confiança</i>	0,108
<i>Escore - Dimensão 3 - Indicador Protocolos e regras</i>	0,762
<i>Escore - Dimensão 3 - Indicador Comunicação e manejo de informações</i>	0,174
<i>Escore - Dimensão 4 - Indicador Direcionamento político e estratégico</i>	0,274
<i>Escore - Dimensão 4 - Indicador Liderança local</i>	0,389
<i>Escore - Dimensão 4 - Indicador Suporte para inovação</i>	0,323
<i>Escore - Dimensão 4 - Indicador Diálogo e participação</i>	0,208
<i>Escore - Dimensão 5 - Indicador Interface com a equipe</i>	0,006
<i>Escore - Dimensão 5 - Indicador Interface com o território</i>	0,784

Fonte: Construído pelo autor

A próxima etapa apresenta os mesmos procedimentos de comparação, porém foi considerado o mesmo tamanho de amostra entre grupos. Como Portugal possui 76 indivíduos

na amostra e o Brasil possui 21 na amostra, decidiu-se selecionar, aleatoriamente, 21 sujeitos de Portugal, o que permitirá averiguar se o tamanho de amostra influencia no diagnóstico inicial evidenciado. Dessa forma, foram selecionados aleatoriamente, baseando-se em uma amostragem aleatória simples, os seguintes indivíduos de Portugal: 3, 8, 9, 12, 15, 16, 18, 22, 28, 29, 32, 33, 40, 46, 48, 49, 53, 56, 60, 62 e 75. O sorteio foi realizado por meio do *software* estatístico R, que pode ser obtido gratuitamente em www.r-project.org.

No que diz respeito ao teste de normalidade dos escores, as conclusões foram as mesmas anteriormente obtidas com relação ao banco de dados completo. Em relação aos testes de comparação dos escores entre países, verificou-se também os mesmos resultados, exceto pelo resultado da comparação entre escores da dimensão 5, “governança na clínica”. Os p-valores referentes apenas às comparações que foram evidenciadas como sendo significativas neste cenário de investigação com 42 indivíduos, 21 de cada um dos países, são apresentados a seguir:

Quadro 32 - Resultados do teste de Mann-Whitney para comparação entre os escores de Brasil e Portugal, que foram evidenciadas como sendo significativas

<i>Informação</i>	<i>p-valor do teste de comparação entre países</i>
<i>Escore - Dimensão 5 (Governança clínica)</i>	0,014
<i>Escore - Dimensão 5 – Indicador: Interface com equipe</i>	0,001

Fonte: Construído pelo autor

É importante observar que, em relação à variável “Categoria Profissional”, observando-se os escores dentro de um país, sendo o nível de confiança de 95% conforme o teste de Mann-Whitney, não foi evidenciada a existência de diferenças entre os escores das dimensões e dos indicadores, quando são comparadas as profissões analisadas no estudo.

Considerando a comparação entre países, através do mesmo teste, fixando-se a profissão, verificou-se evidência de diferença estatística entre os profissionais de “enfermagem”, quando considerados os escores da dimensão 3 (Formalização), com p-valor da estatística do teste igual a 0,034; e o indicador 2 da dimensão 3 (coleta e troca de informações), com p-valor da estatística do teste igual a 0,016. Também o indicador 1 da dimensão 5 (Interface com a equipe), com p-valor da estatística do teste igual a 0,014, apresentam diferenças que evidenciam maiores valores dos escores para Portugal.

Quando os escores dos países são comparados, considerando-se a profissão

“medicina”, não foram encontradas evidências de diferença estatística entre os médicos dos países, de modo que todos os p-valores da estatística do teste para todas as comparações entre escores foram maiores que 0,05.

Considerando a variável “tempo de inclusão”, em cada país, não foi detectada evidência de diferença entre os escores do instrumento (p-valor associado ao teste de Kruskal-Wallis maior que 0,05, considerando todos os escores calculados). Quanto às dimensões em análise, segundo esta variável, não foram encontradas evidências de diferença entre as distribuições dos escores dos países analisados.

Procedimento similar foi realizado em relação à variável “tempo de trabalho”, sendo encontrada diferença estatística entre a distribuição dos escores apenas para o indicador 1 da dimensão 5 (Interface com a equipe), cujo p-valor do teste foi igual a 0,038.

A comparação com grupos de amostra de mesmo tamanho também permitiu a realização de testes de confiabilidade (ou consistência) interna do instrumento. Essa análise da consistência foi realizada via α de Cronbach.

O coeficiente alfa de Cronbach foi apresentado pela primeira vez por Lee J. Cronbach, em 1951, com a finalidade de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa. O valor do coeficiente mensura a correlação entre respostas em um questionário, através da análise das respostas dadas pelos participantes. Este coeficiente pode ser interpretado como uma correlação média entre as perguntas do instrumento. Considerando que todos os itens apresentados em um questionário utilizam a mesma escala de medição, o coeficiente α é calculado a partir da variância dos itens individuais do instrumento e da variância da soma dos itens do instrumento, nesse caso, a variância do escore total (GEORGE; MALLERY, 2003).

Segundo Landis e Kock (1977) e George e Mallery (2003), a consistência interna pode ser classificada da seguinte forma:

Quadro 33 - Classificação da consistência interna de um questionário segundo valor de alfa

Valor de alfa	Consistência interna
Maior do que 0,80	Quase perfeito
De 0,80 a 0,61	Substancial
De 0,60 a 0,41	Moderado
De 0,40 a 0,21	Razoável
Menor do que 0,21	Pequeno

Fonte: Landis e Kock (1977)

Quadro 34 - Classificação da consistência interna de um questionário segundo valor de alfa

Valor de alfa	Consistência interna
Maior do que 0,80	Quase perfeito
De 0,80 a 0,61	Substancial
De 0,60 a 0,41	Moderado
De 0,40 a 0,21	Razoável
Menor do que 0,21	Pequeno

Fonte: George e Mallery (2003)

O coeficiente foi calculado para avaliar a confiabilidade do instrumento, considerando cada país individualmente, de maneira que os escores de avaliação foram adaptados conforme o seguinte escalonamento: 0 – Ausente; 1 – Latente; 2 – Presente. Os resultados são apresentados no quadro a seguir:

Quadro 35 - Coeficiente alfa de Cronbach calculado para o instrumento baseado na escala adaptada

País	Alfa de Cronbach	Número de itens do instrumento
Brasil	0,938	36
Portugal	0,913	36

Fonte: Construído pelo autor

Considerando as classificações apresentadas por Landis e Kock (1977) e George e Mallery (2003), verifica-se que a consistência interna do instrumento em ambos os países pode ser classificada nos níveis mais altos de qualidade. Essa classificação aponta para um instrumento bem construído internamente e reforça a sua validade objetiva, isto é, pode-se concluir que, de fato, o instrumento mede o atributo a que se propõe. Conquanto, destacamos que é uma mensuração “não paramétrica”, requerendo menos pressupostos para as distribuições. Com base no exposto, observa-se que se trata de um instrumento útil para a análise de amostras pequenas e para as investigações que envolvam processos de medida ordinais (TUCKMAN, 2000).

Os quadros a seguir apresentam os valores do coeficiente alfa de Cronbach segundo dimensões. Para Portugal, os resultados mostram evidência de boa consistência interna das dimensões 3, 4 e 5, sendo as duas últimas as que apresentam melhor classificação. É importante atentar que o número de questões afeta o valor do coeficiente (para cada indicador, há 03 questões no instrumento), porém, o número reduzido de questões não implica exatamente baixa consistência do instrumento como um todo, o qual foi classificado em níveis de excelente consistência interna.

Quadro 36 - Coeficiente alfa de Cronbach calculado para o instrumento – dimensão 1

País	Alfa de Cronbach Dimensão 1	Número de itens da dimensão
Brasil	0,586	6
Portugal	0,599	6

Fonte: Construído pelo autor.

Quadro 37 - Coeficiente alfa de Cronbach calculado para o instrumento – dimensão 2

País	Alfa de Cronbach Dimensão 2	Número de itens da dimensão
Brasil	0,853	6
Portugal	0,703	6

Fonte: Construído pelo autor

Quadro 38 - Coeficiente alfa de Cronbach calculado para o instrumento – dimensão 3

País	Alfa de Cronbach Dimensão 3	Número de itens da dimensão
Brasil	0,858	6
Portugal	0,686	6

Fonte: Construído pelo autor

Quadro 39 - Coeficiente alfa de Cronbach calculado para o instrumento – dimensão 4

País	Alfa de Cronbach Dimensão 4	Número de itens da dimensão
Brasil	0,820	12
Portugal	0,836	12

Fonte: Construído pelo autor

Quadro 40 - Coeficiente alfa de Cronbach calculado para o instrumento – dimensão 5

País	Alfa de Cronbach Dimensão 5	Número de itens da dimensão
Brasil	0,548	6
Portugal	0,703	6

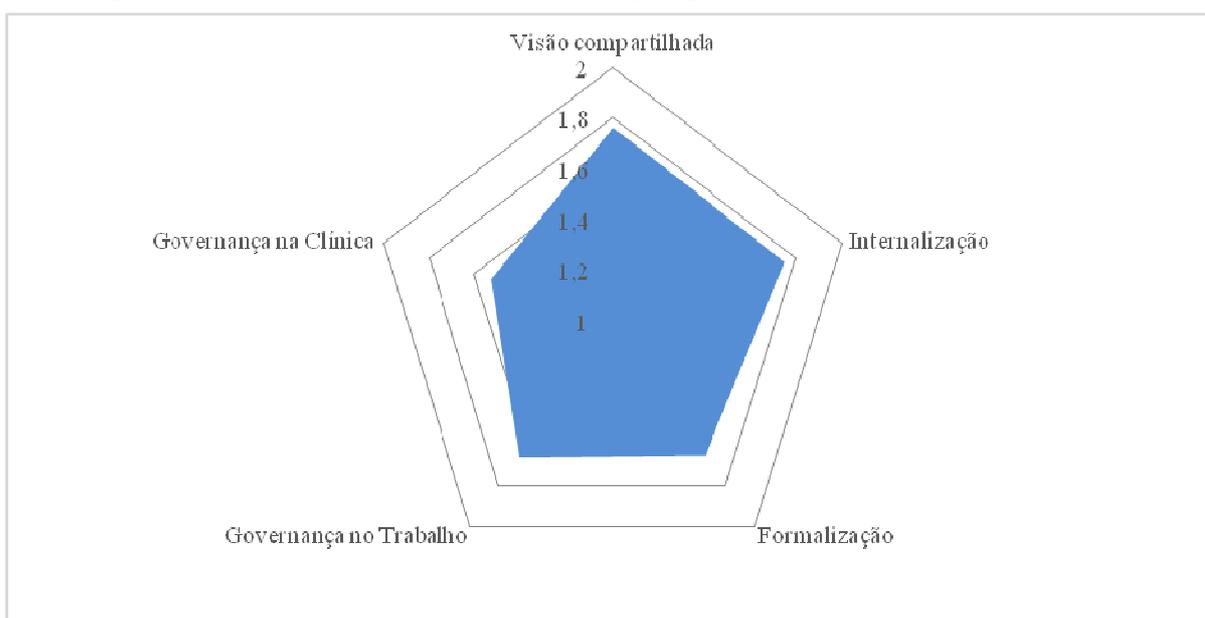
Fonte: Construído pelo autor

Apesar da dificuldade no tamanho amostral, foi-nos possível realizar algumas inferências e explorar a potencialidade dos dados coletados. Para tanto, utilizamos gráficos Kiviat, em formato radar (ou teia de aranha) para uma melhor visualização da distribuição dos indicadores da Escala de Colaboração, segundo a tipologia adotada.

Para a construção dos gráficos, observou-se a atribuição de escores para os níveis de colaboração, conforme Quadro 16. A partir desses escores, foram verificadas as médias dos valores dos conjuntos de repostas, de forma que os valores (médias agrupadas) encontrados entre 0 (zero) e 1 (um) representariam níveis inferiores (mais baixos) de colaboração, enquanto valores entre 1 (um) e 2 (dois) representariam níveis superiores (mais altos) de colaboração. Em geral, os valores se estabeleceram acima de 01, representando colaboração “presente” e/ou “em construção”, em ambos os casos. As dimensões ou os indicadores estão visíveis nas extremidades de cada eixo do gráfico.

Para iniciar, consideramos o resultado geral do questionário, relativo às dimensões e aos indicadores de colaboração, conforme vemos a seguir. A relação entre cada dimensão e seus indicadores pode ser visualizada no Quadro 12 e no Quadro 17.

Figura 37 - Resultado geral da Escala de Colaboração, quanto ao conjunto de dimensões (n = 97)

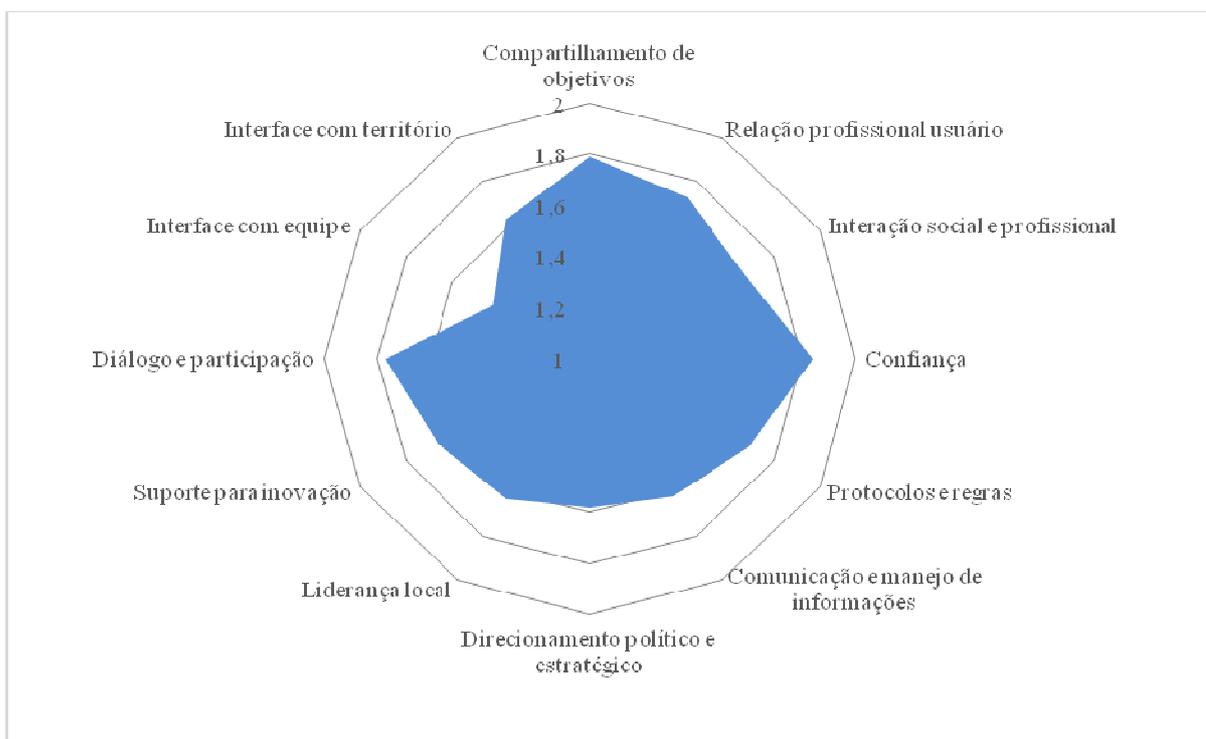


Fonte: Construído pelo autor.

Os resultados apresentados na figura foram aproximados. As dimensões de Visão Compartilhada e Internalização tiveram melhores resultados, conseqüentemente, os indicadores de “Compartilhamento de Objetivos” e de “Confiança” também.

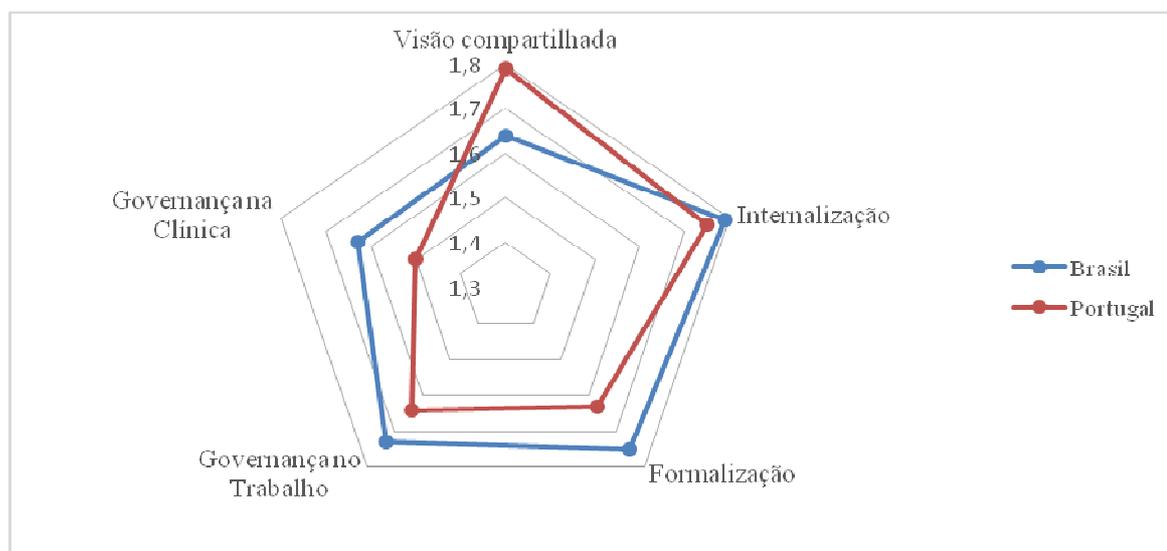
A seguir, vemos os resultados comparados de ambos os países.

Figura 38 - Resultado geral da Escala de Colaboração, quanto ao conjunto de indicadores (n = 97)



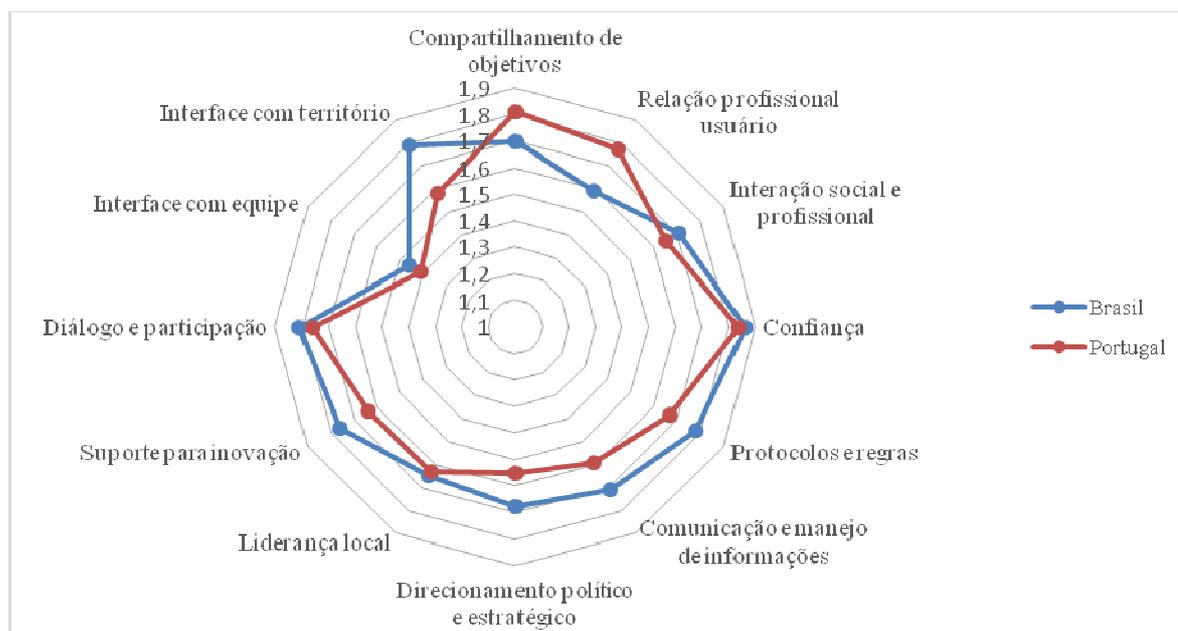
Fonte: Construído pelo autor.

Figura 39 - Resultado da Escala de Colaboração, quanto ao conjunto de dimensões, para cada país.



Fonte: Construído pelo autor.

Figura 40 – Resultado da Escala de Colaboração, quanto ao conjunto de indicadores, para cada país.

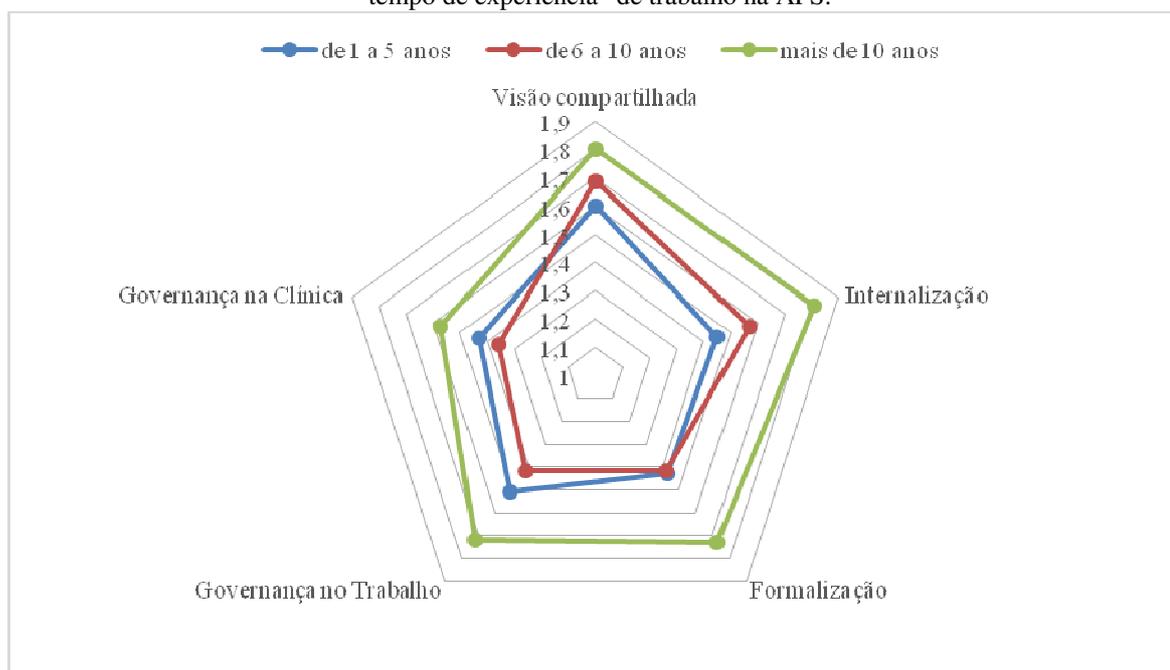


Fonte: Construído pelo autor.

Observamos que os resultados foram muito semelhantes entre os dois países, com ligeira vantagem para o Brasil, na maior parte das dimensões e indicadores, com exceção dos indicadores de “Compartilhamento de Objetivos” e “Relação Profissional-usuário”. Além disso, o indicador de “Interface com o território” apresentou uma maior variabilidade entre os dois países, com melhores resultados para o Brasil. Novamente aqui, o alcance da análise ficou limitado pela diferença amostral.

A seguir, exploramos as variáveis de “tempo de experiência” de trabalho na APS, “tempo de inclusão” na equipe de trabalho atual, segundo a “categoria profissional” (medicina e enfermagem). Com algumas variações, observamos uma relação diretamente proporcional entre os valores de resposta das dimensões da colaboração e o tempo de experiência de trabalho do profissional. Segundo Scott e Lane (2000), a identidade organizacional compreende processos, atividades e acontecimentos, por meio dos quais a organização se “singulariza” para seus membros. Conforme Bandura (1995), esse processo compreende as crenças partilhadas construídas na existência temporal do coletivo, afetando o desempenho futuro da equipe, o que também nos remete à importância da manutenção dos vínculos de trabalho profissionais como fator positivo a colaboração interprofissional.

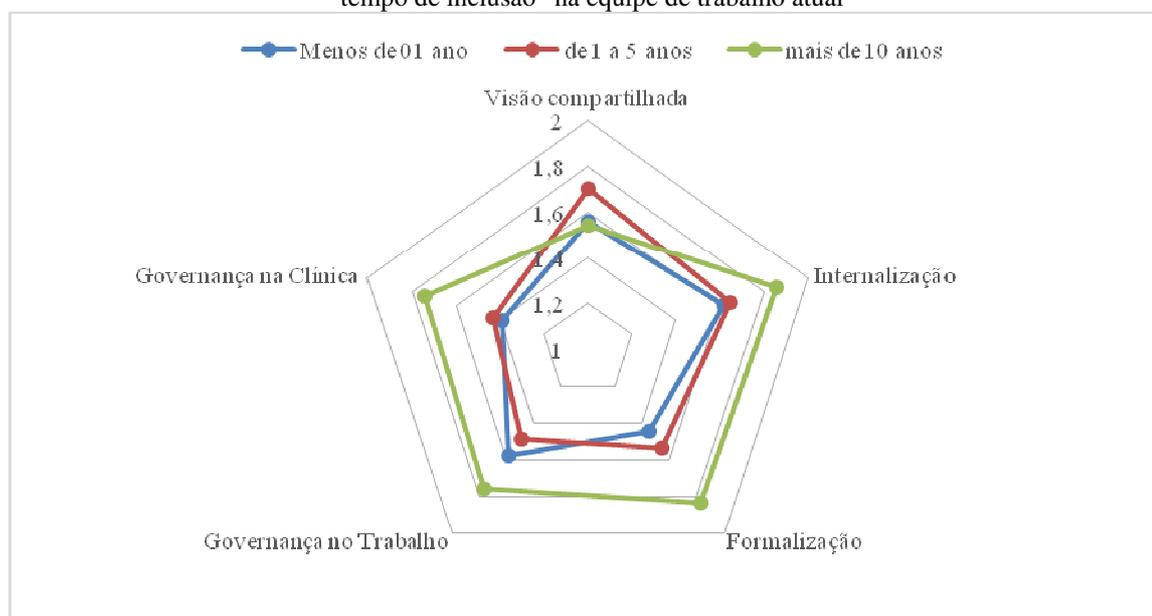
Figura 41 – Resultado geral da Escala de Colaboração, quanto à variável de “tempo de experiência” de trabalho na APS.



Fonte: Construído pelo autor.

Nota: o item “menos de 1 ano” não consta no gráfico acima, pois não houve resposta para ele, em Portugal, afetando sua relevância estatística. Vide Quadro 25.

Figura 42 – Resultado geral da Escala de Colaboração, quanto à variável de “tempo de inclusão” na equipe de trabalho atual



Fonte: Construído pelo autor.

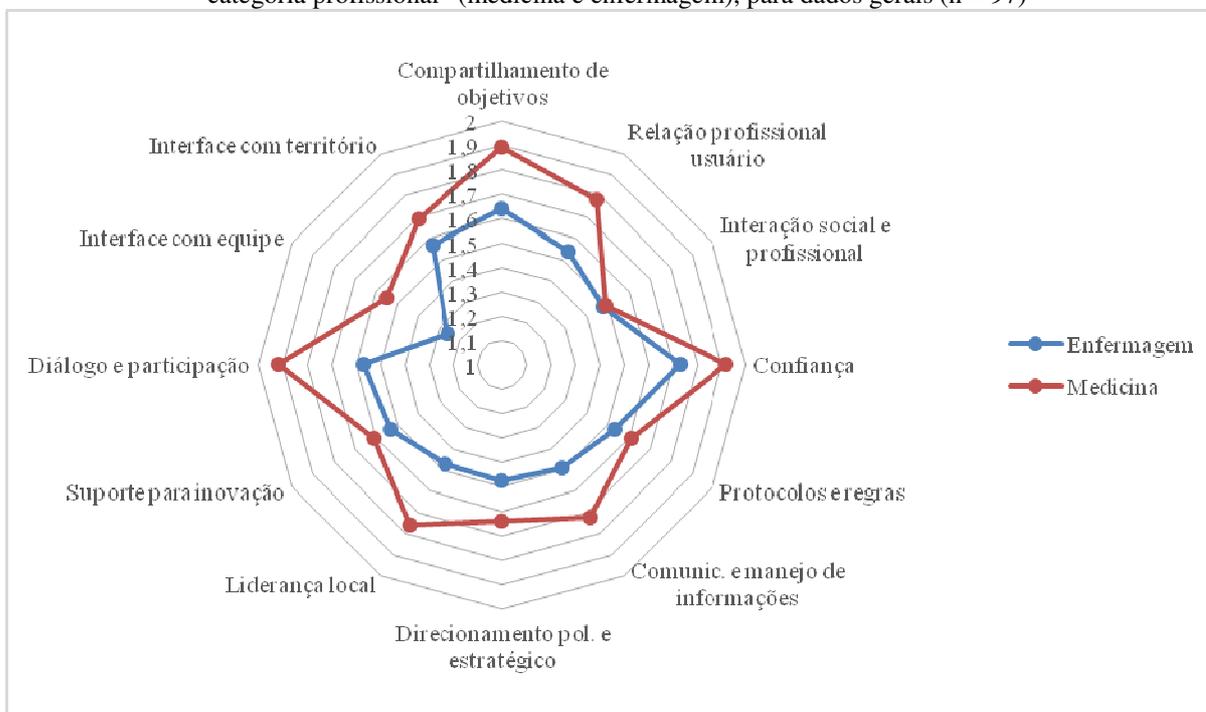
Nota: o item “de 6 a 10 anos” não consta no gráfico acima, pois no Brasil, apenas 1 indivíduo foi mensurado nesta variável, não sendo possível computar estatísticas para o mesmo. Vide Quadro 27.

Podemos observar uma relação diretamente proporcional entre os valores de resposta das dimensões da colaboração e o tempo de inclusão na equipe de trabalho.

Em relação às respostas das categorias profissionais, medicina e enfermagem, podemos observar, no resultado geral (cf. Figura 43), que os profissionais de medicina aferiram melhores escores para os indicadores de colaboração, tendo um resultado mais aproximado apenas com relação ao indicador de “Interação social e profissional”, que diz respeito à noção de pertencimento ao grupo e à familiaridade com os colegas de equipe.

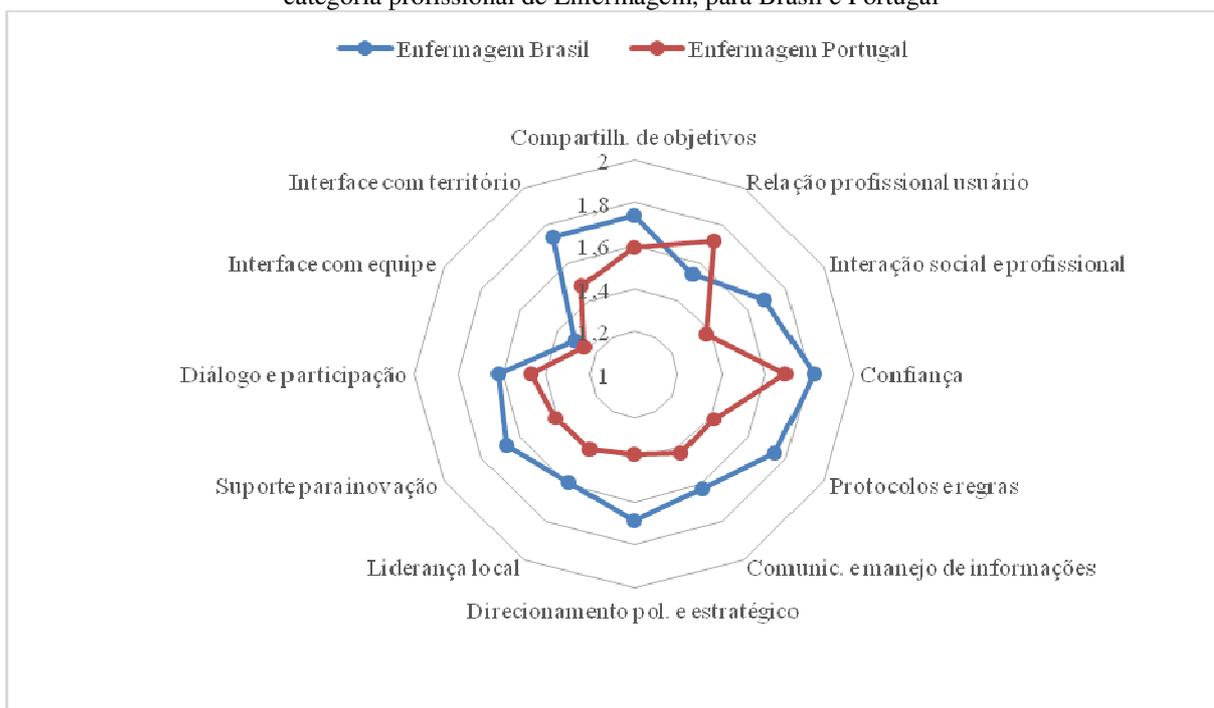
Observando as diferenças de respostas entre os países (Figuras 44 e 45), observamos que: a) para a categoria de enfermagem, de forma geral, os profissionais da ESF, no Brasil, aferiram melhores escores para os indicadores de colaboração, com exceção do indicador “Relação profissional-usuário”; b) para medicina, o resultado foi equilibrado entre os dois países, porém, com diferenças na maior parte dos indicadores. Para Portugal, destacaram-se os resultados dos indicadores de “Compartilhamento de Objetivos” e “Confiança”, podendo isto ser evidência do bom clima organizacional das USF, já no Brasil, destacaram-se os indicadores de “Interface com a equipe” e “Interface com o território”.

Figura 43 – Resultado geral da Escala de Colaboração, quanto à “categoria profissional” (medicina e enfermagem), para dados gerais (n = 97)



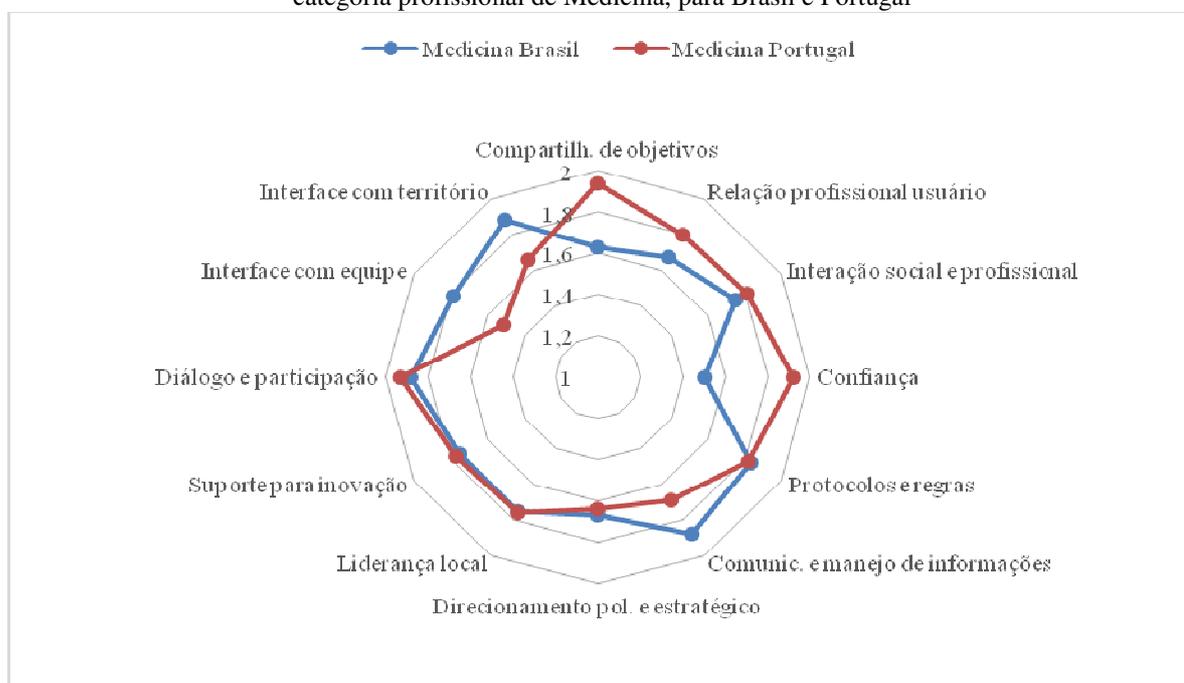
Fonte: Construído pelo autor.

Figura 44 – Resultado da Escala de Colaboração, quanto à categoria profissional de Enfermagem, para Brasil e Portugal



Fonte: Construído pelo autor.

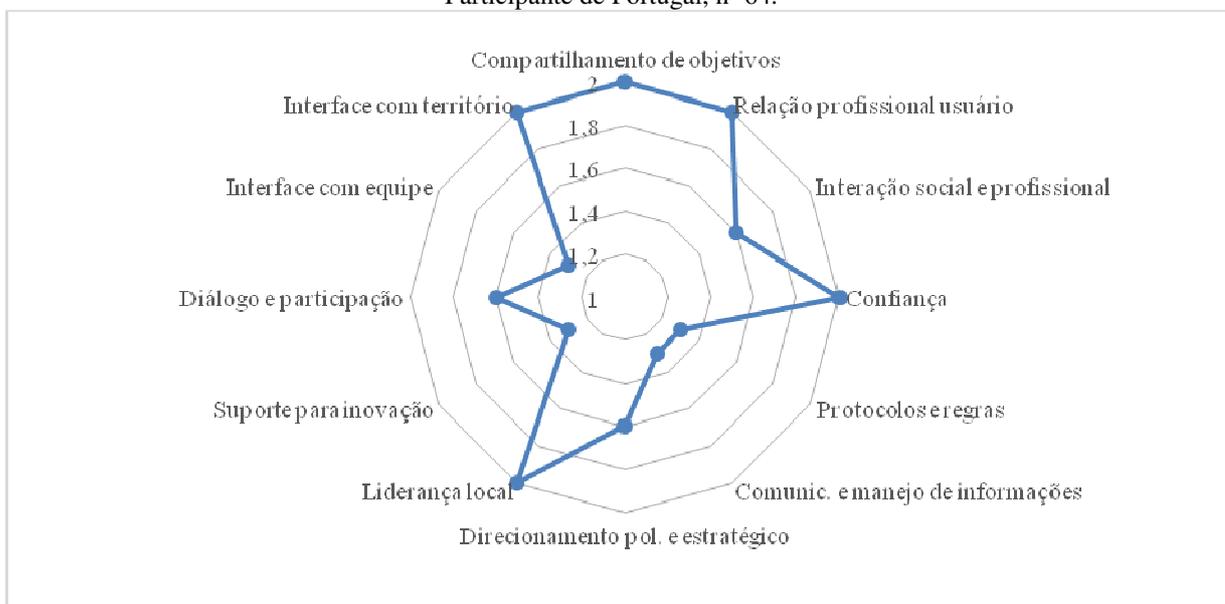
Figura 45 – Resultado da Escala de Colaboração, quanto à categoria profissional de Medicina, para Brasil e Portugal



Fonte: Construído pelo autor.

A seguir, destacamos duas respostas individuais, sorteadas entre os dois grupos de participantes, do Brasil e de Portugal, para ilustrarmos a potencialidade do instrumento, que, dependendo da forma com que for aplicado, pode fornecer um perfil interinstitucional, por macro-grupo, por micro-equipe, por região, ou mesmo por perfil de respondentes individuais. Destacamos abaixo de cada figura, informações relativas aos metadados do respondente como “sexo” e “categoria profissional”, assim como respostas aos itens prévios: a Escala de Colaboração e o tempo de duração de resposta ao questionário. Percebemos, grosso modo, que a grande variabilidade de respostas entre a participante nº 64, enfermeira sênior de Portugal, e a participante nº 21, médica no seu primeiro ano de experiência profissional na ESF. O tempo médio de resposta ao questionário, relativo ao resultado geral (n = 97), foi de 8 a 9 minutos. Mas, vale salientar que o participante poderia iniciar sua resposta em um dado momento, interromper por qualquer motivo e retornar ao questionário quando oportuno, o que, possivelmente, podemos observar no caso do participante destacado na Figura 46, que levou mais de uma semana para responder completamente o instrumento. Destacamos que, uma vez completo esse preenchimento, não era mais possível ao participante alterar suas repostas.

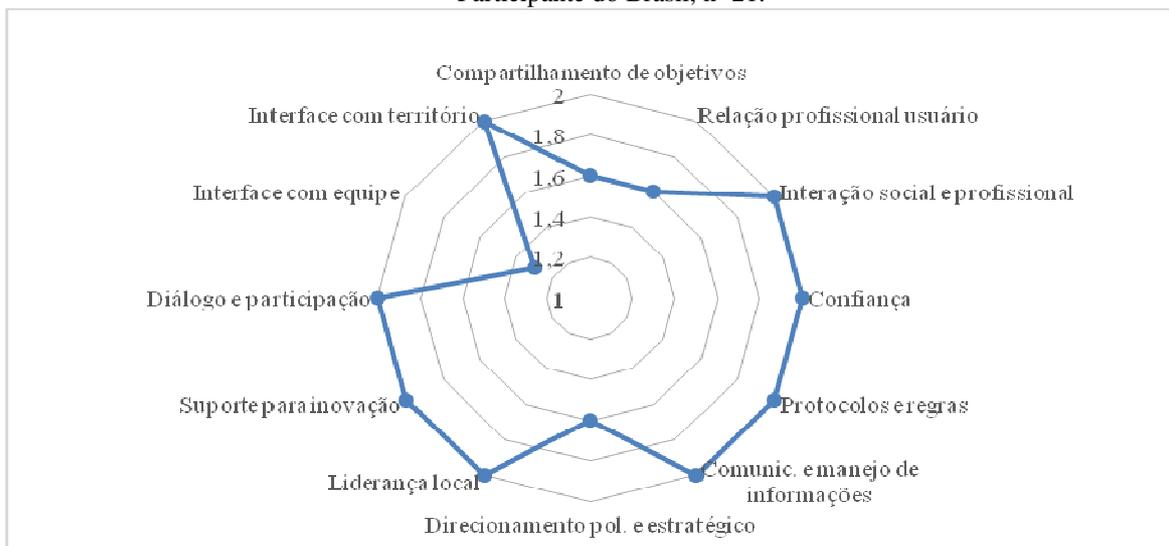
Figura 46 – Resultado geral da Escala de Colaboração, segundo resposta individual.
Participante de Portugal, nº 64.



Fonte: Construído pelo autor.

Nota: Metadados: Feminino. Enfermagem. Tempo de inclusão na equipe de trabalho atual: de 1 a 5 anos. Tempo de experiência” de trabalho na APS: de 6 a 10 anos. Duração de resposta ao questionário: mais de uma semana

Figura 47 – Resultado geral da Escala de Colaboração, segundo resposta individual.
Participante do Brasil, nº 21.



Fonte: Construído pelo autor.

Nota: Metadados: Feminino. Medicina. Tempo de inclusão na equipe de trabalho atual: menos de 1 ano. Tempo de experiência de trabalho na APS: menos de 1 ano. Duração de resposta ao questionário: 3,5 min.

Ao final do questionário, há uma questão aberta na qual era possível apresentar alguma opinião sobre as relações interprofissionais em sua equipe de trabalho. No caso do Brasil, houve apenas duas respostas. Em Portugal, quinze pessoas responderam a essa questão, embora muitos tenham sido sumariamente resumidos com expressões como: “nada a referir” ou “a melhor” etc.

A seguir, destacamos as principais respostas, que apesar de não terem natureza quantitativa, estão expressas nesse tópico referente ao instrumento de coleta do qual se originam. Posteriormente, nas discussões, esses mesmos dados foram aproveitados, juntamente com os demais resultados qualitativos expostos no capítulo subsequente. Como se pode observar, a maioria dos que responderam a essa questão são da categoria Enfermagem, os quais apontaram queixas severas em relação à colaboração no contexto do trabalho. A única fala da categoria Medicina foi no sentido de criticar a instabilidade e a insuficiência dos outros profissionais.

a) Respostas da questão aberta no questionário aplicado em Sobral, Brasil:

A equipe se considera muitas vezes sozinha, sem muito apoio matricial externo. Não temos tutor e a coordenação não tem estado presente junto à equipe. O gerente fica em várias situações sozinho para tomar decisões (Enfermeira A, Brasil).

Acredito que, quando o profissional que está à frente da instituição (coordenação) não atua com ética e igualdade, os serviços, sem dúvida, não irão atingir o objetivo principal que é trabalhar dentro dos princípios do SUS (Enfermeira B, Brasil)

b) Principais respostas da questão aberta no questionário aplicado na Região Central e Região Norte de Coimbra, Portugal:

Neste momento encontro uma equipa muito cansada, exausta que tem que cumprir com muitos procedimentos burocráticos, com processos clínicos e seus registos muito complicados e lentos que causam frustração no processo de cuidar. 20 minutos para atender um utente, seja por qual motivo for, e para fazer registos é impossível, é uma corrida constante contra o tempo (Enfermeira A, Portugal).

Descontentamento da equipa, conflitos internos difíceis de resolver, falta de motivação (Enfermeira B, Portugal).

Ninguém trabalha verdadeiramente em equipa. As relações interprofissionais refletem o cansaço e a falta de motivação generalizada da equipa (Enfermeira C, Portugal)

O esforço não é de todos. Uma liderança eficaz é fundamental para o desenvolvimento das equipas. Nem todos os profissionais tem capacidade para pertencerem a uma USF (Enfermeira D, Portugal).

Não é uma equipa, é um grupo de pessoas, com objetivos individuais, que trabalham no mesmo local (Enfermeira E, Portugal).

Gostaria de fomentar e que emergisse mais proatividade de todos os elementos. Instabilidade nos profissionais da equipa e carência de profissionais de enfermagem e secretariado clínico. A governação clínica e a qualidade beneficiária com a equipa completa (Medicina A, Portugal).

5.2 Resultados das Entrevistas e da Observação Direta: Brasil e Portugal

5.2.1 Resultados das Entrevistas

Ao todo, foram realizadas dez entrevistas, entre entrevistas abertas e entrevistas semiestruturadas, conforme apresenta o quadro abaixo:

Quadro 41 - Resumo das entrevistas realizadas, por modalidade de entrevistas: cenário de estudo de caso e categoria profissional do participante

Tipo de Entrevista	Cenário de estudo			
	Caso no Brasil (Sobral)		Caso em Portugal (Coimbra)	
	Medicina	Enfermagem	Medicina	Enfermagem
Abertas	----		02	----
Semiestruturadas	01	03	02	02
	Total por Categoria			
	Medicina		Enfermagem	
	05		05	
Total geral	10			

Fonte: Construído pelo autor

Em uma primeira etapa, as entrevistas foram detalhadas em quadros analíticos. No cabeçalho, a entrevista foi numerada e caracterizada por tipo de entrevista (aberta ou semiestruturada), identificação do entrevistado, tempo e local de aplicação (Sobral, Brasil, ou Coimbra, Portugal). A identificação do participante se deu, inicialmente, pela atribuição de um código alfanumérico. As primeiras letras “PT” ou “BR” identificam o país em que a entrevista foi colhida (Portugal ou Brasil). A última letra, “M” ou “E”, identifica a categoria profissional do entrevistado (Medicina ou Enfermagem). Há, por fim, um número que indica a sequência de realização das entrevistas. Posteriormente, optamos pelo uso de “nomes fictícios” (respeitando o sigilo sobre as identidades dos entrevistados), para facilitar a leitura do texto e a construção narrativa (Quadro 42).

Quadro 42 - Identificação dos participantes por códigos descritivos, nomes (fictícios) e número da entrevista

Relação entrevista, código e nome									
Nº da Entrevista									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PTM.1	PTM.2	PTE. 3	PTM.4	PTE. 5	PTM.6	BRE.1	BRM.2	BRE.3	BRE.4
Beto	André	Rosa	Inês	Dalva	Luiz	Gabi	Mara	Nina	Vera

Fonte: Construído pelo autor

Optamos pela sequência mais lógica de exposição, destacando primeiro as unidades de contexto (mais amplas), para em seguida referir a unidade de registro (fragmento-chave) e, por fim, o tema central associado, a partir do qual serão feitas, posteriormente, associações com categorias teóricas.

Em alguns casos, se pode perceber que a mesma unidade de contexto engloba mais de uma unidade de registro, a qual, por sua vez, pode disparar mais de um tema central. Ao final do registro descritivo de cada entrevista, foi apontado um pequeno texto de impressões pessoais do entrevistador com dados adicionais sobre o entrevistado, conforme notas realizadas após a entrevista, no diário de campo.

A duração das entrevistas variou conforme as circunstâncias envolvidas em cada caso, tendo em média 40 a 60 minutos. O volume de “falas relevantes” também variou em função de cada respondente. Ao longo do trabalho, é importante salientar que alguns termos foram tratados como equivalentes, sendo caracterizados como formas regionais de expressão linguística, como: os termos “utente” e “usuário” e os termos “equipe” e “equipa”.

Com vistas à compreensão lógica do processo de análise, apresentamos a seguir os quadros analíticos (resumidos) de duas entrevistas, que correspondem à Entrevista 01 e à Entrevista 07 (Quadros 43 e 44), as primeiras realizadas em Portugal e no Brasil respectivamente. Os quadros analíticos podem ser examinados, na íntegra, no Apêndice I.

Quadro 43 - Quadro analítico (resumido) da entrevista 01: Beto (PTM.1)

(continua)

Entrevista 01 (aberta)			
Participante	Local	Data	Duração (min)
Beto	Coimbra	26/10/2015	90
Unidades de contexto		Unidades de registro	Temas centrais
Aqui os profissionais de saúde têm uma carreira nacional, o que resulta na qualificação das equipas de saúde e na baixa rotatividade. Muitas equipas estão a trabalhar juntas no mesmo serviço há 10 ou 20 anos e se percebe o bom entrosamento entre os membros da equipa		Os profissionais de saúde têm uma carreira nacional Se percebe um bom entrosamento entre os membros	Estabelecimento de Carreira Nacional como fator positivo ao processo de trabalho em equipe
A USF atua em colaboração com as estruturas da comunidade e com as estruturas do ACeS regional. As consultas podem ser marcadas para o Médico de Família, antecipadamente, por telefone, presencialmente, ou por e-mail. É compromisso a marcação de consulta no prazo de 5 dias úteis, salvo período de férias.		A USF atua em colaboração com a comunidade e a ACeS	Colaboração entre as instituições que compõe o conjunto administrativo do SNS
Todas as USF são informatizadas e utilizam prontuários (da família) digitais. Os profissionais de saúde (inclusive internos) tem acesso a informações nos computadores, mediante senha e <i>login</i> , para manter a confidencialidade das informações.		Todas as USF são informatizadas e utilizam prontuários (da família) digitais.	Sistema de informação e controle de acesso a informação dos usuários
Toda USF deve nascer como ato voluntário dos profissionais, que fazem pedido de candidatura. A adesão ao modelo é desta forma, não é imposta de cima para baixo, mas como motivação dos próprios profissionais. A partir daí, a principal característica é autonomia de gestão que cada USF dispõe para cuidar de suas necessidades, prestação de serviços, carta de compromisso e valores fundamentais.		Toda USF deve nascer como ato voluntário dos profissionais A partir daí a principal característica é autonomia de gestão	Adesão voluntária e Autonomia funcional das USF, como fator positivo de motivação no trabalho
Cada USF tem seu próprio ritmo e organização, umas		O excelente clima	Autonomia das USF

alcançando resultados mais efetivos que outras e desenvolvendo experiências ímpares. Nem tudo funciona bem em todas as USF, o que faz necessário examinar cada caso. O excelente clima organizacional (na USF de Beto) facilita a elaboração e a execução de uma agenda relacional com objetivos integrativos, recreativos e de formação	organizacional facilita a elaboração e execução de uma agenda relacional	como geradora de diferenças no funcionamento e na qualidade das USF
--	--	---

Quadro 43 - Quadro analítico (resumido) da entrevista 01: Beto (PTM.1)

(conclusão)

Entrevista 01 (aberta)			
Participante	Local	Data	Duração (min)
Beto	Coimbra	26/10/2015	90
Unidades de contexto		Unidades de registro	Temas centrais
Penso que a colaboração interprofissional, que favorece, por exemplo, interconsultas frequentes e espontâneas para o manejo dos casos clínicos, reflete na confiança e na competência dos parceiros da equipa. Aqui, pode-se dizer que cada profissional da equipa veste a camisola (camisa) da USF.		Aqui pode-se dizer que cada profissional da equipa veste a camisola (camisa) da USF.	Colaboração interprofissional como facilitadora do manejo clínico Confiança na competência dos colegas como evidência de colaboração interprofissional
Em nossa USF, temos processos de auditoria interna e realização de pesquisas de satisfação, junto aos utentes, 2x/ano, mas isso não é regra para todas as USF.		Na USF temos processos de auditoria interna e realização de pesquisas de satisfação	Estratégias de avaliação interna realizadas na USF (auditoria e pesquisas de satisfação)
A governação clínica e a articulação com a ACeS são pontos críticos que necessitam de melhorias. As USF seguem num ritmo diferenciado em relação às coordenações regionais, que, de fato, não realizam a supervisão clínica e não conseguem dar resposta às necessidades da USF com rapidez		A governação clínica e a articulação com ACeS são pontos críticos que necessitam de melhorias.	Dificuldades de articulação com o órgão de administração superior Supervisão clínica insuficiente
Observações e impressões pessoais			
Esta foi a primeira entrevista realizada em Portugal. Configura-se em um marco importante, pois me despertou para uma série de reflexões e desafios quanto à realização de um estudo de caso comparado, entre Brasil e Portugal. Além disso, vale ressaltar a relevância do entrevistado, uma vez se tratar de um sujeito que participou ativamente da Reforma da APS em Portugal. Percebi que Beto é de fato um defensor do modelo e que tem uma visão crítica e abrangente sobre as USF, suas conquistas e seus desafios atuais. Porém, como todo “defensor”, percebo que Beto deixou de explorar algumas questões sérias acerca das USF, a nível nacional, como, por exemplo, as enumeradas no Relatório de Estudo - O Momento Atual da Reformados Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2014/2015.			

Fonte: Construído pelo autor

Quadro 44 - Quadro analítico (resumido) da entrevista 07: Gabi (BRE.1)

(continua)

Entrevista 07 (semiestruturada)			
Participante	Local	Data	Duração (min)
Gabi	Sobral	31/01//2017	60
Unidades de contexto		Unidades de registro	Temas centrais
Essa reflexão a gente tem feito na graduação também, com os internos, no sentido do que é ser uma equipe, do que é um trabalho em equipe. Isso é complexo. O mundo de trabalho é um mundo de tensões, não adianta a gente achar que a coisa é simples, porque está posta dentro de normativas que o trabalho tem que ser em equipe, tem que ter uma equipe mínima, tem que compartilhar, tem que atuar junto, que isso aí está dado, é uma coisa que tem que ser construída. Dentro da graduação, que é esse primeiro momento onde a gente vê as pessoas, os estudantes e seus perfis, é complexo, não é simples.		O mundo de trabalho é um mundo de tensões, não adianta a gente achar que a coisa é simples porque está posta dentro de normativas que o trabalho tem que ser em equipe	Trabalho em equipe como desafio, para além da normatividade político-estratégica
Se durante a formação a gente não tem essa compreensão, quando esse trabalho vai para dentro daquela equipe, para ela trabalhar dentro da Estratégia de Saúde da Família, se isso não tiver uma clareza de como devem ser as relações, de como deve ser o compartilhar, que o foco tem que ser mesmo no usuário, na família e não nos meus egos... "Eu é que tenho que aparecer mais, a minha categoria é que tem que ser a mais importante dentro desse processo, a mais reconhecida". O que de fato a gente tem que entender é que a gente está ali por uma causa, que é atender às necessidades do usuário, da família e desenvolver aquela comunidade.		O que de fato a gente tem que entender é que a gente está ali por uma causa, que é atender às necessidades do usuário, da família e desenvolver aquela comunidade.	Necessidade do compartilhamento de uma visão (e objetivos) em comum sobre o processo de trabalho
Isso aí às vezes não acontece, porque acaba tendo embates, conflitos, essa história das disputas mesmo. E a gente enfrenta isso muito. A gente percebe isso dentro da Estratégia de Saúde da Família, que ainda tem ... no dia a dia ainda tem.		Isso aí às vezes não acontece, porque acaba tendo embates, conflitos, essa história das disputas mesmo.	Conflitos interpessoais como desafio ao trabalho em equipe
Agora, recentemente, uma experiência que a gente teve foi com aquele curso de apoio matricial para a equipe dos NASF [Núcleos de Apoio à Saúde da Família], também ainda tem essa falta de compreensão, do que é o fazer do NASF. O que a equipe dos NASF vai de fato fazer? Como é que ele faz esse apoio matricial para as equipes? O que é fazer um apoio matricial?		O que a equipe dos NASF vai de fato fazer? Como é que ele faz esse apoio matricial para as equipes?	Dificuldades da efetivação do apoio matricial por parte do NASF

Quadro 44 - Quadro analítico (resumido) da entrevista 07: Gabi (BRE.1)

(continua)

Entrevista 07 (semiestruturada)			
Participante	Local	Data	Duração (min)
Gabi	Sobral	31/01//2017	60
Unidades de contexto		Unidades de registro	Temas centrais
E tinha esse embate dessa história de cada categoria querer se fortalecer e querer estar mais junto — aquela história dos egos das profissões. Mas, é uma coisa que na Estratégia de Saúde da Família eu acho que tem um cenário que é propício para esse trabalho em equipe. Quando a gente fala nessa história da governança, que você estava falando, de fato eu acho que em Sobral a gente vivencia algumas políticas e algumas estratégias que são favoráveis para o trabalho em equipe, para que esses profissionais trabalhem junto.		Em Sobral, a gente vivencia algumas políticas e algumas estratégias que são favoráveis para o trabalho em equipe, para que esses profissionais trabalhem junto.	Necessidade de construir políticas e estratégias que incentivem o trabalho em equipe
Outra coisa que eu percebo dentro de Sobral, que a gente vê que favorece essa questão do trabalho em equipe, dos diálogos, é fato de a Escola de Saúde da Família ser a ordenadora desse sistema. Hoje em dia, a escola tomou para si mesma o papel de fazer esse agenciamento.		A Escola de Saúde da Família ser a ordenadora desse sistema	Escola de Saúde da Família, como estratégia que fortalece o trabalho em equipe
Essa questão da motivação é complexa. Não adianta a gente negar, a Estratégia de Saúde da Família, em Sobral, ainda é vulnerável na questão dos vínculos, não adianta a gente dizer que não é, porque isso tudo é temporário: hoje ele está nomeado, amanhã ele pode não estar. Não existe concurso público e todo mundo quer uma estabilidade.		Porque isso tudo é temporário: hoje ele está nomeado, amanhã ele pode não estar. Não existe concurso público. E todo mundo quer uma estabilidade.	Precariedade nos vínculos de emprego como desafio ao trabalho na ESF
A nossa cultura aqui ainda é a do emprego, do emprego público, de a gente achar que vai ter concurso e vai ter emprego público para todo mundo. Nunca.		A nossa cultura aqui ainda é a do emprego público	Oportunidades limitadas de inclusão no mercado de trabalho
Eu acho que essa ideia da Educação Permanente é exatamente para isso, para que as pessoas ganhem sentido naquilo que elas vão fazer. Se tiver alguma lacuna de não compreender, é o espaço para que se coloquem as coisas: por que a gente está fazendo desse jeito? Eu acho que é outra iniciativa que aqui funciona.		Eu acho que essa ideia da Educação Permanente é exatamente para isso, para que as pessoas ganhem sentido naquilo que elas vão fazer	Educação permanente como facilitadora do processo de trabalho

Quadro 44 - Quadro analítico da entrevista 07 (resumido), Gabi (BRE.1)

(conclusão)

Entrevista 07 (semiestruturada)			
Participante	Local	Data	Duração (min)
Gabi	Sobral	31/01//2017	60
Observações e impressões pessoais			
Gabi é enfermeira e professora do curso de enfermagem da UVA (Universidade Estadual Vale do Acaraú), e conta com larga experiência de atuação da rede de saúde de Sobral e, atualmente, coordena o Mestrado Profissional da Saúde da Família. Sua inserção na APS em Sobral, hoje, se dá muito por conta dessas inserções nesses cenários. Suas falas são permeadas pela experiência docente, postura técnico-científica, preocupação com a formação profissional para o SUS e por uma visão mista desde a assistência até a gestão.			

Fonte: Construído pelo autor

Na etapa posterior, a qual versou sobre o tratamento dos dados coletados via entrevista, com base em Bardin (2009), os temas centrais foram listados e agrupados em temáticas mais abrangentes, como as categorias analíticas, com base no suporte teórico (Quadro 45). Ao todo, emergiram dessa análise onze categorias, que foram organizadas nos quadros seguintes, conforme: a) sua ocorrência por entrevistado (Quadro 46); b) sua relação com fragmentos de “fala relevantes” que lhes dão sustentação (Quadro 47).

No Quadro 47, podemos verificar o conjunto das categorias análíticas advindas das entrevistas. Ao todo, foram onze categorias, que serão melhor explicitadas no tópico da discussão:

- a) Formação em Saúde Pública e Educação Permanente na APS;
- b) Políticas e estratégias de Recursos Humanos;
- c) Processos de cogestão do trabalho, autonomia e direcionamento estratégico;
- d) Governança clínica e tomadas de decisão compartilhada;
- e) Conflitos, estresse e *Burnout* no trabalho no contexto da APS;
- f) Relação vertical de poder entre a gestão e o serviço;
- g) Coesão, confiança e resiliência das equipes da APS;
- h) Participação, co-responsabilização e relação profissional-usuário na APS;
- i) Avaliação e auditoria nas unidades de saúde da família;
- j) Corporativismo e medicina nas equipes de saúde da família;
- k) Relação entre APS e Rede de Atenção em saúde.

Quadro 45 - Agrupamento das temáticas das entrevistas, em categorias mais abrangentes: um exemplo em três categorias

Categorias	Temas advindos das unidades de conteúdo
<p align="center">Formação em Saúde Pública e Educação Permanente no contexto da APS</p>	<p>Especialização profissional (formação) como força do sistema de saúde;</p> <p>Espaços de educação permanente, organizados para e pela equipe;</p> <p>A unidade como espaço “escola”, lugar de aprendizagem;</p> <p>Educação permanente como facilitadora do processo de trabalho;</p> <p>Papel criativo e inovador dos programas de residência e internato, enquanto estratégias de ensino aprendizagem (em serviço);</p> <p>Tempo destinado à qualificação dos profissionais como força para o sistema local, no entanto, pouco valorizado;</p> <p>Característica do sistema de saúde local, como Sistema.</p>
<p align="center">Políticas e estratégias de Recursos Humanos</p>	<p>Estabelecimento de Carreira Nacional como fator positivo ao processo de trabalho em equipe;;</p> <p>Valorização do SNS pelos profissionais de saúde;</p> <p>Estratégia diferenciada de contratualização e remuneração;</p> <p>Coesão da equipe por conta do tempo de vivência de trabalho partilhado;</p> <p>Tempo de trabalho, visto como excessivo, ou pouco flexível;</p> <p>Necessidade de aprimorar a gestão do trabalho, a partir de vínculos trabalhistas;</p> <p>Precarização dos vínculos trabalhistas como obstáculo a ser superado;</p> <p>Tempo de integração na equipe como fator positivo à colaboração interprofissional.</p>
<p align="center">Processos de cogestão do trabalho, autonomia e direcionamento estratégico da unidade de saúde</p>	<p>Adesão voluntária e Autonomia funcional das USF como fator positivo de motivação no trabalho;</p> <p>Autonomia das USF como geradora de diferenças no funcionamento e qualidade das USF;</p> <p>Clima organizacional como fator positivo na organização interna da USF;</p> <p>Adesão voluntária e proposta conjunta de equipe;</p> <p>Construção coletiva da proposta de trabalho;</p> <p>Visão, missão e valores centrais estabelecidos coletivamente em torno da Carta de Compromissos;</p> <p>Cogestão do processo de trabalho, divisão de tarefas e responsabilidades.</p>

Fonte: Construído pelo autor

Quadro 46 - Resumo da análise de categoria e sua ocorrência por entrevistado

Entrevista	Identificação dos Participantes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Categoria	PTM.1	PTM.2	PTE. 3	PTM.4	PTE. 5	PTM.6	BRE.1	BRM 2	BRE.3	BRE.4
	Beto	André	Rosa	Inês	Dalva	Luiz	Gabi	Mara	Nina	Vera
Formação em Saúde Pública e Educação Permanente na APS	X			X	X	X	X		X	
Políticas e estratégias de Recursos Humanos	X	X		X		X	X	X	X	X
Processos de cogestão do trabalho, autonomia e direcionamento estratégico	X			X	X	X	X		X	X
Governança clínica e tomadas de decisão compartilhada	X	X	X	X		X	X	X		X
Conflitos, estresse e <i>Burnout</i> no trabalho, no contexto da APS		X	X	X	X		X	X	X	X
Relação vertical de poder entre a gestão e o serviço	X	X	X		X		X	X	X	X
Coesão, confiança e resiliência das equipes da APS	X		X	X	X	X		X		X
Participação, co-responsabilização e relação profissional-usuário na APS		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação e auditoria nas unidades de saúde da família	X			X			X	X		
Corporativismo e medicina nas equipes de saúde da família		X	X			X		X		X
Relação entre APS e Rede de Atenção em saúde	X			X				X	X	X

Fonte: Construído pelo autor

Quadro 47 - Agrupamento de categorias e exemplos de falas associadas

Categoria	Exemplos de falas
Formação em Saúde Pública e Educação Permanente na APS	<p>“Temos sempre internos e também alunos do sexto ano e do primeiro ano. Eu acho que vale a pena porque eles também trazem coisas novas” (Inês).</p> <p>“A gente vive em um sistema, o Sistema Saúde Escola, no qual cada categoria também se sente corresponsável pela formação das pessoas que estão ali” (Gabi).</p>
Políticas e estratégias de Recursos Humanos	<p>“Uma reestruturação dos serviços em um modelo diferenciado, identificado com a proposta de medicina familiar” (André).</p> <p>“A primeira coisa que eu penso que precisa melhorar é a precarização com a descentralização dos vínculos de trabalho para que a gente diminua essa rotatividade” (Vera).</p>
Processos de cogestão do trabalho, autonomia e direcionamento estratégico	<p>“O excelente clima organizacional facilita a elaboração e a execução de uma agenda relacional” (Beto).</p> <p>“Quando nós investigamos o sentido e o significado da Roda, ela foi muito diferente também, para diferentes territórios. Todos estão em um espaço de igualdade, mas como as pessoas conseguem inclusive subverter isso” (Nina).</p>
Governança clínica e tomadas de decisão compartilhada	<p>“Vê-se o trabalho em equipa entre enfermeira e médico, mas para mim deveria ser de toda a organização” (Rosa).</p> <p>“Então, simplesmente melhorou demais, porque ali a gente resolve tudo junto, um ajudando o outro e tem essa sensação de equipe muito maior” (Mara).</p>
Conflitos, estresse e <i>Burnout</i> no trabalho, no contexto da APS	<p>“Fazemos reuniões periódicas, uma ou duas vezes ao mês e discutimos assuntos internos, conflitos e soluções” (André).</p> <p>“Acho que as pessoas estão tão cansadas de atender seus utentes. Passamos aqui mais horas e há mais sobrecarga de trabalho e estresse” (Rosa).</p>
Relação vertical de poder entre a gestão e o serviço	<p>“Este dinheiro (incentivos) não chega por questões administrativas, porque há alguém que perderia o poder” (Luiz).</p> <p>“A governança clínica e a articulação com a ACeS são pontos críticos que necessitam de melhorias” (Beto).</p>
Coesão, confiança e resiliência das equipes da APS	<p>“É assim, vamos lá ver... sobre o estresse, uns descompensam numa fase, adoecem numa fase, mas os outros que estão bem, tentam ajudar” (Dalva).</p> <p>“Só conseguimos aguentar porque a resiliência está cá dentro” (Luiz).</p>
Participação, coresponsabilização e relação profissional-usuário na APS	<p>“O meu objetivo era ter um grupo de utentes que representasse os demais” (Inês).</p> <p>“Essa participação da comunidade, acho que é algo que (...) precisa ser trabalhado para a comunidade entender que o papel dela não é só reclamar” (Vera)</p>
Avaliação e auditoria nas unidades de saúde da família	<p>“Se os residentes, de repente, pensassem uma estratégia de como organizar suas ações, de como é que a gente deve avaliar, de como a gente deve se organizar, a equipe tem total autonomia de fazer isso” (Gabi).</p> <p>“Nós não temos a cultura avaliativa. Avaliação tem um efeito negativo em cima das pessoas” (Mara).</p>
Corporativismo e medicina nas equipes de saúde da família	<p>“Eu e a médica da minha equipa nos damos bem. Temos estado a aparar algumas arestas, porque a doutora veio de outro centro de saúde” (Rosa).</p> <p>“Essa integração entre as categorias ainda é muito distante, na verdade, principalmente na categoria médica e a do dentista” (Vera).</p>
Relação entre APS e Rede de Atenção em saúde	<p>“Nós não podemos mais atuar (...) no setor saúde, porque eu acho que o que dependia do setor de saúde foi feito” (Nina).</p> <p>“As pessoas não têm ideia de qual é a função da atenção primária e a função da atenção secundária” (Mara).</p>

Fonte: Construído pelo autor

No quadro a seguir, identificamos os “Referentes Núcleos”, utilizados para a análise proposicional do discurso. Esses elementos correspondem a pronomes pessoais, possessivos e oblíquos, conforme indicado abaixo. Vale ressaltar que, algumas vezes, os pronomes podem estar ocultos na frase, sem, no entanto, perder seu valor semântico.

Quadro 48 - Referentes Núcleos para a análise proposicional do discurso

Número	Pessoa	Retos	Oblíquos	Possessivos
Singular	1ª.	eu	mim, comigo	Meu(s), minha(s)
Plural	1ª.	nós	nos, conosco	Nosso(s), nossa(s)

Fonte: Construído pelo autor

A seguir, apresenta-se a síntese dessa etapa, incluindo o registro das falas (enquanto proposições), na forma de grupos, separados por categoria profissional, e por país do enunciante (Quadros 49 e 50). Nos casos em que os pronomes pessoais do caso reto estavam ocultos na frase, foram apresentados entre parênteses, para facilitar a visualização do “referente núcleo”. Logo após, apresentam-se as temáticas associadas a cada conjunto de proposições (Quadro 51).

Ao todo, foram identificadas 43 proposições no conjunto das unidades de conteúdo, considerando os registros descritivos das entrevistas, que contêm os Referentes Núcleo buscados, tendo sido registradas 22 proposições da categoria Medicina e 21 da categoria Enfermagem.

As temáticas expostas no Quadro 51 foram agrupadas conforme as categorias advindas das entrevistas (cf. Quadro 47). Vimos que as categorias mais presentes nas falas, sendo comuns a ambas as categorias profissionais, de ambos os países, foram: “Processos de cogestão do trabalho, autonomia e direcionamento estratégico” e “Participação, coresponsabilização e relação profissional-usuário na APS”.

Em ambas as profissões, os processos de cogestão e organização do trabalho apareceram como um traço forte. A gestão democrática aparece como um valor conquistado, entretanto, foram apontadas dificuldades quanto à organização da demanda e a fragmentação do processo de trabalho, da categoria Enfermagem, no caso do Brasil (Sobral). Outro aspecto comum foi o forte vínculo profissional-usuário e a busca pela coresponsabilização e pela autonomia do usuário, cabendo destacar proposições que denunciam a dificuldade de efetivar a participação social em saúde, vista como necessária, porém incipiente.

Quadro 49 - Proposições por grupo de Referente Núcleo e por categoria profissional: Caso no Brasil (Sobral)

Referente Núcleo	Proposições (falas da categoria Medicina)	Proposições (falas da categoria Enfermagem)
Eu, mim, comigo, Meu(s), minha(s)	<p>Eu acho que o que pode minar o trabalho é a pessoa se aproveitar do médico, no sentido de "eu posso até resolver, mas vamos logo encaminhar para um médico."</p> <p>Eu acho que dá para resolver conflitos. A equipe aqui é muito unida. Eu acho ela muito unida e tem espaço de aprendizado.</p> <p>Eu gosto de Roda, eu gosto de participar. Eu visto a camisa mesmo da medicina de família. Não é a maioria dos médicos que veste a camisa. Eu gosto de ajudar, eu gosto de "estamos dentro".</p> <p>Eu acho que o único problema é esse: o consumo do tempo. já que sou 40 horas, então, me consome muito tempo.</p> <p>Eu não gosto de forçar nada a ninguém. Eu gosto de primeiro pegar a confiança do paciente.</p>	<p>A primeira coisa que eu penso que precisa melhorar é a precarização quanto à descentralização dos vínculos de trabalho para que a gente diminua essa rotatividade.</p> <p>Eu trabalhei oito anos (...) com a mesma equipe. (...) Isso faz uma diferença uma diferença muito grande.</p> <p>Eu acho que essa ideia da Educação Permanente é exatamente para isso, para que as pessoas ganhem sentido naquilo que elas vão fazer.</p> <p>Eu penso que o vínculo nessa relação de cuidado (...) é forte.</p> <p>Eu não vejo a autonomia desse usuário por meio da sua participação na definição do seu plano de cuidado.</p> <p>As fragilidades que eu identificava dentro do meu território não eram as mesmas que a gestão conseguia identificar.</p> <p>Mas, o trabalho em equipe em si, eu ainda acho muito fragmentado.</p> <p>Eu tenho uma grande demanda, que nos impede muitas vezes de sentar com a equipe, de dialogar, de fazer o trabalho em conjunto.</p>
Nós, conosco, Nosso(s), nossa(s)	<p>Nós não temos a cultura avaliativa. Avaliação tem um efeito negativo em cima das pessoas</p>	<p>Nós não podemos mais atuar [...] no setor saúde, porque eu acho que o que dependia do setor de saúde foi feito.</p> <p>É válido que a gente se reconheça como sistema de saúde, que tem desafios, mas que é exitoso e que a gente reconheça e valorize o nosso processo de trabalho.</p> <p>Dentro de uma mesma equipe, fazendo a mesma coisa, nós temos quatro tipos diferentes de vínculos, cada um com um salário diferente.</p> <p>Nós temos uma tensão política em Sobral muito grande, principalmente, quem trabalha nos distritos.</p> <p>Nós temos contatos quase que diários, se não diariamente, por telefone, ou por <i>WhatsApp</i>, com a coordenação da atenção primária e com a coordenação da atenção de saúde. Esse contato é muito bom.</p>

Fonte: Construído pelo autor

Quadro 50 – Proposições por grupo de Referente Núcleo e por categoria profissional: Caso em Portugal
(Coimbra)

Referente Núcleo	Proposições (falas da categoria de medicina)	Proposições (falas da categoria de enfermagem)
<p>Eu, mim, comigo, Meu(s), minha(s)</p>	<p>Apesar de manter bom relacionamento com os colegas, (eu) não tenho realmente muito contato com eles e não há interação real no processo de trabalho, ou de tomada de decisão clínica.</p> <p>(Eu) Tenho todos os dias e horários para casos agudos (demanda espontânea), (eu) tenho horários para casos crônicos e acompanhamentos.</p> <p>(Eu) Solicitei os exames e ela me comunica o resultado por e-mails, sem precisar vir ao centro de saúde.</p> <p>(Eu) Tenho de ouvir o que o utente tem a dizer sobre sua doença.</p> <p>Eu trabalho com um ficheiro que tem cerca de 12 mil utentes.</p> <p>Aqui é uma organização que eu penso que é a mais democrática.</p> <p>O meu objetivo era ter um grupo de utentes que representasse os demais.</p> <p>Depois, (eu) tenho uma grande motivação, de saber quais são meus objetivos estratégicos e (eu) sei onde quero chegar.</p>	<p>Vê-se o trabalho em equipa entre enfermeira e médico, mas para mim deveria ser de toda a organização.</p> <p>A minha relação empática com o utente, eu acho que corre muito bem, (eu) não tenho queixas.</p> <p>Eu e a médica da minha equipa nos damos bem. (Nós) Temos estado a aparar algumas arestas, porque a doutora veio de outro centro de saúde</p> <p>Neste momento, (eu) estou com crise de depressão e ansiedade.</p>
<p>Nós, conosco, Nosso(s), nossa(s)</p>	<p>Na USF, (nós) temos processos de auditoria interna e realização de pesquisas de satisfação.</p> <p>(Nós) Fazemos reuniões periódicas, uma ou duas vezes ao mês. E (nós) discutimos assuntos internos, conflitos e soluções.</p> <p>(Nós) Fazemos discussão de casos clínicos, nos quais se busca compreender casos específicos e planear o cuidado.</p> <p>Nós aqui dividimos responsabilidades e (nós) tentamos nos organizar para não estar tudo sobre uma só pessoa.</p> <p>Nós passamos por isto em conjunto, (nós) somos muito unidos..</p> <p>O que nós temos é um pouco mais de ligação por ter de cumprir alguns indicadores.</p> <p>Nós aqui temos autonomia de organização.</p> <p>(Nós) Só conseguimos aguentar porque a resiliência está cá dentro.</p>	<p>Acho que nossos utentes são muito respeitados e tem muita sorte de nos ter aqui.</p> <p>Nós tratamos de outras pessoas e porque não cuidar de nós? Profissionais de saúde não são de ferro.</p> <p>Nós escolhemos uns aos outros e foi uma afinidade desde o início. Nós nos agrupamos naturalmente.</p> <p>Nestes pontos falta tempo para a equipa de enfermagem, tempo para os administrativos... para falarmos sobre nossos problemas.</p>

Fonte: Construído pelo autor

Quadro 51 - Temáticas associadas às proposições identificadas por grupo de Referente Núcleo e por categoria profissional, referente a ambos os casos: Brasil (Sobral) e Portugal (Coimbra)

Análise das proposições: caso Brasil (Sobral)		
Referentes	Temáticas de medicina	Temáticas de enfermagem
Eu, mim, comigo, Meu(s), minha(s)	<ul style="list-style-type: none"> Gestão de conflitos e coesão da equipe; Cogestão do processo de trabalho; Organização do processo de trabalho; Vínculo profissional-usuário. 	<ul style="list-style-type: none"> Precarização dos vínculos de trabalho; Tempo de inclusão e permanência na equipe como fator positivo ao processo de trabalho; Educação Permanente como fortalecedora dos processos de trabalho; Pouca autonomia e pouca participação do usuário no plano de cuidado; As fragilidades na relação entre a equipe básica e a gestão; Fragmentação do trabalho em equipe; Excesso (ou desorganização) da demanda de trabalho como obstáculo ao trabalho colaborativo.
Nós, conosco, Nosso(s), nossa(s)	<ul style="list-style-type: none"> Processo de avaliação visto como ameaça por parte da equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> Necessidade de valorização do processo de trabalho; Precariedade dos vínculos de trabalho; Contexto de tensão política como geradora de estresse no trabalho; Diferentes formas de comunicação entre o serviço de gestão e a unidade de saúde.
Análise das proposições, caso Portugal (Coimbra)		
Referentes	Temáticas de medicina	Temáticas de enfermagem
Eu, mim, comigo, Meu(s), minha(s)	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldades na interação, no processo de trabalho, e na tomada de decisão clínica; Organização da agenda como fator positivo a governança clínica; Diferentes formas de comunicação entre médico e usuário; Vínculo profissional-usuário; Sobrecarga de trabalho pelo excessivo número de usuários; Gestão democrática na USF; Dificuldades na implementação da participação social em saúde; Objetivos estratégicos e indicadores de trabalho bem definidos. 	<ul style="list-style-type: none"> Trabalho em equipe restrito à enfermeira e ao médico; Vínculo profissional-usuário; Diálogo e negociação do trabalho entre enfermeira e médica; Estresse e doença mental relacionados ao trabalho.
Nós, conosco, Nosso(s), nossa(s)	<ul style="list-style-type: none"> Processos de auditoria interna e pesquisas de satisfação; Cogestão do processo de trabalho; Discussão de casos clínicos e planejamento do cuidado; Coesão grupal; Contratualização e definição de indicadores como fortalecedor do trabalho em equipe; Autonomia funcional da USF; Resiliência por parte da equipe de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Vínculo profissional-usuário; Necessidade de apoio institucional para os profissionais da atenção primária; Coesão grupal; Cogestão do processo de trabalho.

Fonte: Construído pelo autor

Algumas diferenças entre os dois casos (países) se deu em relação à categoria “Coesão, confiança e resiliência das equipes da APS”, que aparece apenas nas proposições de Portugal (Coimbra), e a categoria de “Formação em Saúde Pública e Educação Permanente na APS”, que aparece apenas no caso do Brasil (Sobral). Os profissionais em Portugal (Coimbra) identificam suas equipes como coesas e resilientes, no enfrentamento às dificuldades cotidianas. Já no Brasil, a Educação Permanente é percebida como fortalecedora dos processos de trabalho.

A categoria que foi comum para os profissionais de Medicina, em ambos os países, foi “Avaliação e auditoria nas unidades de saúde da família”, sendo que no caso do Brasil, o processo de avaliação é visto de forma negativa, como possível ameaça por parte da equipe. o que pode denotar, ou confirmar o cenário de tensão entre o serviço de ponta e a gestão superior. Já no caso de Portugal, a avaliação está presente, nas proposições, incluindo os temas de processos de auditoria interna e pesquisas de satisfação.

A categoria que foi comum para os profissionais de Enfermagem foi “Relação vertical de poder entre a gestão e o serviço”, em geral, apontando fragilidades na relação entre a equipe básica e a gestão. No caso do Brasil (Sobral), o contexto de tensão política, como geradora de estresse no trabalho.

5.2.2 Resultados da Observação Direta

Procuramos observar e registrar da forma mais objetiva possível os dados recolhidos, buscando referir a perspectiva dos participantes e verificar a experiência direta (Ludke & André, 1986). Para tanto, no curso das interações, tomou-se o cuidado de perturbar o menos possível o comportamento dos participantes. O registro de notas foi realizado imediatamente a seguir a cada visita.

A observação teve um papel complementar, em termos metodológicos. Priorizamos a realização das observações apenas em Coimbra, Portugal, que se constituiu o “território novo” ao pesquisador, tendo em vista que, em estudo anterior (ARAÚJO, 2012), foi realizada uma profunda observação das unidades de saúde de Sobral, Brasil. Buscamos, conforme Angrosino (2009), identificar padrões, consistências e inconsistências e reconhecer as categorias empíricas e teóricas dali decorrentes.

Os resultados apontaram para: a) a necessidade de maior apoio institucional às equipes da ESF; b) problemas quanto à fragmentação do processo de trabalho; c)

dificuldades relacionadas ao estresse, conflitos interpessoais e sofrimento no trabalho; d) problemas quanto à racionalidade organizacional, imposta às equipes da ESF pela gestão; e) a potência das relações interprofissionais, especialmente, com equipes do NASF e da Residência Multiprofissional. Mais detalhes sobre esses achados podem ser consultados em Araújo e Galimberti (2013).

Ao todo, foram realizadas 10 visitas em unidades de saúde e duas participações em eventos com profissionais e gestores do SNS e USF em Portugal, a saber, o “4º Encontro de Outono das USF”, coordenado pela USF-AN, e o “Seminário A Reforma do SNS - Novas Políticas Setoriais da Saúde”, organizado pelo Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia, da Universidade de Coimbra.²²

A seguir, apresentamos três quadros-síntese das observações. Para cada registro: a) pontuamos a atividade realizada; b) descrevemos o contexto de realização; c) apresentamos o relato descritivo da visita (notas descritivas); e d) pontuamos as impressões e as percepções pessoais do pesquisador (notas reflexivas). Vale mencionar que foram omitidos os nomes das unidades de saúde e os nomes de quaisquer dos profissionais com quem manteve contato durante o processo de desenvolvimento da pesquisa.

²² Essas e outras atividades realizadas durante o estágio doutoral na UC podem ser consultadas em relatório que consta no Apêndice J.

Quadro 52 - Síntese descritiva da observação direta das unidades de saúde da família: Registro 01

(continua)

<p>Registro 01 - 26/10/2015</p>
<p>Atividade: Visita a USF e realização de entrevista com informante chave.</p>
<p>Contexto: O contato com o informante chave, o qual foi indicado pelo orientador, pelo fato de tal sujeito ter tido papel importante no processo de reforma da APS em Portugal e por trabalhar, efetivamente, como médico em uma USF se deu através de e-mail. Esse informante mostrou-se bastante receptivo. Além da entrevista aberta, houve visita à unidade de saúde, instalações e contato com outros membros da equipe. Por fim, se deu a coleta de publicações da USF: guia de acolhimento, jornal da unidade, portfólio e informativos em saúde para os usuários (vide Anexo I). Materiais como esses são reproduzidos também em outras USF, seus custos de produção são bancados pelas próprias equipes, usualmente, com uso dos incentivos institucionais.</p>
<p>Relato da visita: em 2015, a USF havia mudado de endereço para um prédio novo (mais bem equipado), que fica mais afastado do centro do município. Isso poderia sugerir maior dificuldade de acesso por parte dos usuários, porém, segundo profissionais da USF, os usuários não se queixam do acesso e as atividades continuam sendo realizadas sem prejuízos. À primeira vista, o prédio novo tem boa estrutura, comportando 2 USF, uma em cada piso.</p> <p>A recepção estava bem equipada, com sala de espera, cadeiras confortáveis, máquina para senhas, <i>ecram</i> para a exibição de senhas (que também exhibe atividades e serviços da USF e/ou dicas de saúde). Nesse espaço, há uma “secretária” que organiza os usuários. O acesso à sala de atendimento se dá através da escada ou de elevador. A maior parte dos usuários já estão marcados na agenda, mas há também acolhimento de demanda espontânea e em urgências.</p> <p>Na parte interna da USF, de acesso restrito aos profissionais, encontramos: copa, vestiários, salas de escritório e banheiros. Tudo bem equipado e confortável. No gabinete do médico, realizamos a entrevista, cujos detalhes já foram pontuados anteriormente. Pontos de destaque incluem: a) O SNS é valorizado como alternativa de busca de saúde pelos próprios profissionais de saúde (no Brasil, a maioria que trabalha e/ou defende o SUS recorre a planos de saúde quando necessita de atendimento); b) os profissionais de saúde têm uma carreira nacional que resulta na qualificação das equipes de saúde e na baixa rotatividade. Muitas equipes, assim como esta, trabalham juntas no mesmo serviço há 10 ou 20 anos.</p> <p>Após a entrevista, fomos conhecer os gabinetes de atendimento de médicos e enfermeiros. Durante esse percurso, percebi bom entrosamento entre os membros da equipe, nos corredores. Nenhum gabinete é exclusivo, sendo que a maioria dos espaços é partilhada de forma organizada.</p> <p>Essa USF é constituída por uma equipe de 6 Médicos de Família, 6 Enfermeiros, 4 Secretários Clínicos, além de Internos de Especialidade, de Medicina Geral e Familiar, e alunos de Medicina e Enfermagem nos dois últimos anos de formação e, ainda, Médicos Internos. Esse espaço de saúde atua em colaboração com as estruturas da comunidade e com as restantes estruturas do ACeS regional.</p> <p>As consultas podem ser marcadas para o Médico de Família, antecipadamente, por telefone, presencialmente, ou por e-mail. É compromisso a marcação de consulta no prazo de 5 dias úteis, salvo em período de férias.</p>

Quadro 52 - Síntese descritiva da observação direta das unidades de saúde da família: Registro 01

(continua)

Registro 01 - 26/10/2015

Realizam-se, entre outras atividades: consultas de Saúde Infantil, Consulta de Planejamento Familiar, Consulta de Saúde Materna, Consulta de Diabetes, Consulta de Hipertensão, Visitação Domiciliária, Consultas a idosos, consulta de Nutrição (excesso de peso/obesidade), com a colaboração da Nutricionista do ACeS.

Os gabinetes de atendimento contam com computadores e a USF utiliza prontuários (da família) digitais. As informações que necessitam ser impressas circulam pela USF em pastas fechadas como material confidencial, sendo a grande maioria dos papéis triturados pelos profissionais ao fim do dia. Os profissionais de saúde (inclusive internos) tem acesso a informações nos computadores, mediante a utilização de senha e *login*. Vale ressaltar a preocupação de todos com a confidencialidade das informações.

Essa USF nasceu como ato voluntário dos profissionais, que realizam pedido de candidatura. Acredita-se que a adesão a esse modelo, isto é, quando não imposta de cima para baixo, favoreça a motivação dos próprios profissionais. Há relativa autonomia de gestão para governar suas necessidades e a prestação de serviços, construindo de forma democrática, sua organização interna, seu plano de trabalho, sua carta de compromisso e seus valores fundamentais (algo como visão e missão da USF).

Os profissionais dessa USF afirmam ter excelente clima organizacional de trabalho e uma agenda relacional com objetivos integrativos, recreativos e de formação, sendo registradas também interconsultas frequentes e espontâneas para manejo dos casos clínicos. A USF tem seus processos de auditoria interna e realiza, em parceria com a Universidade, pesquisas de satisfação junto aos usuários duas vezes ao ano.

Algumas dificuldades elencadas durante a visita: a) falta de articulação e de comunicação com o ACeS; b) falta de autonomia organizativa, administrativa e financeira da USF em relação ao ACeS e à ARS; c) dificuldades na referência hospitalar e articulação com os cuidados secundários; d) falhas frequentes dos sistemas de informação (largura de banda insuficiente, problemas de lentidão) com impacto na prática dos profissionais; e) necessidade de viaturas de serviço; f) necessidade de reduzir as listas de usuários por médico de família

Impressões pessoais: fazer contato com esse informante chave e conhecer de perto o funcionamento de uma USF, foi bastante significativo para a inserção no campo de pesquisa em Portugal. Algumas diferenças fundamentais são estabelecidas neste contato: a) a questão da carreira nacional. No Brasil, como não há carreira planejada para o profissional de saúde pública, a área da APS fica desvalorizada como busca de desenvolvimento de carreira), resultando em alta rotatividade, especialmente, do profissional médico; b) autonomia funcional da unidade de saúde. O esforço interno de construir e compreender a Missão, a Visão (queremos ser uma USF de referência a nível nacional em termos de satisfação dos cidadãos e dos profissionais, sempre disponíveis para a inovação e excelência de serviços); e os Valores da equipe (disponibilidade, respeito, responsabilidade, competência, satisfação, inovação e excelência), são um marco no quesito colaboração interprofissional, a qual, juntamente com a gestão colegiada, governança clínica, comunicação interna e agenda relacional constituem passos importantes na efetivação do trabalho em equipe. Nessa USF (nas palavras do próprio entrevistado), “cada profissional da equipe veste a camisola da USF”.

Percebo que os diversos problemas identificados pelos profissionais estão presentes como realidade concreta de trabalho na USF, mas não são suficientes para inviabilizar o trabalho ou o modelo em si. Em parte, penso que isto se deve a força organizativa e ao trabalho colaborativo. É evidente que o conjunto da equipe adquiriu certa força de resiliência.

Quadro 52 - Síntese descritiva da observação direta nas unidades de saúde da família, Registro 01

(conclusão)

Registro 01 - 26/10/2015
<p>Como um serviço de saúde, o fato de se construir um modelo, através do qual cada equipe pode gerir seu trabalho com mais autonomia, tendo chance de ser recompensada pelos seus resultados (incentivos financeiros à equipe, mediante cumprimento de indicadores contratualizados), com possibilidades de investir no serviço. para torná-lo ainda mais efetivo, faz diferença em relação ao que temos vivido na ESF no Brasil, em Sobral. O estabelecimento de uma carreira que possibilite ao profissional estabelecer-se durante um tempo mais prolongado no serviço, pode favorecer a constituição de “equipes maduras”, com mais tempo de atuação conjunta, possivelmente, favorecendo a efetivação do cuidado longitudinal e o fortalecimento do vínculo profissional-usuário.</p>

Fonte: Construído pelo autor

Quadro 53 - Síntese descritiva da observação direta em encontro de profissionais: Registro 02

(continua)

Registro 02 - 13/11/2015
<p>Atividade: Participação no 4º Encontro de Outono das USF, no Porto</p> <p>Contexto: Encontro de caráter corporativo, organizado periodicamente pela Associação Nacional das Unidades de Saúde da Família (USF-AN), com a finalidade de reunir, em um mesmo espaço, os profissionais das equipes das USF e debater assuntos considerados relevantes e atuais. Além disso, esse encontro busca divulgar informações, projetos e estreitar a relação com as USF através do diálogo aberto e da participação democrática. Nesse 4º Encontro, o tema de fundo foi o momento atual e o futuro das USF e o desenvolvimento do seu projeto BI USF, uma ferramenta de gestão do conhecimento e governança clínica, para os profissionais e para as equipes.</p> <p>A priori, esse encontro é exclusivo para os profissionais da USF, por tratar de temas muito específicos. Porém, através de um contato com a coordenação da USF-AN, foi-me permitido inscrever e participar. Minha intenção neste momento era de ser um ouvinte discreto que pudesse observar durante o encontro como estava o clima e a motivação das equipes, do que se queixavam e que relação tem com seus líderes. No decorrer do encontro, acabei por fazer algumas breves participações, como forma de sondar temas específicos e criar mais proximidade com o campo.</p>
<p>Relato da observação:</p> <p>O Encontro aconteceu na cidade do Porto, na Ordem dos Médicos. Decorreu durante todo o dia a partir das 10h. Programa: 1) apresentação da funcionalidade BI (plataforma <i>online</i> de gestão do conhecimento em saúde); 2) lançamento do projeto de Investigação da USF-AN de âmbito nacional: Risco cardiovascular; 3) apresentação da funcionalidade E-Qualidade; 4) plenária sobre as seguintes Ameaças e Oportunidades: Aplicação de incentivos institucionais; Evolução para USF de modelo B; Horários e registro biométrico da assiduidade e aumento de listas de usuários. 5) Realização de Oficinas: Como fazer Relatório de Atividades utilizando o BI? E como preparar/monitorizar a contratualização utilizando o BI? Reunião de trabalho para Diretores Executivos e Presidentes dos Conselho Clínico de Saúde (CCS) dos ACeS;</p>

Quadro 53 - Síntese descritiva da observação direta em encontro de profissionais: Registro 02

(continua)

<p>Registro 02 - 13/11/2015</p>
<p>Relato da observação:</p> <p>6) Grupos de trabalho sobre medidas relacionadas às “Ameaças e Oportunidades”, dando continuidade à sessão da manhã.</p> <p>Poucas perguntas eram feitas nos momentos de debate. O clima em geral era amistoso e cordial. O evento atingiu o máximo de inscritos esperados (250 profissionais de saúde), embora nem todas as equipes estivessem ali representadas. As discussões nas plenárias tocaram em temas diversos, como governança, incentivos institucionais e lista de usuários, entre outros.</p> <p>Pude participar de um dos grupos de trabalho que discutiu o tema da governança da clínica. Na oportunidade, foi discutido o papel das Equipes Regionais de Apoio (ERA) e CCS, a relação entre equipes de saúde e Agrupamentos, capacidades das equipes para auditorias internas e acreditação, gestão democrática, planejamento e integração em equipe.</p> <p>Sobre a evolução para modelo B, foi visto que hoje está mais difícil passar para esse modelo, o que requer equalização de metas e auditoria. Há, na verdade, mais candidaturas que vagas, isso quer dizer que uma equipe pode cumprir os requisitos e ainda assim não conseguir avançar seu processo “evolutivo”.</p> <p>Sobre governança da clínica, verificou-se como estratégia relevante a discussão de casos clínicos e a reflexão conjunta sobre as normas e a regulação interna das equipes e, ainda, a gestão democrática e horizontal nas tomadas de decisão.</p>
<p>Impressões pessoais: Estar presente no evento me possibilitou perceber de forma direta como estão funcionando as USF na perspectiva dos profissionais que compõe suas equipes, incluindo a visão daqueles que lideram a discussão sobre o modelo, notadamente, médicos (enfermeiros onde estão?) que fizeram parte da Missão para Reforma das APS em 2005. Alguns desses, além de militarem na área, por assim dizer, continuam a trabalhar nas USF e mantêm função de líderes junto a USF-AN, devendo representar os interesses de todos que fazem parte da USF, sendo que há eleições democráticas para eleger os presidentes da associação.</p> <p>A USF-AN (associação de âmbito nacional, é uma associação sem fins lucrativos) tem o papel de representação das USF, fomenta a partilha de conhecimento e o desenvolvimento de equipes autônomas e responsáveis, incentiva a capacitação dos usuários para uma prestação de Cuidados de Saúde Primários de qualidade.</p> <p>A adesão ao modelo USF por parte das equipes de saúde é voluntária. A autonomia administrativa e possibilidade de incentivos, mediante cumprimento de indicadores contratualizados, são atrativos ao modelo. No entanto, muitas equipes acabam por perceber que o modelo é exigente e requer novas e profundas mudanças institucionais na governança do trabalho.</p> <p>Em alguns casos, como nas USF em regiões rurais, a falta de apoio administrativo pode representar uma dificuldade séria o bastante para uma equipe modelo A não conseguir atingir os requisitos necessários a passar para modelo B.</p> <p>No grupo de trabalho, havia algum dissenso em relação a isto, entre a liderança da USF-AN, que colocava sobre a equipe a responsabilidade por seu insucesso em não evoluir, mesmo reconhecendo as falhas nos processos de governança inerentes aos ARS e ACeS.</p>

Quadro 53 - Síntese descritiva da observação direta em encontro de profissionais: Registro 02

(conclusão)

Registro 02 - 13/11/2015
<p>Enquanto os profissionais destas equipes relatavam suas inúmeras dificuldades, como equipes pequenas, com rotatividade e obstáculos geográficos etc., destaca-se o relato de que não estavam sendo percebidos por parte da USF-AN.</p> <p>Muitas vezes, no entanto, pareceu-me que a resposta dada àquelas equipes era: “é isso mesmo, que se há de fazer”. E que muitas das soluções propostas para as USF centravam-se mais nas USF urbanas, com vida mais intensa. Não haveria aqui uma evidente desigualdade em saúde? Ou melhor, uma desigualdade de saúde entre as regiões, com desigual distribuição de recursos, serviços etc.?</p>

Fonte: Construído pelo autor

Quadro 54 - Síntese descritiva da observação direta das unidades de saúde da família: Registro 07

(continua)

Registro 07 - 03/03/2016
<p>Atividade: visita à USF e conversa com enfermeiras, uma das quais é coordenadora da enfermagem.</p> <p>Contexto: Como parte da estratégia de inserção no campo de pesquisa e realização das entrevistas semiestruturadas e observação direta, solicitei a quem já havia sido entrevistado que indicasse uma colega na outra unidade de saúde que pudesse aceitar ser entrevistada e facilitar a visita a unidade. Algumas unidades foram mais exigentes quanto à entrada do pesquisador, impondo barreiras burocráticas, ou mesmo, indispondo-se a participar, por motivos de excesso de demanda.</p> <p>Relato da observação: A USF está localizada no segundo piso, de um Centro de Saúde amplo, que comporta quatro unidades de saúde, das quais duas são USF e duas são do modelo tradicional (Unidade de cuidados de saúde personalizados - UCSP). Fui recebido pela enfermeira que me conduziu ao gabinete, onde estava uma jovem estagiária chinesa. Após a devida apresentação e ao explicitar meu interesse de marcar a entrevista, a enfermeira disse que não poderia fazer no horário de serviço e perguntou se já tinha anuência da coordenação da USF etc. Respondi afirmativamente e que pretendia fazer isto da forma mais ética possível e menos burocrática também. Ela então convocou a colega, chefe de enfermagem, para falar comigo em seu gabinete e discutir pormenores dos procedimentos necessários para a realização das entrevistas.</p> <p>Houve interesse, por parte das enfermeiras, de saber se a pesquisa tratava de estresse no trabalho. Afirmaram que isto é um problema grave e que elas pretendem fazer um estudo sobre a Síndrome de <i>Burnout</i>. Foi-me informado que o <i>Burnout</i> é como um “acidente do trabalho negligenciado, invisível às autoridades”. Ela explica: “quando temos um acidente do trabalho, podemos ficar de dispensa, temos assistência e todos os direitos garantidos. No <i>Burnout</i> não, pois não há nada quanto a isto em termos de legislação. Mas, a pessoa também não pode trabalhar”. Comento com ela que a síndrome se instala de forma lenta e gradual, mas que os danos e sintomas associados podem ter um efeito cumulativo até o desenvolvimento de uma patologia do trabalho, sua posterior identificação e tratamento. Ela diz que isto é um tema grave e que “o estresse no trabalho tem sido um fator importante de esgotamento e patologias que, por vezes, são vistas como menos importantes, especialmente no caso da enfermagem, que tem um considerável volume de trabalho. Sobrecarga mesmo”.</p>

Quadro 54 - Síntese descritiva da observação direta nas unidades de saúde da família: Registro 07

(conclusão)

Registro 07 - 03/03/2016
<p>Após isto, apresento minhas intenções novamente e ela me diz que não se pode continuar com as entrevistas naquela USF sem a aprovação por comissão de ética da ARS e de todos os protocolos necessários ao bom andamento da pesquisa. Ela então fica de falar com a coordenação da USF e pensar melhor sobre o caso. Uma vez tudo decidido, estaria livre para entrevistar quem eu quisesse. Falei para ela que meu interesse maior era contribuir para o fortalecimento da governança do SNS e da USF e para que a qualidade laboral dos profissionais de saúde seja cada vez melhor. Agradei a atenção recebida por ambas. Repassei e-mails com as informações solicitadas, no entanto, o acesso a essa USF continuou difícil.</p>
<p>Impressões pessoais: Foi bastante interessante observar o modo como fui recebido até aquele momento nos serviços de saúde. Este “invasor (estrangeiro) inconveniente”. Para adentrar o campo, tomei uma série de cuidados, inclusive reunindo-me com responsáveis pela administração dos serviços de saúde, gerentes etc. e com a anuência da USF-AN. Os procedimentos éticos em Portugal e na União europeia são distintos dos nossos, muitas vezes não tão padronizados do ponto de vista burocrático. Enquanto algumas faculdades têm comitês de ética, responsáveis pelas pesquisas ali disparadas, outras, como a faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, a qual estou vinculado, trabalham com procedimentos mais empíricos, como declarações de anuência das instituições participantes, consentimento das pessoas (verbal ou por escrito) e o próprio parecer do professor orientador, corresponsável pela pesquisa.</p> <p>Mesmo com estes cuidados, tendo em vista ultrapassar a formalidade nas unidades de saúde, penso que muitas vezes estive numa posição de “pedir favor” e que há por trás das barreiras em certas USF um clientelismo, tipicamente encontrado também no Brasil. O tipo de proximidade que desejo ainda está muito longe de acontecer e meu tempo, encurtado.</p> <p>Revi meu resumo da pesquisa e também revi meu roteiro de entrevista. O desenho da pesquisa está ficando com contornos interessantes. No entanto, o resultado final pode depender da minha capacidade de superar barreiras interpessoais e institucionais na realização dessas entrevistas. Há conteúdo aqui. Há sofrimento, dor, disputas de poder, estruturas organizacionais que precisam ser revistas. Uma governança que precisa ser discutida.</p>

Fonte: Construído pelo autor

A análise do material buscou sequências características e afirmações avaliativas dos participantes, que possam auxiliar na compreensão dos objetivos de pesquisa e das categorias advindas da análise qualitativa das entrevistas semiestruturadas. Uma “síntese final” é apresentada a seguir.

Percebemos como dificuldades vividas pelas equipes da USF: a) falta de articulação e de comunicação com o ACeS; b) falta de autonomia organizativa, administrativa e financeira da USF em relação ao ACeS e à ARS; c) dificuldades na referenciação hospitalar e articulação com os cuidados secundários; d) falhas frequentes dos sistemas de informação (largura de banda insuficiente, problemas de lentidão) com impacto na prática dos profissionais; e) necessidade de viaturas de serviço; f) necessidade de reduzir as listas de

usuários por médico de família.

Sobre governança clínica, segundo a USF-AN, houve decréscimo do número de USF que passam do modelo A (inicial) para o modelo B (formato desejado), isso evidencia a necessidade de maior investimento na governança em saúde, por parte da ARS, representando uma séria ameaça a continuação da proposta das USF e da boa continuação da reforma nos APS. Vimos, entre os defensores da proposta da USF, há necessidade de defender a “Marca USF” como uma marca de qualidade do cuidado e do acesso em saúde. Isto passa pela necessidade de maior apoio dos ACeS e dos CCS e ERA e pela acreditação e por auditorias internas, gestão integrada e em equipe e planejamento estratégico. que não ocorre de forma padronizada em todas as USF.

As USF têm direito de receber os incentivos financeiros, como consequência do cumprimento de indicadores firmados no processo de contratualização, porém registrou-se que há ausência de regulação nacional e que muitas USF (cerca de 70%, segundo estimativa da USF-AN) não estão recebendo os incentivos. Falta transparência por parte dos ARS e não se sabe quem recebeu ou não recursos e como foram aplicados. Há também dificuldade por parte de algumas equipes de gerir estes incentivos e aplicá-los de forma eficaz.

Entendemos que a solução passa pela regulamentação nacional e pela garantia de transparência e partilha de informações (cobrança junto ao ARS a comunicação correta dos dados) para todas as equipes de USF, some-se a isso o incremento da participação social, como controle social, envolvendo a comunidade e comissões e associações de usuários, conselho consultivo etc., na identificação das prioridades de cada USF, visando à aplicação dos incentivos e à reivindicação dos repasses junto às agências governamentais.

O aumento da procura e a demanda nas USF gera dificuldade de gerir a agenda dos profissionais e garantir a qualidade do cuidado. Isso exigiria rever o enquadramento legal para regime de trabalho (Lei geral do trabalho) e fazer uma “limpeza” das listas de usuários, por exemplo, retirando usuários sem contato, com transparência aos cidadãos. Aplicar recursos técnicos e tecnológicos, materiais e humanos. incluindo, e esta foi demanda recorrente, a possibilidade de novas categorias profissionais nas USF.

Outras dificuldades envolvem organização do trabalho em equipes reduzidas e mais afastadas dos grandes centros urbanos: a) falta de estabilidade (*turnover*) na equipe (especialmente por aposentadoria); b) falta de autonomia em relação a ARS (especialmente nas USF em regiões rurais). A ARS, muitas vezes, na ótica dos profissionais de saúde, parece não compreender a proposta diferencial do modelo USF; c) perda de usuários ou dificuldades em receber mais usuários (por distância ou obstáculos geográficos), pelas USF rurais.

impactando, diretamente, a capacidade produtiva e a contratualização dos indicadores; d) evidência de desigualdade na qualidade da gestão dos processos de trabalho entre as USF urbanas (norte e centro) e as USF rurais (Região do Alentejo).

Percebemos que tanto as equipes menores quanto as maiores têm dificuldades de se organizar de forma efetiva, o que nos leva a perguntar se haveria um tamanho ótimo para uma equipe de USF? Esa questão ainda está em aberto e extrapola o objetivo deste estudo. Percebemos dificuldades entre os profissionais, com relação ao seu perfil (idade, experiência, abertura a mudanças etc.). o que muitas vezes foi matéria de discussão e acertos na organização da equipe. A falta de apoio das ERA foi percebida diversas vezes por parte dos profissionais das USF, evidenciando a necessidade do que eles denominavam *coaching* (entendido aqui como uma espécie de fortalecimento do trabalho em equipe, definição de papéis e objetivos do grupo, motivação etc.). Muito semelhante, em alguns casos com o que acontece no apoio matricial no Brasil, especialmente, em Sobral, com ênfase na educação permanente.

Concordamos com as conclusões do relatório final do 4º Encontro de Outono da USF, conforme a USF-AN (vide nota no Anexo J), segundo o qual, no decurso dos últimos anos, tem sido evidente os conflitos, dificuldades e falta de transparência dos órgãos da administração, em relação as USF. O que ocasionou: a) restrições ao número de USF a se constituir (o número de candidaturas ativas ultrapassa o número de constituição de novas USF); b) restrições ao número de USF a passarem de A para o modelo B (em 2015, só passaram 16, apesar de existirem 33 candidaturas ativas). Há inúmeros casos de incentivos institucionais não repassados (em 2015, 70% das USF: nomeadamente na Região Norte), o que pode ser evidência dos efeitos adversos da austeridade, que foi imposta ao país pós crise(s) econômica(s) consecutivas na última década, segundo o Observatório sobre Crises e Alternativas (2014). Uma proposta defendida no interior da USF é o redimensionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), diminuindo o número de unidades funcionais em cada um e promovendo a sua descentralização do poder das ARS, além do apoio ao funcionamento dos Conselhos da Comunidade, promovendo o envolvimento, o compromisso e a participação social em saúde.

No Anexo K, dispomos algumas fotos das unidades de saúde, em Sobral e em Coimbra, e do encontro de profissionais da USF, registradas durante as visitas e participações. Esse registro fotográfico não foi objeto de análise e é aqui utilizado apenas como recurso ilustrativo.

6 DISCUSSÃO

6.1 Discussão dos resultados quantitativos

Uma primeira e importante questão diz respeito à diferença amostral entre os dois casos (equipes da ESF em Sobral, no Brasil, e equipes da USF, da Região Centro e Região Norte de Coimbra, em Portugal). Como dissemos antes, houve 141 respostas ao questionário, das quais foram aproveitadas para a análise (como respostas completas) 21 respostas do Brasil e 76 respostas de Portugal, compondo um total de 97 respostas completas. Considerando esses 97 participantes, temos uma proporção razoável em relação à categoria profissional (58% são categoria Medicina e 42% são categoria Enfermagem). Entretanto, o volume de respondentes por país, a amostra de Portugal (78%) é três vezes e meia maior que a do Brasil (22%), o que limitou a capacidade de comparação entre os países a partir desse instrumento.

A taxa de resposta de cada país foi de 20% para Portugal e 11% para o Brasil. A taxa geral de respostas ao questionário foi de 17,4% (abaixo da nossa estimativa inicial de 20%). Segundo Gonçalves (2008) e Sheehan (2001), a baixa taxa de resposta é uma das dificuldades mais comuns a ser superada na utilização de questionários aplicados *online*, podendo variar bastante entre taxas de 50% a valores menores que 20%.

Segundo Gonçalves (2008), uma taxa de resposta baixa, não invalida a pesquisa, mas pode afetar seus resultados e a capacidade de inferência. Em nosso caso, percebemos que houve algum tipo de constrangimento que impossibilitou a coleta mais acurada no caso de Sobral (Brasil). Uma hipótese para isto surgiu no decorrer da relação com a Secretaria de Saúde Municipal de Sobral e através das entrevistas, já que um cenário de mudança de gestão e tensão profissional estava instalado no município, algo que pode ter favorecido a uma apreciação “negativa” do e-mail. Voltaremos a tratar sobre isso na discussão das entrevistas.

Quanto ao procedimento usado, concordamos com Gonçalves (2008) para quem a coleta de dados, utilizando o e-mail, proporciona vantagens, tais como: a) os questionários podem ser enviados quantas vezes forem necessárias com maior velocidade; b) maior velocidade também no recebimento das respostas; c) os questionários podem ser respondidos de acordo com a conveniência e tempo do entrevistado.

Além disso, podemos contar com uma variedade de metadados que facilitam o controle da pesquisa, como endereço de e-mail de cada respondente, data de preenchimento, tempo gasto para responder o questionário, banco de dados de pesquisa móvel e de acesso controlado.

Seguimos algumas recomendações de Gonçalves (2008) para aumentar a eficácia do método, por exemplo, negociamos com os gestores locais o acesso à lista de e-mails dos profissionais de saúde. Apesar de o acesso à lista ter sido autorizado, não nos foi possível enviar o questionário conjuntamente com o órgão gestor, o que, por um lado, poderia aumentar a credibilidade da solicitação das informações, mas, por outro lado, poderia gerar um viés de resposta do participante, que poderia julgar que estaria “sendo avaliado” pela gestão. Em todo caso, vinculamos um endereço de e-mail institucional, criado apenas para fins da pesquisa, visando, dessa forma, aumentar a credibilidade e facilitar contatos posteriores. Além disso, enviamos por três vezes “e-mails lembrete” para aumentar a taxa de resposta.

Elaboramos um questionário com texto bem redigido, mantendo cuidado com a linguagem e com a adaptação cultural do texto em relação aos dois países. Para isto, foi de grande auxílio o uso das entrevistas abertas com informantes-chave de Portugal. Cada convite, enviado por e-mail, esclarece as motivações da pesquisa e apresenta o *link* que direciona ao instrumento. Cada participante só pode responder e ter acesso ao questionário após consentimento prévio, que segue logo ao início, na primeira página (visível nos Apêndices G e H). A Escala de Colaboração (parte central do questionário) foi elaborada de forma a ser auto preenchida intuitivamente, sem uso de manuais ou maiores explicações. Além disso, tratamos com especial atenção da estrutura do questionário e seu *design*, na perspectiva de facilitar seu manuseio e influenciar a percepção do respondente quanto à confiabilidade do instrumento.

Sobre a relação diretamente proporcional entre os valores de resposta das dimensões da colaboração, o tempo de inclusão na equipe de trabalho e o tempo de experiência no trabalho, observamos, segundo Bandura (1995), que este tipo de experiência coletiva é o alicerce para a resiliência grupal. Algumas dificuldades no percurso do desenvolvimento do grupo ou equipe podem se constituir em importante fonte de aprendizado. Nesse sentido, o tempo maior de convivência em uma mesma equipe parece ser indicador de maiores chances de amadurecimento organizacional, em outras palavras, promove o amadurecimento cognitivo de seus membros, revelando, assim, um ganho precioso no sentido do estabelecimento de carreiras profissionais na área da saúde e de outras políticas que reduzam a rotatividade nos SiS, até mesmo como forma de garantir o cuidado longitudinal, que é um dos quatro atributos essenciais à APS, juntamente com: o primeiro contato, a integralidade e a coordenação (STARFIELD, 2002).

Concordamos com Giovani e Vieira (2013) que a permanência dos profissionais de

saúde nos serviços (nesse caso, em especial, médicos e enfermeiros), é um fator crítico para a efetivação do cuidado, visto que a rotatividade é um prejuízo para a “qualidade da assistência e [para] a satisfação dos usuários. Neste estudo, não se buscou dados sobre os níveis de rotatividade no SUS ou no SNS português, mas dada a baixa concentração de médicos por mil habitantes no Brasil (var Quadro 10), este dado torna-se evidentemente mais grave nesse país.

Sobre as diferenças de respostas quanto à categoria profissional, ponderamos, segundo Agreli, Peduzzi e Silva (2016), que é importante destacar limites do modelo biomédico convencional e sua relação com a extensão do poder médico no cotidiano dos serviços de saúde, quanto às relações destes profissionais com os demais profissionais e com os usuários, famílias e comunidade, algo que pode influenciar no grau de envolvimento e na participação quanto aos processos de cogestão, na qualidade da relação interpessoal e na comunicação interprofissional.

Do ponto de vista da governança clínica, as autoras destacam que os profissionais médicos continuam sendo os principais provedores de acesso dos pacientes aos demais profissionais e aos serviços de saúde, sendo responsáveis (majoritariamente, no Brasil e em Portugal) pelas prescrições medicamentosas, solicitação de exames, procedimentos e encaminhamentos. A assimetria de poder e de atribuições profissionais específicas geram, por sua vez, efeitos diversos na capacidade de interlocução e na participação no interior dos serviços de saúde, afetando de forma distinta cada categoria. Isto também se reflete no lado corporativista, por exemplo, com relação às diferenças salariais entre os profissionais de saúde, algo que deve ser levado em consideração quando pesamos as diferenças nos indicadores de colaboração interprofissional. É interessante, por exemplo, observar que na Figura 43 a maior diferença entre os indicadores de colaboração para as categorias Medicina e Enfermagem se deu em relação ao indicador “Diálogo e Participação”, que se refere aos espaços de cogestão, isto é, aos aspectos que favoreçam a resolução de problemas e possibilitem ajustes na prática profissional.

Percebemos, de forma geral, que o instrumento oferece inúmeras potencialidades, embora nem todas possam ter sido exploradas da forma mais adequada. A tipologia da qual se originou, especialmente através dos trabalhos de D'Amour *et al.* (2005 - 2008), visa ajudar a localizar, nos serviços de saúde, as práticas de cooperação e obter uma visão global da situação, a fim de identificar os aspectos que devem ser aperfeiçoados para que a colaboração seja possível. O instrumento que construímos neste percurso tornou-se algo diferenciado, mais completo em itens e em indicadores, cujo resultado final, fortalecido pelo uso da metodologia mista e da análise qualitativa, seguiremos discutindo adiante.

6.2 Discussão dos resultados qualitativos

A análise temática das entrevistas e da observação foi realizada de forma transversal. As categorias encontradas foram relacionadas as unidades de conteúdo, verificando-se a frequência e o sentido expresso pelos participantes, seguindo um percurso pautado em Bardin (2009). Fizemos o esforço descritivo em vários quadros de análise para facilitar a apreensão dos achados e garantir a sustentabilidade metodológica. A partir das unidades de conteúdo (as unidades de registo, como fragmentos de “falas relevantes”, e unidades de contexto, como elementos que englobam e contextualizam as falas identificadas), fomos identificando os temas principais trazidos por essas falas (ideias centrais), que posteriormente foram agrupados em categorias analíticas, levando em consideração o aporte teórico.

Sobre a relação entre pesquisador e os participantes, destacamos que todos os contatos com profissionais da ESF e das USF, seja individualmente, ou coletivamente, foram amistosos e transparentes. Durante o processo, foi obedecido o princípio ético da beneficência, solicitando-se ao final o *feedback* por parte dos colaboradores, que, de modo em geral, expressaram aceitação e compreensão acerca do papel do pesquisador.

Discutimos as unidades de conteúdo identificadas (o apanhado dessas categorias pode ser encontrado nos Quadros 46 e 47), a partir da exploração de suas especificidades, pela identificação de padrões, consistências e inconsistências nas falas dos participantes, estabelecendo sua interlocução com a teoria. Tal apreciação aos dados seguiu em separado, apenas por fins didáticos, entretanto, consideramos que, por se tratarem de construtos advindos do campo, tem forte relação de interdependência umas com as outras.

As falas estão identificadas conforme nomes e códigos, que constam no Quadro 42. Na seção seguinte, buscamos discutir o conjunto do total dos resultados, visando à construção de uma síntese teórica.

6.2.1 Formação em Saúde Pública e Educação Permanente na APS

Em ambos os contextos abordados nesta pesquisa, o tema da Educação Permanente esteve presente, de formas específicas, ora como espaço formativo construído pela equipe, no interior do serviço, ora compreendendo a Unidade de Saúde como espaço de aprendizagem e pesquisa, articulado com as instituições de ensino superior (IES), por exemplo, a partir da presença de internos de medicina e de enfermagem nesses locais, algo bastante comum no

caso de Coimbra. No caso de Sobral, o tema é compreendido como ambiente misto, em que profissionais e aprendizes promovem o trabalho em equipe, articulado com uma estrutura potencializadora da educação permanente, caso da Escola de Formação em Saúde da Família, um Sistema Saúde Escola (modelo de sistema local), com equipe matricial, tutores de referência e Residência Multiprofissional.

A gente vê que essa lógica do Sistema de Saúde Escola foi de fato uma estratégia que Sobral adotou [...] isso foi fundamental para que a gente pudesse quebrar um pouco essas barreiras dos núcleos, dessas excelências de conhecimento. A gente vive em um sistema, o Sistema Saúde Escola, onde cada categoria daquela ali também se sente corresponsável pela formação das pessoas que estão ali. Então, aquilo ali foi uma decisão importante, que favorece o trabalho em equipe, que favorece essa questão da interprofissionalidade, da interdisciplinaridade (Gabi, BRE.1).

O Sistema Saúde Escola é um coletivo em diálogo o tempo todo [...] nós temos o olhar do controle social, das instâncias da participação. E nós temos ainda, que aí é esse espaço que tem que ser mais ocupado, todos os trabalhadores, como aprendiz e produtor de aprendizagem também, de como estabelecer esse diálogo (Nina, BRE.3).

De forma geral, Educação Permanente é a aprendizagem no trabalho, incorporando elementos do cotidiano das organizações aos processos de capacitação dos trabalhadores da saúde. O objetivo central passa pela problematização do processo de trabalho e pela transformação das práticas profissionais e da própria organização (BRASIL, 2009d).

Sobre o contexto de trabalho na APS, enquanto um cenário de aprendizagem, D'Amour e Oandasan (2005) destacam que é necessário fazer distinção entre a capacitação propriamente dita, a qual visa melhorar algum resultado desejado do aluno, e a prática colaborativa, que visa melhorar os resultados do paciente. Para esses autores, a formação do profissional de saúde deve observar a interdependência entre a educação e a prática.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), a educação interprofissional ocorre quando duas ou mais profissões aprendem, entre si, para permitir uma colaboração efetiva e melhorar os resultados de saúde. Tal processo está estritamente conectado com a prática colaborativa, no qual profissionais de saúde, de diferentes categorias, fornecem serviços abrangentes, trabalhando com usuários, com suas famílias e com a comunidade. Essa prática inclui tanto o trabalho clínico como o não clínico, envolvendo vários elementos da governança do serviço.

Andrade *et al.* (2004, p. 14) aponta que para o estabelecimento da prática colaborativa é necessário que as várias categorias profissionais, na ESF, trabalhem em conjunto, devendo haver espaço para “a aplicação do campo de conhecimento exclusivo de

cada uma”, mas também para a abordagem interdisciplinar, que deve ser construída a partir da “intersecção dos conhecimentos, habilidades e práticas de cada categoria”, com o objetivo de responder às necessidades de saúde da população.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde incorpora a educação permanente em saúde, a gestão setorial e a governança dos serviços de saúde. O próprio sistema (SUS) deve agir como interlocutor com as escolas de formação (IES etc.), na formulação e na implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional, ultrapassando-se, desse modo, a simples noção de “campo de estágio” (BRASIL, 2009d).

Em Portugal, concordamos com Rocha e Sá (2011) que há uma incipiência das políticas de desenvolvimento profissional contínuo (educação permanente), além da necessidade de maior integração das equipas, inclusive, porque julgamos necessária a inclusão de outras categorias profissionais, em articulação com a USF. Essa mesma apreciação sobre o tema foi constatada também nas respostas dos gestores.

Nossa segunda semana é sempre formação. E nessa formação, normalmente, participam médicos e enfermeiros, porque em geral são assuntos clínicos. Mas, temos outras formações, quando é sobre comunicação, convidamos toda a gente, sobre ética, também todos. Nós achamos que todas deveriam participar os administrativos, mas este assunto não era prioritário para eles e eles também queriam fazer sua reunião inter pares (Inês, PTM.4).

Não é nada assim: isto é só para médicos e isto só para enfermeiros. Mesmo quando é tema de saúde. Na última formação, estiveram os médicos, enfermeiros e administrativos. O tema para os administrativos não era de primeira importância, mas acaba sendo um bocado de conhecimento geral. Pronto e eles gostavam de estar lá (Dalva, PTE.5).

Cabe ao ACeS à promoção da cooperação entre as USF e à identificação de necessidades de formação dos profissionais, propondo atividades de formação. No entanto, muitas vezes é a equipa da USF, de forma autónoma, que gere suas demandas de aprendizagem em saúde, especialmente, quando recebe internos e estagiários. É válido destacar que o trabalho da USF-NA amplia esta potencialidade de cada equipa, construindo uma estrutura de gestão do conhecimento, com possibilidades variadas na formação, pesquisa e partilha de informações e de boas práticas (BISCAIA, 2014).

6.2.2 Políticas e estratégias de Recursos Humanos

Esta categoria esteve na base de muitas falas sobre o desempenho e o processo de

trabalho em equipe, reforçando os achados quantitativos em muitos aspectos. Importa considerar a diferenciação do caso português, no qual há o estabelecimento de Carreira Nacional como fator positivo ao processo de trabalho em equipe e maior valorização do SNS pelos profissionais de saúde, além de estratégias diferenciadas de contratualização e remuneração. Em relação ao Brasil, o que vemos é a necessidade de construir políticas e estratégias que incentivem o trabalho em equipe e que superem a precariedade nos vínculos de emprego. Contribuí para esse debate a Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, que tem por objetivo divulgar informações sobre questões de recursos humanos em saúde, produzir estudos sobre a área e apoiar o fortalecimento das políticas de desenvolvimento de recursos humanos do SUS (SANTOS NETO, 2012).

O tempo de integração na equipe surgiu como fator positivo à colaboração interprofissional, mas isso apenas é possível na medida em que os vínculos de trabalho estejam bem estabelecidos. Em Coimbra, por exemplo, ao encontrarmos profissionais que estão há mais de 10 anos na mesma equipe e satisfeitos em ali estar, vemos o quanto esta diferença aparece como significativa.

Em 2007 iniciaram as primeiras USF (sendo que cada equipa de saúde pode optar ou não por aderir ao modelo voluntariamente), com caráter diferenciado de contratualização e regime de incentivos institucionais, que são na verdade uma espécie de premiação por desempenho (André, PTM.2).

O que nós temos é um puco mais de ligação por ter de cumprir alguns indicadores. A coisa é mais processual e estão a ser feitas (Luiz, PTM.6).

Aqui os profissionais de saúde têm uma carreira nacional o que resulta na qualificação das equipas de saúde e na baixa rotatividade. Muitas equipas estão a trabalhar juntas no mesmo serviço há 10 ou 20 anos e se percebe o bom entrosamento entre os membros da equipa (Beto, PTM.1).

Em Portugal, são os ACeS responsáveis pela gestão de recursos humanos, recursos financeiros e pelo equipamento, pela avaliação do desempenho, identificação de necessidades de formação dos profissionais (BISCAIA, 2014). Mas, ainda é um desafio crítico para os Recursos Humanos em Saúde garantir o equilíbrio entre a quantidade necessária de profissionais e a qualidade da força de trabalho de saúde, visando que correspondam às necessidades e às expectativas atuais e futuras da população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Observamos que ainda é um desafio para os dois países o abastecimento de médicos. Portugal registra ganho considerável em relação a esse tema, pois conta com taxa de concentração de 3,86 médicos por 1000 habitantes, enquanto que no Brasil esta taxa está em

1,78 médicos por 1000 habitantes, conforme Quadro 10. Vale destacar, contudo, os ganhos advindos do PMM, no Brasil, a partir do aumento real na oferta de médicos na APS. Isto contribuiu para reduzir o número de municípios com escassez desses profissionais, mas ainda há muitos municípios com perfil de vulnerabilidade (GIRARDI *et al.*, 2016).

Essa questão da motivação é complexa. Não adianta a gente negar, a Estratégia de Saúde da Família em Sobral ainda é vulnerável na questão dos vínculos, não adianta a gente dizer que não é (...) porque isso tudo é temporário: hoje ele está nomeado, amanhã ele pode não estar. Não existe concurso público. E todo mundo quer uma estabilidade (Gabi, BRE.1).

É uma das nossas lutas essa garantia do vínculo, de diminuir essa rotatividade. A gente precisa aprimorar a gestão do trabalho no município para dar melhores condições para que a gente possa ver mesmo o brilho nos olhos desses profissionais (Nina, BRE.3).

Nós temos o efetivo, nós temos o comissionado, nós temos os de seleção pública e nós temos poucos agora, porque está sendo tirado esse vínculo, por empenho, que é um contrato temporário. Dentro de uma mesma equipe, fazendo a mesma coisa, nós temos quatro tipos diferentes de vínculos, cada um com um salário diferente. Então, isso também acaba fragilizando (Vera, BRE.4)

Podemos verificar o quão urgente é uma reforma da organização da força de trabalho de saúde, especialmente no Brasil. Concordamos com a Organização Mundial de Saúde (2013) quanto à necessidade de reconhecer a centralidade da força de trabalho em saúde, na efetivação da visão do acesso universal e da qualidade do cuidado, a partir da utilização de inteligência estratégica em programar e em monitorar uma gestão eficaz de recursos humanos.

6.2.3 Processos de cogestão do trabalho, autonomia e direcionamento estratégico

A apreensão dos processos de cogestão ganhou tons diferenciados em cada caso. Para os profissionais da USF de Coimbra, esta cogestão está intimamente relacionada com a adesão voluntária ao modelo das USF e a autonomia funcional das USF, fato indicado como fator positivo de motivação no trabalho e da qualidade do cuidado. A construção coletiva da proposta de trabalho e a busca de desempenho coletiva são elementos presentes no estabelecimento da cogestão.

Toda USF deve nascer como ato voluntário dos profissionais, que fazem pedido de candidatura. A adesão ao modelo é desta forma, não imposta de cima para baixo, mas como motivação dos próprios profissionais. A partir daí a principal característica é autonomia de gestão que cada USF dispõe para cuidar de suas necessidades, prestação de serviços, carta de compromisso e valores fundamentais (Beto, PTM.1).

Estou nesta USF desde o início. Eu e outro colega começamos a nos organizar. Uma pessoa sozinha não pode estar interessada tem de ser um grupo de pessoas. Meu colega foi meu primeiro aliado, depois fomos buscando outras pessoas. Temos de trabalhar em conjunto, num contexto de termos mais ganhos em saúde para a população que servíamos. E houve 5 médicos e 5 enfermeiros e 4 administrativos que alinharam conosco. Daí começamos a preparar a candidatura para concorrermos a USF (Inês, PTM.4).

Esta USF foi formada muito por escolha. Nós escolhemos uns aos outros e foi uma afinidade desde o início (...) é como um casamento. Na primeira fase, como “namorados”, no dia a dia juntos, houve alguns atritos, mas agora estamos tratando bem os atritos na situação de trabalho. Não é tudo a correr com perfeição. Mas, as reuniões funcionam bem e são espaços onde tratamos de assuntos da unidade, interessantes para a unidade (Dalva, PTE.5).

Já os profissionais da ESF de Sobral apontaram o trabalho em equipe como desafio, para além da normatividade político-estratégica. Há necessidade do compartilhamento de uma visão (e objetivos) em comum sobre o processo de trabalho, que variam de acordo com a singularidade no processo de cogestão do trabalho de cada equipe. O Método da Roda ganhou destaque como alternativa potencializadora desse esforço de cogestão. mas, também foi apontado que há a necessidade de reestruturação desse espaço de cogestão democrática, o qual é visto como insuficiente para garantir o trabalho em equipe efetivo.

Apesar de ter diretrizes que vêm, que partem da gestão, da Secretaria, mas cada Centro de Saúde da Família (CSF) tem as suas particularidades, o seu modo de tocar. Uns se permitem ousar, se permitem mudanças, outros mais conservadores esperam, "só vou fazer isso se de fato a gestão me autorizar". Mas, eu percebo que não é uma coisa uniforme, não há padrão, cada Centro de Saúde da Família, dependendo da sua equipe, dependendo das pessoas que estejam ali, tem autonomia. Eu sinto isso (Gabi, BRE.1).

O momento da Roda como um espaço mesmo de produção coletiva. E aí a gente vê que tem espaço, que esse é a grande potência do sistema: é o momento de planejar, é o momento do outro se ver, de se perceber, é o momento até de se apropriar mais de algumas informações de território (...) não basta, então, você instituir um modelo municipal de gestão, de coletivo e que a Roda seja esse dispositivo. Ela tem a potência para ser, mas ela será mais ou menos a depender de quem está no território (Nina, BRE.3).

Por exemplo, auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviços gerais, vigilantes nunca eram chamados, não existe um espaço democrático de eles se posicionarem, só falavam se alguém perguntasse, entendiam inclusive que a opinião deles não era importante. Existe uma fala inclusive marcante que dizia assim: "O meu papel aqui é limpar o chão". Se você me perguntar se hoje a Roda é de fato um espaço de cogestão, se eles conseguem mediar conflitos, eu penso que ela precisa passar por processo de reformulação (Vera, BRE.4).

Concordamos com Testa (1986b) que a compreensão destes espaços de cogestão implicam uma leitura crítica da própria rede de micropoderes, poderes em disputa que podem gerar como resultado ou a normatização e a burocratização dos processos de trabalho, ou

potencializar a democratização real, fortalecendo a integração dos profissionais de saúde. Na verdade, essas duas possibilidades acontecem conjuntamente, no interior dos serviços de saúde, variando conforme o estabelecimento de consensos, acordos e compromissos.

O Método da Roda, conforme proposto por Campos (2007), ao funcionar como um Coletivo Organizado, é ao mesmo tempo lugar da coletividade e de subjetividade, parece encontrar barreiras reais para sua efetivação. É possível perceber, que a racionalidade gerencial hegemônica torna-se um obstáculo aos arranjos organizacionais mais horizontais, ou seja, há um embate entre cotidiano e a cogestão da equipe, enquanto coletivo organizado, e sua real possibilidade de acontecimento, frente à centralização de decisões na alta administração, “diminuindo a autonomia dos sujeitos e sua participação no cotidiano da organização” (OLIVEIRA, 2014, p. 102).

Para D’Amour *et al.* (2005), a gênese da prática colaborativa passa, obrigatoriamente, pelas ações de gestão do trabalho, e pela existência de oportunidades de cogestão. No entanto, a mera instituição de reuniões não garante a colaboração e a resolução das dificuldades vividas pela equipe. Faz-se necessário, portanto, explorar os contornos do poder cotidiano, a rede de alianças (dentro e fora do serviço de saúde), para que possamos, efetivamente, tornar esses espaços em avaliativos, criativos, de qualificação e de inovação das práticas de saúde.

6.2.4 Governança clínica e tomadas de decisão compartilhada

Vários elementos forma conjugados nesta categoria, de certa forma, ela encerra em si o nó crítico em torno da colaboração interprofissional na APS. Em ambos os casos abordados neste estudo, foi possível identificar processos de governança clínica e tomada de decisão compartilhada. Entretanto, os profissionais de saúde de Coimbra destacaram que precisariam de mais supervisão nessa área e que, na maior parte do tempo, a colaboração fica limitada à micro equipe da medicina e da enfermagem, fazendo-se necessária a inclusão de outras categorias profissionais ao modelo. Nesse sentido, a governança é potencializada quando há discussão de casos clínicos como estratégia de integração e aprendizado, especialmente, na relação com os internos que frequentam as USF.

Penso que a colaboração interprofissional favorece, por exemplo, interconsultas frequentes e espontâneas para manejo dos casos clínicos e se reflete na confiança na competência nos parceiros de equipa. Aqui pode-se dizer que cada profissional da equipa veste a camisola (camisa) da USF (Beto, PTM.1).

Quando necessário e com certa regularidade, fazemos discussão de casos clínicos, nos quais se busca compreender casos específicos e planejar o cuidado. Estes são, na verdade, os únicos momentos em que há tomada de decisão compartilhada. No geral, cada médico decide sobre seus próprios pacientes, no máximo consultando a opinião da enfermeira (André, PTM.2).

Eu sou defensora de que se houvesse trabalho em equipa seria produtivo, não só para o utente, mas também para nós. Não se vê muito o trabalho em equipa. Vê-se o trabalho em equipa entre enfermeira e médico, mas para mim deveria ser de toda a organização (Rosa, PTE.3).

Os profissionais de Sobral destacaram dificuldades na implementação da clínica compartilhada (ampliada) e fragilidades da operacionalização do trabalho em equipe. Porém, algumas falas ressaltaram a importância do apoio (matricial) recebido através do NASF, realização de consultas e acolhimento compartilhado como estratégia integrativa.

Mas uma coisa que eu percebo ainda é essa questão do individualismo. Eu ainda vejo nas unidades que essa história do atendimento é centrado na queixa-conduta e no profissional-usuário (...) eles tinham que fazer essa micro intervenção, que era desencadear uma consulta compartilhada dentro da unidade. Não podia ser só ele, ele teria que chamar outros profissionais para fazer uma consulta compartilhada. Mas é difícil. Eu acho assim que esse negócio da colaboração interprofissional, a gente precisava entender como é que gente trabalha mais em colaboração (Gabi, BRE.1).

Com esse novo sistema que nós implantamos agora, o acolhimento continua sendo do enfermeiro, só que sempre tem um médico que fica ali ao lado. Então, simplesmente melhorou demais, porque ali a gente resolve tudo junto, um ajudando o outro e tem essa sensação de equipe muito maior (Mara, BRM.2)

Mas, aí o NASF é o apoiador da equipe. Eu não digo com a questão mesmo administrativa, mas digo de um apoiador mesmo da equipe. Hoje o NASF já compreende o papel dele. A equipe já compreende o papel do NASF. Depois de muita briga (...) fazem clínica. Mas é muito mais clínica compartilhada. Eles já não têm mais aquela lógica de atendimento especializado, "vou atender com nutricionista", não, muito mais (Vera, BRE.4).

No caso português, há uma centralidade na governança clínica, como um valor instituído, embora isso possa não estar totalmente estabelecido na prática. O arranjo organizacional estruturado através de processos de contratualização e a ênfase dada ao desenvolvimento de uma cultura de governança clínica tem impacto sobre o desempenho coletivo (PORTUGAL, 2017). Concordamos com Gomes *et al.* (2017) nesse aspecto, valendo considerar que também há disputa de poderes, nesse sentido, a reorganização da clínica apenas pode suceder em um confronto entre controle e autonomia, entre normalização e singularização das práticas no interior dos serviços. Da mesma forma, Biscaia (2006) adverte que a busca pelo desempenho da organização pode levar a problemas quanto à autonomia profissional e reforçar a hierarquia. Para este autor, a governança clínica na realidade deve ser

evidenciada através do trabalho colaborativo, flexível, crítico e voltado à mudança e à inovação das práticas de saúde.

Em relação a equipe da ESF, em Sobral, há que se destacar o papel do NASF, que por meio do desenvolvimento do apoio matricial, parece fortalecer a rede de suporte em torno dos CSF, atuando como equipe de apoio técnico-pedagógico, visando à ampliação da clínica (BRASIL, 2009b). Algumas falas apontaram para o processo de construção compartilhada de trabalho, o que representaria um ganho valioso. No entanto, concordamos com Campos (1999) que ainda é necessário fortalecer os vínculos de corresponsabilização entre o profissional da ESF e a equipe de apoio. Logo, trata-se de uma relação em construção.

para a equipe dos NASF também ainda tem essa falta de compreensão do que é o fazer do NASF: O que a equipe dos NASF vai de fato fazer? Como é que ele faz esse apoio matricial para as equipes? E aí, a gente pegando alguns profissionais aqui dos NASF do entorno, a gente percebia que os profissionais também (continua) entendiam assim: o que é colaborar? O que é fazer um apoio matricial? Eles não entendiam também que eles tinham que ter o seu núcleo de conhecimento, que eles precisariam também discutir, não estar ali só para animar um grupo, não estar ali só para facilitar as atividades em grupo, eles também tinham o papel de ver o seu núcleo de conhecimento e também ajudar a resolver os problemas daquela população, daquela comunidade, daquele território (Gabi, BRE.1).

6.2.5 Conflitos, estresse e *Burnout* no trabalho no contexto da APS

O cotidiano de trabalho dos profissionais da ESF, em Sobral, e das USF, em Coimbra, parece ameaçado por uma série de fatores estressores, rivalidades e conflitos interpessoais mal administrados. Algumas falas ressaltam os espaços de cogestão como auxiliares do processo de resolução desses conflitos, no entanto, outras falas apontaram desmotivação, desgastes, desconfiança e sobrecarga de trabalho como geradores de estresse e até mesmo *Burnout*, estresse laboral crônico caracteriza-se pelo esgotamento físico e emocional do trabalhador (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Fazemos reuniões periódicas, uma ou duas vezes ao mês e discutimos assuntos internos, conflitos e soluções (...), por vezes, tenho discussões acaloradas com os colegas (mas é meu estilo de personalidade). Mas isto não tem afetado o clima cordial que existe entre todos (André, PTM.2).

As reuniões são sempre muito problemáticas, com muito estresse. E é rara a reunião que nós saímos de lá satisfeitos (...) acho que as reuniões deveriam ser por equipa e depois faríamos outra, todos juntos. Algumas vezes é apenas passar informação. Não há aquela postura de o coordenador dizer: “enfermeira Rosa, há alguma coisa que queira dizer, como correu esta semana, ou alguma aresta que acha que deva ser limada”, pronto, saber escutar o outro lado (Rosa, PTE.3).

Ultimamente, anda tudo muito desmotivado. Vou dizer o porquê: nós enfermeiros trabalhávamos 35 horas semanais, mas de um ano para cá, temos de trabalhar 40 horas semanais, ou seja, aumentaram-nos o tempo de trabalho, diminuíram-nos as férias e vencimentos. Passamos aqui mais horas e há mais sobrecarga de trabalho e estresse. Por mais que eu goste do meu trabalho, nós, de vez em quando, chegamos a um limite (Rosa, PTE.3).

Quando temos conflitos, há sempre pessoas que tem mais jeito do que outras para lidar com eles. É preciso conhecer as pessoas. (...) se há um desacordo, discutisse na reunião que ali há um problema a fazer alguém se sentir mal e as pessoas dizem suas queixas, mas depende das pessoas que tem mais jeito para lidar com a situação (Inês, PTM.4).

Segundo Chiavenato (2004), devemos considerar que a grupalidade, ou a organização, idealizada e sem conflitos, não existe, pois as pessoas nunca têm os mesmos objetivos, sendo o conflito inerente às relações de poder ali estabelecidas, seja entre indivíduos, ou grupos, o conflito é muito mais que um simples desacordo ou desavença, constituindo-se, por um lado, como uma interferência nos processos de trabalho, por outro lado, como gerador de energia para processos de mudança organizacional.

Isso aí, às vezes, não acontece, porque acaba tendo embates, conflitos, essa história das disputas mesmo. E a gente enfrenta isso muito. A gente percebe isso dentro da Estratégia de Saúde da Família, que ainda tem, no dia a dia ainda tem (Gabi, BRE.1).

O trabalho em si não prejudica, mas acho que mais o lado pessoal, os conflitos, mais uma ferrugenzinha, talvez diária, que se forma e que talvez no futuro a relação do trabalho piore (Mara, BRM.2).

A gente percebeu essa fragilização. E aí, quando a gente conversa isso com os profissionais, que isso já foi tema inclusive de discussão, o que eles alegam é a grande demanda: "Eu tenho uma grande demanda, que nos impede muitas vezes de sentar com a equipe, de dialogar, de fazer o trabalho em conjunto" (Vera, BRE.4).

No caso das USF portuguesas, a sobrecarga é mais sentida, quando a equipe não está completa, por exemplo, quando há afastamento por enfermidade ou férias, sendo a equipe cobrada a manter o mesmo ritmo de produção. No caso das equipes da ESF brasileiras, esta sobrecarga e estresse foi apontado como resultante de uma demanda de trabalho excessiva. Não houve elementos suficientes para refletir se essa demanda é de fato excessiva ou está desorganizada, mas esta é uma questão que tem múltiplos fatores associados.

Brito (2015, p. 60), ao discorrer sobre as condições de trabalho na ESF, ressalta que a sobrecarga de trabalho pode dificultar a “abordagem adequada das necessidades dos usuários” e afetar a qualidade do cuidado. O autor destaca que essa sobrecarga está relacionada com a ausência de categorias profissionais adicionais que colaborariam com o cuidado integral e com o número insuficiente de profissionais nas equipes da ESF. Entretanto, essa cobrança por

outras categorias profissionais esteve mais presente nas falas dos profissionais das USF. No caso de Sobral, há um rol de categorias inseridas no cotidiano das equipes da ESF, através do NASF e da Residência Multiprofissional, talvez por isso, essa queixa não tenha se pronunciado.

Foram também apontados conflitos com a gestão superior como constrangedores no cotidiano dos serviços, gerando ansiedade e comprometendo a qualidade do cuidado. Isso será tratado mais à frente. Houve manifestações de resiliência e enfrentamento nessas situações desgastantes, no esforço de integração em cada equipe, o que também será melhor discutido a seguir.

6.2.6 Relação vertical de poder entre a gestão e o serviço

Foram apontadas várias dificuldades entre os serviços de administração, coordenação e gestão e as equipes de Saúde da Família, em ambos os casos, com tons diferenciados. Os profissionais das USF de Coimbra destacaram dificuldades na articulação com o conjunto administrativo do SNS e a necessidade de uma reestruturação político-administrativa. Esses profissionais reconhecem a autonomia relativa das USF no modelo, mas apontaram a dificuldade de reconhecimento, por parte do setor administrativo, das demandas organizativas internas das USF, e indicaram carência de apoio institucional da gestão regional (ACeS e ARS) e dificuldades de implementação do apoio institucional das ERA, quando este se faz necessário. Além disso, há falta de transparência com relação a dificuldades no repasse de incentivos, conquistados mediante desempenho, impondo ao modelo um nó crítico.

A governação clínica e a articulação com ACeS são pontos críticos que necessitam de melhorias. As USF seguem num ritmo diferenciado em relação as coordenações regionais que de fato não realizam a supervisão clínica e não conseguem dar resposta as necessidades da USF, com rapidez (Beto, PTM.1).

Existe um “gap”, um distanciamento, e conflitos entre a administração e os serviços e seus profissionais. Não tenho maiores dificuldades, porque digo para não interferirem com minha clínica. Faço bem o meu trabalho e cumpro as regras, atendo meus utentes e eles vêm aqui fazer o que? Ah, me deixem trabalhar em paz! Se não for para me ajudar e trazer melhorias então não me interessa (André, PTM.2).

Para mim, os obstáculos que temos são os compromissos que tem conosco e não o fazem. Nós conseguindo atingir nossos objetivos, dão-nos de compensação os incentivos. E nós este ano conseguimos o total dos incentivos. Todos os anos temos conseguido algum valor. Agora eu acho que nós ainda não temos os incentivos de 2014. Ainda não nos deram nada e isso desmotiva muito as pessoas. Porque assim, nós já estamos a pedir os incentivos de 2015 e dão-nos assim alguma desculpa (Inês, PTM.4).

Se em 2014 nós tivemos ganhos de 12 mil euros... onde é que eles estão? Os incentivos ainda não chegaram. Porque não fazem um plano de investimento? Nós saberíamos muito bem onde investir esse dinheiro. Não é gastar, é investir. Este dinheiro não chega por questões administrativas, porque há alguém que perderia o poder. Tem excesso de poder do administrativo (Luiz, PTM.6)

Os profissionais da ESF de Sobral destacaram a relação verticalizada e de disputa de poder entre as equipes do CSF e a gestão superior, embora haja espaços institucionais em que a gestão é negociada com as equipes, representadas pela figura do “gerente de unidade”. No entanto, a recente mudança de gestão municipal foi, segundo as falas registradas, geradora de um contexto político ameaçador, com aumento de tensão em relação à seguridade do trabalho, tendo em vista a precarização dos vínculos trabalhistas, causando impactos reais no desempenho no trabalho. Esta tensão também foi percebida pelo pesquisador no contato com as equipes e pode ter sido uma causa possível no número mais restrito de respostas ao questionário enviado via e-mail.

Geralmente, acontece de acordo com a gestão. A gestão é quem pede. A gestão superior é quem chega e pede: "Vocês têm que...". É de cima para baixo, não é uma coisa que vem da equipe para a equipe, vem da gestão, da secretaria para o posto. (...) atualmente, as pessoas trabalham com medo, porque estão muito indefinidas as coisas. Então, atualmente, as pessoas têm medo. E antes também. Na outra gestão, as pessoas também não estavam satisfeitas com as cobranças. Sim, o que falam muito é sobre as cobranças, que eles cobram muito e não têm muita contrapartida financeira. Também tem isso, a cobrança é muito grande (Mara, BRM.2).

eu acho que não é uma situação específica de Sobral, mas nós temos um problema, uma situação, um problema mesmo, que eu considero, crítica no Estado brasileiro, que é a vulnerabilidade das políticas públicas em função dos ciclos eleitorais, porque é uma quebra (...) isso tem muito a ver com a precarização dos vínculos e com as insuficiências ainda dos processos de gestão do trabalho (...) se você for ouvir os trabalhadores do sistema hoje, tem muitos que estão em estado de tensão, tem um monte que estão em estado de tensão (Nina, BRE.3).

Nós estamos passando um processo, desde o ano passado na verdade, de mudança no modelo de atenção. Essa tensão existe nas pessoas, que refletem no dia a dia e que às vezes podem desmotivar no sentido de eu pender mesmo, de "eu não sei se eu vou estar aqui", esse momento que está causando um pouco de incerteza na vida dos profissionais (Vera, BRE.4)

Cunha e Campos (2010, p. 34) destacam a necessidade de uma reflexão crítica sobre o papel da racionalidade gerencial hegemônica nos SiS, algo que impõe pressupostos administrativos, que passam a ser introjetados socialmente, tais como, a especialização e a seleção instrumental do trabalhador. a separação entre “quem pensa, sabe e decide” de “quem executa o trabalho, não sabe e apenas obedece”. Nesse sentido, para além da lógica do modelo biomédico e do seu corporativismo associado, há também um corporativismo administrativo,

que pode ser evidenciado pelas falas dos participantes, com relações verticalizadas, nas quais os trabalhadores tem bastante dificuldades de fazer valer os seus interesses e desejos. Os autores apontam que a saída estaria no fortalecimento dos processos de cogestão democrática e construção de coordenações interdisciplinares.

Silveira (2008) nos alerta que o sistema burocrático, com vistas a metodização dos processos de trabalho, tende a considerar os aspectos subjetivos e afetivos do comportamento humano como disfuncionais (fatores adversos) à racionalidade organizacional. Prevalendo, muitas vezes, o argumento técnico. Ressaltamos, no entanto, que a legitimidade do poder dos profissionais do Saúde da Família, em ambos os casos, está ameaçada pela racionalidade organizacional, pelos limites e restrições impostos pelo sistema, o que vai além do discurso técnico, uma vez que esses conflitos geram tensões reais que afetam o desempenho do trabalho e da própria saúde dos trabalhadores.

6.2.7 Coesão, confiança e resiliência das equipes da APS

Esta categoria esteve relacionada a questões, aparentemente ambíguas, em ambos os contextos analisados nesta tese. Por um lado, a confiança na competência dos colegas foi relatada como evidência de colaboração interprofissional. por outro lado, as dificuldades interpessoais e a falta de confiança (interpessoal) o diálogo e a participação também foram aspectos apontados. Houve falas importantes, no sentido de destacar a capacidade de auto suporte e de resiliência das equipes de Saúde da Família em ambos os casos.

Quando uso essa confiança com o colega, percebo que depois essa confiança serve de arma de arremesso. Se eu precisar muito daquele colega é capaz de depois me atirar a cara. Tenho-me fechado mais ao meu gabinete e me fechado mais aos meus utentes. Existe a confiança, mas em alguns colegas, não em todos (...) muitas vezes o que faz falta mesmo é o escutar, o perceber, o pôr-se na pele do outro (Rosa, PTE.3).

As pessoas têm problemas lá fora e problemas cá dentro e quando alguém anda mais triste tentamos saber porque e nessa altura conversar com aquela pessoa. Eu acho que é muito porque estamos todos trabalhando juntos desde o princípio, na equipa (Inês, PTM.4).

Há sempre um que chama a razão. E funciona como uma família, com marido, mulher, mãe e filhos. Quando uns não estão a pensar da maneira que seria o ideal, há alguém que chama a atenção. Depende da pessoa no momento. É interessante. É assim, vamos lá ver... sobre o estresse, uns descompensam numa fase, adoecem numa fase, mas os outros que estão bem, tentam ajudar. Estes que estão bem, também já estiveram mal. Vamos tentando manter o equilíbrio assim (Dalva, PTE.5).

Só conseguimos aguentar porque a resiliência está cá dentro. Esta equipa, se não tivesse a frente quem tem, se não tivesse as pessoas que cá estão, teria falido, se não fossem as pessoas (Luiz, PTM.6).

Eu acho que dá para resolver conflitos. A equipe aqui é muito unida. Eu acho ela muito unida. E tem espaço de aprendizado, tem tudo. Eu acho que dá sim. Não sempre. Não sempre, mas dá para resolver os conflitos também em volta. Também se trabalha muito. A Residência Multiprofissional, às vezes, faz alguns trabalhos de aproximação, coisas desse tipo (Mara, BRM.2).

Essa questão da motivação também tem todo um algo atrás, mas, no geral, eu ainda acho que nossos profissionais têm uma motivação, têm uma vontade de mudar, fazem coisas surpreendentes, inclusive sem colaboração financeira. "Financeira", que eu digo, da gestão. Tem lá Outubro Rosa, então, a equipe toda se junta, ornamenta a unidade, faz várias ações, compra brindes (...) essa motivação ainda para mudança, essa motivação para conquistar a comunidade, para se empenhar, a gente ainda tem (Vera, BRE.4).

Nas falas elencadas, cabe destacar que a percepção em torno da confiança e da capacidade para enfrentar as adversidades varia de equipe para equipe, sendo muitas vezes notória a fala em torno das “pessoas que fazem esta diferença” e não uma alusão há alguma estratégia organizacional específica. Exceto por uma fala, em que se destaca o papel da Residência Multiprofissional na gestão de conflitos internos.

Além disso, é importante considerar a última fala, em que se sinalizam adversidades como dificuldades de financiamento para atividades de Promoção da Saúde (Outubro Rosa²³) por parte da gestão. Emerge dessa fala, a resiliência a partir do esforço da própria equipe no trabalho e no financiamento da atividade. Some-se a isso as dificuldades já apontadas, por exemplo, a precarização do trabalho, sinalizando um grave problema de planejamento que pode comprometer a qualidade do cuidado. Esse tipo de esforço coletivo da equipe também foi identificado em Portugal, onde, por exemplo, uma equipe custeou a reforma de uma sala de espera infantil, sem nenhuma contrapartida da gestão.

Concordamos com Lee, Stajkovic e Sergent (2016) que os grupos de trabalho enfrentam problemas cada vez mais difíceis quando percebem o grau de incerteza nas organizações. Quando não se percebe o apoio da gestão e a exigência organizacional, tal percepção torna-se crescente, podendo gerar impactos negativos na confiança, a nível do grupo, resultando em uma percepção coletiva negativa quanto aos resultados do grupo como um todo, favorecendo, por exemplo, o exercício do controle autoritário. Para Bandura (1995), as adversidades vividas a nível do grupo de trabalho, como experiência coletiva, são o alicerce para a resiliência grupal e podem se constituir em importante fonte de aprendizado.

²³ Campanha que busca estimular a participação da população, visando ao controle do câncer de mama, realizada sempre no mês de outubro, a qual, comumente, faz parte do plano anual de atividades das Secretarias de Saúde Municipais e das atividades de Promoção da Saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde da Família.

No entanto, é importante considerar, segundo Araújo, Melo e Rios (2011), que a resiliência engloba: a) as adversidades, como circunstâncias negativas enfrentadas pela pessoa, grupo ou família; e b) a capacidade de enfrentamento, necessária ao ajustamento social. Trata-se, portanto, de um processo dinâmico, que não envolve apenas a resignificação daquilo que é vivido, ou em último caso, a adaptação como conformação individual, envolvendo, sobretudo, uma série de habilidades que visam ao protagonismo diante da situação ameaçadora e da transformação do próprio contexto ou, ao menos, a possibilidade da criação de novos horizontes, novas vias de ação possível.

Nesse ponto, concordamos com a noção de poder enquanto capacidade de ação, segundo Testa (1986a e 1986b). Os atores sociais, no cotidiano dos serviços, através de sua participação nos conflitos e debates sociais, internos e externos (em situações de distribuição desigual de poder), disputam o que fazer e o como fazer, seu processo de trabalho, construindo alianças e formando grupos sociais distintos. Percebe-se, assim a riqueza do Pensamento Estratégico na compreensão da gênese do comportamento colaborativo e das relações interprofissionais nos cuidados primários.

6.2.8 Participação, co-responsabilização e relação profissional-usuário na APS

Esta categoria concentra muito da orientação da relação profissional-usuário e das estratégias, facilidades e dificuldades vividas pelas equipes de Saúde da Família, em ambos os casos, na efetivação do vínculo positivo com os usuários, família e comunidade, além do incentivo à co-responsabilização como autocuidado, ou como co-participação no processo de cuidado. Nesse sentido, o papel do usuário como “tomador de decisão” em relação ao manejo clínico, apareceu mais forte entre os profissionais da USF portuguesas. Enquanto que, na ESF brasileira, a afetividade na relação com o usuário ficou bem destacada.

Em um hospital, o médico-cirurgião não precisa ter muita interação com seu paciente. Ele executa seu procedimento e pronto. Mas, nos cuidados primários, ou mesmo na pediatria, tenho de ouvir o que o utente tem a dizer sobre sua doença. É preciso perceber como ele percebe sua doença e passar para ele as informações que ele precisa para que o tratamento seja bem-sucedido (André, PTM.2).

Acho que nossos utentes são muito respeitados e tem muita sorte de nos ter aqui, porque, primeiro, não gosto de mandá-los embora sem serem atendidos. E nós temos uma situação de urgência que é das 08 até as 09 horas da manhã. E muitas vezes eles estão mal-educados e veem depois dessa hora. E mesmo assim peço, quando necessário, para a doutora vê-los. E por acaso a doutora com quem trabalho diz assim: “ah já estou sobrecarregada, mas espera um bocadinho que vou ver”. E ela quase nunca manda alguém para casa sem o ver (Rosa, PTE.3).

é importante capacitar o doente, para que ele possa tratar sua própria doença, que não somos nós que a vamos tratar. Vamos dar alguns conselhos, que ele pode aceitar ou não aceitar, para a vida dele. E para isso temos de empatizar com a pessoa. Se não nos pomos um bocado no lugar deles, eles não vão receber isto como uma coisa para eles (Inês, PTM.4).

A gente conhece o paciente: conhece pelo nome, conhece nome e sobrenome, conhece o pai, "como é que está seu pai?", "e aí? Melhorou"? Não vou dizer que são todos, que é quase impossível, mas alguns que a gente tem mais contato e tudo, que a gente conhece a história de vida deles... Tem uns que dá vontade até de "não, senta aqui. É de casa", "puxe uma cadeira e fique aí" porque que a gente cria vínculos (Mara, BRM.2).

Eu penso que o vínculo nessa relação é de cuidado, de atender à necessidade do usuário, às necessidades mais imediatas, isso eu acho que é forte, que é estabelecido, está na agenda do gerente, está na agenda do profissional da equipe. Agora, penso eu que eu não vejo a autonomia desse usuário por meio da sua participação na definição do seu plano de cuidado. Acho que isso ainda é desafiador (Nina, BRE.3).

Essa categoria também envolve a participação do usuário a nível mais amplo, visto como parte de um coletivo que avalia e discute a governança dos serviços de saúde. Em ambos os casos, foram relatadas dificuldades quanto à efetivação da participação social em saúde. Em Portugal, poucas USF afirmaram ter um comitê de utentes ativo e, mesmo quando esse comitê existe, tem uma representação insuficiente, sendo majoritariamente de iniciativa dos próprios profissionais da USF.

Estive a pensar com um colega um estatuto para "amigos da unidade". O meu objetivo era ter um grupo de utentes que representasse os demais. Porque nós já temos a imagem de dentro para fora e gostávamos que alguém nos desse a imagem de fora para dentro. Já contactei várias pessoas, principalmente, aqueles que eu acho que eram pessoas influentes da terra, mas acho que eles não estão muito motivados para isso. Mas, fazemos questionários de satisfação e depois o próprio ACeS também faz (Inês, PTM.4).

Em Sobral, houve algum destaque para o papel dos conselhos locais de saúde, como uma estratégia facilitadora da participação social em saúde, embora algumas falas tenham questionado a força dessa estratégia, que parece ter sido mais potente no passado.

A gente não sabe exatamente onde é que estão os nós, os entraves (...), mas, ainda, essa questão da educação, eu acho que os usuários são um pouco implicados, eles não são convidados. A gente sabe, hoje, essa questão do controle social, ele perdeu. Eu sinto isso, que ele se perdeu em Sobral. Ninguém fala mais nada, os conselhos locais não existem, os locais de escuta da população não existem. Perdeu-se (Gabi, BRE.1).

A gente vê (na abertura dos congressos da cidade), a população lá ativa ditando suas prioridades, é ano de conferência, isso está mais forte. Então, tem esses momentos que essa voz é mais aguçada (...) um esforço tem. Mas, às vezes, eu acho que precisa ter mais continuidade, precisa ter mais oportunidades (Nina, BRE.3).

A gente tem várias experiências fantásticas de conselhos que ele tem a sua autonomia e que não é aquela coisa que é um fiscalizador, que a unidade de saúde é quem de certa forma domina ou coordena o conselho, é a própria comunidade que dá seguimento. Por exemplo, lá no Dom Expedito, uma experiência muito boa, que o Rio Acaraú estava contaminado, as pessoas que moravam na beira do rio estavam com várias doenças: escabiose, diarreia, várias coisas por conta do lixo que acumulava. Então, o conselho local lutou muito junto à gestão para que fizesse a descontaminação do rio. Foi feita toda uma limpeza. Mas, foi fruto do trabalho foi do conselho (Vera, BRE.4).

O cuidado centrado no paciente (usuário, família, comunidade) é uma das competências (domínio de conhecimento, habilidades e valores) que está na base do desenvolvimento da colaboração interprofissional (CANADA, 2010). Em termos ideais, esse cuidado é produzido na relação de parceria entre a equipe de profissionais de saúde e um paciente, de modo que o paciente mantém o controle sobre seus cuidados, acessando os conhecimentos e habilidades dos membros da equipe, a fim de construir um plano de cuidados realista.

Além disso, conforme D'Amour *et al.* (2008), sobre o modelo de colaboração interprofissional, é possível avaliar o grau, isto é, se os profissionais estão ou não focados nos interesses dos pacientes. Os autores destacam que a necessidade da participação do paciente está bem fundamentada na literatura, mas carecem indicações de como alcançá-la, não apenas no sentido da clínica, em si, mas na construção de ações coletivas.

Serapioni e Matos (2013) destacam que na participação social, no sentido mais amplo de ação coletiva, os cidadãos e seus representantes (associações, conselhos etc.) tem possibilidade de influenciar, direta ou indiretamente, as tomadas de decisão (planeamento, organização e avaliação). No entanto, os autores identificam que a representatividade é um dos principais desafios a efetivação dessa participação. De fato, os muitos entraves a democracia deliberativa fazem com que a aproximação dos cidadãos ao sistema de saúde continue apresentando um *gap* entre o discurso oficial, ou seja, o que está previsto nas portarias, decretos e manuais, e aquilo que de fato acontece nos territórios.

6.2.9 Avaliação e auditoria nas unidades de saúde da família

Esta categoria apareceu de forma, mais restrita, entre os participantes. Para os profissionais da USF portuguesas, as estratégias de avaliação interna são realizadas com certa frequência, com algumas diferenças para cada equipe. Em versões mais informais, essas estratégias se desenvolvem como parte do processo de cogestão, como processos de auditoria

interna e como pesquisas de satisfação, com parceiras com instituições de ensino superior. Neste último caso, envolvem também os usuários.

Em nossa USF, temos processos de auditoria interna e realização de pesquisas de satisfação junto aos utentes duas vezes por ano, mas esta não é regra para todas as USF (Beto, PTM.1).

Nós temos uma grelha de ordem (um *check-list* de indicadores) que nos diz quais são os padrões de uma boa unidade. E nós, no meio do ano, entregamos a um (membro) mais novo, ele tem de verificar se estamos ou não a cumprir com a grelha. Também temos o PAI (Plano de Avaliação Interna) que é um plano que achamos importante para avaliação interna (Inês, PTM.4)

Para os profissionais da ESF brasileira, os processos de autoavaliação das equipes parecem ser incipientes e, em alguns casos, visto como ameaçadores. Apesar dessa posição, muitas falas apontaram a importância do PMAQ como ferramenta de avaliação e como auditoria, servindo as equipes como instrumental capaz de averiguar diferentes aspectos do processo de trabalho, inclusive, permitindo uma avaliação da satisfação do usuário, ainda que esse resultado não chegue a retroalimentar as práticas em saúde.

O PMAQ de fato foi uma política de avaliação da melhoria do acesso da qualidade na atenção básica. Dentro do PMAQ, a gente percebe que é um pouco parecido (...) e aí era um processo interessante, que tem uma avaliação externa, onde tem avaliadores, que não são avaliadores na verdade, são entrevistadores, que vão verificar as condições, se de fato atende ou não atende. A pessoa diz que faz isso; "mostre um comprovante, mostre um documento que comprove que você de fato acompanha as pessoas com hipertensão e diabetes, mostre um documento que comprove que vocês se reúnem." É um entrevistador que faz perguntas e pede para ver um documento que comprove, então é uma auditoria (Gabi, BRE.1).

Nessa estratégia do PMAQ tem uma parte que a gente de fato escuta, tem uma amostra de usuários que a gente tem que ouvir para saber se está satisfeita etc. Dentro dessa política do Brasil, do PMAQ, tem essa parte. Às vezes, também eu me pergunto: o que é feito do resultado desse PMAQ? (Gabi, BRE.1).

Nós não temos a cultura avaliativa. Avaliação tem um efeito negativo em cima das pessoas. Eu sei da importância da avaliação, que deveria ser feita, claro, mas eu estou dizendo que as pessoas não têm essa cultura e têm medo de avaliação. Qualquer avaliação, elas pensam em repreensão (Mara, BRM.2).

Segundo Biscaia e Heleno (2017, p. 709), a contratualização e a avaliação, entre outros são princípios que estão na base do modelo da USF. As atividades de gestão, que envolvem o funcionamento geral, planejamento, monitorização e avaliação interna do trabalho, devem ser repartidas entre o coordenador e os demais profissionais para manter a eficiência e a sustentabilidade organização. Há, no cerne do modelo, uma busca pela “qualidade organizacional”, que se manifesta na “criação das condições para um trabalho em equipe

dentro da unidade e em rede com os diferentes elementos do sistema de saúde”, com envolvimento direto dos profissionais.

Em relação ao PMAQ, em suas diretrizes, ou seja, de modo ideal, deve caracterizar-se por ser um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade da gestão, do processo de trabalho e dos resultados alcançados pelas equipes de saúde. Além disso, deve desenvolver uma cultura de negociação e contratualização da gestão, em função dos compromissos e resultados pactuados, estimulando uma mudança do modelo de atenção, desenvolvendo os trabalhadores e garantindo a satisfação dos usuários (BRASIL, 2012).

Concordamos com Pinto, Sousa e Ferla (2014) que o PMAQ tem, de fato, um potencial indutor de mudanças na construção de uma cultura de avaliação e no fortalecimento da capacidade institucional das equipes e dos sistemas locais de saúde. Mas, não temos elementos, neste estudo, para afirmar que isso se dá da ESF de Sobral. Além disso, concordamos com Seidl (2014) que os municípios possuem papel central na condução e na gestão da APS, de forma que há uma realidade díspar entre os interesses e as iniciativas federais (em políticas como o PMAQ) e a multifacetada realidade local dos municípios brasileiros.

6.2.10 Corporativismo e medicina nas equipes de saúde da família

Em ambos os casos, foi relatada a relação diferenciada da categoria Medicina, considerando-se o conjunto de atividades realizadas pela equipe no interior dos serviços de saúde. Esses dados evidenciam a compartimentalização da clínica médica, ante os ditames do “modelo interprofissional”, sendo válido destacar a relação desigual de poder entre as categorias de medicina e de enfermagem, o corporativismo biomédico, que pode se tornar um desafio à implementação da clínica ampliada.

Apesar de manter bom relacionamento com os colegas, não tenho realmente muito contato com eles e não há interação real no processo de trabalho, ou de tomada de decisão clínica. Cada médico governa seu trabalho e só requisita ao colega o mínimo possível em caso de necessidade, substituição, uma ausência inesperada, algum caso agudo etc. (André, PTM.2).

Eu e a médica da minha equipa nos damos bem. Temos estado a aparar algumas arestas, porque a doutora veio de outro centro de saúde, mas há coisas que não correm tão bem. A doutora gosta de misturar as coisas, saúde do adulto, do menino, do idoso, tudo misturado e eu não estava habituada a isto. Fazíamos um dia para cada coisa. E isto me sobrecarrega. Estou a ver idosos e de repente vem criança para vacinar. Mas, há sítios que corre pior (Rosa, PTE.3).

Estamos sempre abertos à inovação. Só não estamos abertos às novas modas da medicina. “Surgiu este tratamento novo, agora este é a melhor coisa”, não, aí sou completamente contra. Na medicina, há uma coisa que é muito dinheiro por trás de quem quer vender um bem, ou técnica, ou medicamento, ou outra coisa qualquer (Luiz, PTM.6).

Algumas falas de profissionais da medicina mostraram que estes profissionais, por vezes, ainda veem a categoria de enfermagem como insegura e dependente da opinião médica, ou como função caracteristicamente subalterna. Mesmo quando a capacidade de trabalho da enfermeira é reconhecida, o uso de termos pejorativos denunciam a presença da relação desigual de poder.

Eu acho que o que pode minar o trabalho é a pessoa se aproveitar do médico no sentido de "eu posso até resolver, mas vamos logo encaminhar para um médico", a pessoa não dá tudo de si, tem aquela preguiça, alguma coisa assim desse jeito. Eu não sei, não posso julgar, mas isso era uma coisa que realmente minava a relação. Eu tive até um testemunho, de uma agente de saúde, que um paciente chegou para ela e sentia também essa mesma coisa, de que aquela enfermeira, aquela pessoa em particular, dava a sensação de que estava jogando a pessoa para o médico. "Está querendo se livrar de mim?" "Não, eu estou querendo me livrar deste paciente. Vou encaminhar para o médico." (Mara, BRM.2).

Mesmo porque também as enfermeiras que compõem a equipe são também já bastante experientes. Eu acho que isso é também uma das coisas que reforçam e facilitam a convivência, porque elas, também, são minimédicas. Eu confio plenamente nelas (em) tudo (Mara, BRM.2).

Tenho uma colega médica que é mais introvertida e séria, mas tem uma enfermeira daquelas, sabe? Destas que é como um trator, sabe resolver todo e qualquer problema que surge. Lida bem com os pacientes e até ajuda as outras enfermeiras quando há alguma dificuldade. Com uma enfermeira destas fica mais fácil (André, PTM.2).

Outras falas destacam a dificuldade em integrar as categorias de medicina e odontologia no trabalho colaborativo, incluindo a dificuldade de integração do profissional médico nos espaços de cogestão, momentos de avaliação e outras ações coletivas construídas no cotidiano das unidades de saúde.

Fragmentado no sentido de que cada um cuida do seu fazer profissional e que essa integração entre as categorias ainda é muito distante, na verdade, principalmente na categoria médica, eu diria, e do dentista. Inclusive, a gente fazia uma discussão na reunião de gerentes com os gerentes (...) de que a odontologia é uma caixinha dentro Saúde da Família e muitas vezes ele não é entendido como um membro de equipe (Vera, BRE.4).

É uma dificuldade grande. Às vezes, também eu penso, eu questiono, que eu não sei se é o médico que não se insere ou se, para a equipe, é mais "vantajoso", eu diria, no sentido de que o médico atenda às pessoas que estão doentes. Isso acontece em algumas unidades no dia Roda. No dia da Roda, ao invés de o médico participar, ele prefere estar atendendo, ou a equipe prefere que ele esteja atendendo, ou nem uma coisa, nem outra: ele tira folga no dia da Roda (Vera, BRE.4).

Concordamos com Ribeiro e Amaral (2008, p. 91) quando sugerem que, para se organizar o cuidado centrado no paciente, “o ponto em discussão é o poder do médico *versus* a autonomia do paciente”. Os autores falam do modelo biomédico e sua hegemonia na ciência médica, através do estabelecimento de um saber e de um poder conferido à categoria da medicina, que tem no instrumento do diagnóstico uma preponderância sobre a doença e o doente.

No entanto, os autores apontam que a relação médico-paciente passou por transições, que envolveram novos modos de cuidar, modelos alternativos da prática clínica e a prevalência das doenças crônicas, requerendo do profissional da medicina a capacidade de negociar com o paciente as metas a serem alcançadas. Elementos típicos da clínica, como a cura, danos, risco e prevenção precisam ser ressignificados, com vistas aos ganhos na qualidade de vida do paciente, tornando ainda mais evidente, no cenário da Saúde Pública, em Sistemas de Saúde ditos universais, como o SUS e o SNS português, que no conjunto de seus princípios e diretrizes há uma proposta de clínica crítica ao modelo hegemônico.

6.2.11 Relação entre APS e Rede de Atenção em saúde

O trabalho da APS deve estar estruturado de forma a ter uma forte ligação com a rede integrada de serviços. No contexto apresentado nas falas dos profissionais de saúde de Coimbra, verifica-se que há ganhos na consolidação do sistema, especialmente, com relação ao sistema de informação e ao controle do acesso a informação dos usuários, através dos vários níveis de atenção. No entanto, a organização do processo de trabalho parece requerer novas reformas na estrutura dos órgãos reguladores.

A USF atua em colaboração com estruturas da comunidade e com as estruturas do ACeS regional. As consultas podem ser marcadas para o Médico de Família, antecipadamente, por telefone, presencialmente, ou por e-mail. É compromisso a marcação de consulta no prazo de 5 dias úteis, salvo período de férias. Todas as USF são informatizadas e utilizam prontuários (da família) digitais. Os profissionais de saúde (inclusive internos) tem acesso a informações nos computadores, mediante senha e *login*, visando manter a confidencialidade das informações (Beto, PTM.1).

A questão da governação em saúde é um desafio a ser superado através da ampliação do modelo USF e de um redimensionamento dos agrupamentos de saúde (ACeS), que deveriam ter uma maior proximidade com os serviços, reconhecendo suas forças e fraquezas, apoiando a equipa e garantindo suporte a clínica (André, PTM.2).

No caso dos profissionais da ESF de Sobral, foram destacadas dificuldades de implementação da rede de cuidados, entre os níveis primário e secundário. Algumas falas apontaram o reconhecimento do papel da APS como “primeiro contato” do usuário com o sistema. Outras ressaltaram o oposto, apontando que esse papel ainda é incompreendido pela população.

Não, não tem qualidade. Não tem qualidade, por exemplo, porque a rede sempre emperra quando parte para a atenção secundária: falta de médico para exames, para fazer ultrassom, que não tem etc. (...) O que eu penso é que o problema não está na atenção primária, o problema está na atenção secundária — porque as pessoas reclamam. As pessoas não têm ideia do que é a função da atenção primária e a função da atenção secundária. As pessoas reclamam justamente disso: é o exame que não sai, é o médico, ou a especialidade que não tem, ou o medicamento que não tem; não tanto pelo nosso trabalho, mas mais por outras coisas que estão atreladas (Mara, BRM.2).

Algo que também é um diferencial que eu vejo é essa compreensão que a grande maioria dos nossos profissionais da Estratégia de Saúde da Família tem é que elas são coordenadoras, são ordenadoras da rede e coordenadora do cuidado e que de fato tudo tem que passar por aqui, o primeiro acesso, a primeira entrada (Vera, BRE.4).

O conjunto que compõe o sistema local, chamado de Saúde Saúde-Escola, foi reconhecido em seu papel integrador do sistema.

O Sistema Saúde Escola é um coletivo em diálogo o tempo todo. Aí, nós temos instituições de formação em ensino superior públicas, cada uma com a sua cultura institucional, com os tipos de curso que cada um também tem um papel definido, mas, eu prefiro dizer assim, a ser redefinido na sociedade, aí, nós temos instituições privadas de ensino superior, que ofertam cursos presencial e semipresencial, nós temos instituições estaduais públicas de oferta de ensino médico integrado, nós temos instituições de oferta de ensino médico privado, nós temos o olhar do controle social, das instâncias, que (falam) da participação (Nina, BRE.3).

A estratégia local de informatização na Saúde materno-Infantil foi indicada como uma boa prática, destacando-se ganhos reais na qualidade do cuidado.

E a gente também tem aqui em Sobral com relação à Saúde Materno-Infantil. A gente tem uma ferramenta, que é no *Drive*, que é uma planilha das gestantes. Todas as unidades são cadastradas nessa planilha, elas são interligadas com um CEM [Centro de Especialidades Médicas], que faz o atendimento especializado de alto risco, e a unidades alimentam, semanalmente, essa planilha. E aí as gestantes têm uma classificação de risco (Vera, BRE.4).

Segundo Mendes (2015), todo o funcionamento da APS depende, para ser efetivo, da estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ou seja, do conjunto de organizações e serviços de saúde, que, em ação cooperativa, permitem ofertar a atenção contínua e integral a determinada população. Nessa interação entre a APS e as equipes de Saúde da Família e a

RAS, a população deve ter acesso aos demais pontos da rede, através da APS, a qual cabe o papel de gerenciar esse acesso e coordenar o cuidado. O autor destaca que, embora haja variações na interpretação da APS a nível global, deve-se sempre levar em conta sua função estratégica, calcadas no cumprimento de suas funções essenciais de resolubilidade (com capacidade tecnológica e cognitiva de atender aos problemas de saúde da população), comunicação com a RAS (ordenando os fluxos e contra-fluxos das pessoas, dos produtos e das informações) e a responsabilização pelo cuidado (relacionamento forte com o território onde atua e com a população a quem deve servir).

No entanto, concordamos com Albuquerque e Viana (2015, p. 36) que, no caso do Brasil, “a indução da regionalização e a conformação de redes de saúde ocorreu de maneira descompassada”, com base em diversos referenciais teóricos e políticos, além de interesses nacionais e internacionais. Isso, a nível regional e local, pode desencadear processos nem sempre satisfatórios, por meio de disputas entre diversos atores (públicos e privados), sendo necessário “redefinir os papéis dos agentes operadores do sistema e da política, em um ambiente de autonomia e participação”, no sentido de melhorar sua eficiência.

Sobre as USF portuguesas, Biscaia e Heleno (2017) relatam que a integração, em rede com as outras unidades funcionais no ACeS e outras entidades da comunidade, faz parte do princípio organizativo do modelo das USF. Nesses termos, a reforma dos cuidados primários e das unidades de saúde faz-se necessária, no sentido da reorganização dos serviços de suporte e da informatização completa dos serviços, com desmaterialização da maior parte dos suportes para a prática. Os autores entendem que a qualidade organizacional e a criação das condições para um trabalho em equipe eficaz devem ser buscadas, tanto dentro da unidade como no desenvolvimento dessa rede. Dessa forma, a efetivação dessa integração necessita, por sua vez, do uso de tecnologia e da informatização.

No entanto, os autores apontam que o momento atual requer um relançamento, cujo objetivo é de expandir e de melhorar a capacidade da rede de cuidados. No centro dessa expansão, está a autonomia funcional das USF, uma de suas características marcantes, devendo cada USF construir e regular sua própria rede social, em conjunto com seu ACeS, rede hospitalar e outras instituições e serviços.

6.3 Tecendo pontes entre os achados qualitativos e quantitativos

Iniciamos nosso percurso discutindo sobre os SiS, enquanto políticas sociais que visam garantir o acesso aos bens e serviços de saúde. Vimos que esses sistemas são

resultantes da forma como cada país estrutura suas Políticas de Saúde, envolvendo a conexão entre modelos de governança, modelos de financiamento e os modelos assistenciais, em arranjos complexos, com desafios globais e locais (TOBAR, 2000).

As Políticas de Saúde Pública estão profundamente intrincadas ao conceito de Direito à Saúde e ao chamado Estado Providência, tendo seu funcionamento, em cada contexto, intimamente ligado ao papel desempenhado pelo Estado, de forma que os SiS expressam, muitas vezes, conflitos e contradições, resultantes da desigualdade estrutural do capitalismo. Essas políticas, que tem um cerne distributivista e de justiça social, podem ser cooptadas pelo Estado neoliberal, na forma de “políticas produtivas”, apenas produzindo os arranjos necessários à reprodução do capital (SANTOS; HESPANHA, 1987). Vimos, dessa forma, que não podemos subestimar a mercantilização da saúde e os novos modelos de governança de caráter neoliberal, com subsequente precarização das políticas sociais distributivas e de proteção social (SANTOS, 2005).

Um pouco mais a frente, discutimos como os SiS tem contornos limitados em função dos resultados de uma negociação entre Estado e capital, entre estado e setor privado. Esse diagnóstico ocorre em ambos os países focalizados no estudo. No Brasil, a compreensão do SUS de forma abrangente deve considerar o mercado como um importante ator alternativo para os setores abastados da população, enquanto o SUS fica destinado apenas a uma parte da população (CAMPOS, 2007). Em Portugal, o SNS português também reconhece a presença de subsistemas privados, que tratam a saúde como bem de consumo e mantém sua pressão sobre a construção do sistema de caráter universal.

Na comparação entre os dois países, como resultado do trabalho de pesquisa documental e bibliográfico, destacamos os marcos históricos de construção do SUS e do SNS, a fim de estabelecer uma melhor compreensão acerca das semelhanças e das diferenças que caracterizam os dois sistemas de saúde. Seguimos as considerações de Gerschman (2008) e Buraud e Blank (2006) para construir uma matriz de dimensões e de indicadores que nos possibilitasse a elaboração de alguns parâmetros para a análise comparativa entre os países, mesmo sem a pretensão de estabelecer um marco teórico acabado, que extrapolaria os objetivos pretendidos nesta tese. Seguimos também as trilhas deixadas por Tobar (2000) e Giovanella *et al.* (2012), de modo que nossa matriz de comparação abordou dimensões como: a) estado geral de saúde; b) direcionamento estratégico; c) financiamento em saúde; d) prestação e organização do cuidado; e) força de trabalho em saúde; e f) a participação social em saúde.

A partir desse quadro analítico, podemos traçar diversas considerações sobre os

pesos dados a cada caso estudado, na perspectiva de construir, a posteriori, categorias analíticas que refletissem maior robustez e consistência com a realidade. Algumas diferenças no trato da Política de Saúde são marcantes, como: a) a despesa total em saúde e os gastos totais (públicos e privados), que evidenciam a enorme diferença entre SUS e SNS (Figura 8); b) a força de trabalho em saúde, especialmente, em relação ao abastecimento de médicos, com Portugal apresentando uma taxa de concentração de médicos (por 1000 hab.) duas vezes maior que a realidade do Brasil (Quadro 10), apesar dos ganhos decorrentes do PMM; c) os desafios vividos quanto à efetivação da participação social em saúde, com dificuldades na implementação de iniciativas práticas de participação (SERAPIONI; SESMA, 2011), em ambos os casos, mas, com uma dinâmica de democratização da esfera pública mais permeável a ação da sociedade, no caso brasileiro, com um viés deliberativo mais evidente, ainda que limitado no conjunto de forças institucionais (COSTA; VIEIRA, 2013).

Além desse apanhado, buscamos aprofundar o escopo teórico em torno da colaboração interprofissional, explorando algumas de suas raízes teóricas, como esboçadas em D'amour (1997) e D'amour, Claude e Levy (1999), a partir de suas pesquisas e vivências junto aos serviços de saúde do Quebec, Canadá, o qual, desde o início dos anos setenta, vinha propondo um modelo inovador às necessidades de saúde da população, com um modelo de organização e de prestação de serviços ambulatoriais baseado na colaboração entre profissionais de várias disciplinas, conhecido como Reforma de Castonguay-Nepveu (D'AMOUR, 1997). Isso ganhou força, especialmente, nos cuidados primários em saúde, em direção a uma tendência global esboçada, posteriormente, na Conferência de Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

D'amour, Claude e Levy (1999) indicam que, naquele contexto, um ambiente favorável para o desenvolvimento de modos originais e inovadores de colaboração interprofissional deu margem a uma forte cultura corporativa de alcance regional e global. Elas buscaram compreender determinantes da colaboração em diferentes perspectivas teóricas, com concentração na sociologia das organizações.

A teoria da Ação Coletiva de Crozier e Friedberg (1977), conforme já explanamos, permitiu compreender a colaboração a partir da estruturação da interdependência, pelo conjunto de atores, atravessados por algumas regras (formalização) e pelo mundo das relações humanas e profissionais (estratégias). Vimos que esse modelo, tal como esboçado na Figura 10, é vantajoso para esse tipo de análise, observando a dinâmica organizacional como um jogo de forças, entre os atores, envolvendo sistemas institucionais concretos na disputa por poder, construindo uma dinâmica que é, ao mesmo tempo, competitiva e colaborativa.

Aqui, incorporamos o Pensamento Estratégico de Testa (1986b), na perspectiva de ressignificar o modelo canadense, no contexto Latino Americano e brasileiro, com outra realidade política e econômica, histórica e cultural. Dessa forma, pudemos compreender o cenário de Portugal, como país do Sul europeu, também marcado pela austeridade imposta por sucessivas crises capitalistas globais (FERNANDES, 2016). A análise do micropoder no cotidiano dos serviços e sua contextualidade, historicidade e inserção no mundo real, como elementos do Pensamento Estratégico, também contribuíram para conformar o desenho da pesquisa e as subsequentes discussões.

Com relação ao modelo aplicado no questionário, inspirado em D'amour *et al.* (2005 e 2008), a partir de adaptações e complementações já discutidas, vimos que, mesmo considerando os limites na aplicação e no alcance amostral, há potencial e sensibilidade para avaliar aquilo a que se propõe, notadamente, quanto às determinações das relações interprofissionais na APS.

Observando a Figuras 37 e 38, podemos identificar que as dimensões de Visão Compartilhada e Internalização tiveram melhores resultados, conseqüentemente, os indicadores de “Compartilhamento de Objetivos” e de “Confiança” apresentaram algumas diferenças entre os países. Esses indicadores correspondem, respectivamente, aos objetivos comuns a compreensão e a aceitação coletiva e ao reconhecimento e à valorização dos colegas, de suas competências, da capacidade e da boa vontade de assumir responsabilidades no ambiente de trabalho. Logo, fazem relação com as categorias “Processos de cogestão do trabalho, autonomia e direcionamento estratégico” e “Coesão, confiança e resiliência das equipes da APS”, advindas do campo e da pesquisa qualitativa.

Tais resultados indicam que há um forte componente cognitivo no trabalho em equipe na APS, através do qual as práticas sociais, mesmo impondo limitações, parecem proporcionar o desenvolvimento de uma funcionalidade coletiva, conforme sugere Bandura (2005), em relação a eficácia coletiva. Quanto mais evidência da compreensão do papel da equipe e quanto maior for a crença sobre a eficácia pessoal e sobre a capacidade de controlar os sistemas sociais, mais esses atores influenciam-se, reciprocamente, podendo moldar a forma de funcionamento governamental (BANDURA, 2002).

D'amour, Claude e Levy (1999) destacam que há, no trabalho interprofissional, uma consciência da interdependência, reforçada, constantemente, pelas necessidades complexas que envolvem o trabalho na APS. Vários obstáculos podem se interpor aos profissionais na incorporação de uma ação coletiva, em que pese sobre isto o processo de convivência, o estabelecimento de uma relação de confiança entre os pares e a construção de práticas

profissionais comuns e/ou complementares.

O indicador de “Interface com o território” obteve bons escores para o Brasil (Figura 40), caracterizado pelo reconhecimento do território de saúde e das necessidades de saúde da população de referência em relação à equipe de saúde e pela vinculação com as famílias e comunidade. Relacionamos com esse contexto as categorias de “Formação em Saúde Pública e Educação Permanente na APS” e “Governança clínica e tomadas de decisão compartilhada”, na medida em que a vinculação com o território é construída através do suporte do Sistema Saúde Escola, no cenário específico de Sobral, articulado em quatro eixos estruturantes: a) jurídico-institucional; b) ético pedagógico; c) caráter político; e d) integração gestão, atenção, ensino e pesquisa (SOARES *et al.*, 2008). Construiu-se um desenho que busca estruturar linhas de responsabilização e de governança da clínica, ao mesmo tempo em que se busca romper com o “monólogo de trabalhadores e usuários”, destacando “a importância do diálogo, da cooperatividade e da solidariedade, como condição de aprender a aprender” (SOARES *et al.*, 2008, p. 12).

Com relação às variáveis que envolvem o tempo de experiência de trabalho na APS e o tempo de inclusão na equipe de trabalho atual (Figuras 41 e 42), destacamos apenas que os resultados apontam fortemente para a necessidade de uma reformulação das formas de contratação da força de trabalho, especialmente no caso brasileiro, em que ainda não há o estabelecimento de uma carreira nacional, havendo variabilidade de vínculos existentes na gestão municipal, o que enfraquece o modelo como um todo, como já foi explorado na seção 6.2.2. Com relação à categoria profissional (Figura 43), temos que, de forma geral, os profissionais de medicina reconheceram escores mais elevados de colaboração, o que pode ser evidência de vivências diferenciadas do processo de trabalho para cada categoria. Conforme destacam Ribeiro e Amaral (2008), a hegemonia do modelo e da clínica biomédica confere um poder à categoria Medicina, que pode afetar diretamente a capacidade dos atores na interlocução e na participação dos processos de cogestão. Nem todos os atores podem dispor da mesma capacidade de ação para expor suas queixas e construir soluções (TESTA, 1986b).

D'amour, Claude e Levy (1999) destacam que o sistema profissional (corporativismo) tem uma grande influência sobre a colaboração interprofissional, na medida em que se opõe à esta. Na prática de saúde, se houver a imposição do poder médico, pode-se inviabilizar a pluralidade, ou justaposição de disciplinas, na construção de um espaço comum de ação. Assim, os profissionais são tensionados a encaixarem-se em papéis já definidos institucionalmente, diminuindo as possibilidades de inovação de práticas e, por fim, da clínica multiprofissional ou ampliada.

Ainda nesse embate entre as categorias do modelo de colaboração e as categorias advindas do campo, cabe destacar que não houve correspondência das falas dos entrevistados com relação ao indicador de “suporte para a inovação”. Tal poderia indicar que esse suporte não está institucionalizado, ou que depende, exclusivamente, da criatividade de cada equipe. No caso brasileiro, com base em estudo anterior (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013), pudemos supor que as boas práticas, ou práticas inovadoras, acontecem, mas de forma limitada, em iniciativas isoladas de algumas unidades de saúde e, ainda assim, mesmo quando são consideradas “de sucesso”, tendem a não ser registradas e perdem sua capacidade de retroalimentar o sistema.

Já quanto à categoria “conflitos, estresse e *burnout* no trabalho no contexto da APS”, verificamos, de forma marcante, os dilemas reais vividos pelos profissionais de saúde, através da sobrecarga de trabalho, conflitos interpessoais e adoecimento. Aqui, percebemos o movimento contrário, como uma categoria que não está tão evidente no modelo de colaboração, algo que pode passar a enriquecê-lo, com a construção de indicador específico. Segundo Chiavenato (2004), podem ocorrer três níveis de gravidade do conflito, sendo eles: a) percebido, quando o conflito está apenas latente e as partes percebem sua existência potencial; b) experienciado, quando provoca sentimentos de hostilidade, raiva, medo ou descrédito, ainda não expresso com clareza e c) manifestado, quando é expresso no comportamento, com interferência ativa ou passiva por alguma das partes envolvidas, sem mais dissimulações.

Algumas falas apontaram para o conflito manifestado, expresso de modo graves e de diversas formas, gerando situações de impasses a nível interpessoal, intergrupar e organizacional. Embora tenha sido evidente em ambos os casos, verificam-se lógicas diferenciadas na busca por estratégias de enfrentamento a essas situações.

Na USF portuguesa, através dos momentos de cogestão e de identificação de pessoas chave na equipe com mais habilidade interpessoal e na ESF brasileira, com auxílio das equipes de Residência Multiprofissional e das equipes do NASF, também nos espaços de cogestão, possibilita-se, além do apoio clínico e pedagógico, a inclusão real de outras categorias profissionais no cotidiano dos serviços de saúde, ampliando de fato os horizontes da clínica, pela problematização do modelo biomédico e pelo reforço à noção da clínica multiprofissional e ampliada (ANDRADE, 2004 e ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013).

Antes de fechar esta parte da análise, ainda é preciso refletir sobre duas questões importantes: a primeira diz respeito às dificuldades de se pensar em soluções organizacionais para os SiS, no contexto político global de governança neoliberal e de crise do estado

providência; a segunda diz respeito à relação entre a colaboração interprofissional e a governança em saúde, que deve ir além dos moldes neoliberais como exercício da democracia deliberativa, como ação coletiva, enfim, como co-governança.

Sobre a primeira questão, Hespanha (2017) destaca que os sistemas de proteção social têm sido minados, a nível global, pela convergência entre as ideias neoliberais, as crescentes restrições financeiras e políticas decorrentes das crises financeiras em muitos países. Segundo o autor, essa neoliberalização está avançando,

Implicando a remercadorização da provisão pública, reversão do universalismo das políticas e governação partilhada da proteção social, está colocando em risco os fundamentos tanto do Estado de bem-estar como da sociedade de bem-estar (HESPANHA, 2017, p. 81).

O autor discorre, em especial, sobre o caso português, à título de ilustração, sobre como a instauração da crise e a consequente financeirização do país tornou-se pano de fundo para justificar redução dos direitos sociais, visando à harmonização das normas laborais, fiscais e ambientais. Acontece que a Austeridade imposta pela Troika consiste em redução da despesa pública, o que atinge, pesadamente, o setor saúde (HESPANHA, 2017).

No caso de Portugal, o autor aponta vários objetivos específicos para o setor saúde, dentre os quais destacamos: a) reduzir os custos operacionais, incluindo a redução de cargos dirigentes; b) implementar um sistema de *benchmarking* do desempenho hospitalar; c) reduzir os custos com o transporte de doentes; d) reduzir a despesa pública com medicamentos; e) rever e aumentar as taxas moderadoras do SNS; f) aumentar a concorrência entre prestadores privados; e g) reduzir em pelo menos 10% a despesa global (HESPANHA, 2017). Com relação a este último objetivo, Fernandes (2016) salienta que a presença do Setor Privado à frente de setores diretamente afetados pelos cortes, como ocorre com o setor da Saúde, ajuda a construir uma narrativa neoliberal, ou favorável às medidas de austeridade. Para Hespanha e Portugal (2015), a austeridade, com redução dos gastos públicos, produz mudanças no funcionamento dos serviços públicos, afetando diretamente a maneira como indivíduos e famílias tem suas necessidades atendidas, causando impactos na qualidade de vida.

No caso do Brasil, concordamos com Silva e Moura (2015) que a política de saúde pública tem sofrido consecutivos rebatimentos pelo ajuste neoliberal, em que há uma clara tendência de desmonte das políticas sociais, a partir da fragilização dessas políticas, passando a assumir um perfil fragmentado, seletivo e focalizado, além da precarização dos serviços sociais e dos vínculos trabalhistas, especialmente, no que tange ao forte incentivo ao modelo de saúde privado.

Segundo Domingues (2017, p. 1749), a crise atual em que o Brasil está imerso, que vinha se agravando pós governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, acabou por mergulhar o país em uma forte crise democrática, na qual as forças políticas de centro-direita e direita abraçam “a retomada de um neoliberalismo econômico mais impiedoso e um social liberalismo mais restrito”, que tem em suas bases a focalização de políticas para os mais pobres. Essa agenda neoliberal estabeleceu limites para os gastos na saúde e educação, ciência e tecnologia, avançando para reformas da previdência e trabalhista, de forma a retirar direitos conquistados historicamente.

O que nos leva a segunda questão, relativa à relação entre a colaboração interprofissional e a governança em saúde, para além dos moldes neoliberais com alicerce na democracia deliberativa e na ação coletiva. Para tanto, iniciamos com o olhar de Buss (2014), para o cenário global de distribuição desigual dos riscos em saúde e a necessidade de construção de mecanismos de governança global. O autor destaca o papel de atores globais poderosos, que produzem políticas e ações (de viés neoliberal e de ataque às políticas sociais universalizantes), que em muitos casos, reforçam as iniquidades de saúde, denominada pelo autor de determinantes políticos da saúde.

Para o enfrentamento dessa situação, o autor propõe a criação de uma plataforma de governança para a saúde, a nível global, que integre de forma cooperativa os diversos atores que tem interesse nas políticas de saúde (incluindo a sociedade civil, Nações Unidas, entre outros). Além disso, propõe a criação de um fórum permanente para discussão de políticas globais de saúde e um painel de monitoramento independente, sobre a influência da governança global em saúde. Contudo, uma agenda plena de desafios ainda carece de mais substância e energia. Isso nos dá uma visão de reação, um vislumbre de outros movimentos que mantêm sua militância em cada Estado Nação.

Sobre a natureza da governança, enquanto conceito, e sua relação com colaboração interprofissional, Stoker (1998) faz distinção entre governança e governo: a primeira está muito mais próxima da ação coletiva e de mecanismos de participação genuína, sem uso da coerção e dos aparelhos burocráticos formais. O autor destaca que a governança refere-se a um conjunto de atores e instituições, as quais, mesmo se relacionando com o governo propriamente dito, estão, ao mesmo tempo, inseridas nesse contexto e estão além dele. O que está em jogo nesse caso é o poder interdependente, poder em rede, que surge na relação entre pessoas e instituições e que desemboca na ação coletiva, com vistas a gerar maior capacidade de mudança, envolvendo tomadas de decisão em cenários complexos.

Podemos perceber uma aproximação entre a matriz conceitual da colaboração interprofissional e a governança como processo interativo que envolve parceria e integração. Este viés também está presente em Campos (1998), Testa (1986b), Mentis (2011) e outros atores importantes para a Saúde Coletiva. É esse tipo de poder que se espera surgir dos espaços de cogestão democrática. no entanto, tal não surge espontaneamente e nem se sustém sem ocorrência de disputas internas e externas as equipes de saúde, como já evidenciamos nos achados de campo.

Concordamos com Blondiaux e Sintomer (2004) que muito do impulso das ações de participação e cogestão fazem parte do novo espírito da ação pública moderna, imbuídos do imperativo deliberativo, visam à horizontalização das relações de poder, mas não de forma genuína. Muitas vezes esses espaços são cooptados pela lógica neoliberal como mecanismos de controle da informação e consulta pública, de forma que a democracia deliberativa pode se converter em democracia de proximidade, com fortes processos de institucionalização e controle. Nesse sentido, há participação, mas em forma limitada de opinião, sem implicação direta na tomada de decisão. Portanto, conforme apontam os autores, é preciso recorrer a deliberação como complemento indispensável.

Também Santos e Hespanha (1987) denunciam os vieses possíveis da governação neoliberal, no conjunto da nova administração pública e de crise do Estado Providência, que em si mesmo carrega grandes contradições, muitas vezes, ampliando as injustiças sociais e neutralizando direitos sociais, em que pese o debate em torno da saúde e a tensão do complexo socio-industrial, no que concerne à mercantilização e à mercadorização de direitos. A desregulação e o subfinanciamento dos sistemas de saúde e a tensão em torno da privatização, transferindo cada vez mais aos usuários os custos dos bens e serviços em saúde.

No entanto, destacamos, com base em Kooiman (2003), que a governança, enquanto colaboração, pode partir desses mesmos entraves e contradições, dos conflitos e disputas, não os negando, mas assumindo-os como parte do processo, avançando, no sentido de construir formas mais horizontais de governo e de resistir ao poder coercitivo das demandas globais. Para Kooiman (2003), a co-governança está baseada na reciprocidade, na interdependência e na interação entre os atores e seus contextos para promover a capacidade de controle sobre suas ações.

Aprofundando esse aspecto, recorreremos novamente a Testa (1986b), para quem a política é a arena de distribuição de poder e a estratégia é a forma de implementar uma política, distinguindo entre fins e meios, visando a um todo coerente. Segundo Rivera (1995), o Pensamento Estratégico de Mário Testa está baseado no Postulado de Coerência, que serve

como matriz para a avaliação da eficácia de um método de planejamento. A viabilidade de uma determinada intervenção depende da coerência entre os propósitos de governo, o método de planejamento e a organização.

Centraremos-nos, contudo, em outros aspectos do pensamento estratégico, não na sua instrumentalização, mas na “compreensão do processo de institucionalização das organizações” e na “ideologia como concepção do mundo que se consolida, em geral, no interior das práticas organizativas e de poder” (RIVERA, 1995, p.193). Segundo Rivera (1995), cada indivíduo é constituído como sujeito através do processo de ideologização, primeiro como sujeitos individuais, que se transformam em sujeitos sociais em decorrência do trabalho como relação de poder. Em um segundo momento, esses sujeitos sociais podem, a partir da prática vivida e compartilhada de trabalho, reconhecerem suas identidades e atuarem como sujeitos coletivos.

É esse sujeito social coletivo, que surge como ator social, capaz de modificar o contexto em que está inserido, através de sua participação nas relações de poder, problematizando, reivindicando e lutando pela transformação social, conquistando espaço nas tomadas de decisão e na construção das ações estratégicas. Esse quadro nos permite observar a riqueza do pensamento de Testa (1986b), somados aos conceitos que temos abordado. Não se trata, pois, de uma governança que, em última instância, atue objetivando a conformação e a adaptação ao que está posto desde acima, mas sim da possibilidade, sempre latente conforme Testa (1986b), da transformação social e do potencial inerente a cada indivíduo em tornar-se autor do seu processo histórico.

Uma das questões centrais para mim, deste problema, é o que digo, em algum dos meus textos sobre a constituição de sujeitos sociais. Ou seja, como se constitui o sujeito social como um problema e a necessidade da constituição destes sujeitos sociais como a única maneira de dar sustentabilidade a um projeto de transformação: se não um projeto de transformação, não é necessário (TESTA; PAIM, 2010, tradução nossa).

Não há como pensar a saúde e seus dilemas sem refletir sobre essas mesmas questões, que vão além dos modelos e das conjecturações. Não há como pensar a colaboração interprofissional sem propor que seu acontecimento só é possível através do rompimento com um modelo clínico, enclausurado no saber médico. Nesse sentido, em síntese, faz-se necessário o agenciar de novos e múltiplos olhares, que incluem os próprios usuários, famílias e comunidades, como sujeitos de sua saúde e de sua clínica.

7 CONCLUSÃO

7.1 Contribuições do Estudo

Consideramos que o estudo cumpriu com seu objetivo principal, de analisar o processo de Colaboração Interprofissional no contexto da Atenção Primária à Saúde, a partir da comparação de experiências locais, desenvolvidas no contexto do Brasil e de Portugal. A metodologia dialógica e interativa, associada com o uso de instrumentais variados, favoreceu também o aspecto formativo, através da problematização de aspectos centrais do processo de trabalho dos profissionais de saúde, na relação com o pesquisador.

Em relação aos objetivos mais relacionados aos elementos qualitativos da pesquisa, a saber: a) Identificar os fatores que influenciam no desenvolvimento da Colaboração Interprofissional, no contexto de trabalho da APS; e b) Compreender as concepções de Colaboração Interprofissional, sustentadas pelos profissionais de saúde, no contexto da APS. consideramos que foram atingidos, na medida em que houve maior compreensão sobre o processo de colaboração interprofissional no contexto do trabalho dos profissionais de saúde da ESF, em Sobral, e das USF, na Região de Coimbra, a partir da identificação dos processos interativos que influenciam o desenvolvimento de práticas colaborativas, desafios, ameaças e oportunidades ao trabalho colaborativo, vividos pelos profissionais de saúde, no cotidiano dos serviços. Dessa forma, este estudo contribui com o debate acerca da governança em saúde na APS, dos processos de cogestão e de suas formas de regulação e funcionamento, sobretudo, na governança clínica.

Em relação aos objetivos mais relacionados aos elementos quantitativos da pesquisa, a saber: c) Avaliar o nível de Colaboração Interprofissional nas equipes da APS dos dois países; e d) Desenvolver um processo de construção e validação de um instrumento de avaliação da Colaboração Interprofissional, consideramos que foram atingidos, na medida em que este estudo possibilitou a avaliação dos níveis de colaboração interprofissional das equipes de Saúde da Família, através da adaptação e da aplicação de um instrumento de avaliação com potencial de uso estratégico nos sistemas de saúde e instituições afins, com vantagens no uso da tecnologia de *software*, que através do endereço eletrônico, possibilitou a coleta de informações de forma rápida e segura. O estudo contribuiu também para o processo de validação do instrumento (Escala de Colaboração Interprofissional), reestruturando e adequando, culturalmente, cada item para o uso nos dois países estudados, acrescentando e

realinhando dimensões e indicadores, submetendo-o a tratamento estatístico para a verificação sua confiabilidade e consistência interna.

O instrumento de avaliação apresentou bons resultados gerais de consistência interna e confiabilidade, o que representa um avanço, em relação aos estudos anteriores. No entanto, ainda são necessários novos estudos e revisões posteriores para a efetivação de seu processo de validação e melhoramento da precisão. Mesmo assim, considera-se que esta tecnologia pode ser efetivamente aplicada no contexto da ESF e das USF, em especial, entre os demais países de língua portuguesa. O instrumento revelou-se de fácil aplicação, manejo e análise, fornecendo subsídios para o planejamento e para a gestão em saúde e para a identificação de áreas que precisem de intervenções e melhoramentos.

Em relação aos pressupostos iniciais, que permearam a problematização do estudo, vimos que, de fato, há uma ingerência sobre o fazer das equipes de saúde e sobre os fatores determinantes do comportamento colaborativo, por parte dos gestores e profissionais, a partir de relações marcadas, muitas vezes, pela verticalidade, falta de transparência e de apoio da gestão aos processos vividos no interior das unidades de saúde. Alguns elementos como fatores estressores e a capacidade de resiliência das equipes de saúde, são marcantes nesse aspecto.

Percebemos que a problematização de tópicos específicos do processo de trabalho (colaboração interprofissional), pelos profissionais de saúde pode favorecer processos de mudança de práticas e melhoria da qualidade do cuidado, o que encontrou eco, muitas vezes na pesquisa de campo, quando, por exemplo, os participantes referiam que as questões suscitadas pelo pesquisador poderiam disparar discussões de interesse coletivo para a equipe.

Vimos que, apesar das diferenças contextuais, nos foi possível identificar, nos casos selecionados, em Sobral, no Brasil e em Coimbra, Portugal, fatores comuns que influenciam no desenvolvimento da Colaboração Interprofissional, no contexto de trabalho da APS, contribuindo para o debate global em torno da reorganização do cuidado e da efetivação da APS como estratégia estruturante dos Sistemas de Saúde. Consideramos que desse ponto de vista teórico, o estudo contribuiu ao explorar os fundamentos da Colaboração Interprofissional em um conjunto de teorias diversas, possibilitando a ampliação do alcance analítico sobre o tema, especialmente, considerando sua emergência a nível global.

Com relação à metodologia, consideramos que a Colaboração Interprofissional, enquanto construto, pode ser mensurada e avaliada (medida não-paramétrica), sendo possível e viável o desenvolvimento de instrumentos de avaliação desse tipo, visto que contribuíram fortemente para a consecução do estudo e para o alcance de seus objetivos. Nesse sentido, o

uso de metodologias mistas de investigação, quantitativas e qualitativas, no desenho da pesquisa, foi um arranjo coerente para a resolução do problema de pesquisa, conforme o “paradigma da escolha” (PATTON, 1997).

A associação dos resultados qualitativos e quantitativos demonstra uma relação de proximidade entre as categorias construídas, a partir da entrevista e da observação, e as dimensões e indicadores do modelo de Colaboração, conforme fora utilizado na pesquisa.

Sobre esse aspecto, o estudo aproxima-se das reflexões de D’Amour e Oandasan (2005), reconhecendo que a colaboração não depende, exclusivamente, da normatividade organizacional, ou da volição de uma equipe de saúde, mas está intimamente ligada ao contexto maior, que envolve todo o processo de trabalho. Os fatores interacional e organizacional estão interconectados à estrutura do sistema de saúde e delimitam áreas de interdependência entre os profissionais, gerando comportamentos competitivos ou colaborativos. A isto, soma-se a história de luta concreta para a efetivação dos Sistema de Saúde, os embates cotidianos vividos pelos profissionais de saúde no ato de cuidar, os valores que embasam essas práticas e a capacidade de integração entre as diferentes organizações que compõe o todo de cada SiS.

Vale destacar a força criativa das equipes de saúde, que em meio a vínculos precarizados, relações desiguais de poder, sobrecarga no trabalho, adoecimento, conflitos interpessoais e as reais e urgentes necessidades de saúde da população, põem “a roda para andar”, no esforço da excelência, sendo responsáveis por gerir o acesso à saúde de milhares de pessoas.

Destacamos, novamente, que o estudo trouxe grande contribuição para o olhar crítico e propositivo sobre a governança clínica enquanto categoria estratégica para pensar e transformar as práticas de saúde na atenção primária, estando intimamente conectada com os processos de Colaboração Interprofissional. O modelo aqui proposto, supera, nesse sentido seu predecessor, propondo a Governança Clínica como uma categoria central na análise da colaboração das equipes de saúde.

Foi a partir dessa nova configuração do modelo de colaboração que pudemos vislumbrar a clínica, em sua dimensão transdisciplinar e interprofissional, o que requerer maior flexibilidade por parte da gestão e intimidade com o processo de trabalho coletivo no cotidiano dos serviços de saúde (BISCAIA, 2006). Isso estabelece relação direta entre a reorganização democrática do trabalho em saúde e a reorganização do cuidado nos serviços de saúde (COÊLHO, 2012).

Pretendemos que, para além da divulgação nos meios científico e acadêmico, esta

pesquisa possa resultar em momentos de partilha, discussão e construção coletiva, no contexto da APS em cada caso estudado. A experiência anterior do pesquisador mostra que momentos assim podem favorecer a disseminação do conhecimento, a validação dos resultados por parte dos participantes e outras possibilidades de intervenção.

7.2 Limitações do Estudo

Compreendemos que é importante ressaltar alguns aspectos do contexto singular da produção da tese e da vivência do pesquisador neste processo, tendo em vista que estes elementos afetaram o conjunto da obra e os seus resultados. Vamos nos ater a dois pontos básicos, de forma muito sucinta: 1) a experiência pioneira do doutorado internacional, por meio de um acordo de co-tutela; 2) o momento histórico, de grave crise política e econômica no Brasil, que se agravou a partir da segunda fase do doutorado.

Esta Tese desenvolveu-se de forma singular, como parte do programa de doutorado internacional, denominado de “Direitos Humanos, Saúde Global e Políticas da Vida”, resultante do Convênio Geral de Cooperação entre a Universidade de Coimbra e a Fundação Oswaldo Cruz, na celebração de um Acordo de co-tutela (Anexo H).

O curso iniciou em junho de 2013, sendo organizado a partir de programas de doutoramento já existentes, nas duas instituições. No caso em particular, esta pesquisa foi ancorada ao programa doutoral “Governança, Conhecimento, Inovação”, da Faculdade de Economia, da Universidade de Coimbra, e do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, em Portugal e também ao Programa de Doutorado em Saúde Pública, do Instituto Aggeu Magalhães – IAM, no Brasil, especialmente ligada à linha de pesquisa de Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde, devendo o aluno, obrigatoriamente, ter um orientador de cada instituição.

Além da realização das disciplinas e requisitos do Programa de Saúde Pública do IAM, houve a realização de três disciplinas do tronco-comum, na Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, com docentes de ambas as instituições. Foi prevista a realização de um Estágio Doutoral, do pesquisador, na Universidade de Coimbra, como requisito obrigatório a obtenção do grau, nos termos do Acordo. Este deveria ter duração mínima de 09 meses e foi iniciado em setembro de 2015 pelo pesquisador, se estendendo até abril de 2017, envolvendo diversas atividades, incluindo apresentação de trabalhos, reuniões de orientação e a própria pesquisa de campo (vide Apêndice J).

A organização em torno da viagem de Estágio demandou tempo e energia, com

muitos custos associados. A partir de abril de 2015, em decorrência da crise econômica e das restrições orçamentárias, a CAPES suspendeu a concessão de novas bolsas de doutorado para estágio no exterior. No entanto, isso não impediu a ida ao estágio, tendo o pesquisador arcado os custos da viagem, com uso de recursos próprios.

No final do ano de 2015, quando já desenvolvia atividades de estágio, incluindo a delicada inserção no campo de pesquisa, em Portugal, o Brasil aprofundava sua crise política com o Pedido de *Impeachment* da então Presidenta Dilma Rousseff. Esse processo estendeu-se até agosto de 2016, culminando com a cassação do mandato da presidenta, caracterizando um terrível golpe institucional e um ataque as instituições democráticas do Brasil. Esse cenário de perturbação política e crise democrática afetou as demais instituições nacionais e a todos nós brasileiros, inclusive os que estavam no exterior. Isso também acarretou a manutenção da suspensão das bolsas de estágio de doutorado para o exterior, por parte da CAPES. Havia a previsão de que a situação se regularizaria a partir de abril de 2016, mas isso não aconteceu.

Esse conjunção particular de fatores, entre outros, culminou com um período prolongado de desgaste físico, emocional e financeiro por parte do pesquisador e de sua família, afetando, em parte, o desenvolvimento da pesquisa, tendo em vista que o objetivo inicial para a pesquisa de campo era coletar um volume maior de dados.

Entretanto, a experiência geral do Estágio foi avaliada como muito satisfatória, posto que favoreceu a ampliação da *network* do pesquisador, tanto a nível acadêmico como a nível da militância nas Políticas Públicas de Saúde, além de permitir parcerias que resultaram em novos horizontes de trabalho e pesquisa.

Mais propriamente quanto aos limites deste estudo, destacam-se:

A) O baixo índice de resposta ao questionário, nos dois países, mais especialmente no caso de Sobral, no Brasil, que ficou bem abaixo da expectativa inicial, tendo em vista que esse é um território conhecido pelo pesquisador, em anos de experiência laboral e de pesquisa. Esse limite inviabilizou uma comparação mais acurada entre os determinantes da Colaboração Interprofissional nos dois casos estudados. Como já foi mencionado noutro ponto do texto, o cenário de mudança política, a nível nacional e também municipal, somado a precarização dos vínculos profissionais, afetou dramaticamente o número de questionários respondidos. Isto posto, podemos pensar que um planejamento mais cuidadoso e estratégico por parte do pesquisador, poderia ter buscado soluções alternativas, como a ampliação da área de abrangência do questionário no Brasil, ou o agenciamento de envio do questionário a partir de alguma instituição de referência local. Infelizmente, nem todas as opções podem ser pesadas

corretamente no momento em que a ação se desenvolve, ficando este cuidado apontado para as pesquisas futuras.

B) Pequeno número de profissionais entrevistados (10 ao todo). Embora não haja uma definição estrita sobre o número de entrevistas que deve ser realizada em uma pesquisa qualitativa, o fato é que quanto maior o número de entrevistas realizadas maior é o ganho em termos de representatividade da “população alvo” da pesquisa. Além disso, se pode usar o recurso da amostragem por saturação, ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas, na qual ocorre a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição (AMADO, 2013). Percebemos que um maior número de entrevistas poderia trazer algum elemento novo para a análise e apesar das constâncias nos discursos dos participantes, seria muito precipitado falarmos em “saturação”. No entanto, mais uma vez pesa o fator planejamento, pois a inserção entre os profissionais portugueses nem sempre foi fácil, sendo necessário de fato ultrapassar algumas barreiras burocráticas e também interpessoais e culturais. Embora os dois países em estudo compartilhem o mesmo idioma oficial, tratam-se, como constatamos, de cenários culturais diferenciados, que exigiram esforço do pesquisador para a aproximação e o estabelecimento do vínculo de confiança necessária à realização da entrevista. Quando, enfim, percebíamos que este vínculo se tornara positivo, o fator tempo nos impôs o encerramento das atividades de campo e o início da escrita deste relatório.

C) Limites para a observação direta. O mesmo raciocínio empregado com relação às entrevistas pode ser replicado em relação às observações e às visitas realizadas no estudo, as quais poderiam ter sido mais bem planejadas e executadas com maior precisão, observando talvez alguns itens estruturais dos serviços de saúde que pudessem complementar melhor os demais dados de campo. As observações foram consideradas satisfatórias, tendo sido um procedimento utilizado pelo pesquisador em estudo anterior, no qual foram obtidos resultados muito positivos. Entretanto, mesmo como recurso complementar de análise, percebemos que as observações poderiam ter sido mais abrangentes e numerosas, especialmente, pelo fato de que este método é o que mais se aproxima do usuário do serviço de saúde, possibilitando, por exemplo, a percepção *in loco*, da relação profissional-usuário e das relações interprofissionais.

Com base nestas considerações, afirmamos que todos os procedimentos foram executados com o máximo possível de rigor e de cuidado com os participantes. Os limites foram considerados no momento da análise dos dados e a reflexividade foi mantida durante as proposições teóricas daí decorrentes.

7.3 Agenda para pesquisas futuras

Com base nos produtos deste estudo, podemos sugerir que pesquisas futuras poderiam aprofundar a discussão em torno da construção de dimensões e de indicadores que possibilitem a comparação entre SiS de diferentes países. Reconhecemos que esse é um desafio emergente, que pode trazer respostas a muitas questões globais e favorecer a cooperação internacional e uma governança global contra-hegemônica, visando ao fortalecimento dos SiS Universais. Iniciamos este processo através da construção de uma matriz de comparação de políticas públicas de saúde, visando atender aos objetivos propostos neste estudo. Ao considerarmos que seus resultados foram pertinentes, podemos pensar em pesquisas que consolidem a matriz e que a explorem em cenários diversificados.

O mesmo se dá em relação às teorias e aos conceitos que circunscrevem a Colaboração Interprofissional, os quais foram explorados segundo o olhar particular do pesquisador e os objetivos de pesquisa, mas o trabalho de aprofundamento teórico é, via de regra, inesgotável e os conceitos trabalhados ao longo do estudo tem caráter polissêmico, podendo indicar que pesquisas futuras poderiam avançar nesta questão, a partir da exploração de novas formas de conceituar, caracterizar e aplicar os conceitos em torno da Colaboração Interprofissional.

Outra linha em que se pode avançar como pesquisa futura é o direcionamento a análise estratégica, na qual percebemos vantagens no uso da Teoria da Ação Coletiva de Crozier e Friedberg (1977) e no Pensamento Estratégico de Mario Testa (1986b). Vimos nessas duas correntes similitudes e diferenças marcantes, mas também potencial de aplicação em cenários diversos, podendo contribuir com o planejamento e gestão em saúde. Sobre o Pensamento Estratégico, ponderamos que, apesar de muito já se ter escrito sobre ele, algumas de suas dimensões continuam subvalorizadas e poderiam dar margem a outros estudos.

Com relação ao Modelo de Colaboração Interprofissional, construímos um modelo novo que precisa e deve ser testado e retesado em campo para que possa se corrigir as imperfeições, tornando-o mais útil em suas aplicações. A Escala de Colaboração, composta com base nas dimensões e indicadores do modelo, mostrou-se ser um instrumento versátil com potencial futuro de validação. No entanto, esse processo é contínuo e deve ser exaustivo, para que esta tecnologia possa ser usada de forma eficaz para a gestão e o planejamento em saúde, o que inclui a aplicação do instrumento em larga escala, em uma população de representatividade e o uso de análise fatorial e outras ferramentas de validação estatística. Além disso, também é possível o uso de métodos alternativos de aplicação como, por

exemplo, no formato consensual (grupal), no qual toda a equipe tem de dialogar entre si e entrar em consenso sobre as melhores respostas para cada questão.

Outros temas importantes para trabalhos futuros incluem: a) pesquisas com foco em práticas e tecnologias inovadoras na APS, compreendendo que o suporte para a inovação pode ser um termômetro do quanto uma equipe de saúde ou SiS, está aberto para mudanças organizacionais; b) gestão dos Recursos Humanos em saúde, que verificamos ser desafio emergente e urgente, não apenas para o Brasil e Portugal, mas para a saúde global; 3) a participação social na saúde e pesquisas que deem voz aos usuários dos SiS. Cada vez mais vemos ser necessária esta prerrogativa de dar voz aos usuários, sabendo que neles repousam inúmeras histórias de sofrimento e vivências diante dos serviços de saúde que podem proporcionar um olhar crítico mais apurado; 4) estudos de base etnometodológica com foco nas cenas e narrativas cotidianas dos serviços de saúde, por exemplo, investigando processos de tomada de decisão clínica e construção de projetos terapêuticos no momento em que acontecem, formato ainda pouco explorado no Brasil, mas comum em outros espaços (NIKANDER, 2003).

REFERÊNCIAS

- AGRELI, H.; PEDUZZI, M.; BAILEY, C. The relationship between team climate and interprofessional collaboration: Preliminary results of a mixed methods study. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 31, n. 2, p. 184-186, 2017. DOI: 10.1080/13561820.2016.1261098
- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 jul. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>.
- AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 165-184, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Maio 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772011000100009>.
- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO. **Mapa de Pessoal**, 2017. Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Recursos_Humanos/Documents/mapa%20pessoal/Mapa%20pessoal%20%20ARSC%202017.pdf>. Acesso em: 20 de março de 2017.
- ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L D. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 28-38, dez. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500028&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 6 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005390>.
- ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP–Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.
- ALMEIDA FILHO, N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate aberto. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 11-34, 2000.
- AMADO, J. **Manual de investigação qualitativa em educação**. 1. ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2013.
- ANDERSON, M. I. P.; DEMARZO, M.; RODRIGUES, R. D. A medicina de família e comunidade, a atenção primária à saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 3, n.11, p.157-172, 2007.

ANDRADE, L. O. M. et al. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE: Revista Políticas Públicas**, Sobral, v.5, n.1, p. 9-19, 2004.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009. (Coleção Pesquisa Qualitativa).

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013.

ARAÚJO, E. M. D. **A Dinâmica da Colaboração Interprofissional no contexto do Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2012. Disponível em: <<http://saudedafamiliaufc.com.br/wp-content/uploads/2016/04/dissertacao-eliezer.pdf>>. Acesso em: 20 de junho de 2017.

ARAÚJO, E. M. D. et al. Educação Interprofissional e Promoção da Saúde: Desafios para Estratégia Saúde da Família. In: CATRIB, A. M. F.; DIAS, M. S. A.; FROTA, M. A. (Org.). **Promoção da Saúde no Contexto da Estratégia Saúde da Família**. 1. ed. Campinas: Saberes, 2011. v. 1, p. 197-207.

ARAÚJO, C. A.; MELLO, M. A.; RIOS, A. M. G. **Resiliência: Teoria e Práticas de Pesquisa em Psicologia**. São Paulo: Ithaka Books, 2011.

ARROW, H.; McGRATH, J. E.; BERDAHL, J. L. **Small groups as complex systems: Formation, coordination, development and adaptation**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000

ATKINSON, P. Ethnomethodology: a critical review. **Annual Review of Sociology**. Palo Alto, n.14, p.441-465, 1988. Disponível online em: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.so.14.080188.002301>

AUGUSTO, A. Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: mais do que uma questão de preferência. **Forum Sociológico** [Online], n.24, p.73-77, 2014, Disponível em: <<http://sociologico.revues.org/1073>>; DOI: 10.4000/sociologico.1061. Acesso em: 22 Julho 2017

AYRES, J. R. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.

BAGANHA, M. I.; RIBEIRO, J. S.; PIRES, S. O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. In: OFICINA DO CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS, **Relatório**, Coimbra, 2002. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/182.pdf>>. Acesso em: 12 de março de 2016.

BANDURA, A. The evolution of social cognitive theory. In: SMITH, K. G.; HITT, M. A. **Great minds in management**. Oxford: Oxford University Press, 2005. p. 9-35.

BANDURA, A. **Self-efficacy in changing societies**. Cambridge, University Press, 1995.

BANDURA, A. **Self-efficacy: the exercise of control** / Albert Bandura (1925). Publicação/Produção New York: W.H. Freeman and Company, cop.2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARRETO, I. C. et al. Development of interprofessional collaborative practices within undergraduate programs on healthcare: case study on the Family Health Alliance in Fortaleza (Ceará, Brazil). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 199-212, Mar. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 June 2017. Epub Jan 07, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000001>.

BARRON, B. Achieving Coordination in Collaborative Problem-Solving Groups, **Journal of the Learning Sciences**, v.9, n.4, p.403-436, 2000. DOI: 10.1207/S15327809JLS0904_2. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1207/S15327809JLS0904_2

BAXTER, P.; JACK, S. Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. **The Qualitative Report**, v.13, n.4, p.544-559, 2008. Disponível em: <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss4/2>

BISCAIA, A. R. et al. **O Momento Atual da Reforma dos CSP em Portugal – 2015/2016**. USF-AN – Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar. BISCAIA, A. R.; PEREIRA, A.; ANTUNES, A. R. (orgs). 2016. Disponível em: <https://app.box.com/s/v2eytv8etembizqa64v7u3jilten1165>

BISCAIA, A. R. **USF – Modelo Positivo do Presente e para o Futuro**. USF-AN – Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar - Documento de enquadramento da Reforma. André Rosa Biscaia. 2014. Disponível em: <https://app.box.com/s/po82cvyt5v2mssu2japn>

_____. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, Lisboa, v. 22, n. 1, p. 67-79, jan. 2006. ISSN 2182-5173. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10211>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

BISCAIA, A. R.; PEREIRA, A.; MACHAQUEIRO, S. **O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2014/2015** - Questionário aos coordenadores de USF - Relatório do estudo. USF-AN – Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar. Lisboa, 13 de Maio de 2015. Disponível em: <https://app.box.com/s/ada3thx84hylcsetc4jczzvwoekjdg4x>

BISCAIA, A. R.; HELENO, L. C. V. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. 3, p. 701-712, Mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300701&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>.

BLONDIAUX, L.; SINTOMER, Y. El imperativo deliberativo. **Estudios Políticos**, Medellín, n.24, p. 95-114, 2004

BOUSQUAT, A. et al . Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. 4, p.1141-1154, Apr. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401141&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 June 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>

BRASIL. Diário Oficial da União. **Portaria Interministerial N° 2.118**, Ano XLVI, nº 212, Brasília, 4 de novembro, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial Mec/Ms N° 1.077**, Brasília, 2009a. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192>. Acesso em 21 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DIRETRIZES DO NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família**, Brasília, 2009b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 21 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990a. Disponível em: <https://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142**, DE 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990b. Disponível em: <https://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**, Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012. Disponível em:
<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> . Acesso em: 20 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2009d

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM N° 2.488/2011**. Política Nacional de Atenção Básica, Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 399/2006**. Pacto pela Saúde, Brasília, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informação da Atenção Básica**, DATASUS, 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF>>. Acesso em: 15 de março de 2017

BRITO, G. E. G. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde: um estudo de caso** / 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

BURAU, V.; BLANK, R. H. Comparing health policy: an assessment of typologies of health systems, **Journal of Comparative Policy Analysis**, v.8, p.63-76, 2006. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13876980500513558>

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v.17, n.2, p.26-32, 2005 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 jul. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822005000200005>.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.393-403, 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>.

_____. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. suplementar, p. 1865-1874, 2007.

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec. 2007

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CANADÁ. **A National Interprofessional Competency Framework**. Canadian Interprofessional Health Collaborative, College of Health Disciplines, University of British Columbia, Vancouver, Canadá, 2010. Disponível online em: https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf

CASTEL, R. As transformações da Questão Social. In: BÓGUS; YAZBEK; WANDERLEY (orgs) **Desigualdade e a Questão Social**. São Paulo, EDUC, 2000.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, n. suplementar 1, p.531-42, 2009.

CHANG, H.-J. Breaking the Mould – An Institutionalist Political Economy Alternative to the Neo-Liberal Theory of the Market and the State, **Cambridge Journal of Economics**, Cambridge, v.26, n.5, p.539–559. 2002

CHIANG, CK; CHAPMAN, H e ELDER, R. Overcoming challenges to collaboration: nurse educators' experiences in curriculum change. **Journal of nursing education**; Thorofare, v.50, n.1, p.27-33, 2011. Artigo [MEDLINE PMID: 21053858].

CHIAVENATO, I. **Comportamento Organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações** / Idalberto Chiavenato. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

CHIAVERINI, D. H. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COÊLHO, B. P. **A reformulação da Clínica a partir de diretrizes para atenção e gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas**. 2012. 178 f. Tese (Saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2012. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10893>

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v.10, n. suplementar 1, p. s14-s27, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 Feb. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500002>.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 199-204, jan. 1998 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000100029&lng=pt&nrm=iso. acessos em 24 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311XPaim000100029>.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

_____. **Research Design – Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches**. Sage Publications. 2 ed., 2003.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.

CROZIER, M., e FRIEDBERG, E. **L'acteur et le systè`me**. Paris: Seuil. 1977.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para Co-Gestão de Coletivos Organizados para o Trabalho. **Revista ORG & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, 2010.

D'AMOUR, D. **Structuration de la Collaboration Interprofessionnelle dans les Services de sante se Premiere Ligne au Québec**. 1997. Thèse (Université de Montréal) - Faculté des études superieures), Montréal, 1997

D'AMOUR, D.; CLAUDE, S.; LEVY, R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. **Sciences sociales et santé**, Toulouse, Année 1999, v.17, n.3, p. 67-94, 1999

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v.19, n. suplementar 1, p. 8 -20, 2005.

D'AMOUR, D. et al. Conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, May, v.19, n. suplementar 1, p. 116-31. 2005.

D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, London, 2008, v.8, n.188, p. 1-14. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-8-188?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>

DEY, R. M.; VRIES, R. J.; BOSNIC-ANTICEVICH, S. Collaboration in chronic care: unpacking the relationship of pharmacists and general medical practitioners in primary care. **International Journal of Pharmacy Practice**, London, v.19, n.1, p.21-9, 2011. Artigo [MEDLINE PMID: 21235656].

DIAS, L. C. et al . Doenças tropicais negligenciadas: uma nova era de desafios e oportunidades. **Química Nova**, São Paulo, v. 36, n. 10, p. 1552-1556, 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422013001000011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-40422013001000011>.

DOMINGUES, J. M. Crise da república e possibilidades de futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1747-1758, jun. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601747&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 jul. 2017.

ELSNER, W.; FRIGATO, P.; RAMAZZOTTI, P. **Social costs and public action in modern capitalism: essays inspired by Karl William Kapp's theory of social costs** / ELSNER, W.; FRIGATO, P.; RAMAZZOTTI, P (eds.). Publicação/Produção London: Routledge, 2006.

FERNANDES, D.R.V. As medidas de austeridade debaixo da Troika: Uma análise à cobertura noticiosa dos Orçamentos de Estado de JN e Público, **Journal on semiotics and culture** [online], Covilhã, 2016. Disponível em: http://www.eikon.ubi.pt/files/eikon_04_vazfernandes.pdf

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: **O trabalho em saúde - olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. orgs. 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. 296 pp

FRASER, M.T.D.; GONDIM, S.G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Revista Paideia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

FREETH, D. et al. Effective Interprofessional Education / Development, Delivery and Evaluation. In: **Promoting partnership for health**. FREETH, D. et al. Blackwell Publishing Ltd, 2005 <http://dx.doi.org/10.1002/9780470776438.oth1>

FREITAS, H. et al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração**, São Paulo, v.35, n.3, p.105-112, 2000

FRENK, J.; MOON, S. Governance challenges in global health. **New England Journal of Medicine**, Boston, v.368, n.10, p.936-42, 2013

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.), **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 715-739

_____. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface** (Botucatu), Botucatu, [online], vol.11, n.22, p. 239-255, 2007

GAMBRILL, E. **Critical Thinking in Clinical Practice: Improving the Quality of Judgments and Decisions**, 3rd edn. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2012.

GARFINKEL, H. **Studies in Ethnomethodology**. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1967.

GEORGE, D.; MALLERY, P. **SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference**. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon. 2003

GERSCHMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, 2008, vol.13, n.5, p.1441-1451. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500010>.

GIOVANELLA, L. et al. **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad** / Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; Ligia Giovanella, Oscar Feo, Mariana Faria, Sebastián Tobar (orgs.). Rio de Janeiro: ISAGS, 2012

GIOVANELLA, L. Planejamento Estratégico em Saúde: Uma Discussão da Abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.129-153, 1990.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Tendências de reformas da atenção primária à saúde em países europeus. **Journal of Management & Primary Health Care**, Olinda, v.5, n.1, p.101-113, 2014.

GIOVANI, M. S. P.; VIEIRA C. M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde** [Internet]. Rio de Janeiro, v.7, n.4, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/Eliezer/Downloads/11_longitudinalidade.pdf

GIRARDI S. N. et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI C. R.; DAL POZ M. R.; FRANÇA, T. (orgs). **O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-86.

GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, Sept. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902675&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>.

GOH, T.; ECCLES, M.; STEEN, N. Factors predicting team climate, and its relationship with quality of care in general practice. **BMC Health Services Research**, London, v.9, n.138, 2009. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-138>. Acesso em: 20 de março de 2015.

GOMES, R. et al. A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2431-2439, Aug. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802431&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.11492014>.

GONÇALVES, D. I. F. Pesquisas de Marketing pela internet: as percepções sob a ótica dos entrevistados. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v.9, n.7, p. 71-88, 2008.

GONZÁLEZ, R. F. L. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios** / Fernando Luis Gonzalez Rey. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

GUESSER, A. H. A etnometodologia e a análise da conversação e da fala. **TESE - Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Santa Catarina, Vol. 1 nº 1 (1), agosto-dezembro/2003, p. 149-16. Disponível online no link: www.emtese.ufsc.br

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 5a edição. Petrópolis: Vozes, 1997.

HAMMICK M. et al. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9, **Medical teacher** [online], London, v.29, n.8, p. 735-751, Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18236271>

HARDIN, A.; FULLER, M. A.; VALACICH, J. Measuring Group Efficacy in Virtual Teams: New Questions in an Old Debate. **Small Group Research**, Newbury Park, v.37, n.1, p.65-852006. Disponível online em: <http://sgr.sagepub.com/cgi/content/abstract/37/1/65>

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.341-353, 1999.

HESPANHA, P. As Reformas dos Sistemas de Saúde na Europa do Sul: Crises e Alternativas. In: **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências.** / RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S. (Orgs.), Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora, 2017.

HESPANHA, P.; PORTUGAL, S. Welfare Cuts and Insecurity under the Rule of Austerity: the Impact of the Crisis on Portuguese Social Services. **Oñati Socio-legal Series** [online], v.5, n.4, p. 1110-1132. Disponível em: <http://ssrn.com/abstract=2683350>. Acesso em: 21 Apr. 2017

HOOD, R. A critical realist model of complexity for interprofessional working. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, January 2012, v. 26, n. 1, p.6-12

HOWE, K. R. A critique of experimentalism. **Qualitative Inquiry**, Sage Publications, v.10, n.4, p.42-61, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil em Síntese – Portal do IBGE.** Panorama o Município de Sobral, 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>. Acesso em 11 de maio de 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. **Perfil Básico Municipal de Sobral.** Fortaleza, 2016. Disponível em: http://www.ipece.ce.gov.br/perfil_basico_municipal/2016/Sobral.pdf Acesso em: 20 de março de 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Centro**, Lisboa, 2012. Disponível em: [file:///C:/Users/bns13/Downloads/Censos2011_RDefinitivos_Centro_3%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/bns13/Downloads/Censos2011_RDefinitivos_Centro_3%20(1).pdf). Acesso em: 13 de abril de 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Estatísticas da Saúde 2014**, Lisboa, 2016. Disponível em : <file:///C:/Users/bns13/Downloads/i022329.pdf>. Acesso em: 13 de abril de 2017.

KAPP, K. W. **The foundations of institutional economics** / by K. William Kapp; edited by Sebastian Berger and Rolf Steppacher. Publicação / Produção Abingdon: Routledge, 2011.

KOOIMAN, J. **Governing as Governance.** London: SAGE Publications, 2003

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A.. **Técnicas de pesquisa.** 3a edição. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

LANDIS J.; KOCH G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, Washington, v.33, n.1, p.159–74, 1977.

LEE, D.; STAJKOVIC, A. D.; SERGENT, K. A field examination of the moderating role of group trust in group efficacy formation. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, London, v.89, n.4, p.856–876, 2016. DOI: 10.1111/joop.12161

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, E.P.U., 1986

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of epidemiology and community health**, London, v.60, n.1, p.13-19, 2006.

MATOS, M. Metodologias qualitativas e quantitativas: de que falamos? **Fórum Sociológico** [Online], n.24, 2014, Disponível em: <<http://sociologico.revues.org/106>>, DOI : 10.4000/sociologico.1061. Acesso em: 22 julho 2017.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1411-1416, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 abr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>.

MELO, M. F. Talcott Parsons na Teoria Sociológica Contemporânea. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, nº 113, Ano XII, 2012

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p.549, 2011.

_____. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato em saúde. In: **Agir em Saúde: um desafio para o público**. MERHY, E. E.; ROSANA, O.; (Orgs.); São Paulo, Hucitec, 1997.

MERHY, E.E.; **A cartografia do trabalho vivo**; São Paulo, Hucitec, 2002.

MIGUEL, L. S.; SÁ, A. B. **Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir - Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016**. Lisboa, 2010. Disponível em: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/CSP1.pdf>

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 2a edição. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MINAYO M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p.239-262, 1993.

MIRANDA, G. M. D. et al. A Ampliação das Equipes de Saúde da Família e O Programa Mais Médicos nos Municípios Brasileiros. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 131-145, abr. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100131&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 maio 2017.

MOTTA, F. C. P. A teoria geral dos sistemas na teoria das organizações. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 17-33, 1971. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901971000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901971000100003>.

MOTTA, F. C. P. O estruturalismo na teoria das organizações. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 23-41, 1970. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901970000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901970000400002>.

MYERS, N. D.; FELTZ, D. L.; SHORT, S. E. Collective efficacy and team performance: A longitudinal study of collegiate football teams. **Group Dynamics: Theory, Research, and Practice**, Washington, v.8, n.2, p. 126–138, 2004. doi:10.1037/1089-2699.8.2.126

NASCIMENTO, D; OLIVEIRA, M. A. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.1, p.92-96, 2010.

NIKANDER, P. The absent client. Case description and decision making in interprofessional meetings. n: HALL, C.; JUHILA, K.; PARTON, N.; PÖSÖ, T. (Eds.) **Constructing client hood in social work and human services. Interaction, identities and practices**. Jessica Kingsley Publishers, London, UK; 2003

NOGUEIRA, R. Escolher uma especialidade médica em Portugal. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, Lisboa, v.26, n.4, p.351-352, 2010. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10761/10497>

NØRGAARD B, et al. Interprofessional clinical training improves self-efficacy of health care students, **Medical Teacher**, London, v.35, n.6, p.e1235-e1242, 2013. DOI: 10.3109/0142159X.2012.746452

OBSERVATÓRIO SOBRE CRISES E ALTERNATIVAS. **A economia política do retrocesso: crise, causas e objetivos**. Observatório sobre Crises e Alternativas; REIS, J. et al. [coord.]. Publicação/Produção, Coimbra: Edições Almedina: CES, 2014.

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE. **Programa Mais Médicos e a Atenção Primária à Saúde (APS)**, Boletim, ano 3, edição nº 9, janeiro/fevereiro, 2017.

OLAYA, C. e RUESS, M. The sociological theory of Crozier and Friedberg on organized action seen through a simulation. **Journal of Complex Systems**, Cambridge, n.1469 p. 1 -14, 2004. Disponível online no link: <http://www.necsi.edu/events/iccs/openconf/author/papers/f769.pdf>

OLIVEIRA, F. P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface** (Botucatu) [online]. 2015, v.19, n.54, p.623-634. ISSN 1807-5762.

OLIVEIRA. M. A. C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n. especial, p.158-164, 2013.

OLIVEIRA, T. F. **O potencial articulador da regulação do acesso à assistência à saúde.** 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Data Global status report on noncommunicable diseases.** 1.Chronic Disease - prevention and control. 2.Chronic Disease - epidemiology. 3.Chronic Disease - mortality. 4.Cost of Illness. 5.Delivery of Health Care. I.World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. **Relatório de Primavera:** Da repressão da crise para a governação prospectiva da saúde. Coimbra: Mar da Palavra, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice.** World Health Organization, Department of Human Resources for Health, CH-1211 Geneva 27, Switzerland, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global Health Expenditure Database.** 2017a. Disponível em: <<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>>. Acesso em: 15 de março de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global Health Observatory Database.** 2017b. Disponível em: <<http://www.who.int/countries/en/>>. Acesso em: 15 de março de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global Health Workforce Statistics,** 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/>>. Acesso em 15 de março de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Human resources for health: foundation for universal health coverage and the post-2015 development agenda: report of the Third Global Forum on Human Resources for Health,** World Health Organization, 10-13 November 2013, Recife, Brazil. Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/report3rd_GF_HRH.pdf> Acesso em: 20 de julho de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Milestones in Health Promotion:** Statements from Global Conferences. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Preventing chronic diseases: a vital investment.** Geneva: World Health Organization; 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Primary Health Care. Now more than ever.** The World Health Report 2008. Geneva: World Health Organization, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-Ata 1978, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil: UNICEF, 1978.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, London, v.377, n.9779, p. 1778 – 1797. 2011

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.4, p. 299-316, 1998.

PATTON, M. Q. **Utilization-Focused Evaluation.** The new century text. Thousand Oaks, Sage Publications. 1997

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 35(1):103-9, 2001

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 358-372, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600358&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 05 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>.

PISCO, Luis. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.2841-2852, 2011.

PORTUGAL, Associação Nacional das USF (USF-AN). **A Essência das Unidades de Saúde Familiar. Documento de Enquadramento da Reforma nos CSP** – Encontro Nacional das USF, 2013. Disponível em: <http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/USF-Doc-enquadramento-Reforma_2013_05_04.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. **Contratualização nos cuidados de saúde primários.** Administração central do Sistema de Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/Contratualizacao_CSP_2017_-Informacao-16MAR17.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Decreto-Lei nº298/2007.** Lisboa, 2007. Disponível em: <http://www.docvadis.pt/usf-vale-do-vouga/document/usf-vale-do-vouga/decreto_lei_n_298_2007_de_20_08/fr/metadata/files/0/file/DL%20298_2007.PDF>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Decreto-Lei nº 73/90**, Lisboa, 1990. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Decreto-Lei_73_1990.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Decreto-lei nº 437/91**, Lisboa, 1991. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Decreto_Lei_437_1991.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

PORTUGAL. Ministério dos Assuntos Sociais. **Lei nº 56/79, de 15 de Setembro**. Cria o Serviço Nacional de Saúde, Lisboa, 1979. Disponível em: <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Lei_n.%C2%BA_56/79_de_15_de_Setembro>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo** / Nicos Poulantzas, Lisboa, Moraes Editores, 1978.

PUENTE-PALACIOS, K.; BORBA, A. C. Equipes de Trabalho: fundamentos teóricos e metodológicos da mensuração de seus atributos. **Avaliação Psicológica**, Campinas, 2009, v.8, n.3, p. 369-379, 2009.

PUENTE-PALACIOS, K.; BORGES-ANDRADE, J. E. O Efeito da Interdependência na Satisfação de Equipes de Trabalho: um Estudo Multinível. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 9, n. 3, p.57-78, 2005.

PUENTE-PALACIOS, K.; VIEIRA, R. Desenvolvimento de uma Medida de Comprometimento com a Equipe. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Brasília, v.10, n.1, p.81-92, 2010.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.276-83, 2007.

QUEIROZ, M. I. P. **Variações sobre a técnica do gravador no registro da informação viva**. 2. ed. São Paulo. CERVE/FFLCH/USP, 1988.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 90-97, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 July 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000100012>.

RIVERA, F. J. U. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 216 p. ISBN: 85-85676-16-7. Disponível em SciELO Books.

RIVERA, F. J. U; ARTMANN, E. **Planejamento e Gestão em Saúde: Conceitos, História e Propostas**. 01. ed. rio de janeiro: Fiocruz, 2012. v. 01. 162p

ROCHA, P. M.; SÁ, A. B. Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p.2853-2863, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Feb. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600023>.

ROCHON, J.; GONDAN, M.; KIESER, M. To test or not to test: Preliminary assessment of normality when comparing two independent samples. **BMC Medical Research Methodology**, London, v.12, n.81, 2012. Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2288-12-81?site=bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com>. Acesso em: 12 de julho de 2017.

SANTOS, B.; HESPANHA, P. O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais: o caso das Políticas de Saúde. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n.23, p.13-74, 1987.

SANTOS, I.; SÁ, E. Estratégias de governação clínica. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, Lisboa, n.26, p. 606-612, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/bns1/Downloads/10803-10719-1-PB.pdf>

SANTOS, L. J.; PARANHOS, M. S. Family Health Teams workers in Rio de Janeiro: leadership aspects in a study on organizational climate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 759-770, Mar. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300759&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33112016>.

SANTOS NETO, P. M. **Análise da política de recursos humanos em saúde: o caso da rede observatório de recursos humanos em saúde do Brasil**. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

SAUPE, R. et al. Competence of health professionals for interdisciplinary work. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.18, p.521-36, 2005.

SCHNEIDER B, et al. Organizational climate and culture: Reflections on the history of the constructs in the **Journal of Applied Psychology**, Washington, v.102, n.3, p.468-482. doi: 10.1037/apl0000090. Epub 2017 Jan 26.

SCHUNK, D. H. Self-efficacy and academic motivation. **Educational Psychologist**, Washington, v.26, n.4, p.207-231, 1991.

SCOTT, S. G.; LANE, V. R. A stakeholder approach to organizational identity. **Academy of Management Review**, New York, v. 25, n. 1, p. 43-62, 2000.

SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 94-108, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600094&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde** – BOSI, M. L. / Fco Mercado. Petrópolis-RJ, Vozes, 2006

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.187-192. 2000.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. p. 243-253, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500025>.

SERAPIONI, M.; FERREIRA, P., ANTUNES, P. Participação em saúde: conceitos e conteúdos. **Notas Econômicas** [Internet], Coimbra, n.14, p.26-40, 2010. Disponível em: <http://iduc.uc.pt/index.php/notaseconomicas/article/viewFile/3387/2625>. Acesso em: 15 de abril de 2017.

SERAPIONI, M.; MATOS, A.R. Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias, **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v.31, n.1, p.11-22, 2013.

SERAPIONI, M.; ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios da participação em instancias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p. 2411-2421, 2006.

SERAPIONI, M; SESMA, D. A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde dos países da Europa do Sul: Portugal, Itália e Espanha. Resultados preliminares de um estudo comparativo. **Sociologia Online** [Internet]. n.2, p. 599 – 629, 2011. Disponível em http://revista.aps.pt/cms/files/artigos_pdf/ART4dc41e4faf79f.pdf

SHEEHAN, K. B. E-mail Survey Response Rates: A Review. **Journal of Computer-Mediated Communication**, State College, v.6, n.2, January. 2001. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1083-6101.2001.tb00117.x/full>

SILVA, E. S.; MOURA, V. G. G. Crise capitalista e política de Saúde Pública: Tendências atuais pertinentes à Saúde Mental brasileira. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 103-115, 2015.

SILVA-ROOSLI, A. C.; ATHAYDE, M. Gestão, Trabalho e Psicodinâmica do reconhecimento no cotidiano da Estratégia Saúde da Família. In: **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego** / ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (orgs.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SILVEIRA, V. N. S. Racionalidade e Organização: as Múltiplas Faces do Enigma. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 1107-1130, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552008000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 July 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552008000400010>.

SMITH H. A. et al. Developing a grounded theory for interprofessional collaboration acquisition using facilitator and actor perspectives in simulated wilderness medical emergencies. **Rural and Remote Health** (Internet), Victoria, v.17, n.1, 2017. Disponível em: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3880> Acesso em: 4 de Abril de 2017.

SOARES, C. H. A. et al. Sistema Saúde Escola de Sobral – CE. **SANARE: Revista Políticas Públicas**, Sobral, v.7, n.2, p.7-13, 2008

SOUSA, F. O. S. **O processo de trabalho em saúde e a demanda por assistência especializada na rede básica de saúde do Recife**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

STAKE, R. Case studies. In: **Strategies of qualitative inquiry**. DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. (Eds.). Thousand Oaks CA: Sage. (2nd Ed.), 2003, p. 134 - 164.

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

STOKER, G. Governance as theory: five propositions. **International Social Science Journal**, Oxford, v.50, n.155, p. 17–28, 1998.

TAMURA, Y. Cultural adaptation and validating a Japanese version of the readiness for interprofessional learning scale (RIPLS). **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 26, n. 1, p. 56-63, 2012.

TASCA, R.; PEGO, R. A. Entrevista: Avaliação de impactos do Programa Mais Médicos: como medir os resultados? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2917-2918, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902917&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16102016>.

TEIXEIRA, L. **A Reforma do Centro de Saúde. Percursos e Discursos**. Ed Mundos Sociais, CIES, ISCTE-IUL, Lisboa, 2012

TESTA, M. **Pensamiento Estratégico, Lógica de Programación, Estrategia y Programación**. Buenos Aires: [s.n.], 1986a.

TESTA, M. **Pensar en Salud**. Buenos Aires: [s.n.], 1986b.

TESTA, M.; PAIM, J. S. Memoria e Historia: diálogo entre Mario Testa y Jairnilson Silva Paim. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 6, n. 2, p. 211-227, 2010.

TOBAR, F. Herramientas para el análisis del sector salud / Tools for health sector analysis. **Medicina y Sociedad**, Buenos Aires, v.23, n.2, p.83-96, 2000.

TRINDADE, L. L; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 274-279, June 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 July 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200005>.

TUCKMAN, B. W. **Manual de Investigação em Educação**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p. 374, 2000.

VECCHIA, M. D. **Trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde – fundamentos histórico-políticos** / Marcelo Dalla Vecchia. São Paulo, Cultura Acadêmica, 2012.

WAY, D.; JONES, L.; BUSING, N. **Collaboration in Primary Care – Family Doctors & Nurse Practitioners Delivering Shared Care**. Discussion Paper. The Ontario College of Family Physicians, 2000. Disponível em:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.458.383&rep=rep1&type=pdf>

WHITEOAK, J. W.; CHALIP, L.; HORT, L. K. Assessing group efficacy: Comparing three methods of measurement. **Small Group Research**, Newbury Park, v.35, n.1, p. 158-173, 2004.

WITT S. D. et al. Illustrating and Analysing the Processes of Interprofessional Collaboration: A Lesson Learned from Palliative Care in Deconstructing the Concept. **Journal of Palliative Medicine**. Larchmont, v.20, n.3, p. 227-234, 2017. doi:10.1089/jpm.2016.0332.

WORLD BANK. **World Bank Database**. 2017. Disponível em:
<<http://data.worldbank.org/?locations=PT-BR>>. Acesso em: 15 de março de 2017.

YAZBEK, M. C. Estado, Políticas Sociais e Implementação do SUAS. In: BRASIL, Capacita SUAS. **SUAS: configurando os eixos de mudança**. Brasília, MDS, IEE, São Paulo, 1 ed, 2008.

YIN, R. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos** / Robert K. Yin; Tradução Ana Thorell; 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZWARENSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; REEVES, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, v.8, n.4, p.1-28, 2009. Disponível em:
<http://ipls.dk/pdf-filer/ip_collaboration_cochrane.pdf >. Acesso em: 23 de julho de 2017. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Para profissionais de saúde)

Prezado(a) senhor(a),

Estamos realizando uma pesquisa sobre a colaboração entre os profissionais das equipes da Saúde da Família e gostaríamos de contar com sua participação. Deixamos claro que sua participação não é obrigatória.

A pesquisa poderá ser útil para desenvolver boas relações de trabalho e integração na equipe de saúde e com os usuários.

Pedimos a sua colaboração para participar deste estudo através de sua participação nesta entrevista, dialogando sobre os assuntos que estarão apresentados em um roteiro semi-estruturado.

Esclarecemos que as informações sobre a sua pessoa ficarão sigilosas (em segredo) e que seu nome, não será divulgado. Informo também que o(a) senhor(a) tem o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, bastando apenas informar os pesquisadores sobre sua desistência.

Estamos disponíveis para qualquer outro esclarecimento no endereço: Avenida Jonh Sanford, 1320, Junco. Cep: 62030-000, Sobral-Ce. Telefone: (88) - 3614-5570.

Endereço CEP/UVA, Reconhecida pela portaria No 821/MEC DOU de 01/06/1994. Av. Dr. Guarany, 327 – Campus da CIDA0 – Cep: 62040-730 – Sobral –CE. Fone: (88) 2677-4255

Muito obrigado por sua colaboração.

Atenciosamente,

Assinatura do pesquisador (a)

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, declaro que fui informado(a) detalhadamente dos procedimentos aos quais serei submetido(a) na pesquisa, e coloco-me a disposição.

Assinatura do (a) participante da pesquisa

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO – VERSÃO PARA O BRASIL ESCALA DE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

1. Identificação

Categoria Profissional:

Sexo: ()M ()F Data nascimento:

USF a que pertence:

Carga horária de trabalho:

Forma de contratualização/vínculo com emprego:

Nº de membros que compõe sua equipe:

Data de início da equipe/unidade de saúde:

Tempo de inclusão nesta equipe:

Menos de 01 ano	De 01 a 05 anos	De 06 a 10 anos	Mais de 10 anos

Tempo de experiência de trabalho na APS:

Menos de 01 ano	De 01 a 05 anos	De 06 a 10 anos	Mais de 10 anos

2. Escala

Leia as questões abaixo numeradas e assinale alternativa que mais lhe parece apropriada. Responda a todas as questões e marque apenas uma resposta por questão, de acordo com a escala proposta (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente, Sempre).

Dimensão 01						
Visão Compartilhada						
Indicador		Escala				
Compartilhamento de objetivos		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	Nossa proposta de trabalho é compreendida e aceita por todos na unidade					
2	Os objetivos de trabalho são discutidos e avaliados pela equipe					
3	Meu colega de equipe trabalha com base em valores semelhantes aos meus					
Relação profissional-usuário		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
4	O interesse e as necessidades do usuário são respeitados no processo de cuidado					
5	Percebo que dificuldades interpessoais entre profissional e usuários dificultam a prestação do cuidado					
6	O usuário compreende e aceita os procedimentos prestados e a terapêutica indicada pelo profissional					

Dimensão 02						
Internalização do processo de trabalho						
Indicador		Escala				
Interação social e profissional		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
7	Percebo entusiasmo, energia e compromisso no trabalho de equipe					
8	Entre meus colegas, posso dar e receber feedback (avaliações, críticas, sugestões) sobre o processo de trabalho					
9	Percebo as reuniões como um espaço social, democrático e agradável					
Confiança		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
10	Me sinto parte desta equipe (visto a camisa da equipe)					
11	Sei que posso confiar na capacidade técnica de meu colega de trabalho					
12	Minha equipe me auxilia a lidar com situações de crise (ou difíceis) no trabalho					

Dimensão 03						
Formalização do processo de trabalho						
Indicador		Escala				
Protocolos e regras		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
13	A equipe compreende e segue os protocolos combinados					
14	As regras internas são aceitas e compreendidas por todos					
15	As tarefas estão bem divididas e organizadas entre os membros da equipe					
Coleta e troca de informações		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
16	Os membros da equipe compartilham informação e conhecimento					
17	O sistema de informação atende a necessidade da equipe de forma eficaz					
18	Percebo que o sigilo profissional (informações clínicas sobre usuários) é valorizado e respeitado pela equipe					

Dimensão 04						
Governança no trabalho						
Indicador		Escala				
Direcionamento político e estratégico		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
19	Percebo apoio institucional por parte da coordenação administrativa para o trabalho da equipe					
20	A equipe tem efetiva autonomia para propor soluções aos problemas enfrentados					
21	Existem diretrizes e metas claras, para a avaliação e desenvolvimento do trabalho da equipe					
Liderança local		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
22	Nossa liderança local (função de coordenação da unidade) é eficaz na resolução de problemas					
23	As tomadas de decisão sobre o processo de trabalho são compartilhadas coletivamente					
24	A equipe organiza processos de auditoria interna para orientar e melhorar a governança local e o desempenho da organização					
Suporte para inovação		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
25	Percebo boas iniciativas para melhorar o trabalho da equipe					
26	A equipe colabora nas propostas de mudança do processo de trabalho					
27	A equipe organiza processos de formação continuada para qualificação das práticas de saúde, organização das ações e dos serviços					
Diálogo e participação		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
28	Nas reuniões, posso expor meus pensamentos, opiniões e dúvidas					
29	Negociamos democraticamente nosso processo de trabalho					
30	Os conflitos são discutidos e resolvidos de forma aberta e positiva					

Dimensão 05						
Governança Clínica						
Indicador		Escala				
Interface com equipe		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
3 1	Realizo discussão sobre casos clínicos com meus colegas e elaboro planos terapêuticos, para os casos clínicos mais complexos					
3 2	A equipe avalia os resultados alcançados (qualidade do cuidado)					
3 3	A equipe recebe supervisão clínica externa quando necessário					
Interface com território		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
3 4	A equipe conhece os dados epidemiológicos e demográficos de sua população de referência					
3 5	Percebo esforços de estabelecer vínculo e contrato da forma de atuar com as famílias de sua área de abrangência					
3 6	São desenvolvidas parcerias com outros serviços de saúde (ou outras políticas sociais) no território, de forma a garantir a continuidade do cuidado					

Observações e sugestões:

APÊNDICE C
QUESTIONÁRIO – VERSÃO PARA PORTUGAL
ESCALA DE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

1. Identificação

Categoria Profissional:

Sexo: ()M ()F Data nascimento:

USF a que pertence:

Carga horária de trabalho:

Forma de contratualização/vínculo com emprego:

Nº de membros que compõe sua equipa:

Data de início da equipa/unidade de saúde:

Tempo de inclusão nesta equipa:

Menos de 01 ano	De 01 a 05 anos	De 06 a 10 anos	Mais de 10 anos

Tempo de experiência de trabalho nos CSP:

Menos de 01 ano	De 01 a 05 anos	De 06 a 10 anos	Mais de 10 anos

2. Escala

Leia as questões abaixo numeradas e assinale alternativa que mais lhe parece apropriada. Responda a todas as questões e marque apenas uma resposta por questão, de acordo com a escala proposta (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente, Sempre).

Dimensão 01						
Visão Compartilhada						
Indicador		Escala				
Compartilhamento de objetivos		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	Nossa proposta de trabalho é compreendida e aceita por todos na unidade					
2	Os objetivos de trabalho são discutidos e avaliados pela equipa					
3	Meu colega de equipa trabalha com base em valores semelhantes aos meus					
Relação profissional-utente		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
4	O interesse e as necessidades do utente são respeitados no processo de cuidado					
5	Percebo que dificuldades interpessoais entre profissional e utentes dificultam a prestação do cuidado					
6	O utente compreende e aceita os procedimentos prestados e a terapêutica indicada pelo profissional					

Dimensão 02						
Internalização do processo de trabalho						
Indicador		Escala				
Interação social e profissional		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
7	Percebo entusiasmo, energia e compromisso no trabalho em equipa					
8	Entre meus colegas, posso dar e receber feedback (avaliações, críticas, sugestões) sobre o processo de trabalho					
9	Percebo as reuniões como um espaço social, democrático e agradável					
Confiança		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
10	Me sinto parte desta equipa (visto a camisola da equipa)					
11	Sei que posso confiar na capacidade técnica de meu colega de trabalho					
12	Minha equipa me auxilia a lidar com situações de crise (ou difíceis) no trabalho					

Dimensão 03						
Formalização do processo de trabalho						
Indicador		Escala				
Protocolos e regras		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
13	A equipa compreende e segue os protocolos combinados					
14	As regras internas são aceitas e compreendidas por todos					
15	As tarefas estão bem divididas e organizadas entre os membros da equipa					
Coleta e troca de informações		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
16	Os membros da equipa compartilham informação e conhecimento					
17	O sistema de informação atende a necessidade da equipa de forma eficaz					
18	Percebo que o sigilo profissional (informações clínicas sobre utentes) é valorizado e respeitado pela equipa					

Dimensão 04						
Governança no trabalho						
Indicador		Escala				
Direcionamento político e estratégico		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
19	Percebo apoio institucional por parte da coordenação administrativa para o trabalho da equipa					
20	A equipa tem efetiva autonomia para propor soluções aos problemas enfrentados					
21	Existem diretrizes e metas claras, para a avaliação e desenvolvimento do trabalho da equipa					
Liderança local		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
22	Nossa liderança local (função de coordenação da unidade) é eficaz na resolução de problemas					
23	As tomadas de decisão sobre o processo de trabalho são compartilhadas coletivamente					
24	A equipa organiza processos de auditoria interna para orientar e melhorar a governança local e o desempenho da organização					
Suporte para inovação		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
25	Percebo boas iniciativas para melhorar o trabalho da equipa					
26	A equipa colabora nas propostas de mudança do processo de trabalho					
27	A equipa organiza processos de formação continuada para qualificação das práticas de saúde, organização das ações e dos serviços					
Diálogo e participação		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
28	Nas reuniões, posso expor meus pensamentos, opiniões e dúvidas					
29	Negociamos democraticamente nosso processo de trabalho					
30	Os conflitos são discutidos e resolvidos de forma aberta e positiva					

Dimensão 05						
Governança Clínica						
Indicador		Escala				
Interface com equipa		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
3 1	Realizo discussão sobre casos clínicos com meus colegas e elaboro planos terapêuticos, para os casos clínicos mais complexos					
3 2	A equipa avalia os resultados alcançados (qualidade do cuidado)					
3 3	A equipa recebe supervisão clínica externa quando necessário					
Interface com território		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
3 4	A equipa conhece os dados epidemiológicos e demográficos de sua população de referência					
3 5	Percebo esforços de estabelecer vínculo e contrato da forma de atuar com as famílias de sua área de abrangência					
3 6	São desenvolvidas parcerias com outros serviços de saúde (ou outras políticas sociais) no território, de forma a garantir a continuidade do cuidado					

Observações e sugestões:

APÊNDICE D**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO BRASIL
(MÉDICOS E ENFERMEIROS)**

DATA:

LOCAL:

Categoria Profissional:

Sexo: ()M ()F

CSF a que pertence:

Nº de membros

Tempo de inclusão nesta equipe:

Tempo de experiência de trabalho na APS:

1. Como está o processo trabalho em equipe na CSF? Quais os potenciais e os limites encontrados?
2. Os objetivos de trabalho são discutidos e avaliados pela equipe? Como estão as reuniões administrativas do serviço? Elas são um espaço social, democrático e agradável? Como estão sendo gerenciados os conflitos, quando surgem?
3. Como está a sua motivação e a motivação dos colegas de trabalho? Percebe entusiasmo, energia e compromisso no trabalho em equipe? Sente-se parte desta equipe (viste a camisa da equipe)? Há confiança e cooperação entre os profissionais?
4. Que características organizacionais podem ser destacadas como facilitadoras ou dificultadoras deste processo de trabalho?
5. As tarefas estão bem divididas e organizadas entre os membros da equipe? As normas e protocolos são seguidos por todos?
6. Os membros da equipe compartilham informação e conhecimento? Há abertura para se repensar processos de trabalho e inovar? Há discussão de casos clínicos, formação continuada, etc.?
7. O sistema de informação atende a necessidade da equipa de forma eficaz? A estrutura, recursos e insumos para o trabalho estão adequados?
8. Como se dá a interação e vínculo com os usuários? Qual o grau de participação, ou melhor de autonomia, eles têm na tomada de decisão quanto ao tratamento proposto? Seus interesses e necessidades são respeitados no processo de cuidado?
9. Como se pode melhorar o trabalho da equipe de saúde?
10. Como percebe o apoio administrativo (governança) a CSF? Como está a relação com a gestão?

APÊNDICE E

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE PORTUGAL (MÉDICOS E ENFERMEIROS)

DATA:

LOCAL:

Categoria Profissional:

Sexo: ()M ()F

USF a que pertence:

Nº de membros

Tempo de inclusão nesta equipa:

Tempo de experiência de trabalho nos CSP:

1. Como está o processo trabalho em equipa na USF? Quais os potenciais e os limites encontrados?
2. Os objetivos de trabalho são discutidos e avaliados pela equipa? Como estão as reuniões administrativas do serviço? Elas são um espaço social, democrático e agradável? Como estão sendo gerenciados os conflitos, quando surgem?
3. Como está a sua motivação e a motivação dos colegas de trabalho? Percebe entusiasmo, energia e compromisso no trabalho em equipa? Sente-se parte desta equipa (viste a camisola da equipa)? Há confiança e cooperação entre os profissionais?
4. Que características organizacionais podem ser destacadas como facilitadoras ou dificultadoras deste processo de trabalho?
5. As tarefas estão bem divididas e organizadas entre os membros da equipa? As normas e protocolos são seguidos por todos?
6. Os membros da equipa compartilham informação e conhecimento ? Há abertura para se repensar processos de trabalho e inovar? Há discussão de casos clínicos, formação continuada, etc.?
7. O sistema de informação atende a necessidade da equipa de forma eficaz ? A estrutura, recursos e insumos para o trabalho estão adequados?
8. Como se dá a interação e vínculo com os utentes? Qual o grau de participação, ou melhor de autonomia, eles têm na tomada de decisão quanto ao tratamento proposto? Seus interesses e necessidades são respeitados no processo de cuidado?
9. Como se pode melhorar o trabalho da equipa de saúde?
10. Como percebe o apoio administrativo (governação) a USF? E a relação entre USF e ACES, ARS?

APÊNDICE F

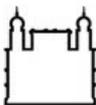
PROTOCOLO DE REGISTRO OBSERVACIONAL

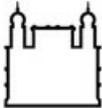
DATA: _____ LOCAL: _____

NOTAS DESCRITIVAS Reconstrução de diálogos, descrição do local e dos participantes, relato de eventos ou atividades	NOTAS REFLEXIVAS Pensamentos pessoais do observador, impressões, sentimentos, ideias e preconceitos	
FALA	IDENTIFICAÇÃO	MOTIVAÇÃO

APÊNDICE G

QUESTIONÁRIO EM FORMATO DIGITAL, VERSÃO PARA O BRASIL

 <p>Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz</p>	 <p>· U · C · UNIVERSIDADE DE COIMBRA</p>
	
Escala de Colaboração Interprofissional na APS	
1. Termo de consentimento	
* 1. Solicitamos seu consentimento para coletar suas respostas nesta pesquisa. Por gentileza, assinale uma opção:	
<input type="radio"/> Aceito participar, voluntariamente, desta pesquisa	
<input type="radio"/> Não aceito	

	Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz		• U • UNIVERSIDADE DE COIMBRA
---	---	---	----------------------------------

Escala de Colaboração Interprofissional na APS

2. Dados pessoais

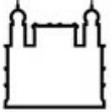
*** 1. Idade**

2. Sexo

M F

*** 3. Profissão**

Profissão

 <p>Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz</p>	 <p>• U • C • UNIVERSIDADE DE COIMBRA</p>
--	--

Escala de Colaboração Interprofissional na APS

3. Dados profissionais

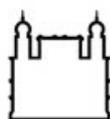
*** 1. Unidade de saúde a que pertence**

*** 2. Tempo de inclusão nesta equipe**

<input type="radio"/> Menos de 1 ano	<input type="radio"/> De 6 a 10 anos
<input type="radio"/> De 1 a 5 anos	<input type="radio"/> Mais de 10 anos

*** 3. Tempo de experiência de trabalho, na Atenção Primária a Saúde (APS)**

<input type="radio"/> Menos de 1 ano	<input type="radio"/> De 6 a 10 anos
<input type="radio"/> De 1 a 5 anos	<input type="radio"/> Mais de 10 anos



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz


UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Escala de Colaboração Interprofissional na APS

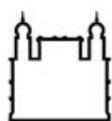
4. Sobre o trabalho em equipe

* 1. Sobre o trabalho em equipe no seu Centro de Saúde da Família, leia as questões abaixo numeradas e assinale alternativa que mais lhe parece apropriada.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	sempre
1. Nossa proposta de trabalho é compreendida e aceita por todos na unidade	<input type="radio"/>				
2. Os objetivos de trabalho são discutidos e avaliados pela equipe	<input type="radio"/>				
3. Meu colega de equipe trabalha com base em valores semelhantes aos meus	<input type="radio"/>				
4. O interesse e as necessidades do usuário são respeitados no processo de cuidado	<input type="radio"/>				
5. Percebo que dificuldades interpessoais entre profissional e usuários dificultam a prestação do cuidado	<input type="radio"/>				
6. O usuário compreende e aceita os procedimentos prestados e a terapêutica indicada pelo profissional	<input type="radio"/>				
7. Percebo entusiasmo, energia e compromisso no trabalho em equipe	<input type="radio"/>				
8. Entre meus colegas, posso dar e receber feedback (avaliações, críticas, sugestões) sobre o processo de trabalho	<input type="radio"/>				

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	sempre
9. Percebo as reuniões como um espaço social, democrático e agradável	<input type="radio"/>				
10. Me sinto parte desta equipe (visto a camisa da equipe)	<input type="radio"/>				
11. Sei que posso confiar na capacidade técnica de meu colega de trabalho	<input type="radio"/>				
12. Minha equipe me auxilia a lidar com situações de crise (ou difíceis) no trabalho	<input type="radio"/>				
13. A equipe compreende e segue os protocolos combinados	<input type="radio"/>				
14. As regras internas são aceitas e compreendidas por todos	<input type="radio"/>				
15. As tarefas estão bem divididas e organizadas entre os membros da equipe	<input type="radio"/>				
16. Os membros da equipe compartilham informação e conhecimento	<input type="radio"/>				
17. O sistema de informação atende a necessidade da equipe de forma eficaz	<input type="radio"/>				
18. Percebo que o sigilo profissional (informações clínicas sobre utentes) é valorizado e respeitado pela equipe	<input type="radio"/>				
19. Percebo apoio institucional por parte da coordenação administrativa para o trabalho da equipe	<input type="radio"/>				
20. A equipe tem efetiva autonomia para propor soluções aos problemas enfrentados	<input type="radio"/>				
21. Existem diretrizes e metas claras, para a avaliação e desenvolvimento do trabalho da equipe	<input type="radio"/>				
22. Nossa liderança local (função de coordenação da unidade) é eficaz na resolução de problemas	<input type="radio"/>				
23. As tomadas de decisão sobre o processo de trabalho são compartilhadas coletivamente	<input type="radio"/>				
24. A equipe organiza processos de auditoria interna para orientar e melhorar a governança local e o desempenho da organização	<input type="radio"/>				

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	sempre
25. Percebo boas iniciativas para melhorar o trabalho da equipe	<input type="radio"/>				
26. A equipe colabora nas propostas de mudança do processo de trabalho	<input type="radio"/>				
27. A equipe organiza processos de formação continuada para qualificação das práticas de saúde, organização das ações e dos serviços	<input type="radio"/>				
28. Nas reuniões, posso expor meus pensamentos, opiniões e dúvidas	<input type="radio"/>				
29. Negociamos democraticamente nosso processo de trabalho	<input type="radio"/>				
30. Os conflitos são discutidos e resolvidos de forma aberta e positiva	<input type="radio"/>				
31. Realizo discussão sobre casos clínicos com meus colegas e elaboro planos terapêuticos, para os casos clínicos mais complexos	<input type="radio"/>				
32. A equipe avalia os resultados alcançados (qualidade do cuidado)	<input type="radio"/>				
33. A equipe recebe supervisão clínica externa (apoio matricial) quando necessário	<input type="radio"/>				
34. A equipe conhece os dados epidemiológicos e demográficos de sua população de referência	<input type="radio"/>				
35. Percebo esforços de estabelecer vínculo na relação com as famílias de nossa área de abrangência	<input type="radio"/>				
36. São desenvolvidas parcerias com outros serviços de saúde (ou outras políticas sociais) no território, de forma a garantir a continuidade do cuidado	<input type="radio"/>				
2. Mais alguma opinião sobre as relações interprofissionais em sua equipe de trabalho?					



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

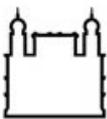


UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Escala de Colaboração Interprofissional na APS

5. Agradecimento

Obrigado por sua participação!

 Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

 U C
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Escala de Colaboração Interprofissional nos CSP

2. Dados pessoais

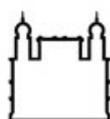
* 1. Idade

2. Sexo

M F

* 3. Profissão

Profissão



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Escala de Colaboração Interprofissional nos CSP

3. Dados profissionais

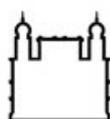
* 1. Unidade de saúde a que pertence

* 2. Tempo de inclusão nesta equipa

- Menos de 1 ano De 6 a 10 anos
 De 1 a 5 anos Mais de 10 anos

* 3. Tempo de experiência de trabalho, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)

- Menos de 1 ano De 6 a 10 anos
 De 1 a 5 anos Mais de 10 anos



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz


UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Escala de Colaboração Interprofissional nos CSP

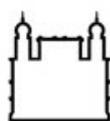
4. Sobre o trabalho em equipa

* 1. Sobre o trabalho em equipa na sua Unidade de Saúde da Família (USF), leia as questões abaixo numeradas e assinale alternativa que mais lhe parece apropriada.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	sempre
1. Nossa proposta de trabalho é compreendida e aceita por todos na unidade	<input type="radio"/>				
2. Os objetivos de trabalho são discutidos e avaliados pela equipa	<input type="radio"/>				
3. Meu colega de equipa trabalha com base em valores semelhantes aos meus	<input type="radio"/>				
4. O interesse e as necessidades do utente são respeitados no processo de cuidado	<input type="radio"/>				
5. Percebo que dificuldades interpessoais entre profissional e utentes dificultam a prestação do cuidado	<input type="radio"/>				
6. O utente compreende e aceita os procedimentos prestados e a terapêutica indicada pelo profissional	<input type="radio"/>				
7. Percebo entusiasmo, energia e compromisso no trabalho em equipa	<input type="radio"/>				
8. Entre meus colegas, posso dar e receber feedback (avaliações, críticas, sugestões) sobre o processo de trabalho	<input type="radio"/>				

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	sempre
9. Percebo as reuniões como um espaço social, democrático e agradável	<input type="radio"/>				
10. Me sinto parte desta equipa (visto a camisola da equipa)	<input type="radio"/>				
11. Sei que posso confiar na capacidade técnica de meu colega de trabalho	<input type="radio"/>				
12. Minha equipa me auxilia a lidar com situações de crise (ou difíceis) no trabalho	<input type="radio"/>				
13. A equipa compreende e segue os protocolos combinados	<input type="radio"/>				
14. As regras internas são aceitas e compreendidas por todos	<input type="radio"/>				
15. As tarefas estão bem divididas e organizadas entre os membros da equipa	<input type="radio"/>				
16. Os membros da equipa compartilham informação e conhecimento	<input type="radio"/>				
17. O sistema de informação atende a necessidade da equipa de forma eficaz	<input type="radio"/>				
18. Percebo que o sigilo profissional (informações clínicas sobre utentes) é valorizado e respeitado pela equipa	<input type="radio"/>				
19. Percebo apoio institucional por parte da coordenação administrativa para o trabalho da equipa	<input type="radio"/>				
20. A equipa tem efetiva autonomia para propor soluções aos problemas enfrentados	<input type="radio"/>				
21. Existem diretrizes e metas claras, para a avaliação e desenvolvimento do trabalho da equipa	<input type="radio"/>				
22. Nossa liderança local (função de coordenação da unidade) é eficaz na resolução de problemas	<input type="radio"/>				
23. As tomadas de decisão sobre o processo de trabalho são compartilhadas coletivamente	<input type="radio"/>				
24. A equipa organiza processos de auditoria interna para orientar e melhorar a governança local e o desempenho da organização	<input type="radio"/>				

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	sempre
25. Percebo boas iniciativas para melhorar o trabalho da equipa	<input type="radio"/>				
26. A equipa colabora nas propostas de mudança do processo de trabalho	<input type="radio"/>				
27. A equipa organiza processos de formação continuada para qualificação das práticas de saúde, organização das ações e dos serviços	<input type="radio"/>				
28. Nas reuniões, posso expor meus pensamentos, opiniões e dúvidas	<input type="radio"/>				
29. Negociamos democraticamente nosso processo de trabalho	<input type="radio"/>				
30. Os conflitos são discutidos e resolvidos de forma aberta e positiva	<input type="radio"/>				
31. Realizo discussão sobre casos clínicos com meus colegas e elaboro planos terapêuticos, para os casos clínicos mais complexos	<input type="radio"/>				
32. A equipa avalia os resultados alcançados (qualidade do cuidado)	<input type="radio"/>				
33. A equipa recebe supervisão clínica externa quando necessário	<input type="radio"/>				
34. A equipa conhece os dados epidemiológicos e demográficos de sua população de referência	<input type="radio"/>				
35. Percebo esforços de estabelecer vínculo e contrato na relação com as famílias de nossa área de abrangência	<input type="radio"/>				
36. São desenvolvidas parcerias com outros serviços de saúde (ou outras políticas sociais) no território, de forma a garantir a continuidade do cuidado	<input type="radio"/>				
2. Que outros pensamentos tens sobre as relações interprofissionais em sua equipe de trabalho?					



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Escala de Colaboração Interprofissional nos CSP

5.
Obrigado

Obrigado por sua participação!

APÊNDICE I
QUADROS DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Entrevista 01 (aberta)			
Participante	Local	Data	Duração (min)
Beto	Coimbra	26/10/2015	90
Unidades de contexto		Unidades de registro	Temas centrais
Em relação ao Brasil, o número de profissionais médicos e enfermeiros com especialização na área dos cuidados de saúde primários, Medicina de Família, etc. é bastante alto. O SNS é mais valorizado em Portugal como alternativa de busca de saúde pelos próprios profissionais de saúde. E no Brasil a maioria que trabalha e/ou defende o SUS, recorre a planos de saúde quando necessita de atendimento		O SNS é mais valorizado em Portugal	Especialização profissional (formação) como força do sistema de saúde Valorização do SNS pelos profissionais de saúde
Aqui os profissionais de saúde têm uma carreira nacional o que resulta na qualificação das equipas de saúde e na baixa rotatividade. Muitas equipas estão a trabalhar juntas no mesmo serviço há 10 ou 20 anos e se percebe o bom entrosamento entre os membros da equipa		Os profissionais de saúde têm uma carreira nacional Se percebe um bom entrosamento entre os membros	Estabelecimento de Carreira Nacional como fator positivo ao processo de trabalho em equipe
A USF atua em colaboração com estruturas da comunidade e com as estruturas do ACES regional. As consultas podem ser marcadas para o Médico de Família, antecipadamente por telefone, presencialmente ou por e-mail. É compromisso a marcação de consulta no prazo de 5 dias úteis, salvo período de férias.		A USF atua em colaboração com a comunidade e ACES	Colaboração entre as instituições que compõe o conjunto administrativo do SNS
Todas as USF são informatizadas e utilizam prontuários (da família) digitais. Os profissionais de saúde (inclusive internos) tem acesso a informações nos computadores mediante senha e login. Para manter a confidencialidade das informações.		Todas as USF são informatizadas e utilizam prontuários (da família) digitais.	Sistema de informação e controle de acesso a informação dos usuários
Toda USF deve nascer como ato voluntário dos profissionais, que fazem pedido de candidatura. A adesão ao modelo é desta forma, não imposta de cima para baixo, mas como motivação dos próprios profissionais. A partir daí a principal característica é autonomia de gestão que cada USF dispõe para cuidar de suas necessidades, prestação de serviços, carta de		Toda USF deve nascer como ato voluntário dos profissionais A partir daí a	Adesão voluntária e Autonomia funcional das USF, como fator positivo de motivação no trabalho

compromisso e valores fundamentais.	principal característica é autonomia de gestão	
Cada USF tem seu próprio ritmo e organização, umas alcançando resultados mais efetivos que outras e desenvolvendo experiências ímpares. Nem tudo funciona bem em todas as USF, o que faz necessário examinar cada caso. O excelente clima organizacional (na USF de Beto) facilita a elaboração e execução de uma agenda relacional com objetivos integrativos, recreativos e de formação	O excelente clima organizacional facilita a elaboração e execução de uma agenda relacional	Autonomia das USF como geradora de diferenças no funcionamento e qualidade das USF Clima organizacional como fator positivo na organização interna da USF
Penso que a colaboração interprofissional, que favorece, por exemplo, interconsultas frequentes e espontâneas para manejo dos casos clínicos e se reflete na confiança na competência nos parceiros de equipa. Aqui pode-se dizer que cada profissional da equipa veste a camisola (camisa) da USF.	Aqui pode-se dizer que cada profissional da equipa veste a camisola (camisa) da USF.	Colaboração interprofissional como facilitadora do manejo clínico Confiança na competência dos colegas como evidência de colaboração interprofissional
Em nossa USF temos processos de auditoria interna e para realização de pesquisas de satisfação junto aos utentes 2x/ano, mas esta não é regra para todas as USF.	Na USF temos processos de auditoria interna e para realização de pesquisas de satisfação	Estratégias de avaliação interna realizadas na USF (auditoria e pesquisas de satisfação)
A governação clínica e a articulação com ACES são pontos críticos que necessitam de melhorias. As USF seguem num ritmo diferenciado em relação as coordenações regionais que de fato não realizam a supervisão clínica e não conseguem dar resposta as necessidades da USF, com rapidez	A governação clínica e a articulação com ACES são pontos críticos que necessitam de melhorias.	Dificuldades de articulação com órgão de administração superior Supervisão clínica insuficiente
Observações e impressões pessoais		
Esta foi a primeira entrevista realizada em Portugal, sendo um marco importante, que me despertou para uma série de reflexões e desafios quanto à realização de um estudo de caso comparado entre Brasil e Portugal. E pela		

relevância do entrevistado como pessoa que participou ativamente da Reforma da APS em Portugal. Percebi que Beto é de fato um defensor do modelo e que tem uma visão crítica e abrangente sobre as USF, suas conquistas e seus desafios atuais. Porém, como todo “defensor”, percebo que Beto deixou de explorar algumas questões sérias acerca das USF a nível nacional, como as enumeradas no Relatório de Estudo - O Momento Atual da Reformados Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2014/2015.

Fonte: Construído pelo autor

Entrevista 02 (aberta)			
Participante	Local	Data	Duração (min)
André	Coimbra	12/02/2016	90
Unidades de contexto		Unidades de registro	Temas centrais
No período anterior a 74, ou seja, antes do processo e redemocratização os portugueses não tinham praticamente nenhuma assistência de saúde garantida pelo Estado, com exceção das Casas de Misericórdia e clínicas privadas. Pouco ou nada era feito em termos de sanitarismo, embora houvesse ainda uma vigilância sanitária precária e esquemas de vacinação. A desigualdade em saúde era extremamente elevada e a governação estava centralizada.		A desigualdade em saúde era extremamente elevada e a governação estava centralizada	Dificuldades enfrentadas pelo modelo anterior a reforma na APS, em Portugal
Em 2005 organizou-se a missão para reforma dos cuidados primários, que propõe uma reestruturação dos serviços em um modelo diferenciado identificado com proposta de medicina familiar. Em 2007 iniciaram as primeiras USF (sendo que cada equipa de saúde pode optar ou não por aderir ao modelo voluntariamente), com caráter diferenciado de contratualização e regime de incentivos institucionais, que são na verdade uma espécie de premiação por desempenho (ou por produção). As USF também se diferenciam por ter um processo de gestão interna mais autónoma e colegiada. Enquanto nas UCSP (modelo tradicional), existe <i>a priori</i> uma dependência maior em relação a administração regional de saúde.		Uma reestruturação dos serviços em um modelo diferenciado identificado com proposta de medicina familiar	Reestruturação político-administrativa Estratégia diferenciada de contratualização e remuneração
Existe um “gap”, um distanciamento e conflitos entre a administração e os serviços e seus profissionais. Não tenho maiores dificuldades porque digo para não interferirem com minha clínica. Faço bem o meu trabalho e cumpro as regras, atendo meus utentes e eles vem aqui fazer o que? Ah, me deixem trabalhar em paz! Se não for para me ajudar e trazer melhorias então não me interessa		Existe um “gap”, um distanciamento e conflitos entre a administração e os serviços e seus profissionais.	Dificuldades entre o serviço (na ponta) e o setor administrativo (gestão regional)
A questão da governação em saúde é um desafio a ser		Os agrupamentos de	Necessidade de maior

superado através da ampliação do modelo USF e de um redimensionamento dos agrupamentos de saúde (criados em 2008) que deveriam ter uma maior proximidade com os serviços, reconhecendo suas forças e fraquezas, apoiando a equipa e garantindo suporte a clínica	saúde deveriam ter uma maior proximidade com os serviços	apoio institucional da gestão regional
Sobre a colaboração e trabalho em equipa tenho uma boa parceria com minha enfermeira, que é uma excelente profissional. Através do sistema informativo, tenho o controle sobre a agenda e a organização dos horários da semana, incluindo horários para os utentes crônicos ou horários para demanda espontânea e casos agudos são acordados em equipa. Apesar de manter bom relacionamento com os colegas (o clima é geralmente amigável entre todos) não tenho realmente muito contato com eles e não há interação real no processo de trabalho ou de tomada de decisão clínica. Cada médico governa seu trabalho e só requisita ao colega o mínimo possível em caso de necessidade, substituição, uma ausência inesperada, algum caso agudo, etc.	Apesar de manter bom relacionamento com os colegas não tenho realmente muito contato com eles e não há interação real no processo de trabalho ou de tomada de decisão clínica.	Compartimentalização da clínica médica na unidade de saúde
(Sobre esta relação entre enfermagem e medicina) temos as nossas responsabilidades e cuidamos de nossas tarefas. Minha enfermeira é excelente profissional e nos damos bem. Todas as equipas aqui se dão bem, médicos e enfermeiras. Tenho uma colega médica que é mais introvertida e séria, mas tem uma enfermeira daquelas sabe? Destas que é como um trator, sabe resolver todo e qualquer problema que surge. Lida bem com os pacientes e até ajuda as outras enfermeiras quando há alguma dificuldade. Com uma enfermeira destas fica mais fácil	Uma enfermeira daquelas sabe? Destas que é como um trator, sabe resolver todo e qualquer problema que surge	Relação de poder entre as categorias de medicina e enfermagem
Fazemos reuniões periódicas, 1 ou 2 x ao mês. E discutimos assuntos internos, conflitos e soluções. Mesmo com minha experiência nos CSP, não assumo cargo de coordenação. Por vezes tenho discussões acaloradas com os colegas (mas meu estilo de personalidade), mas isto não tem afetado o clima cordial que existe entre todos	Fazemos reuniões periódicas, 1 ou 2 x ao mês. E discutimos assuntos internos, conflitos e soluções.	Reuniões como espaço de cogestão e resolução de conflitos
Quando necessário e com certa regularidade, fazemos discussão de casos clínicos, nos quais se busca compreender casos específicos e planear o cuidado. Estes são, na verdade os únicos momentos em que há tomada de decisão compartilhada. No geral, cada médico decide sobre seus próprios pacientes, no máximo consultando a opinião da	Fazemos discussão de casos clínicos, nos quais se busca compreender casos específicos e planear o cuidado	Processos de governança clínica e tomada de decisão compartilhada

enfermeira.		
Veja, da maneira como organizo, tenho trabalho todos os dias e horários para casos agudos (demanda espontânea), tenho horários para casos crônicos e acompanhamentos. Tudo fica marcado. Não há filas. Nosso público aqui é muito variado. Atendo pessoas que são juízes, políticos, engenheiros; e pessoas do campo que moram em zonas quase rurais. Que criam ovelhas	Tenho todos os dias e horários para casos agudos (demanda espontânea), tenho horários para casos crônicos e acompanhamentos	Governança clínica. Organização da agenda
Veja este caso. A utente veio aqui com queixas de dores no seio. Havia um histórico de morbilidade associada. Solicitei os exames e ela me comunica o resultado por e-mail, sem precisar vir ao centro de saúde. Veja... os exames não constataram nenhum problema. Com base nisto, vejo que o caso não é urgente, portanto marcamos uma consulta de acompanhamento, de acordo com a disponibilidade da agenda para 30 dias. E qualquer alteração ela pode me comunicar via e-mail novamente	Solicitei os exames e ela me comunica o resultado por e-mail, sem precisar vir ao centro de saúde.	Governança clínica. Comunicação profissional-usuário
Em um hospital o médico-cirurgião não precisa ter muita interação com seu paciente. Ele executa seu procedimento e pronto. Mas nos cuidados primários, ou mesmo na pediatria, tenho de ouvir o que o utente tem a dizer sobre sua doença. É preciso perceber como ele percebe sua doença e passar para ele as informações que ele precisa para que o tratamento seja bem-sucedido	Tenho de ouvir o que o utente tem a dizer sobre sua doença	Orientação da relação profissional-usuário
Observações e impressões pessoais		
<p>André gosta de trabalhar nos cuidados primários onde pode governar sua clínica da melhor maneira que puder e de preferência sem maiores intervenções por parte dos órgãos administrativos. Fala da relação entre médicos como “respeito entre iguais” e da relação entre médicos e enfermeiras como “parceria subserviente”, segundo a qual, o médico é figura dominante quanto à tomada de decisão clínica. E um bom trabalho por parte da enfermagem está em servir e auxiliar o médico no manejo dos pacientes e do tratamento. Percebo que o trabalho na USF ainda está longe de conformar-se a um modelo de colaboração interprofissional e de um pensamento crítico na governança da clínica. Penso que estes processos envolvem o reconhecimento da distribuição desigual de poder, construída historicamente e a abertura para novas possibilidades dialógicas, novos aprendizados e novas tecnologias, que permitam o debate e construção de propostas práticas de mudança nas formas de governança da clínica. Que envolvem, não apenas a consideração de outros olhares igualmente relevantes sobre diagnósticos e prognósticos, como também a perspectiva, geralmente esquecida, do usuário, sua família e comunidade. Será que realmente queremos uma clínica diferente? Esta clínica das decisões compartilhadas e do pensamento crítico e da deliberação e participação, da colaboração interprofissional é realmente a melhor alternativa ao usuário, sua família e comunidade? Este é uma questão muito séria.</p>		

Fonte: Construído pelo autor

Entrevista 03 (semiestruturada)			
Participante	Local	Data	Duração (min)
Rosa	Coimbra	02/03/2016	42
Unidades de contexto		Unidades de registro	Temas centrais
Eu trabalho com um ficheiro que tem cerca de 12 mil utentes. É muito para uma enfermeira só e agora a pouco pela manhã vi mais de 20 utentes, porque inclui as triagens para a médica. Se ela atende, por exemplo 11 pacientes, eu trio estes 11, mas tenho outras coisas a fazer: vacinação, uma pílula para dar, um penso (curativo) para executar, um injetável para administrar, um hipertenso para avaliar a pressão, que não estava agendado para consulta, um diabético que vem avaliar sua glicemia, não é fácil.		Eu trabalho com um ficheiro que tem cerca de 12 mil usuários	Sobrecarga no trabalho
Na classe de enfermagem as coisas estão muito pouco boas. Não há união. É cada um por si. Eu sou defensora de que se houvesse trabalho em equipa, seria produtivo, não só para o utente, mas também para nós. Não se vê muito o trabalho em equipa. Vê-se o trabalho em equipa entre enfermeira e médico, mas para mim deveria ser de toda a organização.		Vê-se o trabalho em equipa entre enfermeira e médico, mas para mim deveria ser de toda a organização.	Colaboração limitada a micro-equipe médico e enfermeira
As reuniões são sempre muito problemáticas, com muito estresse. E é rara a reunião que nós saímos de lá satisfeitos. Na última reunião saíram 2 colegas a chorar. Acho que as reuniões deveriam ser por equipa e depois faríamos outra, todos juntos. Algumas vezes é apenas passar informação. Não há aquela postura de o coordenador dizer: “enfermeira Rosa, há alguma coisa que queira dizer, como correu esta semana, ou alguma aresta que acha que deva ser limada”, pronto, saber escutar o outro lado.		As reuniões são sempre muito problemáticas, com muito estresse.	Entraves no processo de cogestão, dificuldades na gestão de conflitos interpessoais
Há capacitação, mas não é feita por nós. Acho que as pessoas estão tão cansadas de atender seus utentes. Mas se vier uma pessoa de fora falar sobre algo, abra-se ali uma reunião para se falar sobre aquele tema, ação ou produto.		Acho que as pessoas estão tão cansadas de atender seus usuários	Estresse no trabalho, sinais de esgotamento (burnout)
Ultimamente anda tudo muito desmotivado. Vou dizer o porquê. Nós enfermeiros trabalhávamos 35 horas semanais, mas de um ano para cá, temos de trabalhar 40 horas semanais, ou seja, aumentaram-nos o tempo de trabalho, diminuíram-nos as férias e vencimentos. Passamos aqui mais horas e há mais sobrecarga de trabalho e estresse. Por mais que eu goste do meu trabalho, nós de vez em quando chegamos a um limite.		Passamos aqui mais horas e há mais sobrecarga de trabalho e estresse	Estresse no trabalho, sinais de esgotamento (burnout)
Em cinco colegas, se calhar posso confiar em um. Quando uso		Em cinco colegas, se	Conflitos internos.

<p>essa confiança com o colega, percebo que depois essa confiança serve de arma de arremesso. Se eu precisar muito daquele colega é capaz de depois me atirar a cara. Tenho-me fechado mais ao meu gabinete e me fechado mais aos meus utentes. Existe a confiança, mas em alguns colegas, não em todos.</p>	<p>calhar posso confiar em um. Quando uso essa confiança com o colega, percebo que depois essa confiança serve de arma de arremesso</p>	<p>Falta de confiança</p>
<p>A minha relação empática com utente eu acho que corre muito bem, não tenho queixas, mas não sei em relação aos outros profissionais. As vezes eles chegam aqui e dizem (se queixam de algum colega), mas não sei. Acho que percebemos quando não gostam de nós.</p>	<p>A minha relação empática com usuário eu acho que corre muito bem, não tenho queixas</p>	<p>Relação empática entre profissional e usuário</p>
<p>Acho que nossos utentes são muito respeitados e tem muita sorte de nos ter aqui, porque, primeiro, não gosto de mandá-los embora sem serem atendidos. E nós temos uma situação de urgência que é das 08 até as 09 horas da manhã. E muitas vezes eles estão mal-educados e veem depois dessa hora. E mesmo assim peço, quando necessário, para a doutora vê-los. E por acaso a doutora com quem trabalho diz assim: “ah já estou sobrecarregada, mas espera um bocadinho que vou ver”. E ela quase nunca manda alguém para casa sem o ver.</p>	<p>Acho que nossos usuários são muito respeitados e tem muita sorte de nos ter aqui</p>	<p>Orientação da relação profissional-usuário</p>
<p>Eu e a médica da minha equipa nos damos bem. Temos estado a aparar algumas arestas porque a doutora veio de outro centro de saúde, mas há coisas que não correm tão bem. A doutora gosta de misturar as coisas, saúde do adulto, do menino, do idoso, tudo misturado e eu não estava habituada a isto. Fazíamos um dia para cada coisa. E isto me sobrecarrega. Estou a ver idosos e de repente vem criança para vacinar. Mas há sítios que corre pior.</p>	<p>Eu e a médica da minha equipa nos damos bem. Temos estado a aparar algumas arestas porque a doutora veio de outro centro de saúde</p>	<p>Construção da relação entre médica e enfermeira</p>
<p>Neste momento estou com crise de depressão e ansiedade. Sinto as vezes dormência nos membros do corpo e na face. O estresse tem enfermidades físicas e mentais. Eu hoje pensei em tirar atestado e ficar em casa, mas não foi possível.</p>	<p>Neste momento estou com crise de depressão e ansiedade.</p>	<p>Estresse e esgotamento</p>
<p>Eu vou falar por mim, estou com nível de estresse elevado. Mas não sou só eu. Fui ao médico e ele me disse que minha colegas andam toda com muito estresse. Fiquei contente porque pensei que não sou só eu, o problema não é meu. Nós tratamos de outras pessoas e porque não cuidar de nós? Profissionais de saúde não são de ferro. Não somos indestrutíveis, somos sensíveis e muitas vezes estamos mais</p>	<p>Nós tratamos de outras pessoas e porque não cuidar de nós? Profissionais de saúde não são de ferro.</p>	<p>Necessidade de suporte e apoio ao profissional da APS</p>

doentes do que vocês deste lado.		
Muitas vezes o que faz falta mesmo é o escutar, o perceber, o pôr-se na pele do outro. E a flexibilidade de horário, de pá... “dói-te a cabeça, precisa de ir lá fora tomar um café? Vai”. As vezes dá impressão de sermos controlados. Só nos falta mesmo um chipzinho como os animais, para saber onde estamos. As vezes vou a casa de banho, se o telefone toca e não atendo vem “onde é que esteve?” Fui a casa de banho, fui comer um pão.	Muitas vezes o que faz falta mesmo é o escutar, o perceber, o pôr-se na pele do outro.	Dificuldades com relação a confiança, diálogo e participação
Observações e impressões pessoais		
Rosa é enfermeira a 21 anos. Iniciou trabalhando no hospital e gostava, mas quando nasceram os filhos optou pelos cuidados primários, que tem horários fixos, para ficar mais tempo com a família. Sua vivência na USF passa por uma fase de estresse e conflitos internos que marcam suas falas, perpassando várias temáticas.		

Fonte: Construído pelo autor

Entrevista 04 (semiestruturada)			
Participante	Local	Data	Duração (min)
Inês	Coimbra	08/03/2016	43
Unidades de contexto		Unidades de registro	Temas centrais
Nós aqui dividimos responsabilidades e tentamos nos organizar para não estar tudo sobre uma só pessoa. Elementos sozinhos fazem menos que um grupo em conjunto. Sempre me preocupei muito por organização do serviço. Isso ajuda a organizar nossa vida. Também gosto da formação, de ensinar os mais novos.		Nós aqui dividimos responsabilidades e tentamos nos organizar para não estar tudo sobre uma só pessoa	Organização do processo de trabalho
Estou nesta USF desde o início. Eu e outro colega começamos a nos organizar. Uma pessoa sozinha não pode estar interessada, tem de ser um grupo de pessoas. Meu colega foi meu primeiro aliado, depois fomos buscando outras pessoas. Temos de trabalhar em conjunto, num contexto de termos mais ganhos em saúde para a população que servíamos. E houve 5 médicos e 5 enfermeiros e 4 administrativos que alinharam conosco. Daí começamos a preparar a candidatura para concorrermos a USF.		Temos de trabalhar em conjunto, num contexto de termos mais ganhos em saúde para a população que servíamos.	Adesão voluntária e proposta conjunta de equipe
Antes, tentávamos trabalhar bem, mas os resultados eram fragmentados e não conseguíamos avaliar os resultados todos. E agora com novo grupo, em que todos sabem porque trabalhamos assim e para que, exponencialmente começamos a ter resultados muito melhores.		todos sabem porque trabalhamos assim e para que	Construção coletiva da proposta de trabalho
Nós como passamos por isto em conjunto, somos muito		Nós como passamos	Coesão da equipe

<p>unidos. Isso é muito bom. As vezes tem problemas no arranque, mas a coisas funcionam. No dia a dia é assim, nós temos essa... por isso é que as vezes nos custa pensar que alguém pode ir embora e que pode vir alguém novo. Nós somos muito coesos.</p>	<p>por isto em conjunto, somos muito unidos.</p>	<p>pelo tempo de vivência de trabalho partilhado</p>
<p>Nós mesmos questionamos muito uns aos outros. Como sabemos os indicadores que gostamos de ter e o trabalho que gostamos de fazer, como gostávamos de ter uma boa satisfação por parte dos nossos utentes... mesmo uns com os outros, acabamos sendo bastante exigentes</p>	<p>Nós mesmos questionamos muito uns aos outros</p>	<p>Busca de desempenho coletiva</p>
<p>Eu acho que na USF se produz mais. Produz mais porque as pessoas em conjunto estão interessadas em conseguir resolver tudo. Por exemplo, nosso lema, como USF é “centrados em si (em ti, no utente), unidos para cuidar”. Que seja, centrados no utente e unidos para lhes dar o melhor cuidado. Temos uma carta de compromisso e de qualidade e toda gente tenta cumprir o máximo possível essa qualidade. Esta carta foi construída em conjunto, numa reunião. E depois fizemos um cerimonial: todos com a carta, em pé e cada um leu um trecho da carta. Que era para sentir bem o compromisso que estava a fazer. Fizemos várias reuniões fora do horário de trabalho e em vários sítios a definir qual era para nós, importante que estivesse na carta.</p>	<p>centrados em si (no usuário), unidos para cuidar</p>	<p>Visão e missão e valores centrais, estabelecidos coletivamente em torno da Carta de Compromissos</p>
<p>Aqui é uma organização que eu penso que é a mais democrática. É assim, há um concelho geral onde toda equipa participa e dá opinião. Levasse para lá os problemas e as pessoas discutem. A coordenadora que é a pessoa que “coordena a dor” e a o concelho técnico que é constituído por pessoas que foram escolhidas. E eu fui votada como coordenadora. Como há várias áreas que temos de dinamizar, as pessoas reuniram-se e escolheram, e com grupo de um médico, um enfermeiro e um administrativo, que escolheram a área que mais gostavam de liderar. Por exemplo: a manutenção de indicadores são estes, a formação contínua são estes, a página na web são estes, atividades lúdicas também temos. Porque a atividade lúdica (nas reuniões) é muito importante. E mais vacinação, saúde materna, portanto, todos têm responsabilidades.</p>	<p>Aqui é uma organização que eu penso que é a mais democrática</p>	<p>Organização do processo de trabalho Cogestão do processo de trabalho, divisão de tarefas e responsabilidades</p>
<p>Quando temos conflitos há sempre pessoas que tem mais jeito do que outras para lidar com eles. É preciso conhecer as</p>	<p>Quando temos conflitos há sempre</p>	<p>Gestão dos conflitos por meio da</p>

<p>peessoas. A gente faz muitos joguinhos de grupo, por exemplo: “ah vamos fazer uma votação para cada um, por exemplo no Natal, para cada um dizer uma característica positiva desta pessoa”. E depois fazemos a missa da simpatia. É uma brincadeira, mas... depois fazemos o dia do amigo. E depois, fazemos muito conforme a característica da pessoa. Se há um desacordo, discute-se na reunião, que ali há um problema há fazer alguém sentir mal e as pessoas dizem suas queixas, mas depende das pessoas que tem mais jeito para lidar com a situação. E há duas formas, a pessoa pode levar o assunto a reunião, mas também há uma urna onde as pessoas podem ali colocar. Quando há algum assunto que a pessoa esteja, assim mais medrosa, põe ali sua proposta e depois votamos qual a proposta melhor.</p>	<p>peessoas que tem mais jeito do que outras para lidar com eles. É preciso conhecer as pessoas.</p>	<p>construção de espaços participativos e acolhedores</p>
<p>Toda a gente fala e as vezes fala demais porque parece um recreio. Mas também é bom. Nós fazemos uma ordem de trabalhos, que é mandada pela internet para toda a gente, e a dizer se quer acrescentar algum outro ponto na ordem do trabalho. Depois na reunião eu ponho no quadro a ordem de trabalho, separando o que é urgente e que temos de fazer, entretanto vamos discutindo os pontos e chegamos ao consenso. As pessoas participam nas discussões.</p>	<p>Toda a gente fala e as vezes fala demais porque parece um recreio. As pessoas participam nas discussões</p>	<p>Espaço democrático de gestão no trabalho</p>
<p>Nossa segunda semana é sempre formação. E nessa formação normalmente participam médicos e enfermeiros, porque em geral são assuntos clínicos. Mas temos outras formações, quando é sobre comunicação convidamos toda a gente, sobre ética, também todos. Nós achamos que todas deveriam participar os administrativos, mas este assunto não era prioritário para eles e eles também queriam fazer sua reunião inter pares.</p>	<p>Nossa segunda semana é sempre formação.</p>	<p>Espaços de educação permanente, organizados para e pela equipe</p>
<p>Nas reuniões de formação, temos internos e eles apresentam casos clínicos. Mas também, temos ali um cafezinho, onde também discutimos alguns casos clínicos que temos parecidos, por exemplo: “aquela senhora, fui vê-la a domicílio, e ela está com esse ou aquele problema, e como havemos de resolver, e seria melhor tomar esta ou aquela alternativa. Cada um tem uma parte do conhecimento que depois tudo junto, dá melhor resultado.</p>	<p>Nas reuniões de formação, temos internos e eles apresentam casos clínicos. Mas também, temos ali um cafezinho, onde também discutimos alguns casos clínicos</p>	<p>Discussão de casos clínicos como estratégia de integração e aprendizado</p>
<p>Temos sempre internos e também alunos do sexto ano e do</p>	<p>Temos sempre</p>	<p>A unidade como</p>

<p>primeiro ano. Eu acho que vale a pena porque eles também trazem coisas novas. Qualquer novidade que veem por lá eles nos dizem. E tem sido muito positivo, porque nós (nossa USF) somos sempre os primeiros a ser escolhidos, pois eles escolhem para onde querem estagiar. E nós nesse ranking estamos em primeiro lugar. O que quer dizer que eles estão a gostar do que fazemos aqui e do que aprendem aqui.</p>	<p>internos e também alunos do sexto ano e do primeiro ano. Eu acho que vale a pena porque eles também trazem coisas novas.</p>	<p>espaço “escola”, lugar de aprendizagem</p>
<p>Para mim os obstáculos que temos, são os compromissos que tem conosco e não o fazem. Nós conseguindo atingir nossos objetivos, dão-nos de compensação os incentivos. E nós este ano conseguimos o total dos incentivos. Todos os anos temos conseguido algum valor. Agora eu acho que nós ainda não temos os incentivos de 2014. Ainda não nos deram nada e isso desmotiva muito as pessoas. Porque assim, nós já estamos a pedir os incentivos de 2015 e dão-nos assim alguma desculpa.</p>	<p>Ainda não nos deram nada e isso desmotiva muito as pessoas</p>	<p>Dificuldades no repasse de incentivos, conquistados mediante desempenho</p>
<p>Estive a pensar com um colega um estatuto para “amigos da unidade”. O meu objetivo era ter um grupo de utentes que representasse os demais. Porque nós já temos a imagem de dentro para fora e gostávamos que alguém nos desse a imagem de fora para dentro. Já contactei várias pessoas, principalmente aqueles que eu acho que eram pessoas influentes da terra, mas acho que eles não estão muito motivados para isso. Mas fazemos questionários de satisfação e depois o próprio ACES também faz.</p>	<p>O meu objetivo era ter um grupo de usuários que representasse os demais</p>	<p>Dificuldades em estabelecer representação dos usuários e efetivar a participação social em saúde</p>
<p>Nós temos uma grelha de ordem (check-list de indicadores) que nos diz quais são os padrões de uma boa unidade. E nós em meio do ano, entregamos a um (membro) mais novo ele tem de verificar se estamos ou não a cumprir com a grelha. Também temos o PAI (Plano de Avaliação Interna) que é um plano que achamos importante para avaliação interna.</p>	<p>Também temos o PAI (Plano de Avaliação Interna) que é um plano que achamos importante para avaliação interna.</p>	<p>Estratégias de auto-avaliação de desempenho, por parte da equipe</p>
<p>Fizemos trabalhos sobre empatia e capacitação dos utentes. E para conseguirmos resultados nestas áreas, tivemos formação sobre estas áreas. Por que é importante capacitar o doente, para que ele possa tratar sua própria doença, que não somos nós que a vamos tratar. Vamos dar alguns conselhos, que ele pode aceitar ou não aceitar, para a vida dele. E para isso temos de empatizar com a pessoa. Se não nos pomos um bocado no lugar deles, eles não vão receber isto como uma coisa para eles.</p>	<p>Por que é importante capacitar o doente, para que ele possa tratar sua própria doença</p>	<p>Estratégias de autocuidado e coresponsabilização dos usuários</p>
<p>Temos a sorte de ter uma colega que é médica do trabalho e</p>	<p>quando alguém anda</p>	<p>Estabelecimento de</p>

<p>ela fez um estudo sobre o nosso <i>burnout</i> e fez sessões com toda gente sobre como lidar com o estresse. E nos ensinou truques de <i>coping</i> e posicionamento (físico, postural). Eu acho que este trabalho, precisaremos fazer revisões, porque é muito fácil pessoas que lidam com público entrarem em estresse. Também perguntamos se as pessoas precisavam de alguma coisa para se sentir melhor. A pessoas tem problemas lá fora e problemas cá dentro e quando alguém anda mais triste tentamos saber porque e nessa altura conversar com aquela pessoa. Eu acho que é muito porque estamos todos trabalhando juntos desde o princípio, na equipa.</p>	<p>mais triste tentamos saber porque e nessa altura conversar com aquela pessoa</p>	<p>um clima favorável ao diálogo e confiança na unidade</p>
<p>Eu acho que o que precisamos melhorar é passar a “Modelo B”. Nos queremos ser e já mandamos várias tentativas de passar de modelo. E ainda não somos porque a equipa tem de estar consolidada e há aqui a colega que vai pedir reforma e que está com contrato por mais um ano e tem que vir um Diário da República a dizer que lhe fazem o contrato mais um ano. Estas coisas que nos desmotivam, porque eu acho que deveríamos passar a B, pois olha a equipa que temos. Nós conseguimos os indicadores todos, tudo verde. E para o próximo ano os indicadores vão ser os mesmos porque os indicadores são de 3 em 3 anos, iguais. E até tenho receio de que isto desmotive um bocado as pessoas. Por isso queria mudar a modelo B, para estimular as pessoas. E também com o modelo B recebemos mais incentivos, que também era muito importante. As pessoas aqui mereciam passar a modelo B e ser reconhecidas pelo trabalho que fazem. Já temos os documentos todos preenchidos.</p>	<p>As pessoas aqui mereciam passar a modelo B e ser reconhecidas pelo trabalho que fazem</p>	<p>Dificuldades em relação ao reconhecimento por parte do setor administrativo (gestão superior)</p>
<p>Observações e impressões pessoais</p>		
<p>Inês tem 37 anos de carreira, como médica. Iniciou sua carreira trabalhando em hospitais. E está nos cuidados primários desde 1982 (há 35 anos), quando foi criada a carreira profissional para os cuidados primários. Gosta de trabalhar a prevenção e de apreciar as pessoas como um todo. Trabalha na sua USF desde sua fundação em 2013. Atualmente é a coordenadora da unidade. Aparenta ter grande apreço pelo serviço e por sua equipe. Suas falas perpassam pela construção da clínica ampliada e pela centralidade da clínica médica. Apontando de forma equilibrada a forma singular como fazem a USF trabalhar.</p>		

Fonte: Construído pelo autor

Entrevista 05 (semiestruturada)			
Participante	Local	Data	Duração (min)
Dalva	Coimbra	08/03/2016	25

Unidades de contexto	Unidades de registro	Temas centrais
<p>Trabalhei numa unidade especializada, mas o CSP é diferente. A relação de proximidade com utente é diferente. Por exemplo, antes eu ia de férias, e se o paciente morria ou não morria, quando eu retornava era indiferente. Aqui temos de saber se a senhora X está melhor, se já saiu do hospital. Há uma relação mais intensa com as pessoas e uma preocupação maior com seu bem-estar.</p>	<p>A relação de proximidade com usuário é diferente.</p>	<p>Orientação da relação profissional-usuário</p>
<p>Esta USF foi formada muito por escolha. Nós escolhemos uns aos outros e foi uma afinidade desde o início. Nós nos agrupamos naturalmente. Antes nós trabalhávamos no Centro de Saúde (modelo antigo). Eu trabalhava numa extensão e não lidava com a equipa diretamente. Tem haver com a maneira de trabalhar, a maneira de pensar, os ideais. Nós solicitamos este grupo de amigos para o novo modelo.</p>	<p>Nós escolhemos uns aos outros e foi uma afinidade desde o início. Nós nos agrupamos naturalmente.</p>	<p>Adesão voluntária ao novo modelo como fator positivo a coesão no trabalho</p>
<p>É como um casamento. Na primeira fase, como namorados, no dia a dia juntos, houve alguns atritos, mas agora estamos tratando bem os atritos na situação de trabalho. Não é tudo a correr com perfeição. Mas as reuniões funcionam bem e são espaços onde tratamos de assuntos da unidade, interessantes para a unidade.</p>	<p>as reuniões funcionam bem e são espaços onde tratamos de assuntos da unidade</p>	<p>Espaço de cogestão avaliado como fator positivo ao clima organizacional</p>
<p>Em termos de gestão, a sempre momentos onde um fica mais... nós passamos uma fase muito má, com muitas férias e atestados e as equipas nunca estiveram a 100%. Sempre falta e ficamos mais cansados.</p>	<p>Sempre falta e ficamos mais cansados.</p>	<p>Sobrecarga de trabalho devido a ausência de um ou mais membros da equipe</p>
<p>A sempre um que chama a razão. E funciona como uma família, com marido, mulher, mãe e filhos. Quando uns não estão a pensar da maneira que seria o ideal, há alguém que chama a atenção. Depende da pessoa no momento. É interessante.</p>	<p>Quando uns não estão a pensar da maneira que seria o ideal, há alguém que chama a atenção</p>	<p>Capacidade de auto suporte e resiliência da equipe</p>
<p>É assim, vamos lá ver... sobre o estresse, uns descompensam numa fase, adoecem numa fase, mas os outros que estão bem, tentam ajudar. Este que estão bem, também já estiveram mal. Vamos tentando manter o equilíbrio assim.</p>	<p>É assim, vamos lá ver... sobre o estresse, uns descompensam numa fase, adoecem numa fase, mas os outros que estão bem, tentam ajudar.</p>	<p>Capacidade de auto suporte e resiliência da equipe</p>
<p>Eu acho que existem um esgotamento, mas não é pelo trabalho na USF... é por tudo. Nós passamos de 35 horas semanais para</p>	<p>No período em que estão todos os</p>	<p>Sobrecarga de trabalho devido a</p>

40 horas. Foi uma mudança muito grande. Não havia... houve semanas em que ninguém trabalhava menos de 45 horas. Ai o esgotamento não tem haver com a USF, mas com o permanecer muitas horas, devido a outras circunstancias. No período em que estão todos os elementos da equipa não se nota isso.	elementos da equipa não se nota isso.	ausência de um ou mais membros da equipe
Se tivermos todos os elementos, funciona bem. Mas por exemplo, se tivermos numa semana a fechar o serviço, numa semana, a ter de estar três dias até as oito... são horas a mais. Além do aumento que já tivemos. A pessoa fica esgotada.	Se tivermos todos os elementos, funciona bem	Sobrecarga de trabalho devido a ausência de um ou mais membros da equipe
Nós temos sempre os pontos da reunião. Nestes pontos está tempo para equipa de enfermagem, tempo para os administrativos... para falarmos sobre nossos problemas. Isto surge frequentemente nos pontos da reunião. Falamos normalmente nesse espaço. Algumas vezes resmungamos, outras não, mas falamos tudo.	Nestes pontos está tempo para equipa de enfermagem, tempo para os administrativos... para falarmos sobre nossos problemas	Espaço de cogestão avaliado como fator positivo ao clima organizacional
Na próxima reunião, quarta feira, vai ser de formação. Formação para médicos e enfermeiros. É um tema de saúde e muitas vezes os administrativos são incluídos, porque também sempre tem alguma informação para saberem. Não é nada assim: isto é só para médicos e isto só para enfermeiros. Mesmo quando é tema de saúde. Na última formação estiveram os médicos, enfermeiros e administrativos. O tema para os administrativos não era de primeira importância, mas acaba sendo um bocado de conhecimento geral. Pronto e eles gostavam de estar lá.	O tema para os administrativos não era de primeira importância, mas acaba sendo um bocado de conhecimento geral. Pronto e eles gostavam de estar lá.	Espaço para educação permanente, tentativa de incluir todas as categorias profissionais (incluindo os administrativos)
Observações e impressões pessoais		
Dalva é enfermeira a vinte e quatro anos. E trabalha na APS há 12 anos. Está na mesma equipe de USF desde 2013. Passou aos cuidados primários para evitar fazer noites (plantão) e estar mais próxima de minha família. Depois encontrou bastante satisfação na APS e sente-se realizada profissionalmente.		

Fonte: Construído pelo autor

Entrevista 06 (semiestruturada)			
Participante	Local	Data	Duração (min)
Luiz	Coimbra	15/03/2016	43
Unidades de contexto		Unidades de registro	Temas centrais
O que eu faço aqui diferente do que fazia antes, é nada. Exceto talvez por cumprir horários diferentes, com horários mais		O que nós temos é um pouco mais de ligação	Contratualização como fator positivo

<p>perceptíveis as pessoas, enquanto antigamente quase todo dia, as mesmas coisas. O que nós temos é um pouco mais de ligação por ter de cumprir alguns indicadores. A coisa é mais processual e estão a ser feitas. De resto, como orientador de formação específica em medicina familiar, minha atuação vai muito pela prevenção quaternária, ou seja, evitar o excesso de medicina.</p>	<p>por ter de cumprir alguns indicadores.</p>	<p>ao trabalho em equipe</p>
<p>Trabalho aqui porque gosto, fundei isto aqui e tenho minhas responsabilidades. Vários internos que por aqui passaram, prosseguiram seus estudos com mestrados e doutoramentos. Espero que esta nova leva traga algo de novo.</p>	<p>Vários internos que por aqui passaram, prosseguiram seus estudos com mestrados e doutoramentos.</p>	<p>Centro de saúde como espaço de aprendizagem e pesquisa</p>
<p>O trabalho de equipe aqui é feito, mas é feito muito sob o ponto de vistas da... houve aqui inicialmente mais vigilância e agora há mais liberdade. O que nos falta? Fundamentalmente são ajudas de psicologia. Cada vez mais nós temos patologias, eu diria, psiquiátricas, mas que são patologias eminentemente psicológicas, reativas. O que é mais pesado: bipolaridade, esquizofrenia, depressões endógenas que são tratadas por medicação, mas as pessoas têm outras disfunções (menos graves), que eles próprios reconhecem, mas tem dificuldades de lidar com ela. Nesses casos é necessário a ajuda da psicologia, para levarmos a pessoa a solução do problema, em vez de usarmos um comprimido que não vai resolver um problema que não existe. Os medicamentos não resolvem os problemas. Precisamos de sociólogos também.</p>	<p>O que nos falta? Fundamentalmente são ajudas de psicologia.</p>	<p>Necessidade de inclusão de outras categorias profissionais ao modelo</p>
<p>O modelo paternalista que existia, para mim não funciona, ou seja, se eu disser a uma pessoa para fazer isto, aquilo se calhar, dá resultado mais dois ou três dias, mas depois esqueceu-se, mas se por exemplo, a pessoa quando chega, eu perguntar “o que julga que tem? Como isto afeta sua vida? O que nós podemos fazer para ajudar?” Eu implico ela no processo, tal qual implicamos o aluno no processo de ensino, assim também o fazemos no processo terapêutico. E vou colher melhores resultados mais tarde.</p>	<p>O modelo paternalista que existia, para mim não funciona</p>	<p>Orientação da relação profissional-usuário, incentivo a coresponsabilização</p>
<p>A minha clínica fui aprendendo pouco a pouco, atuar na gestão também abriu-me a cabeça para muitas coisas. Ao estudar sobre medicamentos, comecei a pensar porque isto era assim. Por que estamos a prescrever tantos ansiolíticos e</p>	<p>É preciso que a Saúde da Família seja mais reconhecido, inclusive pela</p>	<p>Necessidade de reconhecimento da USF no meio acadêmico</p>

<p>antidepressivos? E por aí chegamos a várias coisas. Mas isto tem que ser ensinado na faculdade, esta relação entre médico e doente. É preciso que a Saúde da Família seja mais reconhecido, inclusive pela academia.</p>	<p>academia.</p>	
<p>Depois temos este problema, que, quem está lá em cima na administração, deixa seu papel clínico. Quando estive na gestão por exemplo disse aos colegas: “nosso foco aqui é ajudar aqueles que lá estão a produzir. Nosso foco é dar-lhes material e tudo que precisam para que eles façam o que tem de fazer.” Isto mudou o foco daquilo que o ARS pode fazer, focando na equipe de frente, que está a fazer as coisas. Por isso houve um “bum” brutal de produção naquele ano. Infelizmente estamos em um país onde há uma cultura de “faz e leva”, que nem se faz e não se leva nada. Há muito receio das pessoas dizerem “eu faço”. Há um pouco esta cultura do ter inveja e dizer mal. Eu por exemplo, muita gente me critica. Portanto, o modo como se administra as coisas tem de ser diferente. Se somos capazes de ouvir críticas eles também podem ser capazes de evoluir.</p>	<p>Se somos capazes de ouvir críticas eles também podem ser capazes de evoluir.</p>	<p>Dificuldades na relação entre a USF e o setor administrativo (gestão superior)</p>
<p>São coisas muito organizativas e formativas e muito ao ponto dos objetivos, daquilo que tem de ser feito de imediato. Ninguém pensa muito no futuro. O que está a faltar em Portugal são uma, duas ou três, USF universitárias. Tal como há serviços hospitalares universitários, devia haver USF universitárias. E aí a coisa mudava, por completo, de figura, porque poderíamos mostrar em paridade o que se faz e quais resultados se pode obter.</p>	<p>Ninguém pensa muito no futuro</p>	<p>Sugestão de USF universitárias como proposta de planeamento para o modelo das USF</p>
<p>Se em 2014 nós tivemos ganhos de 12 mil euros... onde é que eles estão? Os incentivos ainda não chegaram. Porque não fazem um plano de investimento? Nós saberíamos muito bem onde investir esse dinheiro. Não é gastar, é investir. Este dinheiro não chega por questões administrativas, porque há alguém que perderia o poder. Tem excesso de poder do administrativo (setor). “Eu que estou no comando, eu que faço”. Quando era eu na coordenação chamava os diretores de serviço e perguntava: “o que deve ser prioritário de se fazer?”. E eles diziam: “o senhor que deve saber”. Eu respondia: “os senhores são os diretores de serviço e quero que me digam, segundo vocês, quais são as quatro coisas que são prioritárias para se fazer e porque não se fazem?” Quando eles me traziam</p>	<p>Este dinheiro não chega por questões administrativas, porque há alguém que perderia o poder</p>	<p>Dificuldades na relação entre a USF e o setor administrativo (gestão superior), e no repasse dos incentivos financeiros, conquistados mediante desempenho</p>

<p>as respostas, agora era por em execução. Tem de fazer e não estar à espera de ser feito. Aqui deveria ser a mesma coisa. Quem está na USF, está a frente, sabe o que deve fazer. O foco deveria ser mais clínico e menos administrativo.</p>		
<p>Nós aqui temos autonomia de organização. Podemos fazer como quisermos, desde que haja uma série de premissas a cumprir. A ERA (equipes regionais de apoio) faz parte. E o Concelho Clínico, deixou de ser clínico e passou a ser uma questão administrativa. A ERA vem aí e faz uns relatos, mas não fazem muito mais. E nos dizem “ah falta isto e isto” ... e desaparecem.</p>	<p>Nós aqui temos autonomia de organização.</p>	<p>Autonomia relativa e dificuldades de implementação do apoio institucional das ERA e dos concelhos clínicos</p>
<p>Só conseguimos aguentar porque a resiliência está cá dentro. Esta equipa, se não tivesse a frente quem tem, se não tivesse as pessoas que cá estão. Teria falido, se não fossem as pessoas.</p>	<p>Só conseguimos aguentar porque a resiliência está cá dentro</p>	<p>Capacidade de auto suporte e resiliência da equipe</p>
<p>Estamos sempre abertos a inovação. Só não estamos abertos as novas modas da medicina. “Surgiu este tratamento novo, agora este é a melhor coisa”, não, aí sou completamente contra. Na medicina há uma coisa que é, muito dinheiro por trás de quem quer vender um bem, ou técnica, ou medicamento, ou outra coisa qualquer.</p>	<p>Na medicina há uma coisa que é, muito dinheiro por trás de quem quer vender um bem, ou técnica, ou medicamento, ou outra coisa qualquer.</p>	<p>Relação entre o trabalho na USF e a medicina, enquanto corporativismo biomédico</p>
<p>É preciso fazer uma remontada. É preciso perceber a sociologia fina daquelas pessoas que estão nos corredores do poder. Não são os generais, são os sargentos. Aquelas pessoas que viram e mexem as coisas, esse é que é o problema. É o corporativismo administrativo e depois o biomédico.</p>	<p>É preciso perceber a sociologia fina daquelas pessoas que estão nos corredores do poder</p>	<p>Relações de conflito entre o corporativismo administrativo e biomédico</p>
<p>É impressionante como em Portugal, que é um país pequeno, há tantas formas diferentes da forma como está a clínica. E da maneira como as pessoas conseguem aguentar. Vi uma forte componente científica ligada ao hospital, no Porto (Norte), vi algo um pouco diferente aqui (região Centro) e no interior vi uma coisa completamente diferente, vi apenas administrativos. Ou seja, “tem que fazer isto, fazer aquilo, etc.” É um dirigismo. Mas aqui há alguns indivíduos que são capazes de pensar fora da caixa.</p>	<p>Ou seja, “tem que fazer isto, fazer aquilo, etc.” É um dirigismo. Mas aqui há alguns indivíduos que são capazes de pensar fora da caixa.</p>	<p>Relações de conflito entre o corporativismo administrativo e biomédico</p>
<p>Temos aí dois casos de quase <i>burnout</i>. Aplicamos algumas escalas de estresse e falamos sobre o assunto. Mas há USF piores com pessoas que picam e chateiam. Há pessoas que as vezes vem aqui (ao gabinete) e fecham a porta e falam. Mas os</p>	<p>Depois tenho uma grande motivação, de saber quais são meus objetivos estratégicos</p>	<p>Definição de objetivos e indicadores como fator positivo a</p>

outros também são capazes de fazer isto. Se bem que as vezes tenho que me aguentar sozinho. O canto ajuda-me, caminhar e andar de bicicleta ajuda-me. Depois tenho uma grande motivação, de saber quais são meus objetivos estratégicos e sei onde quero chegar. A estratégia é que é fundamental. Depois tenho aqui esta motivação de ter os internos.	e sei onde quero chegar.	motivação para o trabalho
Observações e impressões pessoais		
Luiz é licenciado em medicina desde 1979 e está na medicina familiar desde 1983. Tem percurso feito em vários centros de saúde, já dirigiu centros de saúde, já dirigiu o agrupamento de saúde (ACES) de Coimbra. Já dirigiu a autorização de medicamentos de saúde, no Ministério da Saúde. Depois seguiu carreira académica, com Mestrado em Saúde Pública, doutoramento em Sociologia Médica. Trabalha na mesma USF desde a sua fundação em 2013. Suas falas são permeadas pela experiência docente e pelo esforço dialógico com os colegas de equipe e usuários. E pela centralidade na clínica médica.		

Fonte: Construído pelo autor

Entrevista 07 (semiestruturada)			
Participante	Local	Data	Duração (min)
Gabi	Sobral	31/01//2017	60
Unidades de contexto		Unidades de registro	Temas centrais
E essa reflexão a gente tem feito na graduação também, com os internos, do que é ser uma equipe, do que é um trabalho em equipe. Isso é complexo. O mundo de trabalho é um mundo de tensões, não adianta a gente achar que a coisa é simples porque está posta dentro de normativas que o trabalho tem que ser em equipe, tem que ter uma equipe mínima, tem que compartilhar, tem que atuar junto, que isso aí está dado, é uma coisa que tem que ser construída. Dentro da graduação, que é esse primeiro momento onde a gente vê as pessoas, os estudantes e seus perfis, é complexo, não é simples.		O mundo de trabalho é um mundo de tensões, não adianta a gente achar que a coisa é simples porque está posta dentro de normativas que o trabalho tem que ser em equipe	Trabalho em equipe como desafio, para além da normatividade político-estratégica
Se durante a formação a gente não tem essa compreensão, esse trabalho, quando ele vai para dentro daquela equipe ali trabalhar dentro da Estratégia de Saúde da Família, se isso não tiver uma clareza de como devem ser as relações, de como deve ser o compartilhar, que o foco tem que ser mesmo o usuário, a família e não os meus egos... "Eu é que tenho que aparecer mais, a minha categoria é que tem que ser a mais importante dentro desse processo, a mais reconhecida". O que de fato a gente tem que entender é que a gente está ali por uma causa, que é atender as necessidades do usuário, da família e desenvolver aquela comunidade.		O que de fato a gente tem que entender é que a gente está ali por uma causa, que é atender as necessidades do usuário, da família e desenvolver aquela comunidade.	Necessidade do compartilhamento de uma visão (e objetivos) em comum sobre o processo de trabalho

<p>Isso aí às vezes não acontece porque acaba tendo embates, conflitos, essa história das disputas mesmo. E a gente enfrenta isso muito. A gente percebe isso dentro da Estratégia de Saúde da Família, que ainda tem, no dia a dia ainda tem.</p>	<p>Isso aí às vezes não acontece porque acaba tendo embates, conflitos, essa história das disputas mesmo.</p>	<p>Conflitos interpessoais como desafio ao trabalho em equipe</p>
<p>Agora recentemente uma experiência que a gente teve, foi com aquele curso de apoio matricial para equipe dos NASF [Núcleos de Apoio à Saúde da Família], também ainda tem essa falta de compreensão, do que é o fazer do NASF. O que a equipe dos NASF vai de fato fazer? Como é que ele faz esse apoio matricial para as equipes? E aí, a gente pegando alguns profissionais aqui dos NASF do entorno, a gente percebia que os profissionais também entendiam assim: o que é colaborar? O que é fazer um apoio matricial? Eles não entendiam também que eles tinham que ter o seu núcleo de conhecimento, que eles precisariam também discutir, não estar ali só para animar um grupo, não estar ali só para facilitar as atividades em grupo, eles também tinham o papel de ver o seu núcleo de conhecimento e também ajudar a resolver os problemas daquela população, daquela comunidade, daquele território.</p>	<p>O que a equipe dos NASF vai de fato fazer? Como é que ele faz esse apoio matricial para as equipes?</p>	<p>Dificuldades da efetivação do apoio matricial por parte do NASF</p>
<p>E tinha esse embate dessa história de cada categoria querer se fortalecer e querer estar mais junto — aquela história dos egos das profissões. Mas é uma coisa que na Estratégia de Saúde da Família eu acho que tem um cenário que é propício para esse trabalho em equipe. Quando a gente fala nessa história da governança, que você estava falando, de fato eu acho que em Sobral a gente vivencia algumas políticas e algumas estratégias que são favoráveis para o trabalho em equipe, para que esses profissionais trabalhem junto.</p>	<p>Em Sobral a gente vivencia algumas políticas e algumas estratégias que são favoráveis para o trabalho em equipe, para que esses profissionais trabalhem junto.</p>	<p>Necessidade de construir políticas e estratégias que incentivem a o trabalho em equipe</p>
<p>A gente vê que essa lógica do Sistema de Saúde Escola foi de fato uma estratégia que Sobral adotou, que o Odorico implantou essa compreensão, que isso foi fundamental para que a gente pudesse quebrar um pouco essas barreiras dos núcleos, dessas excelências de conhecimento. A gente vive em um sistema, o Sistema Saúde Escola, onde cada categoria daquela ali também se sente corresponsável pela formação das pessoas que estão ali. Então aquilo ali foi uma decisão importante, que favorece o trabalho em equipe, que favorece essa questão da interprofissionalidade, da interdisciplinaridade. Eu acho que isso foi importante.</p>	<p>A gente vive em um sistema, o Sistema Saúde Escola, onde cada categoria daquela ali também se sente corresponsável pela formação das pessoas que estão ali.</p>	<p>Sistema Saúde Escola (modelo de sistema local, com reforço a educação permanente) como promotor de corresponsabilidade e trabalho em equipe</p>

<p>Outra coisa que eu percebo dentro de Sobral que a gente vê que favorece essa questão do trabalho em equipe, dos diálogos é da Escola de Saúde da Família ser a ordenadora desse sistema. Hoje em dia a escola tomou para si mesmo o papel de fazer esse agenciamento.</p>	<p>Escola de Saúde da Família ser a ordenadora desse sistema</p>	<p>Escola de Saúde da Família, como estratégia que fortalece o trabalho em equipe</p>
<p>Aquí a gente tem a oportunidade de tratar dentro de uma mesma unidade residentes, das residências multiprofissionais de Saúde da Família e Saúde Mental, alunos de graduação de várias instituições ao mesmo tempo, os profissionais da atenção básica, os profissionais do NASF, todo mundo atuando, convivendo, compartilhando, os alunos em mestrado fazendo as suas atividades. Isso favorece, é um ambiente que favorece essa questão de trabalhar em equipe.</p>	<p>Isso favorece, é um ambiente que favorece essa questão de trabalhar em equipe.</p>	<p>Construção de ambiente misto de profissionais e aprendizes no interior do CSF, como promotor do trabalho em equipe</p>
<p>Apesar de ter diretrizes que vêm, que partem da gestão, da Secretaria, mas cada Centro de Saúde da Família (CSF) tem as suas particularidades, o seu modo de tocar. Uns se permitem ousar, se permitem mudanças, outros mais conservadores esperam, "só vou fazer isso se de fato a gestão me autorizar". Mas eu percebo que não é uma coisa uniforme nem padrão, cada Centro de Saúde da Família, dependendo da sua equipe, dependendo das pessoas que estejam ali, tem autonomia. Eu sinto isso.</p>	<p>Cada Centro de Saúde da Família, dependendo da sua equipe, dependendo das pessoas que estejam ali, tem autonomia.</p>	<p>Singularidades no processo de cogestão do trabalho e autonomia, para cada CSF</p>
<p>A gente está agora em um processo de mudança de gestão, eu não sei de fato como é que a atual equipe pensa disso se dá plenamente autonomia para eles fazerem, mas, de um tempo para cá, nas gestões anteriores, eu vejo que tinha essa abertura. Se os residentes de repente pensassem uma estratégia de como organizar suas ações, de como é que a gente deve avaliar, de como a gente deve se organizar, a equipe tem total autonomia de fazer isso. Se eles fazem ou se não fazem, também é outra coisa. Aí eu vejo que pode até ser uns façam isso, esse processo de avaliar mesmo: até que ponto essas estratégias que a gente está fazendo está repercutindo nos indicadores, está repercutindo no nosso processo de trabalho? Mas eu acho que isso ainda é uma lacuna.</p>	<p>Se os residentes de repente pensassem uma estratégia de como organizar suas ações, de como é que a gente deve avaliar, de como a gente deve se organizar, a equipe tem total autonomia de fazer isso</p>	<p>Necessidade de incrementar as ações de autoavaliação por parte das equipes de saúde da família</p>
<p>O PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) de fato foi uma política de avaliação da melhoria do acesso da qualidade na atenção básica. Dentro do PMAQ, a gente percebe que é um pouco parecido. Só que o Brasil, nessa dimensão enorme, faz</p>	<p>O PMAQ de fato foi uma política de avaliação da melhoria do acesso da qualidade na atenção</p>	<p>Avaliação positiva do PMAQ, como processo de avaliação das equipes</p>

<p>também acontecer as diferenças, mas dentro dessa política do PMAQ, existe todo um critério. Quando ele foi idealizado, também tinha essa questão de adesão: eu quero? O gestor quer? A gente quer aderir a esse programa? Mas aquilo que às vezes passa a ser à primeira vista um incentivo financeiro, que seria um incentivo financeiro, o município que tivesse as equipes com melhores desempenhos receberia uma ajuda, um recurso a mais, acaba — às vezes é um sentimento que a gente tem — que o gestor adere por conta do recurso — eu vou aderir não é mais naquele processo de autorreflexão. A gente quer pactuar com esses indicadores, a gente quer estar assumindo um compromisso de, de fato, monitorar e dar conta dessas metas que o Ministério está solicitando aqui para a gente poder aderir ao PMAQ? Essa equipe vai aderir? Na primeira vez, no 1º Ciclo do PMAQ, a gente percebeu que isso foi feito: que as equipes foram consultadas, que o gestor só de fato pactuava com aquele PMAQ nas equipes que de fato disseram que estavam aderindo. No Ciclo 2, isso já se perdeu.</p>	<p>básica.</p>	
<p>E aí era um processo interessante, que tem uma avaliação externa, onde tem avaliadores, que não são avaliadores na verdade, são entrevistadores, que vão verificar as condições, se de fato atende ou não atende. A pessoa diz que faz isso; "mostre um comprovante, mostre um documento que comprove que você de fato acompanha as pessoas com hipertensão e diabetes, mostre um documento que comprove que vocês se reúnem.". É um entrevistador que faz perguntas e pede para ver um documento que comprove, então é uma auditoria.</p>	<p>É um entrevistador que faz perguntas e pede para ver um documento que comprove, então é uma auditoria.</p>	<p>Avaliação positiva do PMAQ, como um processo de auditoria</p>
<p>Agora se precisa ter todos os profissionais combatendo, acompanhando as pessoas com doenças crônicas para que não evolua para os AVCs, para os óbitos. E aí se pensou nessa assessoria voltada para essas redes de atenção voltadas mais para essas doenças crônicas e que a atenção básica tinha que se reorganizar seu modelo de atenção com esse foco.</p>	<p>Precisa ter todos os profissionais combatendo, acompanhando as pessoas com doenças crônicas</p>	<p>Necessidade de reorganização do trabalho na APS em virtude do enfrentamento as doenças crônicas</p>
<p>Essa questão da motivação é complexa. Não adianta a gente negar, a Estratégia de Saúde da Família em Sobral ainda é vulnerável na questão dos vínculos, não adianta a gente dizer que não é. Inclusive agora no mestrado, nesse Mestrado Profissional, a gente diz que para poder ingressar tem que estar dentro da Estratégia de Saúde da Família. O menino até</p>	<p>Porque isso tudo é temporário: hoje ele está nomeado, amanhã ele pode não estar. Não existe concurso público. E</p>	<p>Precariedade nos vínculos de emprego como desafio ao trabalho na ESF</p>

<p>começa, mas no meio do processo, ele é demitido, ele sai, ele vai procurar um vínculo que lhe dê mais permanência. Porque isso tudo é temporário: hoje ele está nomeado, amanhã ele pode não estar. Não existe concurso público. E todo mundo quer uma estabilidade.</p>	<p>todo mundo quer uma estabilidade.</p>	
<p>Mas a cultura nossa ainda aqui é a do emprego, do emprego público, de a gente achar que vai ter concurso e vai ter emprego público para todo mundo. Nunca.</p>	<p>Mas a cultura nossa ainda aqui é a do emprego público</p>	<p>Oportunidades limitadas de inclusão no mercado de trabalho</p>
<p>Eu acho que essa ideia da Educação Permanente é exatamente para isso, para que as pessoas ganhem sentido naquilo que elas vão fazer. Se tiver alguma lacuna de não compreender, é o espaço para que se coloquem as coisas: por que a gente está fazendo desse jeito? Eu acho que é outra iniciativa que aqui funciona.</p>	<p>Eu acho que essa ideia da Educação Permanente é exatamente para isso, para que as pessoas ganhem sentido naquilo que elas vão fazer</p>	<p>Educação permanente como facilitadora do processo de trabalho</p>
<p>Eu acho que é muito interessante o papel desse “tutor no sistema”. Aqui em Sobral isso está muito bem dividido. É um apoio institucional na verdade. Adquiriu-se esse status de que o tutor é a política de apoiadores institucional daquele Centro de Saúde da Família e daquelas equipes. E está tudo muito mapeado hoje. O tutor está no lugar onde tem os residentes, onde os residentes estão distribuídos, mas ele tem uma área que ele tem de dar conta.</p>	<p>Eu acho que é muito interessante o papel desse “tutor no sistema”.</p>	<p>A figura do tutor, como potencializador da educação permanente e do trabalho em equipe</p>
<p>Nessa estratégia do PMAQ tem uma parte que a gente de fato escuta, tem uma amostra de usuários que a gente tem que ouvir para saber se está satisfeita, etc. Dentro dessa política do Brasil, do PMAQ, tem essa parte. Às vezes também eu me pergunto: do que é feito do resultado desse PMAQ?</p>	<p>Nessa estratégia do PMAQ tem uma parte que a gente de fato escuta, tem uma amostra de usuários que a gente tem que ouvir para saber se está satisfeita</p>	<p>PMAQ como (potencial) ferramenta de avaliação da satisfação do usuário</p>
<p>A gente não sabe exatamente onde é que estão os nós, os entraves — também deve ser muito fatorial —, mas ainda, essa questão da educação, eu acho que os usuários são um pouco implicados, eles não são convidados. A gente sabe hoje essa, questão do controle social, ele perdeu. Eu sinto isso, que ele se perdeu em Sobral. Ninguém fala mais nada, os conselhos locais não existem, os locais de escuta da população</p>	<p>Ninguém fala mais nada, os conselhos locais não existem, os locais de escuta da população não existem. Perdeu-se.</p>	<p>Dificuldades na implementação da participação social em saúde</p>

não existem. Perdeu-se.		
Mas uma coisa que eu percebo ainda é essa questão do individualismo. Eu ainda vejo nas unidades essa história do atendimento é centrado na queixa-conduta e do profissional-usuário. Agora, nesse curso que a gente estava falando, do NASF, esse negócio de consulta compartilhada não funciona. Dentro da proposta do curso do apoio matricial do NASF, a proposta é maravilhosa do curso e os profissionais tinham que fazer ação, eles tinham que fazer essa micro intervenção, que era desencadear uma consulta compartilhada dentro da unidade. Não podia ser só ele, ele teria que chamar outros profissionais para fazer uma consulta compartilhada. Mas é difícil. Eu acho assim que, esse negócio da colaboração interprofissional, a gente precisava entender como é que gente trabalha mais em colaboração.	Mas uma coisa que eu percebo ainda é essa questão do individualismo. Eu ainda vejo nas unidades essa história do atendimento é centrado na queixa-conduta e do profissional-usuário.	Dificuldades na implementação da clínica compartilhada (ampliada) Orientação da relação profissional-usuário
Faz-se um momento, consegue até escrever o plano (terapêutico) e tal ali, mas não monitora, não dá fim, não estabelece um prazo, não consegue porque vai de novo para a história do individualismo da consulta, da queixa... não sei. Essa ideia da colaboração interprofissional, se a gente pudesse fazer essa mudança, eu acho que teria efeito. Mas como é difícil.	Faz-se um momento, consegue até escrever o plano (terapêutico) e tal ali, mas não monitora, não dá fim	Dificuldades na implementação da clínica compartilhada (ampliada)
Observações e impressões pessoais		
Gabi é enfermeira e professora do curso de enfermagem da UVA (Universidade Estadual Vale do Acaraú). Com larga experiência de atuação da rede de saúde de Sobral. E atualmente coordena o Mestrado Profissional da Saúde da Família. Sua inserção na APS em Sobral hoje se dá muito por conta dessas inserções nesses cenários. Então como professora acompanha alunos no internato I, que é exatamente o momento onde os estudantes fazem essa imersão na atenção primária na ESF em Sobral. E através do Mestrado Profissional, voltado exclusivamente para profissionais que estão dentro desse nível de atenção. Acompanhou também os PETs, os Programas de Educação pelo Trabalho na Saúde, com ações de ensino, pesquisa e extensão dentro no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Suas falas são permeadas pela experiência docente, postura técnico-científica, preocupação com a formação profissional para o SUS e por uma visão de mista desde a assistência até a gestão.		

Fonte: Construído pelo autor

Entrevista 08 (semiestruturada)			
Participante	Local	Data	Duração (min)
Mara	Sobral	31/01//2017	65
Unidades de contexto		Unidades de registro	Temas centrais
Agora está melhor ainda porque agora o nosso acolhimento é junto com a enfermeira. Antes não. Antes, mesmo neste posto,		Então simplesmente melhorou demais,	Acolhimento compartilhado como

<p>o acolhimento era deste jeito: a enfermeira acolhia, depois passava para o médico. Aí sempre ficasse aquele entravezinho: "Poxa! A enfermeira podia ter resolvido isso.". Sempre tinha aquele entravezinho entre um profissional e outro. Com esse novo sistema que nós implantamos agora, o acolhimento continua sendo do enfermeiro, só que sempre tem um médico que fica ali ao lado. Então simplesmente melhorou demais, porque ali a gente resolve tudo junto, um ajudando o outro e tem essa sensação de equipe muito maior.</p>	<p>porque ali a gente resolve tudo junto, um ajudando o outro e tem essa sensação de equipe muito maior.</p>	<p>estratégia integrativa</p>
<p>Eu acho que todos PSFs [<i>Programas de Saúde da Família</i>] deveriam funcionar deste jeito se possível: todas as manhãs, sempre ter um médico junto com o enfermeiro do acolhimento; aí às tardes não, às tardes a gente faz os programas. Todo acolhimento também é bom para o paciente porque o paciente vai sempre passar por um médico e vai ser mais rápido: em vez de passar primeiro para o enfermeiro para depois passar pelo médico, ele já vai direto para o enfermeiro e para o médico. Isso foi bom para o paciente e foi bom para equipe como um todo, porque agora não tem mais esta história de "o outro poderia ter visto isso". E também para a enfermeira é bom porque ela não se sente insegura. Às vezes, ela está ali, passa uma coisa e acha que "será que era aquilo mesmo?", "será que não era uma coisa para encaminhar para o médico?". Então isso aí foi um <i>up</i> muito grande.</p>	<p>E também para a enfermeira é bom porque ela não se sente insegura. Às vezes, ela está ali, passa uma coisa e acha que "será que era aquilo mesmo?", "será que não era uma coisa para encaminhar para o médico?"</p>	<p>Acolhimento compartilhado como estratégia integrativa</p> <p>Categoria de enfermagem vista como insegura e dependente da opinião médica,</p>
<p>Eu acho que o pode minar o trabalho é — quando era no outro modelo — a pessoa se aproveitar do médico no sentido de "eu posso até resolver, mas vamos logo encaminhar para um médico.", a pessoa não dar tudo de si, ter aquela preguiça, alguma coisa assim desse jeito. Eu não sei, não posso julgar, mas isso era uma coisa que realmente minava a relação. Eu tive até um testemunho de uma agente de saúde, que um paciente chegou para ela e sentia também essa mesma coisa, de que aquela enfermeira — no caso era uma pessoa em particular —, aquela pessoa em particular dava a sensação de que estava jogando a pessoa para o médico. "Está querendo se livrar de mim?". "Não, eu estou querendo me livrar deste paciente. Vou encaminhar para o médico."</p>	<p>Eu acho que o pode minar o trabalho é a pessoa se aproveitar do médico no sentido de "eu posso até resolver, mas vamos logo encaminhar para um médico."</p>	<p>Categoria de enfermagem vista como insegura e dependente da opinião médica</p>
<p>Não, não chega a ser impeditivo, mas eu acho que é uma coisa que, não sei se pessoal minha, mas eu acho que é um trabalho menos harmônico. Eu acho que tem mais a ver com harmonia</p>	<p>O trabalho em si não prejudica, mas acho que mais o lado</p>	<p>Conflitos interpessoais como prognóstico negativo</p>

<p>e tudo, com felicidade no trabalho, alguma coisa desse jeito, mas não que impeça o trabalho mesmo em si, ele puro, limpo e seco, não impede. O trabalho em si não prejudica, mas acho que mais o lado pessoal, os conflitos, mais uma ferrugenzinha talvez diária que se forma e que talvez no futuro a relação do trabalho piore.</p>	<p>pessoal, os conflitos, mais uma ferrugenzinha, talvez diária, que se forma e que talvez no futuro a relação do trabalho piore.</p>	<p>para o trabalho em equipe</p>
<p>Eu acho que dá para resolver conflitos. A equipe aqui é muito unida. Eu acho ela muito unida. E tem espaço de aprendizado, tem tudo. Eu acho que dá sim. Não sempre. Não sempre, mas dá para resolver os conflitos também em volta. Também se trabalha muito. A Residência Multiprofissional às vezes faz alguns trabalhos de aproximação, coisas desse tipo.</p>	<p>Eu acho que dá para resolver conflitos. A equipe aqui é muito unida. Eu acho ela muito unida. E tem espaço de aprendizado</p>	<p>Coesão da equipe como fator positivo na gestão de conflitos</p>
<p>Uma vez por mês tem a Roda com os médicos — então não é toda semana. E também vai mudar. Nem sempre era toda semana também a Roda, estava sendo de quinze em quinze dias. E a gente participava, tanto eu quanto o outro médico, a gente sempre participou, e eu gosto de participar. Mas aí também eu acho que o meu caso é meio enviesado porque eu sou diferente de todos — não sei se pela longa data que eu tenho trabalhando em medicina de família. Porque eu gosto do que faço. Eu gosto. Eu não quero sair de medicina de família. Eu gosto de Roda, eu gosto de participar. Eu visto camisa mesmo da medicina de família — e não é a maioria. Não é maioria dos médicos que veste a camisa e tudo. Eu gosto de ajudar, eu gosto de "estamos dentro".</p>	<p>Eu gosto de Roda, eu gosto de participar. Eu visto camisa mesmo da medicina de família. Não é maioria dos médicos que veste a camisa e tudo. Eu gosto de ajudar, eu gosto de "estamos dentro".</p>	<p>Participação da categoria médica no espaço de cogestão como resultado de motivação pessoal</p>
<p>Mesmo porque também as enfermeiras que compõem a equipe são também já bastante experientes. Eu acho que isso é também uma das coisas que reforçam e facilitam a convivência, porque elas, também, são minimédicas. Eu confio plenamente nelas (em) tudo.</p>	<p>Elas, também, são minimédicas</p>	<p>Confiança na competência das colegas de enfermagem, vistas pejorativamente como minimédicas, ou de menor valor</p>
<p>Eu só falei de coisa boa, agora eu vou falar de coisa ruim, que é sentido de que o PSF me prende total no sentido de que justamente eu não posso gastar o meu tempo para fazer cursos, alguma coisa assim deste jeito. Por quê? Porque você só pode entrar em congresso duas vezes no ano, uma vez a cada semestre, ou então fazer algum curso, alguma coisa assim. Eu</p>	<p>Eu acho que o único problema é esse: o consumo do tempo. Já que sou 40 horas, então me consome muito tempo.</p>	<p>Tempo de trabalho, visto como excessivo ou pouco flexível</p>

<p>não tenho essa disponibilidade de tempo. Eu acho que o único problema é esse: o consumo do tempo. Já que sou 40 horas, então me consome muito tempo.</p>		
<p>O Sistema Saúde Escola está mais voltado para residências, para residência multiprofissional e vez por outra eu tenho uma educaçãozinha permanente uma vez por mês, que isso aí eu acho que não supre a necessidade da gente de conhecimento. Especialmente do médico. Mas vamos supor que eu tenha deficiência em tireoide, vamos supor, tireoidopatias: isso que eu quero não é isso que vai ser colocado na Educação Permanente. Se eu tivesse o meu tempo, eu iria atrás de fazer um curso, alguma coisa assim, se fosse um trabalho mais. É diferente você procurar o seu próprio conhecimento e ofertarem um conhecimento que tem que ser geral para todo mundo.</p>	<p>É diferente você procurar o seu próprio conhecimento e ofertarem um conhecimento que tem que ser geral para todo mundo.</p>	<p>Necessidade de temas específicos a medicina no desenvolvimento da educação permanente</p>
<p>Como eu estava dizendo, se a pessoa está muito estressada, tem muita coisa, muita atividade, eu vejo que ela se retrai mais, mas quando está <i>light</i>, o trabalho está bom, está fluindo direito, tudo, eu sinto que ela tem mais energia para dar. Tem confiança. Nesse sentido tem. Eu acho que eles têm confiança em relação a isso. Todos aqui se ajudam — pelo menos a gente tenta [risos] sempre se ajudar.</p>	<p>Todos aqui se ajudam — pelo menos a gente tenta [risos] sempre se ajudar.</p>	<p>Confiança interpessoal como fator positivo no enfrentamento ao estresse</p>
<p>Eu costumo brincar que a (enfermeira) é a Super (enfermeira), porque, quando eu não escuto os PCFs [<i>Síndrome de Persistência Fetal</i>] do bebê, eu chamo a super (enfermeira) para ouvir. Eu acho que eu sempre estou perguntando para as enfermeiras. O que eu não sei, eu vou lá e pergunto porque eu sei que elas têm experiência e que elas também sabem, tanto enfermeiro como médico.</p>	<p>Eu acho que eu sempre estou perguntando para as enfermeiras</p>	<p>Confiança na competência e experiência da colega de equipe</p>
<p>Geralmente acontece de acordo com a gestão. A gestão é quem pede. A gestão superior é quem chega e pede: "Vocês têm que...". É de cima para baixo, não é uma coisa que vem da equipe para a equipe, vem da gestão, da secretaria para o posto. "Está na semana dengue", aí: "Doutor fulano vai falar sobre dengue", coisas assim deste tipo. "Tem que treinar o pessoal. Está aí a febre amarela, aí tem que treinar.". É mais neste sentido.</p>	<p>É de cima para baixo, não é uma coisa que vem da equipe para a equipe, vem da gestão, da secretaria para o posto</p>	<p>Relação verticalizada entre equipe do CSF e gestão superior</p>
<p>Sim, a gente cria muito vínculo. A gente conhece o paciente: conhece pelo nome, conhece nome e sobrenome, conhece o pai, "como é que está seu pai?", "e aí? Melhorou?" — Alguns.</p>	<p>Sim, a gente cria muito vínculo. A gente conhece o</p>	<p>Vínculo positivo na relação profissional-usuário</p>

<p>Não vou dizer que são todos, que é quase impossível, mas alguns que a gente tem mais contato e tudo, que a gente conhece a história de vida deles.... Tem uns que dá vontade até de "não, senta aqui. É de casa", puxe uma cadeira e fique aí" porque que a gente cria vínculos. Cria bem vínculos mesmo.</p>	<p>paciente: conhece pelo nome, conhece nome e sobrenome</p>	
<p>Mesmo porque eu não gosto de forçar nada a ninguém. Eu gosto de primeiro pegar a confiança do paciente. Às vezes, tem aquela história de que homem não vai para médico, geralmente, é a mulher que leva o homem para o médico, aí geralmente as mulheres vêm querendo que o médico fale isso, isso e isso para ele, e geralmente eu não faço, eu não sigo, eu tento primeiro pegar a confiança a confiança do cliente e fazer as coisinhas aos poucos para que ele consiga ver que é ele quem tem que se cuidar.</p>	<p>Mesmo porque eu não gosto de forçar nada a ninguém. Eu gosto de primeiro pegar a confiança do paciente.</p>	<p>Orientação da relação profissional-usuário, coresponsabilização e autocuidado apoiado</p>
<p>Isso é um problema cultural, de que o médico é o detentor do conhecimento, ele é quem vai saber de tudo. Que não adianta também, a pessoa vai chegar, "está bom. Eu vou fazer", só que não faz. Não adianta. Então eu acho muito melhor tentar conversar. E conversar, você usar de bom humor. É o que eu gosto de fazer: é conversar, usar de bom humor.</p>	<p>. É o que eu gosto de fazer: é conversar, usar de bom humor.</p>	<p>Orientação da relação profissional-usuário, coresponsabilização e autocuidado apoiado</p>
<p>Atualmente as pessoas trabalham com medo, porque estão muito indefinidas as coisas. Então atualmente as pessoas têm medo. E antes também. Na outra gestão, as pessoas também não estavam satisfeitas com as cobranças. Sim, o que falam muito é sobre as cobranças, que eles cobram muito e não têm muita contrapartida financeira. Também tem isso, que a cobrança é muito grande. É como eu digo também, eu fiquei mais feliz justamente quando deu uma relaxada a mais, não era aquela coisa escravizada, que você tem que...</p>	<p>Atualmente as pessoas trabalham com medo, porque estão muito indefinidas as coisas.</p>	<p>Contexto político ameaçador, mudança de gestão, e sua relação com desempenho no trabalho</p>
<p>Não, não tem qualidade. Não tem qualidade, por exemplo, porque a rede sempre emperra quando vem você parte para atenção secundária: falta de médico para exames, para fazer ultrassom, que não tem, etc. É um entreve real. Por exemplo, disseram que um dos grandes problemas é a saúde aqui em Sobral. Foi uma nas eleições que disseram: "O grande problema aqui é saúde de Sobral.". A gente se emprenha tanto e ainda sente como um problema? O que eu penso é que o problema não está na atenção primária, o problema está na atenção secundária — porque as pessoas reclamam. As pessoas não têm ideia do que é função da atenção primária e</p>	<p>As pessoas não têm ideia do que é função da atenção primária e função da atenção secundária</p>	<p>Dificuldades de implementação da rede de cuidados, entre os níveis primário e secundário</p>

função da atenção secundária. As pessoas reclamam justamente disso: é o exame que não sai, é o médico ou a especialidade que não tem ou o medicamento que não tem; não tanto pelo nosso trabalho, mas mais por outras coisas que estão atreladas.		
Nós não temos a cultura avaliativa. Avaliação tem um efeito negativo em cima das pessoas. Eu sei da importância da avaliação, que deveria ser feita, claro, mas eu estou dizendo que as pessoas não têm essa cultura e têm medo de avaliação. Qualquer avaliação, elas pensam em repreensão.	Nós não temos a cultura avaliativa. Avaliação tem um efeito negativo em cima das pessoas.	Dificuldades em implementar a autoavaliação na equipe, vista com uma conotação negativa
Observações e impressões pessoais		
Mara é médica de família praticamente há 20 anos e tem 10 anos como médica concursada em Sobral. É uma profissional experiente que passou por várias unidades de saúde e atuou em outros níveis de atenção, com períodos de maior ou menor estresse. Nos últimos três anos têm trabalhado exclusivamente em uma unidade de saúde, na qual tem encontrado bastante satisfação no trabalho. Suas falas tem um viés mais prático, voltado para questões do dia a dia de seu trabalho e da experiência positiva de estar a 3 anos numa mesma equipe onde se sente acolhida e na qual percebe que pode realizar sua clínica de forma razoavelmente autônoma e eficaz. Também marca sua fala a racionalidade biomédica característica, na qual a clínica médica é vista como superior as demais.		

Fonte: Construído pelo autor

Entrevista 09 (semiestruturada)			
Participante	Local	Data	Duração (min)
Nina	Sobral	01/02/2017	70
Unidades de contexto		Unidades de registro	Temas centrais
Eu acho que a função que nós estamos exercendo na escola há algum tempo é essa. É uma busca de sustentabilidade, de uma política de educação da saúde no município, que tem já uma historicidade, mas que é forte, mas que ela também precisa dessa força e precisa do coletivo, de todos que acreditam para que ela se mantenha como uma estratégia de gestão. Porque, contra as demandas, o que a gente tem? A gente não é uma política que tenha um financiamento e é preciso que os trabalhadores todos do SUS se vejam como parte dessa escola, que aí é outro desafio que a gente tem.		é preciso que os trabalhadores todos do SUS se vejam como parte dessa escola	Necessidade de engajamento coletivo nas políticas de educação permanente
O Sistema Saúde Escola é um coletivo em diálogo o tempo todo. Aí nós temos instituições de formação em ensino superior públicas, cada uma com a sua cultura institucional, com os tipos de curso que cada um também tem um papel		O Sistema Saúde Escola é um coletivo em diálogo o tempo todo	Característica do sistema de saúde local, como Sistema Saúde Escola

<p>definido, mas eu prefiro dizer assim, a ser redefinido na sociedade, aí nós temos instituições privadas de ensino superior, que ofertam cursos presencial e semipresencial, nós temos instituições estaduais públicas de oferta de ensino médico integrado, nós temos restituições de oferta de ensino médico privado, nós temos o olhar do controle social, das instâncias, que (fale) da participação. E nós temos ainda, que aí é esse espaço que tem que ser mais ocupado, todos os trabalhadores, como aprendiz e produtor de aprendizagem também, de como estabelecer esse diálogo.</p>		<p>Rede de atores e instituições que compõe o sistema Saúde Escola</p>
<p>Será que a gerente vê e percebe que todo esse coletivo está operando, está dando vida, ele é uma equipe? O que a gente vê é que ainda não. E também que isso é diferente em diferentes CSF (Centros de Saúde da Família). Então por isso que eu acho que, se a pessoa percebe, tem um coletivo que já tem um olhar mais alinhado a essa concepção que já... Não é nem isso, é que você se sente mais parte e consegue aprender nesse jogo, que muitas vezes é um jogo de disputa por meio de espaço entre o trabalhador e aqueles que chegam como aprendizes.</p>	<p>Será que a gerente vê e percebe que todo esse coletivo está operando, está dando vida, ele é uma equipe? O que a gente vê é que ainda não.</p>	<p>Disputas de poder como obstáculos a efetivação do trabalho de equipe</p>
<p>Se os espaços são institucionalizados, se a definição é verticalizada, se ela chega até lá, você tem uma forma de receber, agora, de fato, você até faz, você institucionaliza, agora o como isso é feito vai depender muito das pessoas. Quando nós investigamos o sentido e o significado da Roda, ela foi muito diferente também, para diferentes territórios.</p>	<p>Quando nós investigamos o sentido e o significado da Roda, ela foi muito diferente também, para diferentes territórios.</p>	<p>Variabilidade na efetividade do Método da Roda, como resultante da singularidade de cada equipe de saúde da família</p>
<p>Apesar de [...] da Roda, independente do lugar que você esteja, ele vai te permitir a voz... "te permite" não, você tem toda naquela circularidade, todos estão em um espaço de igualdade, mas como as pessoas conseguem inclusive subverter isso, que, a depender de determinado ponto em que você esteja, é como você coordenasse a Roda, esta do [...], e você gerir, (tornar) a Roda.</p>	<p>todos estão em um espaço de igualdade, mas como as pessoas conseguem inclusive subverter isso</p>	<p>Variabilidade na efetividade do Método da Roda, como resultante da singularidade de cada equipe de saúde da família</p>
<p>O momento da Roda como um espaço mesmo de produção coletiva. E aí a gente vê que tem espaço, que esse é a grande potência do sistema: é o momento de planejar, é o momento do outro se ver, de se perceber, é o momento até de se apropriar mais de algumas informações de território — que na minha prática cotidiana às vezes isso não permite — e é</p>	<p>Não basta então você instituir um modelo municipal de gestão, de coletivo e que a Roda seja esse dispositivo. Ela tem a</p>	<p>Variabilidade na efetividade do Método da Roda, como resultante da singularidade de cada equipe de saúde da</p>

<p>momento de fato de a educação permanente se materializar com temáticas que brotam dali, daquela necessidade, daquele contexto para estudar. Não basta então você instituir um modelo municipal de gestão, de coletivo e que a Roda seja esse dispositivo. Ela tem a potência para ser, mas ela será mais ou menos a depender de quem está no território.</p>	<p>potência para ser, mas ela será mais ou menos a depender de quem está no território.</p>	<p>família</p>
<p>É uma das nossas lutas essa garantia do vínculo, de diminuir essa rotatividade. A gente precisa aprimorar a gestão do trabalho no município para dar melhores condições para que a gente possa ver mesmo o brilho nos olhos desses profissionais</p>	<p>É uma das nossas lutas essa garantia do vínculo, de diminuir essa rotatividade.</p>	<p>Necessidade de aprimorar a gestão do trabalho, vínculos trabalhistas</p>
<p>Eu acho que não é uma situação específica de Sobral, mas nós temos um problema, uma situação, um problema mesmo, que eu considero, crítica no Estado brasileiro, que é a vulnerabilidade das políticas públicas em função dos ciclos eleitorais, porque é uma quebra. Eu acho que a cada quatro anos no mínimo seis a nove meses, eu ousarei dizer até um ano, as pessoas vivem em estado de tensão frequente, alta tensão. É o período pré-eleitoral, o período pós-eleitoral e o período de primeiro trimestre de nova gestão. Isso tem muito a ver com a precarização dos vínculos e com as insuficiências ainda dos processos de gestão do trabalho.</p>	<p>A vulnerabilidade das políticas públicas em função dos ciclos eleitorais, porque é uma quebra</p>	<p>Contexto político ameaçador, mudança de gestão, e sua relação com desempenho no trabalho, somado a precarização dos vínculos trabalhistas</p>
<p>Se você for ouvir os trabalhadores do sistema hoje, tem muitos que estão em estado de tensão, tem um monte que estão em estado de tensão. Mas eu estou acreditando. Penso que esse é um grande desafio. Esse fator motivacional, esse desejo, essa alegria de dizer "eu faço parte do sistema de saúde de Sobral", esse município que tem a menor mortalidade infantil do Norte, Nordeste e do Centro-Oeste e é o sétimo do Brasil, apesar de todas as adversidades ali que você tem, de ainda a população em extrema pobreza, ainda com a renda per capita inferior ao que a gente desejaria, mas esse sistema consegue ser exitoso.</p>	<p>Se você for ouvir os trabalhadores do sistema hoje, tem muitos que estão em estado de tensão</p>	<p>Contexto político ameaçador, mudança de gestão, e sua relação com desempenho no trabalho</p>
<p>A gente precisa compreender também, pelo menos é uma análise que eu faço, o seguinte. Você instituiu um processo de trabalho onde inexistia, você implantou e implementou novos equipamentos, políticas e processos, não é que seja fácil, mas você tem um itinerário, você tem um rito, aí você chega em um patamar... hoje baixar um indicador de mortalidade infantil em Sobral, nós não podemos mais atuar [...] do setor saúde, porque eu acho que o que dependia do setor de saúde foi feito. Você tem que pensar em ampliação do acesso, você [...] para</p>	<p>nós não podemos mais atuar [...] do setor saúde, porque eu acho que o que dependia do setor de saúde foi feito</p>	<p>Intersetorialidade como ponte para novos avanços na saúde</p>

além das políticas institucionais da saúde, tem outras barreiras que, não vou dizer que são intransponíveis, mas que estão em uma determinação do campo da intersectorialidade.		
Aí é isso que eu vou lhe dizer. Eu respondo que ele não é tão satisfeito, que ele não veste a camisa como já vestiu antes. Só que para mim não basta essa resposta objetiva, o não ou sim, eu busco compreender porque isso acontece.	ele não veste a camisa como já vestiu antes	Desmotivação do profissional de saúde, das equipes de saúde da família
Mas hoje a gente pensa — e isso já vem sendo discutido, todos os trabalhadores — que a gente está na hora de pensar um novo modelo onde a gente considere também a de atenção às doenças crônicas, porque mudou o perfil populacional, demograficamente falando, e mudou o perfil também de saúde e adoecimento da população.	está na hora de pensar um novo modelo onde a gente considere também a de atenção às doenças crônicas	Doenças crônicas como desafio que exige mudanças
E aí ainda voltando ao motivacional. Uma das vezes, eu lembro bem, até [...] a fala dele (antigo gestor) que eu sempre repito: "É preciso às vezes sair de Sobral, entrar em contato com outras experiências em outros lugares do Brasil, eu estou falando, para que a gente se reconheça como sistema de saúde, que tem desafios, mas que é exitoso e que a gente reconheça e valorize o nosso processo de trabalho. Porque aí vem de novo: a gente naturalizou.	para que a gente se reconheça como sistema de saúde, que tem desafios, mas que é exitoso e que a gente reconheça e valorize o nosso processo de trabalho	Necessidade de maior valorização do sistema local, por parte do profissional de saúde
Eu também faço muita aposta, mas da inserção do residente, da inserção do interno a ser considerado como parte da equipe e não como alguém que chega descompromissado e daqui a um tempo sai, para poder ter esse olhar de estranhamento e ter um espaço que seja (dialógico) para chamar, convidar o coletivo que já está lá há mais tempo para o novo.	Eu também faço muita aposta, mas da inserção do residente, da inserção do interno a ser considerado como parte da equipe	Papel criativo e inovativo dos programas de residência e internato, estratégias de ensino aprendizagem (em serviço)
Eu penso que o vínculo nessa relação é de cuidado, de atender à necessidade do usuário, às necessidades mais imediatas, isso eu acho que é forte, que é estabelecido, está na agenda do gerente, está na agenda do profissional da equipe. Agora, penso eu que eu não vejo a autonomia desse usuário por meio da sua participação na definição do seu plano de cuidado. Acho que isso ainda é desafiador.	Eu penso que o vínculo nessa relação é de cuidado (...) é forte eu não vejo a autonomia desse usuário por meio da sua participação na definição do seu plano de cuidado	Vínculo entre profissional-usuário avaliado positivamente Dificuldades quanto à co-participação do usuário no plano de cuidado
A gente vê (abertura dos congressos da cidade), a população lá	Um esforço tem. Mas	Dificuldades quanto à

<p>ativa ditando suas prioridades, é ano de conferência, isso está mais forte. Então tem esses momentos que essa voz é mais aguçada. [...] essa semana estava dizendo, este ano é o ano de construção do plano plurianual de saúde, então como retomar o Relatório da Conferência Municipal de Saúde para ver as prioridades, a construção do plano de convênios, se foi feito, foi feito descentralizado. Um esforço tem. Mas às vezes eu acho que precisa ter mais continuidade, precisa ter mais oportunidades.</p>	<p>às vezes eu acho que precisa ter mais continuidade, precisa ter mais oportunidades.</p>	<p>implementação da participação social em saúde</p>
<p>São uns pouquíssimos municípios que nós, trabalhadores, temos a oportunidade de nos qualificar nesse processo de trabalho. A presença dessa escola, a potência que ela tem e o que ela proporciona aos trabalhadores... e isso é subvalorizado por parte dos próprios trabalhadores (...) não é reconhecido como um valor agregado. Qual é o sistema que o trabalhador tem 20% da sua carga horária à disposição para ele se qualificar? Por que a gente não valoriza hoje? Será que é para a gente sair de Sobral para depois voltar e reconhecer que tem muitas potencialidades ou que estratégias a gente faz para que as pessoas percebam de que esse sistema tem um diferencial? Tem problemas, tem limites, mas tem um diferencial, tem uma potência enorme e que a gente não está enxergando.</p>	<p>Tem problemas, tem limites, mas tem um diferencial, tem uma potência enorme e que a gente não está enxergando.</p>	<p>Tempo destinado a qualificação dos profissionais como força para o sistema local, no entanto, pouco valorizado</p>
<p>Observações e impressões pessoais</p>		
<p>Nina é enfermeira com bastante tempo de atuação em Sobral, tanto na assistência quanto na gestão. Sua trajetória iniciou no serviço de saúde ultra especializado, na terapia de substituição renal. Migrou para a APS após fazer especialização em saúde pública. E depois o mestrado em enfermagem na UFC [<i>Universidade Federal do Ceará</i>], momento em que Sobral implantava o então Programa de Saúde da Família. Foi preceptora de enfermagem na residência multiprofissional de Saúde da Família, e posteriormente preceptora de território, coordenadora do programa de residência, coordenadora de ensino, estando atualmente direção da escola (Escola de Formação em Saúde da Família). Suas falas compartilham a visão de educadora e gestora, com foco na educação permanente e na promoção de saúde como um alvo a perseguir.</p>		

Fonte: Construído pelo autor

Entrevista 10 (semiestruturada)			
Participante	Local	Data	Duração (min)
Vera	Sobral	06/02/2017	62
Unidades de contexto		Unidades de registro	Temas centrais
Uma das experiências que me causou conflito em termos de profissional dentro da atenção primária foi em 2012, que eu fui convidada a ser apoio técnico da coordenação da atenção		as fragilidades que eu identificava dentro do meu território não	Dificuldades na relação entre a equipe de ponta e a gestão

<p>primária, mas continuei como gerente da Estratégia de Saúde da Família. Eu ficava nessas duas funções. Para mim foi conflitante no sentido de que eu era gerente, vivenciava o ser gerente dentro da Estratégia de Saúde da Família, com as suas dificuldades, com a dificuldade mesmo da organização do processo de trabalho e ao mesmo tempo vivenciei o lado ser gestão, que identificava a fragilidade da Estratégia de Saúde da Família — e às vezes as fragilidades que eu identificava dentro do meu território não eram a mesma que a gestão conseguia identificar, e aí de forma mais global, no Município de Sobral. Isso para mim foi muito conflitante</p>	<p>eram a mesma que a gestão conseguia identificar</p>	<p>superior</p>
<p>É algo que a gente tem discutido ao longo do tempo, inclusive nessa perspectiva mesmo da cogestão, desde também da época do Odorico, que ele implantou esse processo de Roda baseado em Gastão, trazendo modelo de cogestão, onde as pessoas deviam ter essa perspectiva. Mas o trabalho em equipe em si eu ainda acho muito fragmentado.</p>	<p>Mas o trabalho em equipe em si eu ainda acho muito fragmentado.</p>	<p>Método de cogestão aplicado, como insuficiente para garantir o trabalho em equipe efetivo</p>
<p>Fragmentado no sentido de que cada um cuida do seu fazer profissional e que essa integração entre as categorias ainda é muito distante na verdade, principalmente na categoria médica, eu diria, e do dentista. Inclusive, a gente fazia uma discussão na reunião de gerentes com os gerentes (...) de que a odontologia é uma caixinha dentro Saúde da Família e muitas vezes ele não é entendido como um membro de equipe.</p>	<p>essa integração entre as categorias ainda é muito distante na verdade, principalmente na categoria médica, eu diria, e do dentista</p>	<p>Dificuldades em integrar as categorias de medicina e odontologia no trabalho colaborativo</p>
<p>Quem é o membro de equipe que a gente consegue enxergar, assim, grotescamente mais na unidade, na Estratégia de Saúde da Família? É o enfermeiro com seu agente comunitário da saúde, muito mais uma delegação de função e não um compartilhamento de casos, uma corresponsabilização.</p>	<p>o enfermeiro com seu agente comunitário da saúde, muito mais uma delegação de função e não um compartilhamento de casos</p>	<p>Fragilidade da operacionalização do trabalho em equipe e de uma clínica ampliada ou compartilhada</p>
<p>A gente percebeu essa fragilização. E aí, quando a gente conversa isso com os profissionais, que isso já foi tema inclusive de discussão, o que eles alegam é a grande demanda: "Eu tenho uma grande demanda, que nos impede muitas vezes de sentar com a equipe, de dialogar, de fazer o trabalho em conjunto."</p>	<p>Eu tenho uma grande demanda, que nos impede muitas vezes de sentar com a equipe, de dialogar, de fazer o trabalho em conjunto</p>	<p>Sobrecarga no trabalho (ou demanda desorganizada) como obstáculo ao trabalho colaborativo</p>
<p>Desde 1997 que nós temos as Rodas, que é um espaço instituído, é um turno por semana, que fortalece inclusive esse</p>	<p>Quando eu digo "essa fragilidade de</p>	<p>Processo de cogestão no trabalho e apoio</p>

<p>momento de fortalecimento de equipe, de discussão em equipe de casos. Diferença faz com certeza. Sobral, tendo sido instituído como você Sistema de Saúde Escola, faz a diferença inclusive para os processos de trabalho. A gente tem, por exemplo, a figura do apoiador institucional, que é o tutor, tem a figura do gerente, que também é um apoiador de equipe. Quando eu digo "essa fragilidade de equipe", não é no sentido da inexistência, é da fragilidade mesmo, é o que a gente precisa fortalecer essa relação, esse vínculo e essa integração, principalmente entre essas duas categorias profissionais, que ainda são mais distantes, que é categoria médica e a categoria da odontologia.</p>	<p>equipe", não é no sentido da inexistência, é da fragilidade mesmo, é o que a gente precisa fortalecer essa relação</p>	<p>institucional, como facilitadores da integração da equipe</p>
<p>a gente já consegue hoje ter experiência de consultas compartilhadas com o NASF [Núcleos de Apoio à Saúde da Família], com a residência, essa integração dos matriciamentos, onde participa a equipe mínima, o enfermeiro com seu agente de saúde, os profissionais do NASF. Essa integração já existe. Existem as formações dos PTSs [Projeto Terapêutico Singular], que aí também é feito em conjunto, mas nesses espaços é difícil integrar essas duas categorias (medicina e odontologia). E aí elas fazem parte da equipe.</p>	<p>a gente já consegue hoje ter experiência de consultas compartilhadas com o NASF [Núcleos de Apoio à Saúde da Família], com a residência, essa integração dos matriciamentos</p>	<p>Consultas compartilhadas e apoio matricial como evidência de colaboração interprofissional</p>
<p>Hoje, desde o PMAQ venho, mesmo com essas experiências, a gente consegue fazer com que as equipes procurem direcionar o seu processo de trabalho de acordo com o preconiza o Ministério — que ele orienta na verdade, não que preconiza, o que ele orienta —, mas de novo a gente não consegue inserir essa categoria médica dentro do processo.</p>	<p>a gente não consegue inserir essa categoria médica dentro do processo</p>	<p>Dificuldades de integração da categoria médica</p>
<p>É uma dificuldade grande. Às vezes também eu penso, que eu questiono, que eu sei se é médico que não se insere ou se para equipe é mais "vantajoso", eu diria, no sentido de que o médico atenda às pessoas que estão doentes. Isso acontece em algumas unidades no dia Roda. No dia da Roda, em invés de o médico participar, ou ele prefere estar atendendo ou a equipe prefere que ele esteja atendendo, ou nem uma coisa ou outra: ele tira folga no dia da Roda.</p>	<p>é médico que não se insere ou se para equipe é mais "vantajoso", eu diria, no sentido de que o médico atenda às pessoas que estão doentes</p>	<p>Segmentação da categoria médica reforçada pelo contexto de trabalho e pela própria equipe</p>
<p>Por exemplo, auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviços gerais, vigilantes nunca eram chamados, não existe um espaço democrático de eles se posicionarem, só falavam se alguém perguntasse, entendiam inclusive que a opinião deles não era</p>	<p>Se você me perguntar se hoje a Roda é de fato um espaço de cogestão, se eles</p>	<p>Necessidade de reestruturação do espaço de cogestão democrática (Roda)</p>

<p>importante. Existe uma fala inclusive marcante que dizia assim: "O meu papel aqui é limpar o chão.". Se você me perguntar se hoje a Roda é de fato um espaço de cogestão, se eles conseguem mediar conflitos, eu penso que ela precisa passar por processo de reformulação.</p>	<p>conseguem mediar conflitos, eu penso que ela precisa passar por processo de reformulação.</p>	
<p>No momento atual que nós estamos vivendo de mudança de gestão, onde estão havendo mudanças mesmo, inclusive políticas, de pensamentos e de reformulação — nós estamos passando um processo desde o ano passado na verdade de mudança no modelo de atenção — essa tensão existe nas pessoas, que refletem no dia a dia e que às vezes podem desmotivar no sentido de eu pender mesmo, de "eu não sei se eu vou estar aqui", esse momento que está causando um pouco de incerteza na vida dos profissionais.</p>	<p>essa tensão existe nas pessoas, que refletem no dia a dia e que às vezes podem desmotivar no sentido de eu pender mesmo, de "eu não sei se eu vou estar aqui"</p>	<p>Contexto político ameaçador, mudança de gestão, e sua relação com desempenho no trabalho</p>
<p>Nós temos o efetivo, nós temos o comissionado, nós temos os de seleção pública e nós temos poucos agora, porque está sendo tirado esse vínculo, por empenho, que é um contrato temporário. Dentro de uma mesma equipe, fazendo a mesma coisa, nós temos quatro tipos diferentes de vínculos, cada um com um salário diferente. Então isso também acaba fragilizando</p>	<p>Dentro de uma mesma equipe, fazendo a mesma coisa, nós temos quatro tipos diferentes de vínculos, cada um com um salário diferente</p>	<p>Precarização dos vínculos trabalhistas, e sua relação com desempenho no trabalho</p>
<p>Eu trabalhei oito anos no [...] com a mesma equipe. Não mudou ninguém. Você é uma família para eles, não tem como, você se mistura. O que mudava era médico, mas a gente já passou quatro anos com mesmo médico. Isso faz uma diferença uma diferença muito grande.</p>	<p>Eu trabalhei oito anos no (...) com a mesma equipe. (...) Isso faz uma diferença uma diferença muito grande.</p>	<p>Tempo de integração na equipe como fator positivo a colaboração interprofissional</p>
<p>Essa questão da motivação também tem todo um algo atrás, mas, no geral, eu ainda acho que nossos profissionais têm uma motivação, têm uma vontade de mudar, fazem coisas surpreendentes, inclusive sem colaboração financeira. "Financeira", que eu digo, da gestão. Tem lá Outubro Rosa, então a equipe toda se junta, ornamenta a unidade, faz várias ações, compra brindes. Tem um grupo de gestantes, [...]. Essa motivação ainda para mudança, essa motivação para conquistar a comunidade, para se empenhar, a gente ainda tem.</p>	<p>essa motivação para conquistar a comunidade, para se empenhar, a gente ainda tem.</p>	<p>Capacidade de auto suporte e resiliência da equipe</p>
<p>Agora, há também uma tensão dos profissionais, não só na gestão, que é isso a gente tem e eu reconheço, tem essa tensão</p>	<p>nós temos uma tensão em Sobral política</p>	<p>Contexto político ameaçador, mudança</p>

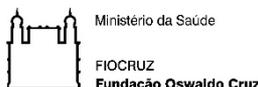
com os profissionais, mas também nós temos uma tensão em Sobral política muito grande, principalmente quem trabalha nos distritos	muito grande, principalmente quem trabalha nos distritos	de gestão, e estresse no trabalho
Hoje aqui melhorou bastante com essa questão da exclusividade, porque nós temos mais médicos, nós temos o Provab [Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica], nós temos médicos efetivos. Eu acho que melhora... até para segurança da equipe, quando não tem um profissional médico, fica mais difícil de conduzir — como quando falta qualquer profissional, não é só médico, mas o médico faz uma diferença. E hoje a gente já consegue ter mais esse vínculo médico dentro da Estratégia de Saúde da Família por esses [...] da gestão.	E hoje a gente já consegue ter mais esse vínculo médico dentro da Estratégia de Saúde da Família por esses [...] da gestão.	Ganhos em termos da presença do profissional de medicina nos serviços, através do Provab
nós temos em Sobral um Sistema de Saúde Escola e também temos esses processos de Educação Permanente. Então tem os Momentos Teórico-Conceituais, mas também tem o Processo de Educação Permanente nos territórios. Essa Educação Permanente dentro dos territórios de acordo com seu processo de trabalho, não é uma temática que vem de cima para baixo, mas são eles que veem o que precisa melhorar, discutem um caso clínico. Então existe a Educação Permanente inclusive de equipe. Hoje é o dia da Educação Permanente no Momento das Rodas, então cada equipe vai pensar o que precisa se discutir. Aí tem o apoio do tutor, tem o apoio dos profissionais do NASF. Nesses momentos teóricos conceituais que se consegue também de certa forma inserir algumas temáticas ou que gestão consegue visualizar ou que próprio profissional consegue.	Essa Educação Permanente dentro dos territórios de acordo com seu processo de trabalho, não é uma temática que vem de cima para baixo	Processo de cogestão no trabalho, educação permanente e apoio institucional, como facilitadores da integração da equipe
Algo que também é um diferencial que eu vejo é essa compreensão que a grande maioria dos nossos profissionais da Estratégia de Saúde da Família tem é que elas são coordenadoras, são ordenadoras da rede e coordenadora do cuidado e que de fato tudo tem que passar por aqui, o primeiro acesso, a primeira entrada.	essa compreensão que a grande maioria dos nossos profissionais da Estratégia de Saúde da Família tem é que elas são coordenadoras, são ordenadoras da rede e coordenadora do cuidado	Objetivos compartilhados pelas equipes quanto à sua função na rede de cuidado
E a gente também tem aqui em Sobral com relação à Saúde Materno-Infantil. A gente tem uma ferramenta, que é no	Todas as unidades são cadastradas nessa	Estratégia de informatização como

<p>Drive, que é uma planilha das gestantes. Todas as unidades são cadastradas nessa planilha, elas são interligadas com um CEM [Centro de Especialidades Médicas], que faz o atendimento especializado de alto risco, e a unidades alimentam semanalmente essa planilha. E aí as gestantes têm uma classificação de risco</p>	<p>planilha, elas são interligadas com um CEM [Centro de Especialidades Médicas]</p>	<p>fator positivo na Saúde materno-Infantil</p>
<p>Nós temos hoje uma área universitária muito grande, de pessoas que vêm mesmo para estudar, e que têm essa dificuldade às vezes da unidade de criar este vínculo com essas pessoas. Mas, no geral, nos territórios, a gente tem vínculos muito bons, apesar de que no PMAQ a satisfação do usuário não é tão boa.</p>	<p>no PMAQ a satisfação do usuário não é tão boa.</p>	<p>Dificuldades quanto ao nível de satisfação dos usuários do sistema</p>
<p>Porque o modelo de atenção de Sobral está passando por um processo de mudança. Dentro desse novo modelo de atenção que está sendo implementado, a ferramenta principal para que ele funcione é a questão do Autocuidado com [...] o Autocuidado Apoiado, que já dá oportunidade para o usuário inclusive de se manifestar com relação ao seu tratamento por exemplo e ele ser corresponsável por isso.</p>	<p>Autocuidado Apoiado, que já dá oportunidade para o usuário inclusive de se manifestar com relação ao seu tratamento</p>	<p>Usuário como coparticipe do processo de cuidado</p>
<p>A gente tem várias experiências fantásticas de conselhos que ele tem a sua autonomia e que não é aquela coisa que é um fiscalizador, que a unidade de saúde é que de certa forma domina ou coordena o conselho, é a própria comunidade que dá seguimento. Por exemplo, lá no Dom Exedito, uma experiência muito boa, que o Rio Acaraú estava contaminado, as pessoas que moravam na beira do rio estavam com várias doenças: escabiose, diarreia, várias coisas por conta do lixo que acumulava. Então o conselho local lutou muito junto à gestão para que fizesse a descontaminação do rio. Foi feita toda uma limpeza. Mas foi fruto do trabalho foi do conselho. Essa participação da comunidade acho que é algo que [...] precisa trabalhar para a comunidade entender que o papel dela não é só reclamar quando está faltando mas entender por que está faltando, que às vezes não faz o entendimento do que falta.</p>	<p>Essa participação da comunidade acho que é algo que [...] precisa trabalhar para a comunidade entender que o papel dela não é só reclamar</p>	<p>Evidências de ganhos com relação a participação social em saúde através dos conselhos locais de saúde</p>
<p>Esse apoio e essa aproximação da gestão com Saúde da Família eu acho que é muito positiva. Por quê? Aí eu vou lhe dizer por quê. Nós tínhamos encontros semanais com gerentes, então de certa forma o gerente, como representante da unidade de saúde, levava as suas questões (...), então dava um</p>	<p>Nós temos contatos quase que diários, se não diariamente, por telefone ou por WhatsApp com a</p>	<p>Relação entre gestão superior e equipes de saúde através da articulação do gerente de unidade, como um</p>

<p>momento melhor de eu conversar, de trocar experiência, "a minha unidade teve esse problema assim, mas que eu consegui resolver assim" e de ouvir melhor. Ficou mais difícil essa aproximação, mas é algo que existe. Nós temos contatos quase que diários, se não diariamente, por telefone ou por WhatsApp com a coordenação da atenção primária e coordenação da atenção de saúde. Esse contato é muito bom.</p>	<p>coordenação da atenção primária e coordenação da atenção de saúde. Esse contato é muito bom.</p>	<p>fator positivo ao desempenho da equipe</p>
<p>A primeira coisa que eu penso que precisa melhorar é a precarização com a descentralização dos vínculos de trabalho para que a gente diminua essa rotatividade, as pessoas permaneçam no seu trabalho e ali criem vínculos mesmo, vínculos com a comunidade, com a equipe. Eu acho que isso é fundamental. E aí isso também passa por plena de cargos e carreiras, passa por questão salarial.</p>	<p>A primeira coisa que eu penso que precisa melhorar é a precarização com a descentralização dos vínculos de trabalho para que a gente diminua essa rotatividade</p>	<p>Precarização dos vínculos trabalhistas como obstáculo a ser superado</p>
<p>Mas aí o NASF é o apoiador da equipe. Eu não digo com a questão mesmo administrativa, mas digo de um apoiador mesmo da equipe. Hoje o NASF já compreende o papel dele. A equipe já compreende o papel do NASF. Depois de muita briga, "muita briga", que eu digo, é muita discussão, debate. Mas hoje já tem essa compreensão. Se não fosse o NASF, eu não sei se [...] fazem clínica. Mas é muito mais clínica compartilhada. Eles já não têm mais aquela lógica de atendimento especializado, "vou atender com nutricionista", não, muito mais [...].</p>	<p>Fazem clínica. Mas é muito mais clínica compartilhada. Eles já não têm mais aquela lógica de atendimento especializado</p>	<p>Clínica ampliada ou compartilhada (interconsulta) no fazer do NASF, como evidência de colaboração interprofissional</p>
<p>Observações e impressões pessoais</p>		
<p>Vera é enfermeira e atua na APS em Sobral há 17 anos. Tendo atuado na assistência e em cargos de gestão. Na assim chamada "gerência de unidade de saúde" (na qual esteve por aproximadamente 10 anos) e em cargos de coordenação da atenção primária aqui do Sobral. Suas falas são marcadas por este percurso misto e pelos desafios e conflitos que foi enfrentando no desenvolvimento da carreira. E pelo intenso envolvimento com o processo de trabalho (e cogestão do trabalho) e com as demandas do território.</p>		

Fonte: Construído pelo autor

APÊNDICE J
Relatório Geral de Atividades no Estágio Doutoral na UC



**DOCTORADO INTERNACIONAL EM DIREITOS HUMANOS, SAÚDE GLOBAL E
POLÍTICAS DA VIDA**

**Fundação Oswaldo Cruz
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra**

Aluno: Eliezer Magno Diógenes Araújo

Área de concentração: Programa Saúde Pública – IAM; Programa de Governação, Conhecimento e Inovação – FEUC

Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde

Orientadores: José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior (IAM); Mauro Serapioni (CES)

**Estágio Doutoral na Universidade de Coimbra
Setembro de 2015 a Fevereiro de 2017
Registro Geral das Atividades**

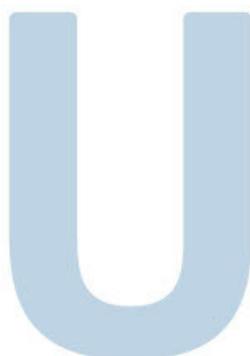
Data	Atividade
22/09/2015	Participação em Oficina GLOCADEMICS: Relações de poder entre línguas/culturas em equipes de investigação no mundo acadêmico global e pós-colonial
28/09/2015 – 02/10/2016	Semana de Acolhimento dos Doutoramentos CES. Atividades variadas
01/10/2015	Participação no Debate Conversas sobre a financeirização do mundo e suas consequências (Ateneu – UC)
09/10/2015 – 16/01/2016	Participação efetiva no Programa de Doutoramento em Governação Conhecimento e Inovação (FEUC). Na Disciplina Governação, Instituições e Política Públicas. 45h/a
20/10/2015	Atividade de Campo: entrevista com informante-chave
09/11/2015	Participação no Seminário Desigualdade em saúde nos países do sul da Europa: Os casos de Portugal e Itália
10/11/2015	Encontro com orientador (Mauro). Discutindo sobre os referenciais teóricos e acertos metodológicos para inserção no campo. No CES – UC
11/11/2015	Participação em curso de Metodologias da Investigação. Técnicas de coletas de dados. Observação direta e observação participante. Histórico, fundamentos teóricos e aspetos operacionais.
13/11/2015	Atividade de Campo: Participação no 4º Encontro de Outono das USF, no Porto
09/12/2015	Encontro para discussão de projetos de doutoramento com prof Arnaldo Mazzei (USP), no CES
13/01/2016	Submissão de Artigo: O usuário, família e comunidade como parte da equipe de saúde no desenvolvimento da Colaboração Interprofissional, para a revista SANARE - Revista de Políticas Públicas. Publicado pela Revista, no mesmo ano (Apêndice K)
27/01/2016	Participação em Seminário Prevenção quaternária e medicinas complementares: racionalidades plurais no Sistema Único de Saúde no Brasil. No CES - UC
28/01/2016	Apresentação do trabalho (poster): “Avaliação da colaboração interprofissional nos

	cuidados primários a saúde” (poster), no 11 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, em Lisboa
29/01/2016	Participação em Seminário. A universidade brasileira na encruzilhada, com prof. Naomar Almeida Filho. Na FEUC.
02/02/2016	Participação em Seminário. Ubuntu as an axiological framework for human rights education, no CES-UC
04/02/2016	Encontro com orientador (Mauro). Planejando pesquisa de campo e entrevistas nas USF. No CES – UC
05/02/2016	Atividade de campo: Entrevista e visita as USF Celas, Briosas e Pulsar.
11/02/2016	Atividade de campo: início da coleta de dados com utilização do questionário (Escala de avaliação da colaboração interprofissional) enviada por e-mail através da plataforma SurveyMonkey
12/02/2016	Atividade de campo: entrevista
16/02/2016	Atividade de campo: Visita a USF Pulsar.
17/02/2016	Participação em Oficina. Cultura organizacional e políticas públicas: uma sociologia das organizações escolares. CES – UC
18/02/2016	Participação em Seminário. O sofrimento dos refugiados em Portugal. Diagnóstico médico e erro de análise. CES – UC
19/02/2016	Atividade de campo: continuação da coleta de dados com utilização do questionário por e-mail, para profissionais das USF Região Norte
22/02/2016	Participação em Seminário. Progresismos del siglo XXI: las izquierdas del futuro y los límites del Estado para la transformación social. CES – UC
23/02/2016	Atividade de campo: entrevista
02/03/2016	Atividade de campo: entrevista
03/03/2016	Atividade de campo: visita a USF Cruz de Celas
08/03/2016	Atividade de campo: entrevista, na USF Topázio (em Eiras)
15/03/2016	Atividade de campo: entrevista, na USF Topázio (em Eiras)
18/03/2016	Aula Magistral do prof. Boaventura Santos, na FEUC. “Epistemologias do Sul. Desafios Teóricos e Metodológicos”.
01/04/2016	Aula Magistral do prof. Boaventura Santos, na FEUC. “É possível descolonizar o Marxismo?”
11/04/2016	Encontro com orientador (Mauro). Discutindo a coleta de dados, pesquisa de campo e acertos metodológicos. No CES – UC
15/04/2016	Participação em Encontro: Democracia e Direito. A atual conjuntura política no Brasil. CES – UC
22/04/2016	Atividade de Campo: Participação em conferência. Reforma do SNS – Novas políticas setoriais da saúde, na FEUC, com Henrique Botelho e outros.
13/05/2016	Participação em Tenda Paulo Freire: trocas, cuidados, diálogos num espaço da Educação Popular em Saúde. No CES – UC
13/05/2016	Aula Magistral do prof. Boaventura Santos, na FEUC. “Para que serve a educação? A Educação Popular e/na Universidade”
23/06/2016	Apresentação do trabalho (apresentação oral): “Colaboração interprofissional nas Equipes de Saúde da Família (Brasil) e nas Unidades de Saúde Familiar (Portugal): resultados preliminares”, no CES - UC, no Seminário Investigar em Saúde no CES – temas e perspectivas. Vídeo disponível em: < http://saladeimprensa.ces.uc.pt/index.php?col=canalces&id=15740 >
08/07/2016	Apresentação do trabalho (apresentação oral): “Rezadeiras nos cuidados de saúde primários no Brasil, Rumo a uma ecologia dos saberes ou apropriação pela biomedicina? ”, no IX Congresso Português de Sociologia, na Universidade do Faro, Portugal
19/01/2017	Participação em Seminário. A Saúde no Contexto da Reserva de Desenvolvimento

	Sustentável Mamirauá. No CES-Coimbra
20/01/2017	Encontro com orientador (Mauro). Discutindo acertos metodológicos, relato da experiência de campo. No CES – UC
31/01/2017	Atividade de Campo: Entrevista e visita ao CSF da Cohab III, em Sobral - CE
01/02/2017	Atividade de Campo: Entrevista e visita a Escola de Formação em Saúde da Família, em Sobral - CE
06/02/2017	Atividade de Campo: Entrevista e visita ao CSF do Junco e CSF COELCE, em Sobral - CE
07/02/2017	Atividade de Campo: Visita a Secretaria de Saúde do Município de Sobral. Acesso a nova lista de e-mails e conversa com coordenadores de diferentes níveis de atenção
10/04/2017	Encontro com orientador (Mauro). Relato da experiência de campo. Avaliação geral do processo de estágio e orientação na UC

APÊNDICE K

Artigo publicado. Artigo Publicado, no âmbito da pesquisa. Ano 2016



USUÁRIO, FAMÍLIA E COMUNIDADE COMO PARTE DA EQUIPE DE SAÚDE NA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

USER, FAMILY, AND COMMUNITY AS A PART OF THE HEALTH TEAM IN INTERPROFESSIONAL COLLABORATION

USUARIO, FAMILIA Y COMUNIDAD COMO PARTE DEL EQUIPO DE SALUD EN LA COLABORACIÓN INTERPROFESSIONAL

Eliezer Magno Diógenes Araújo ¹

José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior ²

RESUMO

O trabalho em equipe na saúde pública vem requerendo um olhar cuidadoso por parte de pesquisadores e profissionais da saúde, na medida em que envolve conceitos complexos e propõe novas maneiras de lidar com as pessoas e gerir as organizações. Este artigo aborda o tema da colaboração interprofissional, no contexto do trabalho da atenção primária à saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), destacando o papel do usuário como parte importante desse processo. Faz-se uma revisão conceitual sobre o tema, que é problematizado em relação a outros conceitos, como: integralidade, autonomia, saúde como direito e participação. Propõe-se que a valorização das práticas de cuidado em saúde nas famílias, entre vizinhos, nos grupos religiosos, nas iniciativas culturais e esportivas locais e do entrelaçamento das distintas formas da assistência à saúde (formais e informais) pode ampliar os horizontes da colaboração interprofissional, passando a considerar o usuário, família e comunidade como parte desse fazer em saúde.

Palavras-chave: Colaboração interprofissional; Atenção primária à saúde; Integralidade; Participação.

1. Psicólogo. Doutorando em Direitos Humanos, Saúde Global e Políticas da Vida na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e no Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra. Membro do grupo de pesquisa em Políticas Públicas, Planejamento, Gestão e Recursos Humanos em Saúde da Fiocruz.

2. Médico. Professor na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Pesquisador docente no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) da Fiocruz.

ABSTRACT

Teamwork in public health has required a careful look on the part of researchers and health professionals, as it involves complex concepts and proposes new ways of dealing with people and managing organizations. This article addresses the theme of interprofessional collaboration, in the context of working in the primary health care (PHC) and the Family Health Strategy (FHS), highlighting the user's role as a significant part of this process. We conduct a conceptual review on the theme, which is discussed in relation to other concepts, such as: integrality, autonomy, health as a right, and participation. We propose that appreciating health care practices in families, among neighbors, in religious groups, in local cultural and sports initiatives, and the intertwining of various health care modes (formal and informal) can broaden the horizons of interprofessional collaboration, starting to consider the user, family, and community as a part of this making of health care.

Keywords: *Interprofessional collaboration; Primary health care; Integrality; Participation.*

RESUMEN

El trabajo en equipo en la salud pública ha requerido una mirada cuidadosa por parte de investigadores y profesionales de la salud, ya que implica conceptos complejos y propone nuevas formas de tratar con la gente y gestionar las organizaciones. Este artículo aborda el tema de la colaboración interprofesional, en el contexto del trabajo en la atención primaria de salud (APS) y la Estrategia Salud de la Familia (ESF), destacando el papel del usuario como una parte importante de este proceso. Se realiza una revisión conceptual del tema, que se discute en relación a otros conceptos, como: integralidad, autonomía, salud como derecho y participación. Se propone que la apreciación de las prácticas de cuidado de salud en las familias, entre vecinos, en grupos religiosos, en iniciativas culturales y deportivas locales y del entrelazamiento de las diferentes formas de atención de salud (formales e informales) puede ampliar los horizontes de la colaboración interprofesional, y se pasa a considerar al usuario, la familia y la comunidad como una parte de este hacer de salud.

Palabras clave: *Colaboración interprofesional; Atención primaria de salud; Integralidad; Participación.*

INTRODUÇÃO

O trabalho em equipe na saúde pública vem requerendo um olhar cuidadoso por parte de pesquisadores e profissionais da saúde, na medida em que envolve conceitos complexos e propõe novas maneiras de lidar com as pessoas e cuidar das organizações. Os serviços de saúde produzidos por essas equipes envolvem, em grande parte, um trabalho intangível, derivado de ações de e interações entre organizações, equipes, profissionais e pacientes¹.

Os processos interativos desenvolvem-se na vida cotidiana compartilhada com outros seres humanos. Cada indivíduo contribui decisiva e singularmente na construção de seus processos de interação social, que podem assumir diferentes formas, como, por exemplo, a colaboração interprofissional.

A colaboração interprofissional é um tópico bastante significativo no contexto geral dos processos e das organizações de trabalho, apresentando-se como um constructo polissêmico, complexo, atual e emergente no sentido de proporcionar respostas às necessidades envolvidas no trabalho em equipe, sobretudo nos serviços de saúde². Em

relação direta com o conceito de educação interprofissional, esse tema tem sido alvo de numerosos estudos, detalhados adiante, e está na base de diversas iniciativas em todo o mundo, destacando-se experiências no Canadá³, no Reino Unido e na Austrália. A Organização Mundial da Saúde (OMS) mantém seu Grupo de Estudo em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, que dissemina informações de várias entidades parceiras⁴.

No caso do Brasil, nos serviços de saúde pública, o trabalho em equipe interdisciplinar é um dos fundamentos da atenção primária à saúde (APS), que tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioridade para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso implica que os processos de trabalho em equipe devem focar a efetivação da integralidade e a articulação das ações de promoção da saúde⁵.

No entanto, o trabalho colaborativo na APS e na ESF, na perspectiva da democratização das ações, deve levar em conta a interação entre o trabalhador e o usuário, a população e os grupos sociais que devem participar dos processos de cuidado⁶.

Nesse sentido, os modelos de colaboração interprofissional devem identificar o usuário como coprodutor do serviço de saúde, sendo afetados por demandas, condições de vida, pobreza, exclusão social, concepções pessoais e pontos de vista⁷.

Este artigo aborda o tema colaboração interprofissional, no contexto de trabalho da APS e da ESF, destacando o papel do usuário como parte importante desse processo.

METODOLOGIA

Faz-se uma revisão bibliográfica e conceitual sobre o tema, que é problematizado em relação a outros conceitos, como: integralidade, autonomia, saúde como direito e participação. Foram consultadas as bases de dados SciELO e MedLine. Na SciELO foram adotados os termos de busca “colaboração” e “interprofissional”, sem restrição quanto ao ano de publicação; foram encontrados apenas 3 artigos, sendo 2 deles publicados recentemente. Na MedLine se optou pelos termos equivalentes na língua inglesa, “interprofessional” e “collaboration” e foram encontradas mais de 4 mil referências, com destaque para o aumento considerável do número de publicações na última década.

Foram encontrados estudos adicionais em diversas bases de dados: Cochrane Library, EPOC e CINAHL, cobrindo o período de 1950 a 2007, por meio do cruzamento de descritores relacionados ao tema, como: interprofissional, interdisciplinar, colaboração e equipe. Essas referências bibliográficas são descritas resumidamente a seguir.

Optou-se pela construção de diagramas para facilitar a apreensão dos conceitos apresentados, que descrevem dimensões e indicadores de análise da colaboração interprofissional e uma matriz de competências para o desenvolvimento do cuidado colaborativo na APS.

O CONCEITO DE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

O tema central deste estudo, a colaboração interprofissional, pode ser identificado na literatura com várias denominações, como: relações interprofissionais, comportamento colaborativo, equipes de trabalho, práticas colaborativas, clima organizacional, entre outros. Esse tema é abordado junto com temas correlacionados, como: interdisciplinaridade, interprofissionalidade, transdisciplinaridade, equipes multiprofissionais, eficácia grupal. Cobre-se um grande conjunto de disciplinas e teorias, sobretudo com base em teorias psicológicas ou sociológicas.

De modo geral, esse tema se relaciona à urgência do estabelecimento de novas relações entre os profissionais da saúde, divergindo do modelo biomédico tradicional e visando

*recursos humanos
na área da saúde
têm introduzido uma
visão renovada sobre
a importância da
interdisciplinaridade.*

à diversidade de ações e à busca de comunicação horizontal e cogestão do processo de trabalho⁸.

O levantamento bibliográfico levou à identificação de dois grandes grupos de estudos.

O primeiro com predominância de métodos quantitativos, no campo do comportamento organizacional⁹, que é interdisciplinar no que se refere ao estudo de indivíduos e grupos atuando em organizações. Esse campo, em sua perspectiva intermediária (ou meso-organizacional) trata especificamente do comportamento de grupos e equipes e suas formas de cooperação, melhoria de desempenho e clima organizacional.

E o segundo com predominância de métodos qualitativos, no campo da saúde coletiva¹⁰, no subcampo de aplicação tecnológica, correspondente ao planejamento e gestão da saúde. Trata-se do desenvolvimento de práticas colaborativas, com destaque para a importância da interdisciplinaridade na integração da equipe e nos processos formativos, geralmente relacionando a educação interprofissional à colaboração interprofissional.

Alguns dos estudos mais atuais, nacionais e internacionais, apresentam características comuns, como: a) predominância de abordagem qualitativa; b) foco em processos formativos derivados das relações interprofissionais e do comportamento colaborativo; c) desenvolvimento em cenários de APS.

Destaca-se o estudo de Ivana Barreto¹¹, pela abordagem do Ensino Superior no contexto da saúde da família. Segundo a autora, no Brasil, políticas recentes para capacitação dos recursos humanos na área da saúde têm introduzido uma visão renovada sobre a importância da interdisciplinaridade, que foca a implementação de novas práticas e o desenvolvimento da colaboração interprofissional, como, por exemplo, o programa de extensão denominado “Liga de Saúde da Família”.

Vale destacar o extenso trabalho de revisão de Zwarenstein, Goldman e Reeves¹², que buscou avaliar o impacto de intervenções e práticas, com vistas à mudança do nível de colaboração. São comparados diversos estudos, considerando a satisfação do usuário e/ou a efetividade e a

eficácia alcançada pela equipe e questionando como o nível de colaboração pode afetar a prestação do serviço de saúde.

Outra revisão, liderada por Danielle D'Amour², concentrou-se na base conceitual da colaboração a partir da análise de marcos teóricos distintos. Entretanto, evidencia limites em relação a bases empíricas que possam subsidiar essas teorias, não demonstrando claramente como as práticas colaborativas alcançam melhores resultados em termos de qualidade do cuidado ao paciente. Os autores sugerem como linha de pesquisa a influência de fatores externos (contexto macro-organizacional) no processo colaborativo.

Outro aspecto da literatura estudada é a apresentação de classificações, modelos e tipologias para compreender melhor os processos de trabalho em equipe, como se pode verificar na formulação teórica de Marina Peduzzi¹², que apresenta uma tipologia de equipes multiprofissionais em saúde, com base na Teoria do Agir Comunicativo de Habermas. Faz-se distinção entre duas modalidades de equipes: equipe agrupamento e equipe integração. E são apresentados critérios de classificação, no entanto, sem bases empíricas que possam sustentar sua formulação.

Danielle D'Amour e colaboradores¹⁴ apresentam um modelo canadense de tipologia e avaliação da colaboração interprofissional, composto por 4 dimensões que se desdobram em 10 indicadores de colaboração (Figura 1). Os autores avaliam o modelo com base em dados empíricos, por meio de uma pesquisa qualitativa que utiliza entrevistas semiestruturadas. São apontados 2 tópicos importantes para pesquisas futuras: a) o interesse do paciente e seus familiares e o papel destes na colaboração interprofissional; e b) a adaptação do modelo para outros contextos culturais.

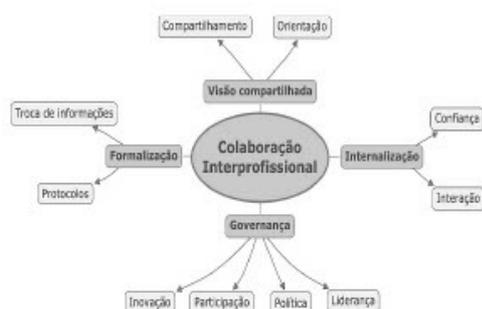


Figura 1. Modelo de colaboração interprofissional – dimensões e indicadores de análise.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Araújo e colaboradores¹⁵ propõem um esquema integrativo entre três importantes conceitos: educação interprofissional, colaboração interprofissional e promoção da saúde.

A colaboração é um conceito plural, mas de forma geral implica a ideia de compartilhamento e de ação coletiva.

Em outros estudos^{15,16} se explicita a necessidade de novos modos de fazer em saúde, nos quais o usuário recebe o empenho dos diversos setores e níveis de atenção. O modelo de avaliação da colaboração interprofissional é utilizado com profissionais da APS e os resultados são tratados com procedimentos estatísticos descritivos e inferenciais, com uso do coeficiente de correlação e do alfa de Cronbach, para a verificação de sua confiabilidade.

Estudos qualitativos sobre colaboração interprofissional têm buscado identificar padrões, consistências e inconsistências e o reconhecimento de categorias empíricas e teóricas com foco nos desafios cotidianos na busca do trabalho colaborativo em equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹⁷.

A colaboração é um conceito plural, mas de forma geral implica a ideia de compartilhamento e de ação coletiva orientada por objetivos comuns, no espírito de confiança e harmonia entre os membros de uma equipe de trabalho. Algumas indicações na literatura⁷ procuram detalhar o funcionamento da colaboração e apontar alguns conceitos que podem esclarecer melhor esse constructo, como: interdependência, compartilhamento, parceria e poder, como explicitado adiante.

a. Interdependência: desejo comum dos profissionais que compõem uma equipe de atender as necessidades do cliente/usuário, desenvolvendo uma maior tendência para a mútua dependência do que para a autonomia e gerando um trabalho sinérgico.

b. Compartilhamento: forma como os membros de uma equipe compartilham responsabilidades, valores e processos de tomada de decisão, planejando e intervindo em tarefas que exigem colaboração.

c. Parceria (ou sociedade): traz a noção de dois ou mais atores envolvidos em tarefas colaborativas. Caracteriza-se por uma relação de coleguismo e demanda uma comunicação clara e honesta, com confiança e reconhecimento do valor do outro.

d. Poder: empoderamento simultâneo de cada participante da equipe e reconhecimento dessa distribuição de poder. Sendo um produto das interações sociais entre os membros da equipe.

Os limites da compreensão desse fenômeno têm raízes em nosso processo de formação, que geralmente adota um paradigma disciplinar¹⁰, encontrando dificuldades para efetivar uma lógica da colaboração. Cada disciplina desenvolve fortes referenciais teóricos que confirmam o acesso à jurisdição profissional e que muitas vezes são rigidamente circunscritas¹¹.

A superação de certos paradigmas encontra várias barreiras na prática, especialmente quando vemos que o ambiente de trabalho, em seus processos de interação social, não oferece apenas oportunidades, mas uma variedade de restrições e ameaças. Trata-se de uma questão de integração *versus* diferenciação, ou melhor, de uma constante dinâmica de oposição entre a colaboração interprofissional e o profissionalismo e da dicotomia entre interdependência e autonomia.

Por um lado, as corporações profissionais visam a garantir um mercado definido e inviolável, mas também buscam expandir territórios, aumentar o grau de dominação sobre outras profissões. Por outro lado, a lógica do trabalho na APS, aponta a necessidade de construir objetivos comuns, partilhar conhecimentos, especialidades, experiências, habilidades e, até, a intersubjetividade¹².

Se a prática profissional é baseada em processos autônomos paralelos e independentes, não poderá haver integração na equipe, mas se a autonomia individual é restrita e preciso do outro para realizar meu trabalho de modo eficaz, a equipe pode desenvolver uma autonomia coletiva e um processo de trabalho mais integrativo e colaborativo.

INTEGRALIDADE, AUTONOMIA E DIREITO À SAÚDE

A atuação interdisciplinar relaciona-se positivamente a vários fatores, como: a mudança do modelo médico assistencial, ampliação das linhas de cuidados em saúde, necessidade de vínculo na relação interprofissional e com o usuário, além da participação e autonomia dos cidadãos no processo saúde-doença, bons resultados na qualidade da assistência e na efetivação da saúde como direito social. Há evidências de melhoramento no acesso e na coordenação dos serviços de saúde, na melhoria do cuidado ao paciente, evitando complicações, especialmente em doenças crônicas, melhoria na satisfação do paciente e aceitação do tratamento⁴.

Isso nos remete ao desafio de considerar o indivíduo em sua totalidade e atuar na perspectiva da integralidade. Ou seja, na abordagem ampliada ao indivíduo e/ou ao grupo, em consideração aos diversos aspectos do ser humano: seu contexto familiar, social, cultural e ambiental. O desenvolvimento desse princípio requer que o profissional da

constante dinâmica de oposição entre a colaboração interprofissional e o profissionalismo.

saúde compreenda e proporcione condições de mudanças no processo saúde-doença, integrando em suas práticas ações de promoção, prevenção e reabilitação.

A integralidade deve inovar todos os serviços, a produção do cuidado em saúde, a análise crítica de contexto, problematizando saberes e competências específicas de cada profissão¹³. De modo que a reorganização do trabalho interprofissional nas equipes dos serviços do SUS é condição necessária para a conquista da integralidade¹⁴. Isso exige uma superação dos modelos tradicionais de atuação multiprofissional em saúde, que reforçam o paradigma biomédico com ênfase na doença e na cura¹⁵.

Implementada em 1994, a ESF, como modelo re-orientador da rede de assistência à saúde a partir da APS, empenha-se em promover a universalização do acesso da população brasileira à integralidade da assistência e à equidade. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a ESF deve trabalhar com a lógica da corresponsabilização da saúde entre usuário/família e profissional, o que favorece a prevenção, a identificação, o tratamento e a cura de doenças, além da reabilitação e do monitoramento dos agravos à saúde coletiva.

No entanto, como esclarece Mauro Serapioni²¹, observar a importância dos setores informais (usuários, famílias e comunidades) por parte das políticas públicas não é suficiente para garantir a qualidade do cuidado, se não houver o fortalecimento da autonomia. A corresponsabilização e a participação da comunidade só podem ser efetivadas na medida em que o usuário é considerado como sujeito ativo na produção do cuidado.

José Ricardo Ayres²² denuncia que a concepção predominante de sujeito nas políticas de saúde é incompatível com os princípios e valores que deveriam orientar o SUS. A efetivação da integralidade passa, então, pelo reconhecimento desse usuário como sujeito de direitos, compreendendo-o não como ser individual, mas relacional, contingente e histórico. O cuidado compartilhado é entendido como processo dialógico e não somente interventivo.

Cabe destacar a relação intrínseca entre a concepção de saúde e a concepção do direito à saúde. Nunes²³ distingue duas dinâmicas de relação entre essas concepções. Na

primeira, o direito à saúde é visto como imperativo centrado na responsabilização individual. Na segunda, associada a concepções ampliadas de saúde (como os princípios do SUS), relaciona-se ao conceito de justiça sanitária, no qual a realização do direito passa por processos de reconhecimento identitário de pessoas ou grupos afetados por certas doenças, pela promoção da vida em várias dimensões e pela autonomia dos sujeitos.

Há todo um campo discursivo na saúde coletiva que associa essa autonomia do indivíduo à responsabilidade e à gestão de si. Dessa forma, dá-se importância a variáveis subjetivas na análise em saúde, entendendo que o sujeito participa ativamente na autoavaliação de seu estado de saúde²⁴. Entretanto, quando essa autonomia individual passa a ser associada à noção de risco, torna-se evidente uma demanda econômica, de ênfase neoliberal, que visa ao controle dos gastos públicos com serviços de saúde relativos a problemas evitáveis, consequência de estilos de vida não saudáveis.

Além disso, Nunes²² denuncia o imperativo do princípio da prevenção e da medicalização da sociedade, que, seguindo receitas neoliberais, promete melhor a qualidade de vida daqueles dispostos a vincular sua vida ao complexo médico-industrial, com foco no controle dos comportamentos de risco e em uma visão individualizada (e, portanto, ideológica) de problemas de ordem econômica, social e política.

Entende-se que a organização do trabalho interprofissional na saúde e a conquista da integralidade deve dialogar de perto com a corresponsabilização do usuário, compreendendo-o como cidadão de direitos. Vê-se, contudo, que a efetivação da saúde como direito pode adquirir, na prática das políticas públicas de saúde, vieses contraditórios que individualizam problemas coletivos e mercantilizam esses mesmos direitos.

O USUÁRIO COMO PARTE DA EQUIPE

O trabalho em equipe na APS surge como resposta à complexidade dos fenômenos relativos ao processo saúde-doença, bem como à necessidade de uma série diversificada de ações para efetivação da atenção integral à saúde⁴. Essa divisão do trabalho entre diversas categorias está presente no planejamento de ações, na definição de prioridades, em intervenções mais criativas e efetivas, na redução da duplicação de serviços e na redução de custos.

No entanto, esse processo não ocorre de forma homogênea ou espontânea, pois envolve o contexto da alta especialização, do corporativismo, da compartimentalização de saberes e de um modelo assistencial biomédico de cunho clínico e individualista. Há frágeis articulações de experiências nos serviços e entre serviços²⁵.

Esse entendimento é importante no sentido de que o

trabalho em equipe, para além dos discursos retóricos de eficiência, cooperação e inventividade nas práticas em saúde, diz respeito a agentes concretos que realizam seu trabalho conjuntamente, em contexto sócio-histórico cheio de contradições. O debate sobre o trabalho envolve a compreensão de que nenhuma atividade humana pode ser totalmente padronizada e controlada, de modo que coletivo prescrito se distingue do coletivo real, permeado por sofrimento, pesar e incertezas²⁶.

Esse olhar sobre o trabalhador da saúde enquanto agente histórico indica que, além do direcionamento a práticas multiprofissionais, é necessário um olhar para os microprocessos do trabalho, com vistas à superação do modelo hegemônico⁷. O que requer a articulação e participação dos usuários e dos trabalhadores²⁵. Esse é o grande desafio para as equipes da ESF: possibilitar uma prática de saúde na qual usuário e a população sejam partícipes do trabalho em equipe⁷.

Entretanto, como vimos, a incorporação do usuário como sujeito ativo no processo de cuidado não é ponto pacífico, nem na sua legitimação, com base na noção de direito e autonomia individual, podendo levar novamente a uma visão clínica e individualizante, nem na sua operacionalização, pois envolve a superação do assistencialismo clientelista por parte dos profissionais e das ambiguidades, da alienação e do sentimento de impotência, decorrentes da intensa situação de opressão e desigualdade social a que estão submetidas historicamente as populações que compõem o público prioritário das ações da APS.

Vale destacar outro nível de participação popular, para além daquela instituída por meio do sistema de conselhos e das experiências de mobilização social. Trata-se de uma participação que ocorre na reorientação das práticas cotidianas de atenção à saúde²⁷.

O sistema de conselhos e conferências de saúde tem se dedicado principalmente a temas ligados à gestão e ao planejamento das políticas de saúde e à luta pela ampliação de recursos. Contudo, tem contemplado a articulação e o apoio às práticas solidárias e de enfrentamento dos problemas de saúde na sociedade. Algumas dimensões da luta popular pela saúde só podem ser percebidas se houver uma inserção no mundo popular. Muitas iniciativas na ESF tem se

*a conquista da
integralidade deve
dialogar de perto com
a corresponsabilização
do usuário.*

pautado pelo viés da educação popular, visando a construir uma prática de saúde de forma dialogada entre a população e os profissionais²⁷.

Em relação à noção de colaboração interprofissional, destaca-se a experiência do sistema de saúde do Canadá, que tem avançado na construção de um modelo de competências interprofissionais que possam auxiliar educadores e profissionais da saúde a vivenciar uma aprendizagem significativa e integrativa, aplicada em situações reais.

A estrutura de competências proposta pelo Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), liderado pelo professor John Gilbert, da Universidade de British Columbia³, propõe 6 domínios de conhecimento, habilidades e valores julgados essenciais para a prática colaborativa interprofissional: 1) Cuidado centrado no paciente/usuário/família/comunidade; 2) Comunicação interprofissional; 3) Esclarecimento de papéis; 4) Funcionamento da equipe; 5) Liderança colaborativa; e 6) Resolução de conflitos (Figura 2).

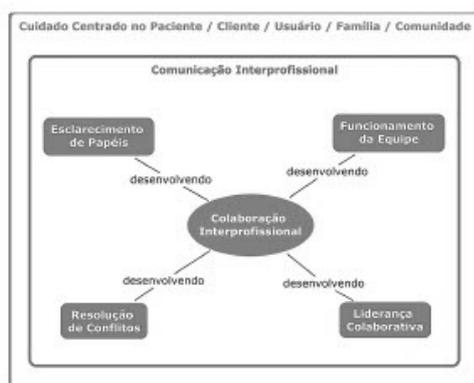


Figura 2. Matriz de competências para o desenvolvimento de práticas colaborativas interprofissionais.

Fonte: Elaborada pelos autores.

A colaboração, como cuidado centrado no usuário, busca o desempenho interativo entre as equipes multiprofissionais de saúde e a comunidade, possibilitando a aquisição e o aprimoramento dos conhecimentos das diferentes especificidades, permitindo a troca de saberes e a obtenção de eficácia nas ações de promoção da saúde.

Nesse contexto, os profissionais da saúde devem assumir um papel de “educadores aprendizes”, capazes de construir uma nova realidade a partir de um conhecimento comum entre profissionais e usuários. Compreende-se a comunidade como constituída por sujeitos ativos que interagem com o meio, dotados de capacidade para estabelecer com este uma relação custo-benefício satisfatória²⁸.

os profissionais da saúde devem assumir um papel de “educadores aprendizes”.

Essa centralidade no usuário requer o reconhecimento da estrutura dos interesses que estão em jogo, na base dos relacionamentos entre profissionais e usuários, que pode focar os interesses: do usuário, das profissões, da organização ou particulares. E passa, portanto, por uma distribuição do poder, ou melhor, pela realização da participação enquanto exercício de aprendizagem do poder²⁹.

Mesmo considerando a importância dos interesses e dos pontos de vista dos usuários para a colaboração interprofissional, a produção sobre práticas que visem a esse fim ainda é pequena³⁴. No entanto, alguns estudos^{21,27} apontam alternativas de articular os cuidados formais (advindos do trabalho em saúde) aos cuidados informais (práticas solidárias de saúde que ocorrem cotidianamente nas comunidades): a) mobilizar redes de suporte social; b) promover estratégias grupais (grupos de apoio mútuo) em nível comunitário; e c) reforçar laços de vizinhança e solidariedade.

Por meio da valorização das práticas de cuidado nas famílias, entre vizinhos, nos grupos religiosos, nas iniciativas culturais e esportivas de caráter local e do entrelaçamento das distintas formas da assistência à saúde (formais e informais), pode-se ampliar os horizontes da colaboração interprofissional, passando a considerar o usuário, a família e a comunidade como parte desse fazer em saúde?

É possível, especialmente se essa valorização se soma à interação terapêutica dialógica, não utilitarista, por meio da qual se pode buscar a flexibilização das normas e prescrições tecno-burocráticas²². Concorda-se com o pensamento de Eleanor Conill²⁰ destacando que é a dinâmica dos atores sociais, dos sujeitos das relações no cotidiano assistencial, que reproduz ou cria teorias e novos modelos assistenciais.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Etiezer Magno Diógenes Araújo participou do levantamento bibliográfico, do delineamento da pesquisa, da coleta e análise dos dados e da redação do manuscrito; José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior participou da revisão do aporte conceitual e metodológico da pesquisa e da revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizers. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006. p. x-y.
2. D'Amour D, Ferrada-Videla M, Rodriguez LSM, Beaulieu MD. Conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005;19(Suppl 1):116-31.
3. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Canadian Interprofessional Health Collaborative [document on the internet]. Vancouver (BC): University of British Columbia; 2010 [cited 2016 Nov 7]. Available from: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
4. Health Professions Network Nursing and Midwifery Office. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice [document on the internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2016 Nov 7]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10_3_eng.pdf?ua=1
5. Brasil. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
6. Crevelim M, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de Saúde da Família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(2):323-31.
7. Silva-Roostli AC, Athayde M. Gestão, trabalho e psicodinâmica do reconhecimento no cotidiano da Estratégia Saúde da Família. In: Assunção AA, Brito J, organizers. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011. p. x-y.
8. Saube R, Cutolo LRA, Wendhausen ÁLP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface Comun Saúde Educ* [serial on the internet]. 2005 [cited 2013 Oct 4];9(18):521-36. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n18/a05v9n18.pdf>
9. Chiavenato I. *Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
10. Almeida Filho N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate aberto. *Rev Adm Pública*. 2000;34(6):11-34.
11. Barreto ICHC, Loiola FA, Andrade LOM, Moreira AEMM, Cavalcanti CGCS, Arruda CAM, Silva ALF. Development of interprofessional collaborative practices within undergraduate programs on healthcare: case study on the Family Health Alliance in Fortaleza (Ceará, Brazil). *Interface Comun Saúde Educ* [serial on the internet]. 2011 [cited 2016 Nov 7];15(36):199-212. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100016
12. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [serial on the internet]. 2009 [cited 2016 Nov 7];(3):CD000072. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000072.pub2/abstract>
13. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.
14. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martín-Rodríguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:188.
15. Araújo EM, Cavalcante MMB, Mesquita KCM, Lima EG, Correia RBF, Silva ALF. Educação interprofissional e promoção da saúde: desafios para Estratégia Saúde da Família. In: Catrib AMF, Dias MSA, Frota MA, organizers. *Promoção da saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família*. Campinas (SP): Saberes; 2011. v. 1, p. 197-207.
16. Araújo EMD. A dinâmica da colaboração interprofissional no contexto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Sobral (CE): Universidade Federal do Ceará; 2012.
17. Araújo EMD, Galimberti P. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. *Psicol Soc* [serial on the internet]. 2013 [cited 2016 Nov 7];25(2):461-8. Available from: <http://www.ufrgs.br/seerpsicoc/ojs2/index.php/seerpsicoc/article/view/3598/2230>
18. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface Comun Saúde Educ* [serial on the internet]. 2007 [cited 2016 Nov 7];11(22):239-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/05.pdf>
19. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho YM, organizers. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006. p. 419-56.
20. Andrade LOM, Barreto ICHC, Martins Jr TA. A Estratégia Saúde da Família no Brasil e a superação da medicina familiar. *Sanare (Sobral, Online)* [serial on the internet]. 2003 [cited 2016 Nov 7];4(1):57-64. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/117/109>
21. Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciênc Saúde Coletiva* [serial on the internet]. 2005 [cited 2013 Oct 5];10(Suppl):243-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>

22. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ/Abrasco; 2009.

23. Nunes JA. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. Revista Crítica de Ciências Sociais [serial on the internet]. 2009 [cited 2016 Jan 15];(87):143-69. Available from: file:///D:/RCCS_87_Joao_Arriscado_Nunes.pdf

24. Gimenes GF. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. Trab Educ Saúde [serial on the internet]. 2013 [cited 2016 Nov 7];11(2):291-318. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a03v11n2.pdf>

25. Dalla Vecchia M. Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2012.

26. Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Rev Saúde Pública [serial on the internet]. 2009 [cited 2013 Oct 4];43(4):721-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/90.pdf>

27. Vasconcelos EM. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: Fleury S, Lobato LVC, organizers. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. x-y.

28. Araújo LM. Saúde da família, educação popular e práxis médica [document on the internet]. [date unknown]. Available from: http://www.prac.ufpb.br/copac/extelar/producao_academica/artigos/pa_a_saude_da_familia_educacao_popular_e_praxis.pdf

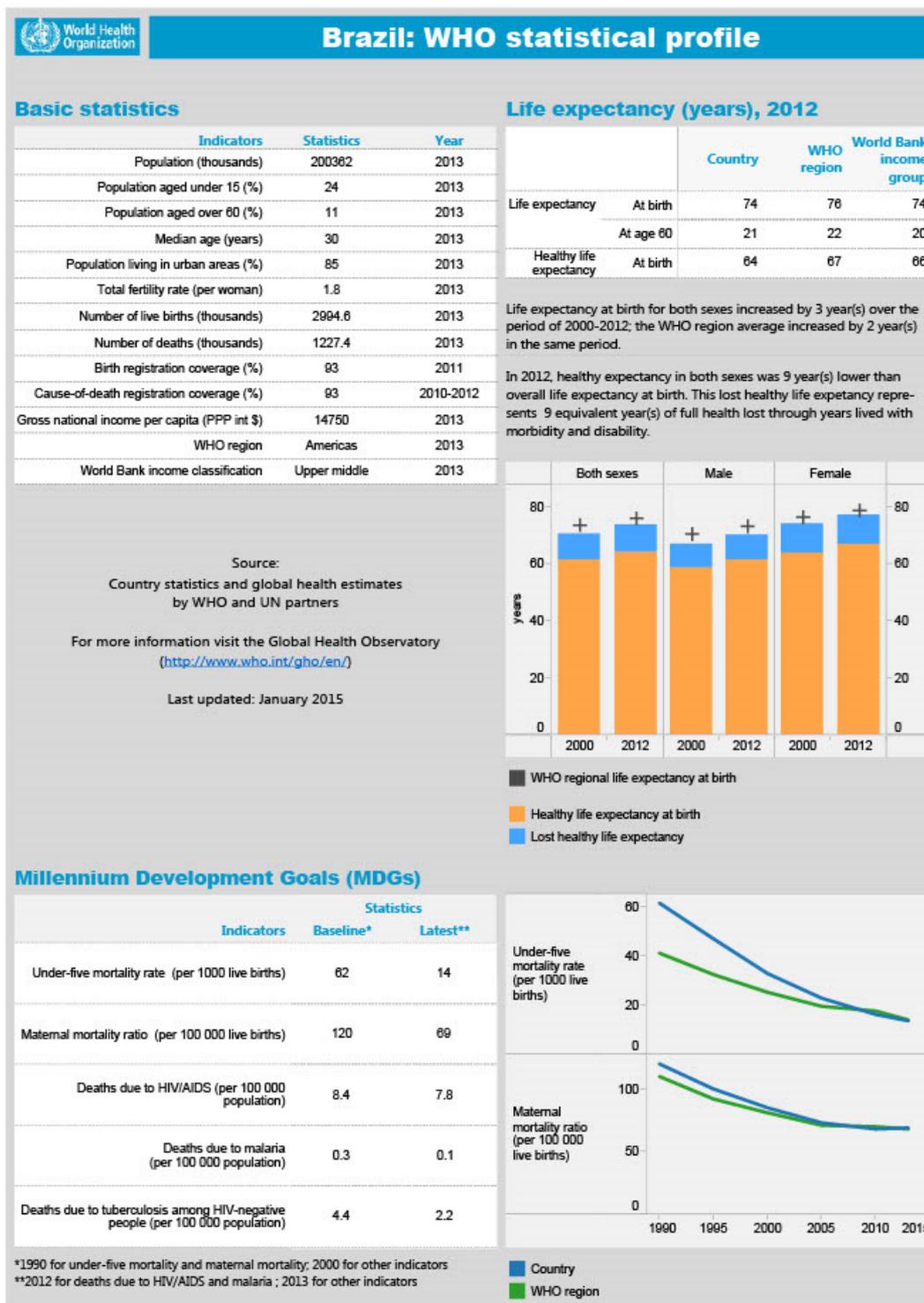
29. Sousa ML, Tófoli LF. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária: acesso e cuidado integral. Cadernos ESP [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Nov 7];6(2):13-21. Available from: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/76/63>

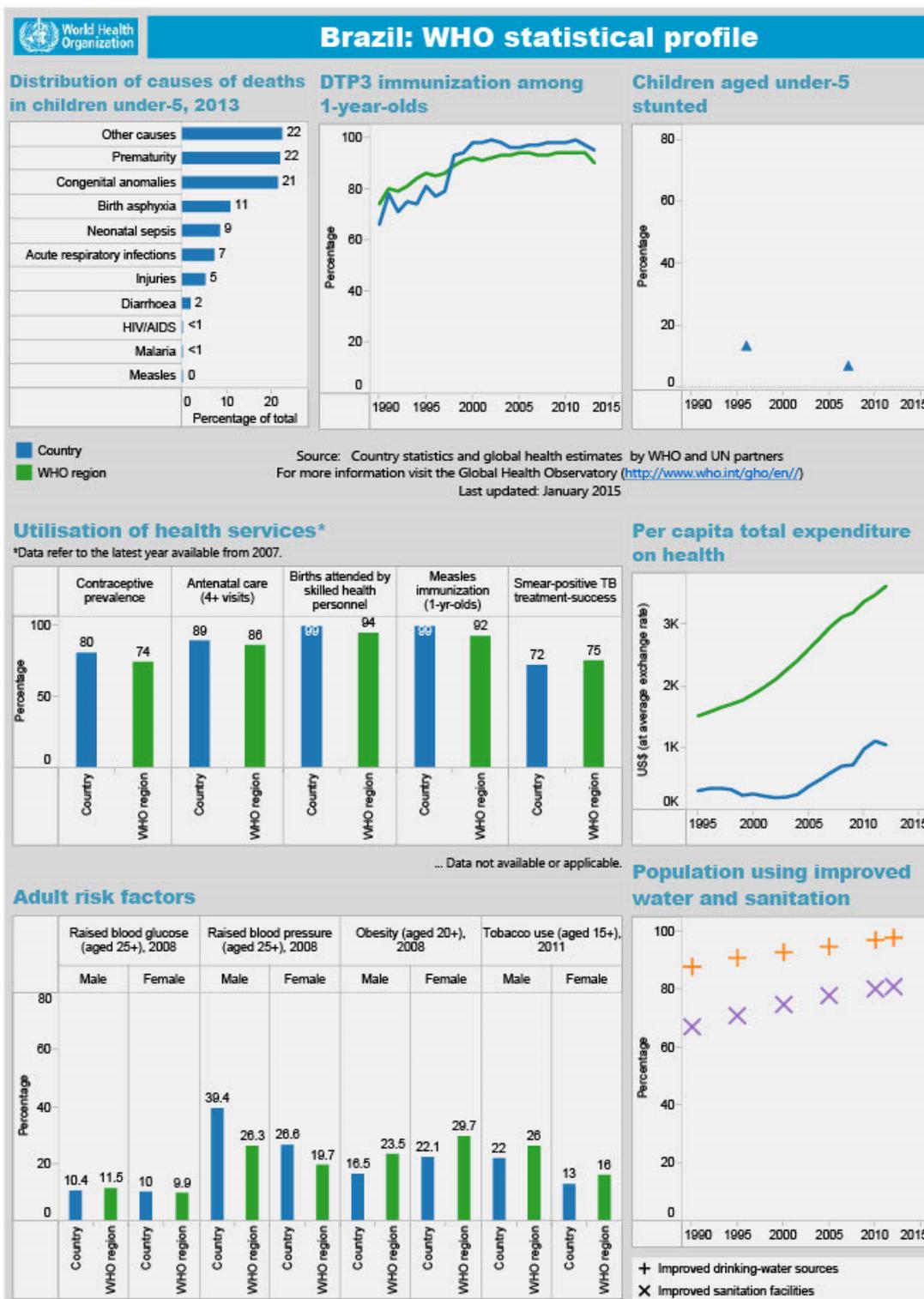
30. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública [serial on the internet]. 2008 [cited 2013 Oct 5];24(Suppl 1):s7-s16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>

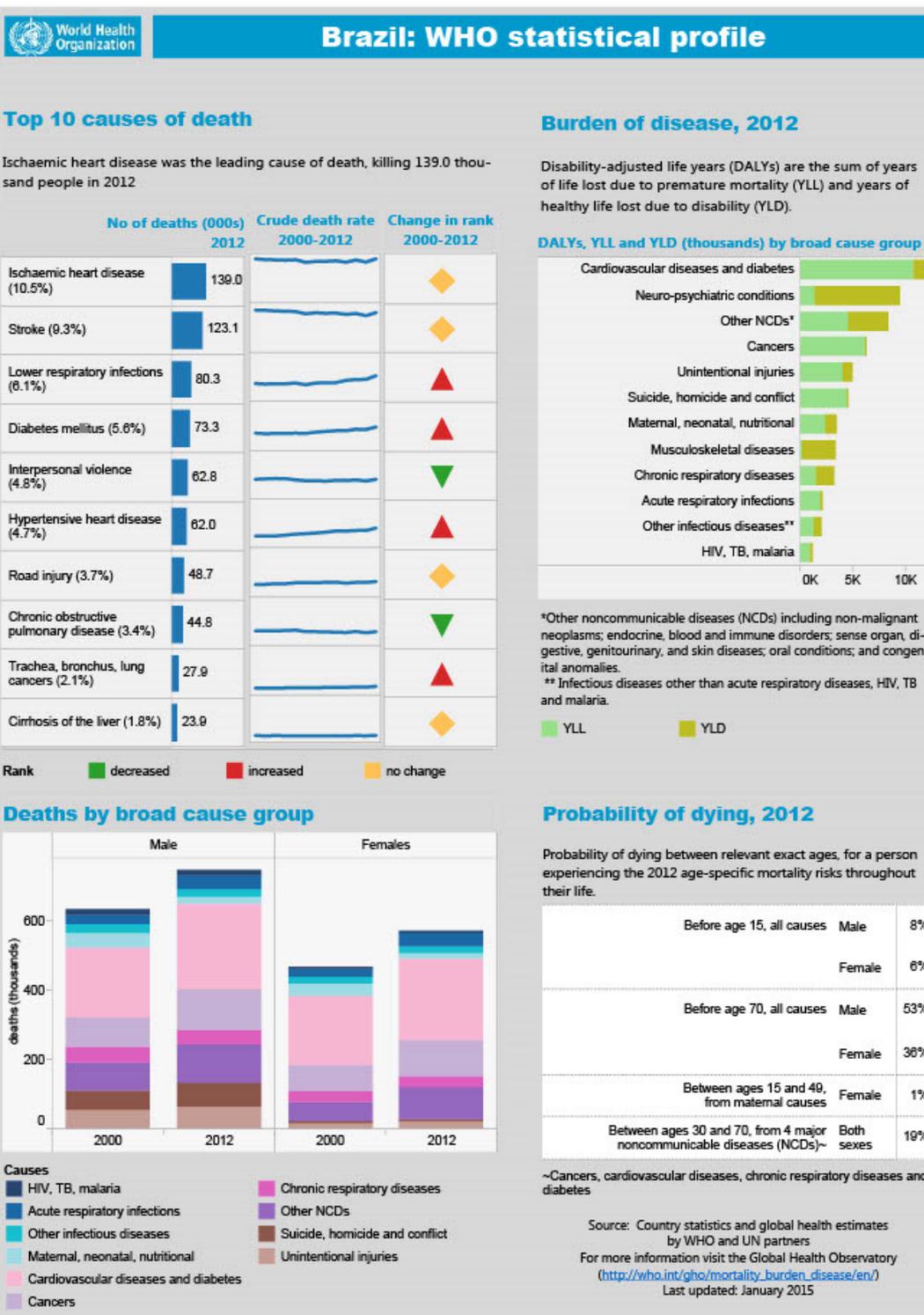
Recebido em 21/05/2016 Aprovado em 22/10/2016

ANEXO A

Relatório da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, sobre o Brasil

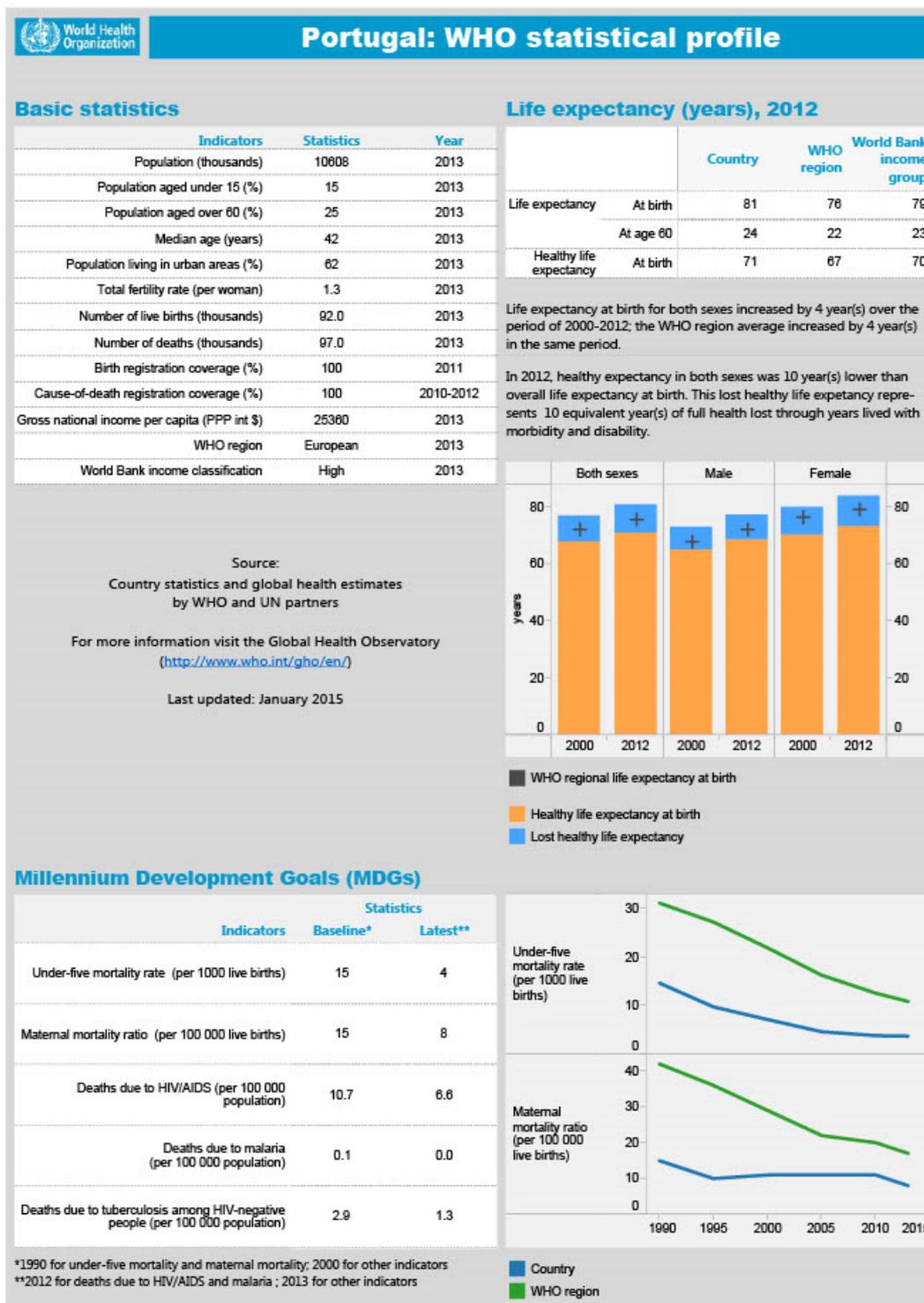


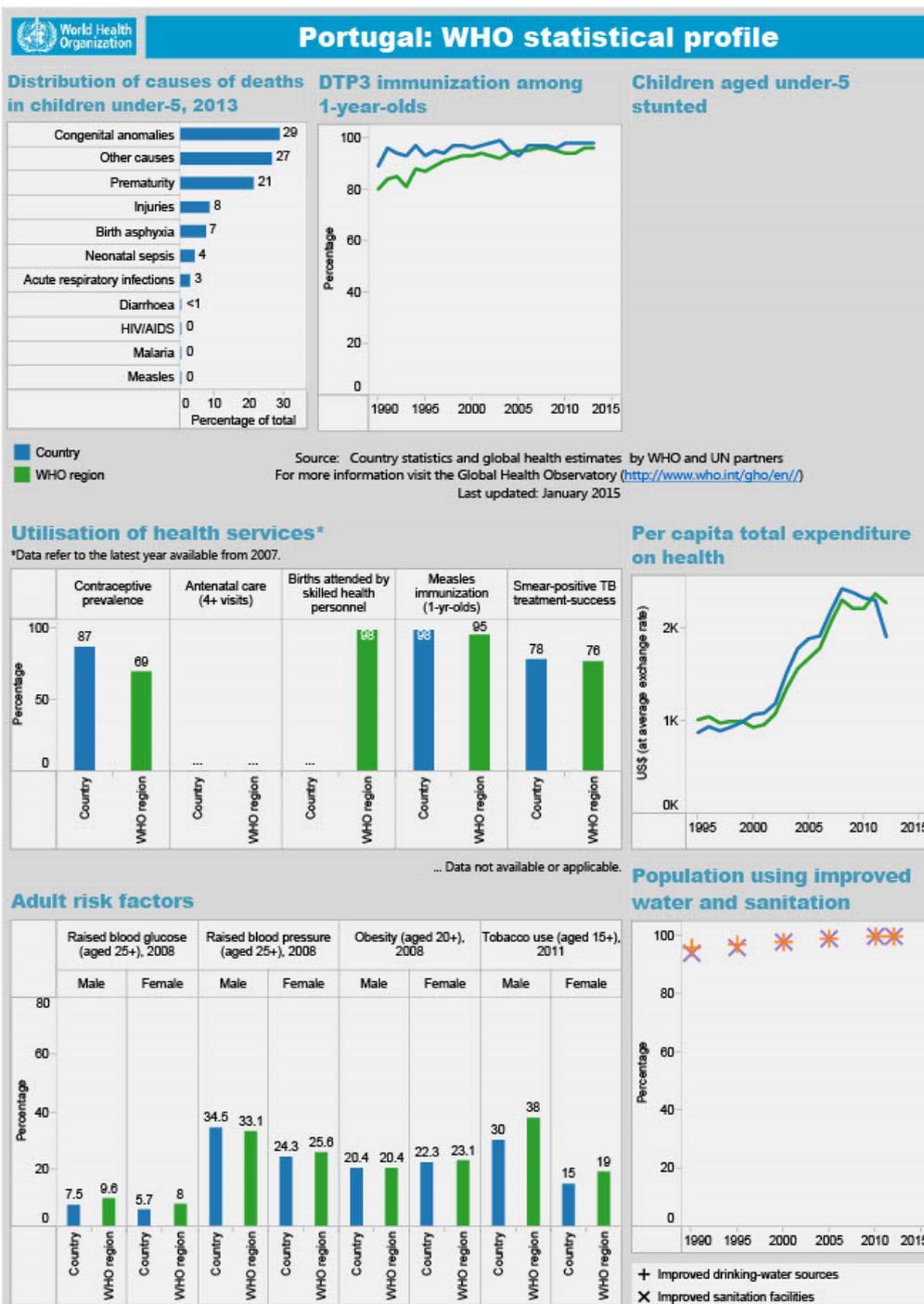


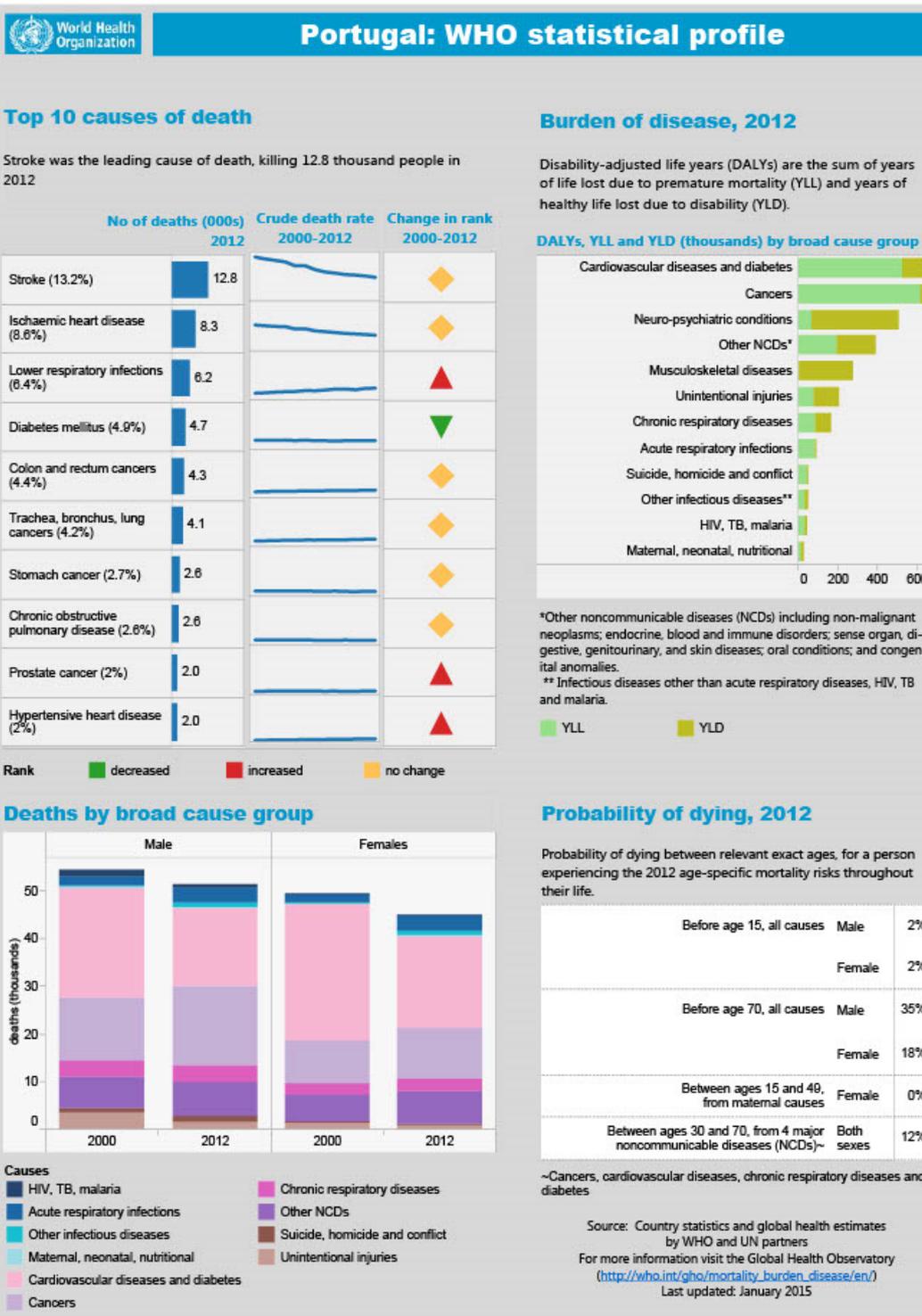


ANEXO B

Relatório da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, sobre Portugal







ANEXO C

Relatório Município em números (IBGE), sobre Sobral.

MUNICÍPIO

Sobral
 Código do município - 2312908
 Área - 2122,857 km²
 População estimada 2015 - 201.756 hab.
 Densidade populacional - 95,04 hab./km²

ELEIÇÕES

Qual o papel do(a) prefeito(a)?

Ele(a) tem o dever de cumprir as atribuições previstas na Constituição Federal de 1988 ao definir onde serão aplicados os recursos de impostos e demais verbas repassadas pelo Estado e pela União. A Constituição Federal determina, por exemplo, que cabe ao prefeito e à sua equipe administrar o transporte coletivo da cidade, manter programas de educação infantil e ensino fundamental, prestar serviços de atendimento à saúde da população, promover o adequado ordenamento territorial do solo urbano e proteger o patrimônio histórico-cultural do município.

A aplicação dos recursos públicos deve obedecer à Lei de Responsabilidade Fiscal e o que for fixado na lei orçamentária anual do município, proposta pelo prefeito e votada pelos vereadores, que representam o Poder Legislativo municipal.

O que fazem os vereadores?

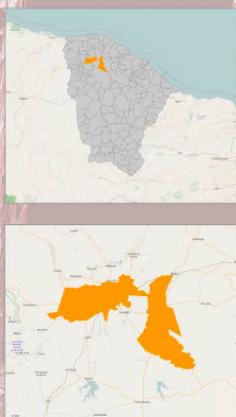
Na Câmara Municipal, os vereadores decidem o futuro do município, discutem e votam projetos que serão transformados em leis. Cabe a eles fiscalizar a forma como a prefeitura administra os recursos públicos. Também devem avaliar os orçamentos e levar à prefeitura as necessidades da população, ouvindo suas sugestões.

Eleitores por grupos de idade - 2016

Fonte: Tribunal Superior Eleitoral - TSE, Engenharia Administrativa 2016.

Para maiores informações baixe os **APPs das eleições 2016 - TSE**

www.baixar.br/eleicoes/eleicoes-2016/aplicativa-justica-eleitoral



Fonte: IBGE, Mapa municipal digitalizado - 2015, OpenStreetMap.

Quer saber mais sobre o seu município?

Cidades@
 um perfil completo de cada município brasileiro.
cidades.ibge.gov.br

www.ibge.gov.br 0800-721-8181

• CEARÁ •

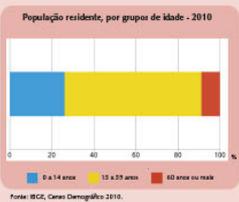
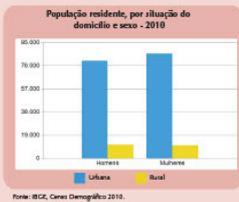
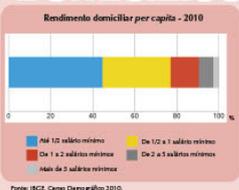
O seu Município em Números 2016

Sobral

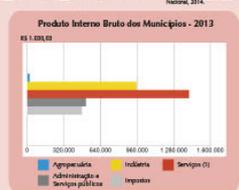


Nossa missão é retratar o Brasil

POPULAÇÃO e DOMICÍLIOS



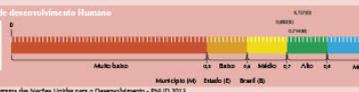
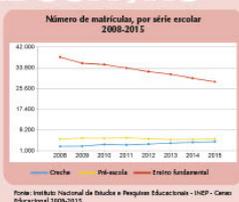
ECONOMIA



SAÚDE



EDUCAÇÃO



O Índice reflete a riqueza essencial (fórmula de seu investimento), não sendo necessariamente correlacionado com a realidade real.



ANEXO D

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM / FIOCRUZ



CENTRO DE PESQUISAS
AGGEU MAGALHÃES/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NASF: UMA AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE, RESOLUTIVIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Pesquisador: PAULETTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53408516.1.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.615.740

Apresentação do Projeto:

Este estudo buscará discutir o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) a partir de um estudo de múltiplos casos, com abordagem metodológica qualitativa e quantitativa, utilizando coleta de dados primários das ações desenvolvidas pelas equipes, grupos focais e entrevistas. Utilizará, como áreas de estudo, os municípios de Camaragibe, Recife e Caruaru. Os sujeitos participantes da pesquisa serão os profissionais e usuários do NASF e profissionais dos serviços de referência, além de profissionais da ESF.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, segundo seus objetivos de integralidade, ampliação da resolutividade e fortalecimento da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde.

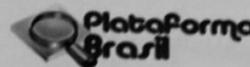
Específicos:

- a) Descrever o elenco e o quantitativo de atividades realizadas pelo Nasf e o perfil dos usuários atendidos;
- b) Analisar a percepção dos profissionais das EqSF, do Nasf e dos serviços de referência sobre a atuação do Nasf e a ampliação da resolutividade;

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br



CENTRO DE PESQUISAS
AGGEU MAGALHÃES/



Continuação do Parecer: 1.615.740

- c) Analisar o papel do Nasf no fortalecimento da coordenação do cuidado das EqSF;
- d) Construir um instrumento de medida para avaliação do processo de trabalho e da resolutividade do Nasf;
- e) Verificar a validade de conteúdo do instrumento proposto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram devidamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem estruturado e de relevância inquestionável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O referido projeto apresentou todas as documentações e informações exigidas e necessárias para o entendimento do estudo.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O referido projeto, nesta versão, cumpriu com todas as exigências geradas no último parecer do CEP/CPqAM.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao 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_662232.pdf	16/06/2016 18:44:11		Aceito
Outros	Cartaderespostaaspendencias.pdf	16/06/2016 18:43:36	Aline Cavalcante de Lira	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

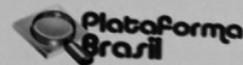
Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



CENTRO DE PESQUISAS
AGGEU MAGALHÃES/



Continuação do Parecer: 1.615.740

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoatualizado.pdf	16/06/2016 18:43:09	Aline Cavalcante de Lira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEprofissionaldesaudeeUsuarioatuali zado.pdf	16/06/2016 18:42:21	Aline Cavalcante de Lira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoCEPparticipantesprojeto.pdf	15/02/2016 17:42:32	Aline Cavalcante de Lira	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoCEP.pdf	15/02/2016 17:40:55	Aline Cavalcante de Lira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEprofissionaldesaudeeUsuario.pdf	14/02/2016 16:24:39	Aline Cavalcante de Lira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoPauletteCEP.pdf	14/02/2016 14:45:38	Aline Cavalcante de Lira	Aceito
Outros	AnuenciaCaruaru.pdf	14/02/2016 14:41:36	Aline Cavalcante de Lira	Aceito
Outros	AnuenciaRecife.pdf	14/02/2016 14:39:53	Aline Cavalcante de Lira	Aceito
Outros	AnuenciaCamaragibe.pdf	14/02/2016 14:30:42	Aline Cavalcante de Lira	Aceito
Outros	CurriculoLattesPauletteCavalcantideAlbu querque.pdf	14/02/2016 14:28:31	Aline Cavalcante de Lira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOplataforma.pdf	14/02/2016 14:16:29	Aline Cavalcante de Lira	Aceito

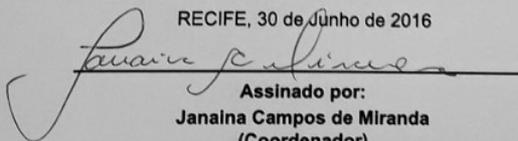
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 30 de Junho de 2016



Assinado por:
Janaina Campos de Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

ANEXO E

Parecer por parte do orientador do Instituto Aggeu Magalhães

Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES

Ministério da Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o projeto **Colaboração Interprofissional na Atenção Primária a Saúde: estudo comparativo entre Brasil e Portugal**, de Eliezer Magno Diógenes Araújo, está contemplado nos objetivos previstos no projeto **NASF: Uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado**, o qual teve sua aprovação no Comitê de Ética do CPqAM, sob o número de CAAE 53408516.1.0000.5190, documento anexo.

Recife, 04 de agosto de 2017

José Luiz do A. Corrêa de Araújo Jr.
(Orientador)

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Fiocruz - PE

ANEXO F

Parecer por parte do orientador do Centro de Estudos Sociais



Na condição de orientador de Eliezer Magno Diógenes Araújo, declaro, ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Tese, intitulado: A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE – ESTUDO COMPARATIVO ENTRE BRASIL E PORTUGAL, sob orientação dos Professores: José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior e Mauro Serapioni. O mesmo realizou pesquisa de campo em Portugal, realizando coleta de dados junto aos profissionais médicos e enfermeiros, que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF), cumprindo os procedimentos éticos cabíveis, de forma a garantir a integridade e dignidade da pessoa humana, em todas as fases da pesquisa.

Coimbra, 07-06-2017

Prof. Mauro Serapioni

ANEXO G

Declaração de anuência da Associação Nacional das USF (USF-AN)



Porto, 26 de maio de 2017

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Tese de Doutorado em Direitos Humanos, Saúde Global e Políticas da Vida, co-tutelado entre a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz e a Universidade de Coimbra, intitulado: A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE – ESTUDO COMPARATIVO ENTRE BRASIL E PORTUGAL, desenvolvido por Eliezer Magno Diógenes Araújo, sob orientação dos Professores: José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior, Pedro Miguel dos Santos Neto e Mauro Serapioni.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado concordamos em autorizar a realização da coleta de dados do estudo junto aos profissionais médicos e enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF), em Portugal.

Para tanto, o pesquisador deve entrar em acordo com os participantes, quanto à escolha dos melhores dias, horários e local para a realização das entrevistas e orientações cabíveis ao processo de aplicação do questionário. Esta autorização não desobriga o pesquisador de solicitar anuência a cada um dos profissionais.

Pel'a Direção da USF-AN

João Rodrigues | Presidente da Direção

ANEXO H

Acordo de Cotutela entre FIOCRUZ e Universidade de Coimbra




UNIVERSIDADE DE COIMBRA
 Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Acordo para realização de Doutorado em Regime de Cotutela

Considerando que:

- a) Ambas as instituições têm os mesmos objetivos acadêmicos e culturais;
- b) Ambas as instituições desenvolvem ações e linhas de colaboração para promover a difusão e o intercâmbio do conhecimento científico e cultural;
- c) Ambas as instituições têm competência para conferir o grau de Doutor;

É celebrado o presente acordo de cotutela de doutoramento:

Entre

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Pessoa coletiva n.º 501617582, com sede no Paço das Escolas, em Coimbra, neste ato representada pela Vice-Reitora, Profa. Doutora Madalena Alarcão, por competência delegada através do Despacho n.º 2514/2016, de 18.02, publicado no DR, II série, n.º 34.

E

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

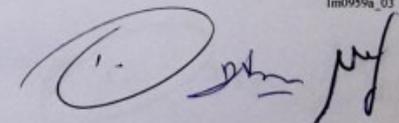
Pessoa jurídica n.º 33781055000135, com sede à Avenida Brasil 4365, Manguinhos, Rio de Janeiro, neste ato representada pelo Presidente Paulo Ernani Gadelha Vieira.

Cláusula 1.ª

Objeto

1. Na prossecução do objetivo comum de estimular a cooperação científica e promover a mobilidade dos investigadores, este acordo estabelece o quadro de supervisão conjunta do programa de doutoramento de:
Doutorando: Eliezer Magno Diogenes Araújo
na UNIVERSIDADE DE COIMBRA Programa de Doutorado em Governação, Conhecimento e Inovação
e
na FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, Doutorado em Saúde Pública.
2. Tema da Tese de Doutorado: A Colaboração Interprofissional na Atenção Primária a Saúde – Estudo comparativo entre Brasil e Portugal.
3. O **Apêndice 1** contém uma descrição do programa de trabalho que irá suportar a Tese de Doutorado.

1m0959a_03

Cláusula 2.ª

Aplicação da legislação nacional e regulamentos institucionais

1. Nada neste acordo deve ser interpretado no sentido de prevalecer sobre a legislação nacional, orientações e enquadramentos ou regulamentos institucionais relativos aos cursos de 3º ciclo e respetiva atribuição do grau de doutor em qualquer dos países de origem das instituições parceiras.
2. As partes outorgantes comprometem-se a agir em conformidade com os regulamentos e costumes das duas instituições no que concerne à atribuição do grau de doutor e a procurar a resolução por mútuo consenso de eventuais dificuldades que possam surgir na interpretação dos referidos regulamentos.

Cláusula 3.ª

Início e duração do curso de 3º ciclo

1. A admissão do doutorando ao curso de 3º ciclo em regime de cotutela tem início no ano letivo 2013/2014, no primeiro semestre do ano letivo na Universidade de Coimbra, correspondente ao segundo semestre de 2013 na Fundação Oswaldo Cruz.
2. A duração prevista do programa doutoral é de 4 anos, podendo ser prorrogado por acordo entre as duas instituições, sob proposta conjunta dos orientadores, até ao limite máximo de 5 anos.
3. O pedido de provas de doutoramento deve ocorrer durante o período definido no número anterior.

Cláusula 4.ª

A distribuição do tempo de trabalho

1. O doutorando e os seus coorientadores devem decidir sobre o modo como o tempo de trabalho do doutorando será dividido entre as duas instituições, levando em conta as necessidades de pesquisa e as circunstâncias do doutorando, salvaguardando um período mínimo de um ano letivo na instituição de acolhimento.
2. O calendário de trabalho consta como **Apêndice 2** ao presente acordo.
3. As alterações ao calendário de trabalho carecem de consenso entre o doutorando e os seus coorientadores, devendo ficar registadas em adenda ao presente acordo, subscritas por ambos os orientadores e pelo doutorando.
4. Ambas as instituições diligenciarão no sentido de assegurar o normal desenrolar do trabalho do doutorando ao longo da duração dos seus estudos, incluindo a preparação da tese e o ato público de defesa da tese.

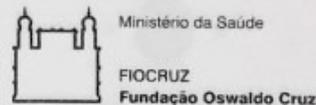
Cláusula 5.ª

Matrícula e Inscrição

O doutorando tem de passar a estar matriculado e inscrito em ambas as instituições a partir do momento da celebração do acordo de cotutela, devendo a inscrição ser renovada anualmente.

Cláusula 6.ª

Propinas e demais encargos



1. O doutorando não pagará as propinas devidas na Universidade de Coimbra considerando a parceria existente entre ambas as Instituições. No entanto deve ser atingido, num prazo de 5 anos, um equilíbrio na mobilidade entre estudantes recebidos na Universidade de Coimbra e na Fundação Oswaldo Cruz.
2. São da responsabilidade do doutorando as despesas com a deslocação e o alojamento inerentes ao programa doutoral, bem como os procedimentos e encargos com seguros e com a obtenção de visto, quando aplicável.
3. São da responsabilidade da Fundação Oswaldo Cruz as despesas inerentes à deslocação dos membros do júri para realização das provas públicas de defesa da tese.
4. As instituições acordarão na distribuição equitativa de qualquer verba recebida de eventuais patrocinadores do projeto de pesquisa do doutorando.

Cláusula 7.ª

Seguro

1. O doutorando encontra-se coberto pelo seguro escolar da instituição em que esteja a frequentar o ciclo de estudos.
2. O doutorando, se beneficiário de um sistema de segurança social de um dos Estados da União Europeia, Espaço Económico Europeu ou Suíça, deve fazer-se acompanhar, aquando da sua estadia no país da instituição de um desses Estados, do cartão europeu de seguro de doença.
3. Nos casos não abrangidos pelo número anterior, o doutorando deve providenciar um seguro de doença e de acidentes pessoais.

Cláusula 8.ª

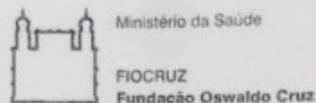
1. O programa doutoral é executado sob a supervisão conjunta de:
 - Mauro Serapioni, Investigador na UNIVERSIDADE DE COIMBRA
 - e
 - José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior, Docente na FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ.
2. Ambos os coorientadores, designados de acordo com as regras próprias de cada instituição, comprometem-se a realizar em toda a extensão o papel de coordenação dos estudos do doutorando, como definido pelos regulamentos em vigor na sua respetiva instituição, e a apoiarem-se mutuamente no exercício das suas funções de coordenação.
3. Os dois coorientadores devem conferenciar com regularidade relativamente ao progresso dos estudos de doutoramento do doutorando.
4. No caso de um dos coorientadores deixar a sua instituição, serão seguidos os procedimentos normais da instituição para encontrar um coorientador substituto, com o envolvimento do coorientador da outra instituição.
5. Se não tiver sido encontrado um coorientador adequado, o contrato cessa e o doutorando continua os seus estudos de doutoramento na outra instituição.

Cláusula 9.ª

Exigência de progresso académico satisfatório

3

lm0959a_03



A permanência em vigor do presente acordo está dependente do progresso académico satisfatório do doutorando, aferido por um relatório anual a entregar na instituição de origem.

Cláusula 10.ª

Aceitação da tese

1. Caso o júri tenha proferido despacho no qual recomenda a reformulação da tese, o doutorando dispõe de 90 dias para apresentar a reformulação ou declarar que pretende manter a tese tal como a apresentou.

Cláusula 11.ª

Defesa pública da tese de doutoramento

A tese de doutoramento é objeto de defesa pública única a decorrer na Fundação Oswaldo Cruz.

Cláusula 12.ª

Idioma da Tese

1. A tese deve ser escrita na língua portuguesa e incluir um resumo na língua inglesa.
2. O ato público de defesa da tese deve ser realizado na língua portuguesa.
3. Em alternativa ao disposto no número 1, o doutorando pode optar por apresentar a tese em inglês; neste caso, devem existir dois resumos nos idiomas das instituições outorgantes.

Cláusula 13.ª

Avaliação da tese de doutoramento

1. Dado que a avaliação de teses, na Fundação Oswaldo Cruz, compreende as modalidades de julgamento "Aprovado" ou "Reprovado"; e na Universidade de Coimbra compreende as classificações "Aprovado", "Aprovado com distinção" e "Aprovado com distinção e louvor", as instituições, através dos coorientadores, acordam desde já que a fórmula para determinação da classificação final obedecerá à seguinte correspondência: alunos avaliados com nota 10 receberão "Aprovado com distinção e louvor"; alunos avaliados com notas entre 9 e 9,9 receberão "Aprovado com distinção"; alunos avaliados com notas entre 7 e 8,9 receberão "Aprovado" e alunos avaliados com notas abaixo de 7 receberão "Reprovado".
2. A qualificação final é atribuída pelo júri de doutoramento tendo em consideração o mérito da tese apreciado no ato público de defesa, bem como, quando exista, a nota final da componente letiva associada ao programa doutoral.
3. A composição do júri que avalia a tese do doutorando no respetivo ato público de defesa seguirá a tramitação legal em vigor na Fundação Oswaldo Cruz.
4. O júri, de acordo com a legislação em vigor, inclui sempre, para além do presidente, pelo menos um docente de cada instituição outorgante, dois membros externos às duas instituições e um dos orientadores, devendo ser garantida equidade na representação das instituições outorgantes do grau.

Cláusula 14.ª

Atribuição do grau de doutor

1. Depois da aprovação no ato público de defesa da tese, a Universidade de Coimbra atribui ao candidato o grau de Doutor em Governação, Conhecimento e Inovação e a Fundação Oswaldo Cruz atribui o grau de Doutor em Ciências.
2. O texto constante no diploma deve especificar que se trata de um diploma de doutoramento em regime de Cotutela entre duas instituições.
3. A instituição onde é defendida a tese envia a instituição parceira a ata da defesa da prova e a versão em formato digital da tese.

Cláusula 15.ª

Direitos de propriedade intelectual

1. Os direitos de propriedade intelectual relacionados com os resultados obtidos durante o programa doutoral conjunto serão protegidos em conformidade com as leis vigentes em cada instituição.
2. Os resultados obtidos no âmbito da investigação desenvolvida não permitem o registo de patente ou exploração comercial por parte de uma instituição sem o consentimento da outra, o qual deve ser requerido por escrito, devendo a instituição pronunciar-se num prazo de 30 dias úteis.
3. Na falta de resposta tempestiva, considera-se tacitamente deferida a autorização de registo de patente ou exploração comercial em nome próprio.
4. Preferencialmente, as patentes devem ser registadas em conjunto.

Cláusula 16.ª

Regras de afiliação

1. Em todas as publicações, comunicações científicas e demais modalidades de divulgação da produção de conhecimento, o doutorando deve obrigatoriamente apresentar afiliação dupla de acordo com as normas em vigor em cada uma das instituições envolvidas.

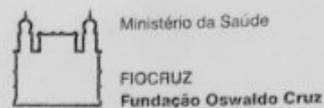
Cláusula 17.ª

Entrada em vigor e denúncia

1. O presente acordo entra em vigor após a aposição da assinatura dos representantes legais das duas instituições parceiras e dos respetivos coorientadores, bem como do doutorando e vigora até ao final do prazo estabelecido na cláusula 3.ª.
2. Qualquer alteração ou adaptação ao presente acordo está sujeita à forma escrita, carecendo de acordo prévio entre ambas as instituições, constituindo aditamento ao presente acordo e dele fazendo parte integrante.
3. Sem prejuízo dos trabalhos que se encontrem em curso, o presente acordo pode ser denunciado:
 - a) Por mútuo consentimento das partes envolvidas;
 - b) Pelo próprio doutorando, dando por escrito um resumo das razões para a sua decisão;

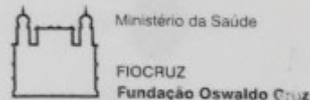
Im0959a_03

5



- c) Por qualquer uma das instituições, se não tiver sido encontrado um coorientador substituto adequado (nº 5 da cláusula 8.ª);
- d) Por qualquer uma das instituições, caso o doutorando viole de forma grave e contínua as normas da instituição;
- e) Por qualquer uma das instituições, se o doutorando não tiver um progresso académico satisfatório e tiverem falhado os procedimentos habituais da instituição para lidar com tal contingência.
4. Antes da denúncia definitiva do acordo, e no respeito pelo princípio da boa-fé, deve haver consulta entre todas as partes envolvidas.
5. Se o acordo for denunciado, o remanescente não utilizado de qualquer ajuda financeira obtida, deverá ser devolvida à entidade que a atribuiu.

6



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Representantes Legais

A Vice-Reitora da Universidade de Coimbra,
por competência delegada através do Despacho nº
2514/2016, de 18.02, publicado no DR, II série, nº
34,

O Presidente da Fundação Oswaldo Cruz,

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
GESTÃO ACADÉMICA

Madalena Alarcão
Prof.ª Doutora Madalena Alarcão

Paulo Ernani Gadelha Vieira
Presidente
Fundação Oswaldo Cruz
SIAPE 0463063

P. E. G. V.
Prof. Doutor Paulo Ernani Gadelha Vieira

Data: 2016.09.20

Data: _____

Coorientadores

Pela Universidade de Coimbra,

Pela Fundação Oswaldo Cruz,

Mauro Serapioni
Mauro Serapioni

José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior
José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior

Data: 05-10-2016

Data: _____

Doutorando

Eliezer Magno Diógenes Araújo
Eliezer Magno Diógenes Araújo

Data: 05-10-2016

ANEXO I

Publicações da USF – Registro observação 01

(nomes omitidos por motivos de confidencialidade)

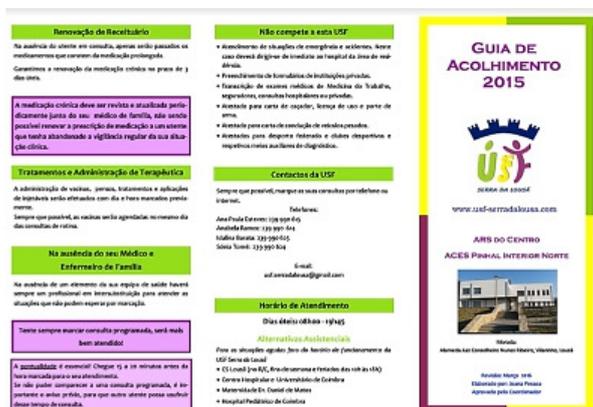
Portfólio da Unidade de Saúde da Família



Folha de Rosto do Jornal da Unidade de Saúde da Família



Guia de Acolhimento da USF



Informativos de saúde, sobre diabetes e hipertensão (literacia)



ANEXO J

Nota a imprensa USF-AN



USF-AN APOIA O NOVO CICLO DA REFORMA DOS CSP

Defende a criação de uma Unidade de Missão e aposta no apoio à Investigação Clínica pelas USF – www.biusf.pt

A USF-AN congratula-se com o enorme sucesso do seu **IV Encontro de Outono** que se realizou, hoje no Porto, tendo como tema de fundo o momento atual e futuro das USF e o desenvolvimento do seu projeto BI USF (www.biusf.pt).

Ficou claro neste evento, que atingiu o máximo de inscritos (250 profissionais de saúde), que o **BI USF**, está a dotar as USF de um **instrumento de Governação Clínica**, que as apoia e sustenta o seu desenvolvimento enquanto organizações inteligentes (aprendentes).

Mais, foi possível demonstrar que o novo **Módulo de Investigação**, já é uma ferramenta que torna mais fácil a investigação feita nas e pelas USF. Foi lançado com sucesso o **projeto de Investigação da USF AN sobre risco cardiovascular**: estudo nacional de base populacional de caracterização epidemiológica de fatores de risco cardiovascular e perfil terapêutico associado, em 2015 e a 1ª área de Melhoria Contínua (E.Qualidade), “Centralidade no Cidadão”.

Foram também abordadas as “**Ameaças e Oportunidades**” do momento atual, tendo-se concluído que no decurso dos **últimos 4 anos tem sido evidente o sistemático clima de bloqueio** e de comportamentos ilegais por grande parte dos órgãos da administração, nomeados quase exclusivamente por critérios estranhos às competências e experiência exigidas.

Constatou-se que tem ocorrido:

- **Restrições ao n.º de USF a constituir**, em 2015, ainda só abriram 19 USF, apesar de existirem 25 candidaturas ativas.
- **Restrições ao n.º de USF a passarem para modelo B**, em 2015, ainda só passaram 16, apesar de existirem 33 candidaturas ativas.
- **Incentivos institucionais não aplicados em 70% das USF, nomeadamente na ARS do Norte**, apesar de propostas de investimento de 40% em computadores, 33% em impressoras, 36% em centrais telefónicas e 35% em quiosques eletrónicos.
- **Incentivos financeiros** de 2014 ainda por cumprir, na ARS de Lisboa.
- Bloqueios aos pedidos de acreditação por parte das USF.
- Sistema de Informação caótico.
- **Ausência de uma verdadeira política de recursos humanos** com fraca valorização dos ativos humanos, continuando a apostar na precaridade (secretários clínicos), dificuldade nas mobilidades e concursos caóticos.
- **Ausência de uma estrutura nacional de governação e pilotagem dos CSP** com equipas regionais de apoio (ERA) e Conselhos Clínicos e de Saúde (CCS), providas de recursos humanos suficientes para cumprirem a sua missão.



Foi esta a marca que o ex. Ministério da Saúde, Paulo Macedo deixou em relação às USF, apesar de continuamente se provar que as **USF fazem Mais, Melhor e a Melhor Preço. E os cidadãos reconhecerem!**

EXIGIMOS UM NOVO CICLO DA REFORMA DOS CSP

Que a Assembleia da República e o próximo governo tenham em conta os aspetos aqui relevados e respeitem este serviço público de reconhecida Qualidade.

Para isso, a USF-AN relembra que a dinâmica própria dos ciclos políticos reformistas aconselham que no início da legislatura e no seio da Assembleia da República, seja criada **uma UNIDADE DE MISSÃO** com mandato limitado (3 a 5 anos) para conduzir o **novo ciclo da reforma dos CSP**, dando prioridade ao **tripé**:

1.À criação de um dispositivo de gestão do conhecimento (página web) – cultura de transparência, monitorização, prestação de contas e avaliação do funcionamento dos serviços e seus impactos na saúde da população, para assegurar um verdadeiro planeamento estratégico nacional dos CSP, nomeadamente na área dos recursos humanos.

2.Aumentar o número de USF, tendo como objetivo ter cerca de 95% da população coberta com a marca USF.

3.Redimensionar os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), diminuindo o número de unidades funcionais em cada um e promover a sua autonomia através de **Contrato-Programa** ao invés da crescente centralização do poder nas ARS e na ACSS. (“Refundação” da Administração Pública na saúde), pondo em funcionamento no prazo de 1 ano todos os Conselhos Executivos e Conselhos da Comunidade dos ACES, promovendo o envolvimento, compromisso e participação das autarquias na gestão dos ACES.

Podem contar a USF-AN para o desenvolvimento deste tripé.

Porto, 13 de novembro de 2015

Presidente da USF-AN
João Rodrigues
 presidente@usf-an.pt
 TM -918592180

ANEXO K

Fotos das unidades de saúde (Sobral e Coimbra) e do encontro de profissionais da USF

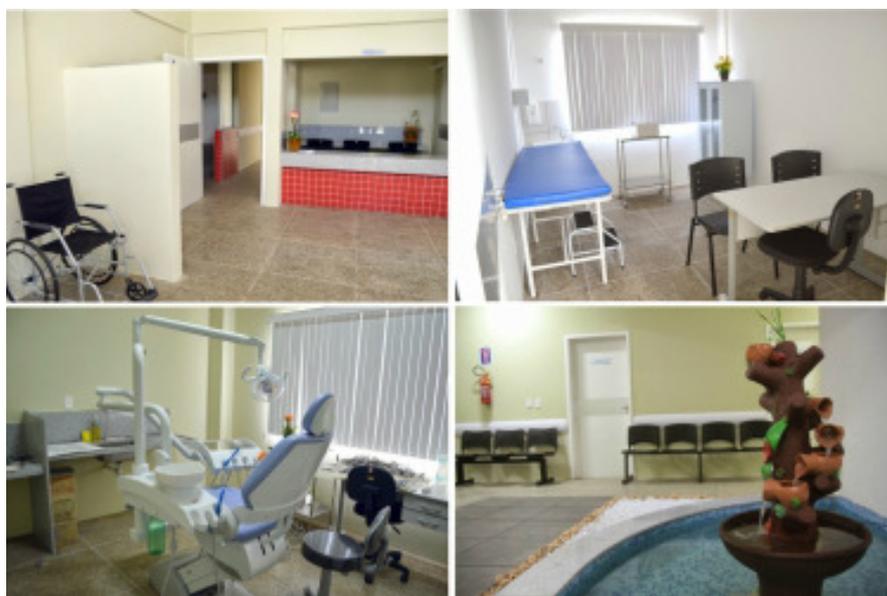
CSF de Sobral, diversas



Fachada CSF Cohab III



Fachada CSF Dr. Grijalba



Salas de atendimento, recepção e sala de espera, CSF Cohab III

USF de Coimbra, diversas



Fachada USF Topázio



Fachada USF Lousã



Recepção USF Topázio



Sala de espera infantil,
USF Topázio



Recepção USF Briosa

Encontro de Outono (profissionais da USF)



Plenária



Grupos de trabalho



Equipes de USF