

A Colaboração Interprofissional no contexto da Saúde da Família no Brasil e em Portugal: Um estudo de casos comparados**Interprofessional Collaboration in the context of Family Health in Brazil and Portugal: A comparative case study**

DOI:10.34119/bjhrv3n3-207

Recebimento dos originais:18/04/2020

Aceitação para publicação: 18/05/2020

Eliezer Magno D. Araujo

Doutor em Saúde Pública, pela Fundação Oswaldo Cruz. Instituição: Centro de Estudos Sociais - Universidade de Coimbra. Endereço: Colégio de S. Jerónimo
Apartado 3087, 3000-995, Coimbra, Portugal
E-mail: elimagno@gmail.com

Mauro Serapioni

Doutor em Sociologia, pela Universidade de Barcelona. Instituição: Centro de Estudos Sociais - Universidade de Coimbra. Endereço: Colégio de S. Jerónimo
Apartado 3087, 3000-995, Coimbra, Portugal
E-mail: mauroserapioni@ces.uc.pt

Jose Luiz Amaral Araujo Junior

Doutor em Saúde Pública pela Universidade de Leeds. Instituição: Instituto Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz. Endereço: Campus da UFPE, Av. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, 50670-420 - Recife, PE, Brasil
E-mail: josearaujo@cpqam.fiocruz.br

Pedro Miguel dos Santos Neto

Doutor em Saúde Pública, pela Fundação Oswaldo Cruz. Instituição: Instituto Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz. Endereço: Campus da UFPE, Av. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, 50670-420 - Recife, PE, Brasil
E-mail: pedromiguel@cpqam.fiocruz.br

RESUMO

O propósito 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 envolve aspectos relacionais, organizacionais e estratégicos que configuram o trabalho em equipe e a governança clínica no cotidiano dos serviços. Desenvolveu-se um estudo de casos comparados, observando-se políticas e serviços de saúde e a adaptação de um modelo de avaliação da Colaboração Interprofissional. Para a coleta de dados utilizou-se pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas, observação direta e questionário. Observou-se que: a) os esforços para a cogestão democrática da equipe, contribuem para a efetivação da qualidade do cuidado; b) há um distanciamento dos órgãos gestores em relação ao trabalho cotidiano das equipes,

suas lutas e desafios concretos; c) diferenças marcantes na governança clínica e do trabalho colaborativo entre os dois casos.

Palavras-chave: Relações Interprofissionais, Comportamento cooperativo, Atenção primária à saúde, Governança clínica.

ABSTRACT

The purpose of this study was to understand the dynamics of Interprofessional Collaboration in the context of the work of the Family Health Strategy (Brazil) and the Family Health Units (Portugal). Interprofessional Collaboration involves relational, organizational and strategic aspects that shape teamwork and clinical governance in the daily services. A comparative case study was developed, observing health policies and services and the adaptation of an evaluation model of Interprofessional Collaboration. For the data collection, we used documentary research, semi-structured interviews, direct observation and questionnaire. It was observed that: a) efforts for the team's democratic management contribute to the quality of care; B) there is a distancing of the managing organs in relation to the daily work of the teams, their struggles and concrete challenges; C) significant differences in clinical governance and collaborative work between the two cases.

Keywords: Interprofessional relations, Cooperative behavior. Primary health care, Clinical governance.

1 INTRODUÇÃO

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

Tem como base os resultados de pesquisa de doutorado, realizada no Programa de Doutorado em Direitos Humanos, Saúde Global e Políticas da Vida, em supervisão conjunta entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Universidade de Coimbra (UC), ligado a linha de pesquisa sobre Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde.

Realizamos um estudo de caso comparado, utilizando métodos mistos (qualitativos e quantitativos), em uma perspectiva avaliativa e pragmática¹. A partir de experiências locais no Brasil e em Portugal, respectivamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), em Sobral, Ceará, Brasil e nas Unidades de Saúde da Família (USF), na Região de Coimbra, Portugal.

Esta proposta nasceu a partir da experiência do autor junto a APS, tanto na assistência, atuando diretamente nos serviços de saúde, como também, como preceptor de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e coordenador de projetos de apoio matricial, em diversas áreas.

A Colaboração Interprofissional é um tópico bastante significativo no contexto geral dos processos e organizações de trabalho e tem sido alvo de numerosos estudos²⁻¹⁰. Está na

base de diversas iniciativas por todo o mundo, destacando-se experiências no Canadá¹¹, no Reino Unido e Austrália. A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou um Grupo de Estudo em Educação Interprofissional e Práticas Colaborativas, estimulando a produção científica sobre o tema¹².

Concordamos com Conill, Fausto e Giovanella¹³ que estudos comparados são 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: tendo o direito à saúde, como resultante do processo de redemocratização (em Portugal, temos a Revolução dos Cravos, na Constituição democrática de 1976, que institui o Sistema Nacional de Saúde. No Brasil, esta conquista é resultante Reforma Sanitária e da Constituição Cidadã de 1988, que se consolida no Sistema Único de Saúde). Ambos passaram por contrarreformas políticas (de cunho liberal privatista) a partir dos anos 1990, as quais buscam a retirada de direitos sociais e a privatização das políticas sociais, com destaque para a saúde. Ambos vivenciam atualmente os mesmos impasses originários da retração do Estado e das influências do neoliberalismo acentuadas pela mundialização do capital. Ambos passam por reações a essas medidas resultante dos movimentos sociais e partidos políticos de oposição, profissionais e 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, que devem ser levadas em consideração no conjunto da análise comparada.

No Brasil, nos 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 APS¹⁴. Isto implica que os processos de trabalho em equipe devem focar na efetivação da integralidade e na articulação das ações de promoção da saúde¹⁵.

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, que desenvolve extenso processo de implantação das USF, nos últimos anos. Os principais objetivos desta reforma no setor foram: melhorar a acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados e

aumentar a satisfação dos profissionais e cidadãos. Tendo como uma das características centrais o trabalho em equipe¹⁶.

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? Como avaliar o nível de Colaboração Interprofissional, nas equipes da APS, nos dois países? Estas foram algumas das questões problematizadoras que dirigiram a pesquisa.

1.1 A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NAS EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

Segundo D'Amour² colaboração é um conceito plural, mas que de forma geral implica na 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.

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. Elementos de prática colaborativa incluem responsabilidade, prestação de contas, coordenação, comunicação, cooperação, assertividade, autonomia e confiança e respeito mútuos¹⁷.

Optamos 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'Amour¹⁸ e colegas da Universidade de Montreal, Canadá, em um estudo sobre ação coletiva e 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 Friedberg¹⁸.

A adoção deste 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 caminhos para a identificação de critérios e construção de indicadores. Pode ser utilizado para analisar os níveis de colaboração em sistemas complexos com formas heterogêneas de interação entre os diversos atores e sugere que a ação coletiva, ou colaboração interprofissional pode ser analisada com base em quatro dimensões (operacionalizadas a partir de 10 critérios/indicadores)^{2,18,20}, sendo elas

- 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 num 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).

A partir do contato com o campo e da revisão de literatura, verificamos a necessidade de ampliar o modelo, acrescentando uma quinta dimensão, que também representa um elemento de governança, neste caso, a governança clínica.

De forma geral, verificamos que a governança, conforme vista em D'Amour^{2,20} centra-se nas ações de gestão do trabalho, liderança local, a existência de oportunidades de cogestão, a capacidade da equipe de avaliar procedimentos e requisitos do desempenho organizacional, processos de educação permanente e inovação das práticas de saúde.

Embora tenhamos encontrado algumas sugestões quanto ao alcance de resultado mais significativo, das interações colaborativas, como consecução de objetivos clínicos, do paciente e dos profissionais; e como a capacidade de integração do conhecimento de outros profissionais (equipe) na tomada de decisão clínica^{2,21}, percebemos uma lacuna no modelo, quanto a descrição de práticas colaborativas que favoreçam a resolução de problemas

clínicos. A resolução dos problemas clínicos (propriamente ditos) constitui parte essencial do fazer de uma equipe de saúde²².

A governança clínica é um conceito polissêmico, que aparece na literatura incorporando várias dimensões gerenciais para além da prática clínica, sendo comum na literatura brasileira associada a questão da clínica ampliada e reorganização da atenção à saúde, analisando as “as tensões produzidas no diálogo entre controle-autonomia e normalização-singularização na atenção à saúde”²³.

Para Biscaia²⁴ a “governança clínica” tende a reforçar as hierarquias e estruturar linhas de responsabilização” na busca pelo desempenho máximo da organização e inclusive podem interpor-se a própria autonomia técnica dos profissionais. Porém, alerta para a necessidade de uma mudança (reforma) de pensamento, aproximando a dimensão da governança clínica a realidade vivida pelos profissionais de saúde, enquanto trabalho colaborativo, flexível, crítico e voltado a mudança e inovação das práticas de saúde.

Enquanto uma categoria singular, como parte do modelo, entendemos conforme Santos e Sá²⁵ que a governança clínica, nos cuidados primários se assenta na a focalização e bem-estar da pessoa (usuário do serviço de saúde, família e comunidade); o esforço para o envolvimento de todos (profissionais e usuários); e a 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). Estando centrada no desenvolvimento dos “processos de cuidados”.

Desta forma organizamos as dimensões e indicadores conforme podemos ver no diagrama e abaixo.

Figura 1 - Modelo de Colaboração Interprofissional – dimensões e indicadores de análise.



Fonte: adaptado de D'Amour et al.²⁰

2 METODOLOGIA

Optamos em conduzir este estudo por uma estratégia de estudo de casos comparados, utilizando métodos mistos (qualitativos e quantitativos), numa perspectiva avaliativa e pragmática. Considerando como contextos experiências locais no Brasil e em Portugal, respectivamente na ESF, no Município de Sobral, localizado na região Nordeste do Brasil, estado do Ceará; e nas USF, na Região Centro e Região Norte de Portugal, especialmente concentradas no Distrito de Coimbra.

Segundo Yin²⁶ 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.

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. Podendo 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 participantes²⁷.

Ponderamos conforme Gerschman²⁸ que este estudo comparativo é válido como uma “licença metodológica” e “exercício teórico-conceitual” que 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 saúde²⁹ 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 estudados²⁸.

Desta forma, com base na revisão de literatura e na pesquisa documental, buscou-se sintetizar uma matriz para comparação de políticas públicas de saúde, centrada na APS e nos objetivos do estudo, entre Brasil e Portugal, considerando aspectos trabalhados por Tobar³⁰ e Giovanella et al.³¹ que 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.

Adotamos metodologicamente, o que Patton¹ define como, *Paradigma of choice* (paradigma da escolha), reconhecendo o uso da pluralidade metodológica para solucionar os problemas de pesquisa, mantendo o esforço “ativo-reativo-adaptativo”, por parte do investigador, como sujeito ativo e consciente, capaz de deliberar sobre os meios mais eficientes para atingir seus objetivos.

Buscamos, com base em Patton¹, refletir sobre os efeitos de utilização prática da pesquisa, em seus resultados. Utilizar dados quantitativos ou qualitativos, de forma rigorosa, credível e organizada.

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

Neste artigo, nos concentramos nos resultados da parte quantitativa do estudo, implementada na segunda fase da pesquisa. Que se caracterizou pela aplicação do questionário. O mesmo inclui para além das questões demográficas, a Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional A escala foi editada em formato digital, em duas versões (uma para Brasil e outra para Portugal), com uso do *software* SurveyMonkey (cf. <https://pt.surveymonkey.com>) e enviado via correio eletrônico, para profissionais de saúde (das categorias da medicina e enfermagem) nos dois países, compreendendo as equipes da ESF de Sobral e as equipes das USF da Região Centro de Portugal, Distrito de Coimbra, sendo posteriormente enviado as USF da Região Norte de Portugal.

A pesquisa que resultou nesta Tese, está abrigada junto ao projeto mais amplo, com aprovação no Comitê de Ética do IAM, sob o número de CAAE 53408516.1.0000.5190. 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.

2.1 BREVE DESCRIÇÃO DOS DOIS CASOS ESTUDADOS

No Brasil o estudo se concentrou no Município de Sobral, município de grande porte (IBGE^{aa}), localizado na zona norte do estado do Ceará – Brasil e que constitui polo de atendimento de bens e serviços na região. O mesmo 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.

Segundo IBGE, tem a população estimada de 203 682 habitantes, com densidade demográfica de 88,67 hab/km². E segundo Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002/2003, tem Incidência da Pobreza de 49,30% e Índice de Gini de 0,47.

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 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). O que garante a presença e integração de diversas categorias profissionais no cotidiano das equipes de Saúde da Família³².

Em Portugal, o Estudo se deu nas USF da Região do Centro (área de Coimbra) e Região Norte (área Metropolitana do Porto, Tâmega e Sousa e Douro). A inclusão da Região Norte abrangeu apenas o procedimento de aplicação do questionário.

O Distrito de Coimbra localiza-se na Região Centro, tem uma área de 3 947 km² (12.º maior distrito português) e uma população residente de 429 714 habitantes (INE^{bb}).

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.

^{aa} Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

^{bb} Instituto Nacional de Estatística de Portugal.

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).

As USF são pequenas unidades operativas (com proposta semelhante à Saúde da Família) na APS com autonomia funcional e técnica, que visam 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. Com 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 administrativos³.

3 RESULTADOS

A Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional foi projetada para ser autoaplicável, de forma que não necessita da presença do aplicador. Sua construção tomou como base os indicadores do modelo de Colaboração Interprofissional (Figura 1). Para cada indicador foram construídas três questões. Em cada questão o participante tem de escolher apenas uma, entre as cinco respostas apresentadas (Nunca, Raramente, Algumas vezes, Frequente, Sempre). Quanto maior o valor apontado nestes indicadores, melhor será o nível de colaboração aferido.

Foram enviados 810 convites via correio eletrônico. E houveram 141 respostas (17,4%), sendo 32 respostas no Brasil e 109 respostas em Portugal. Das quais foram aproveitadas para análise (como respostas completas) 21 respostas do Brasil e 76 respostas de Portugal, num total de 97 respostas completas.

Deste total, quanto ao gênero, temos que, 32%, identificaram-se como “masculino” e 68%, como “feminino”. Quanto a categoria profissional, temos que, 58% identificaram-se como “medicina” e 42% como “enfermagem”.

Os resultados expressos a seguir consideram o total de respostas completas (n = 97 respostas) e os resultados para cada país. Ao final realizamos um exercício comparativo selecionando aleatoriamente 21 respondentes em Portugal, para comparar com os 21 respondentes do Brasil, o que nos permitiu, uma avaliação da confiabilidade interna do

instrumento. O sorteio foi realizado por meio do *software* estatístico R, (cf. www.r-project.org)

Para as respostas gerais utilizamos o teste de Shapiro-Wilks, que possui bom desempenho para pequenas amostras. Ao nível de confiança de 95%, os resultados, mostram, que, apenas a distribuição dos escores gerais (para ambos os países) e o escore da dimensão Visão Compartilhada, para o caso do Brasil possuem distribuição normal (p-valores maiores do que 0,05).

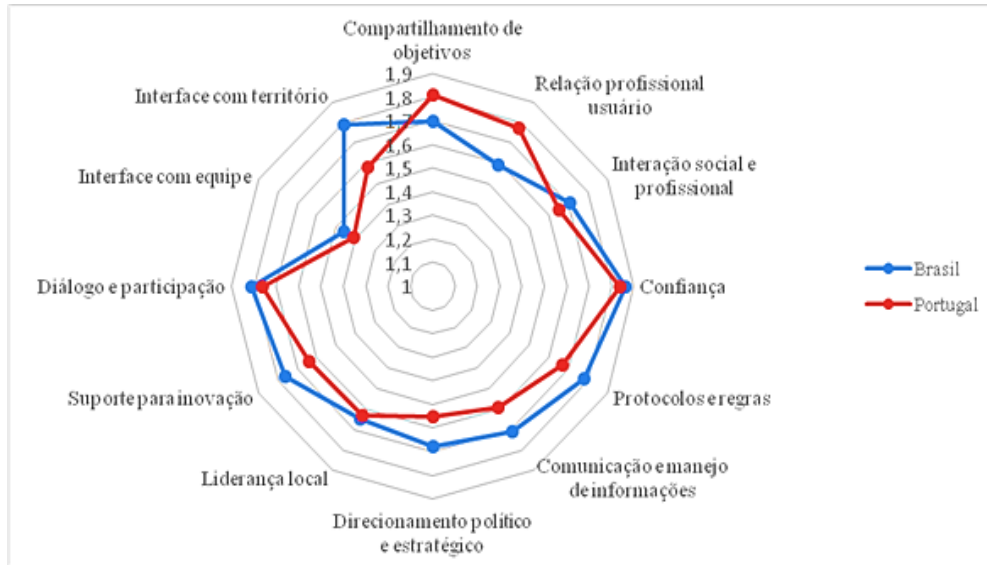
Dessa forma, definimos por conduzir a comparação entre países, considerando os escores das dimensões, por meio do teste de Mann-Whitney (Wilcoxon), teste não-paramétrico que não exige a necessidade dos dados seguirem uma distribuição específica. Os resultados das comparações mostram que, ao nível de confiança de 95%, existe evidência de diferença entre os países apenas quando se observa o indicador da dimensão Governança clínica: “interface com equipe” (p-valor < 0,05). Para as demais comparações, considerando escores e países, não há diferença estatística relevante entre países.

Apesar da dificuldade no tamanho amostral, por limitações no contexto de realização da pesquisa, foi-nos possível realizar algumas inferências e explorar os dados coletados. Utilizamos gráficos Kiviat (formato de radar) para uma melhor visualização da distribuição dos indicadores da Escala de Colaboração, segundo a tipologia adotada.

A construção dos gráficos, observou a atribuição de escores para os níveis de colaboração. E a partir daí, foram verificadas as médias dos valores, dos conjuntos de repostas. De forma que as “médias agrupadas” encontradas 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. Os indicadores estão visíveis nas extremidades de cada eixo do gráfico.

Nas figuras a seguir, podemos ver o resultado segundo os indicadores de colaboração, considerando o resultado geral e para cada país.

Figura 2 – Resultado da Escala de Colaboração, quanto ao conjunto de indicadores, para cada país.



Fonte: construído pelo autor.

Observamos que os resultados formam 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”.

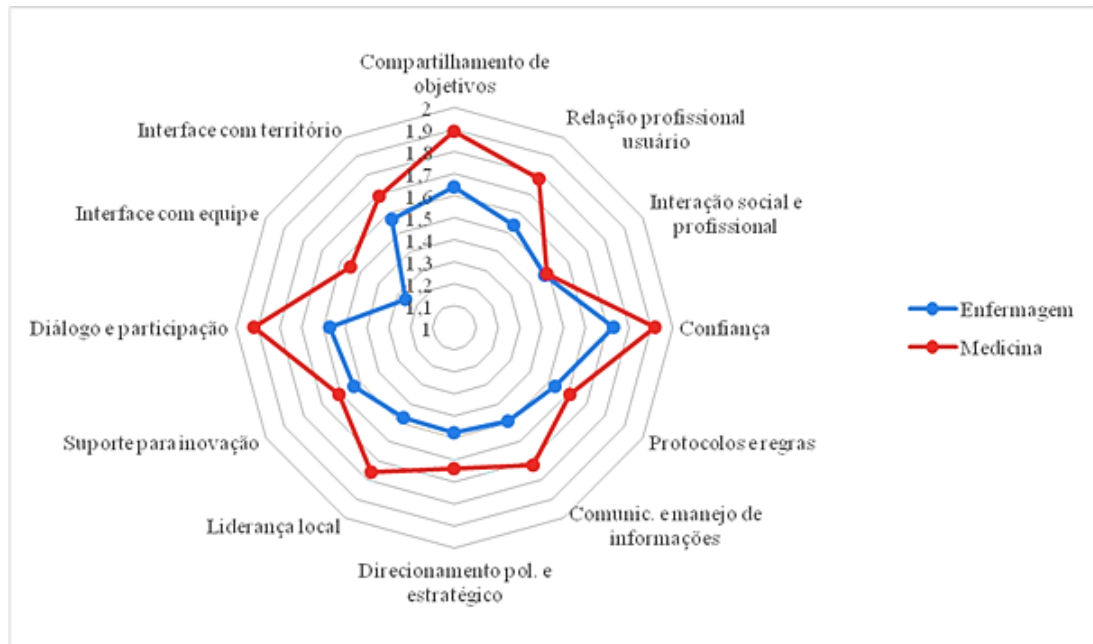
Além disso o indicador de “Interface com o território” apresentou uma maior variabilidade entre os dois países, com melhores resultados para o Brasil. Novamente aqui o alcance da análise ficou limitado pela diferença amostral.

A seguir exploramos as variáveis de “tempo de experiência” de trabalho na APS, “tempo de inclusão” na equipe de trabalho atual e segundo a “categoria profissional” (medicina e enfermagem).

Com algumas variações, observamos uma relação diretamente proporcional entre os valores de resposta para as dimensões da colaboração e o “tempo de experiência de trabalho” e “tempo de inclusão na equipe”. 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 Bandura³⁴, este processo compreende as crenças partilhadas construídas na existência temporal do coletivo e que afetam o desempenho futuro da equipe. Isto também, nos remete a importância da manutenção dos vínculos de trabalho profissionais como fator positivo a colaboração interprofissional.

Em relação as respostas das categorias profissionais, medicina e enfermagem, podemos observar nos quadros seguintes que, em relação ao resultado geral (Figura 3), os profissionais de medicina aferiram melhores escores para os indicadores de colaboração.

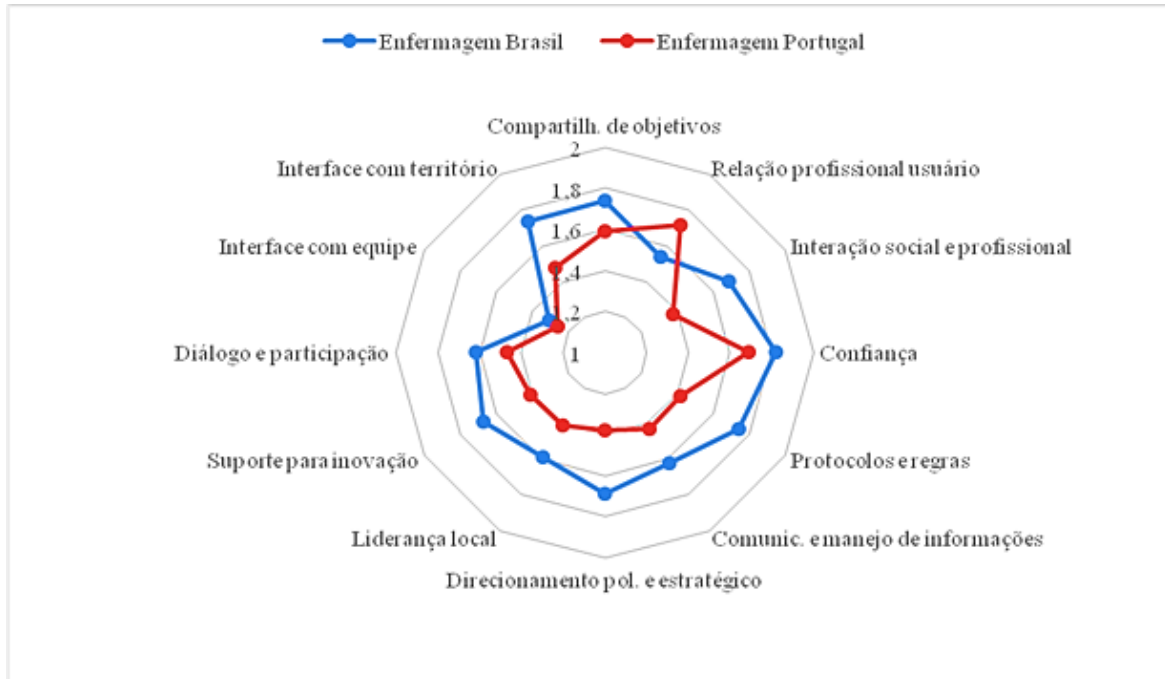
Figura 3 - Resultado geral da Escala de Colaboração, quanto segundo a “categoria profissional” (medicina e enfermagem), para dados gerais (n = 97).



Fonte: construído pelo autor.

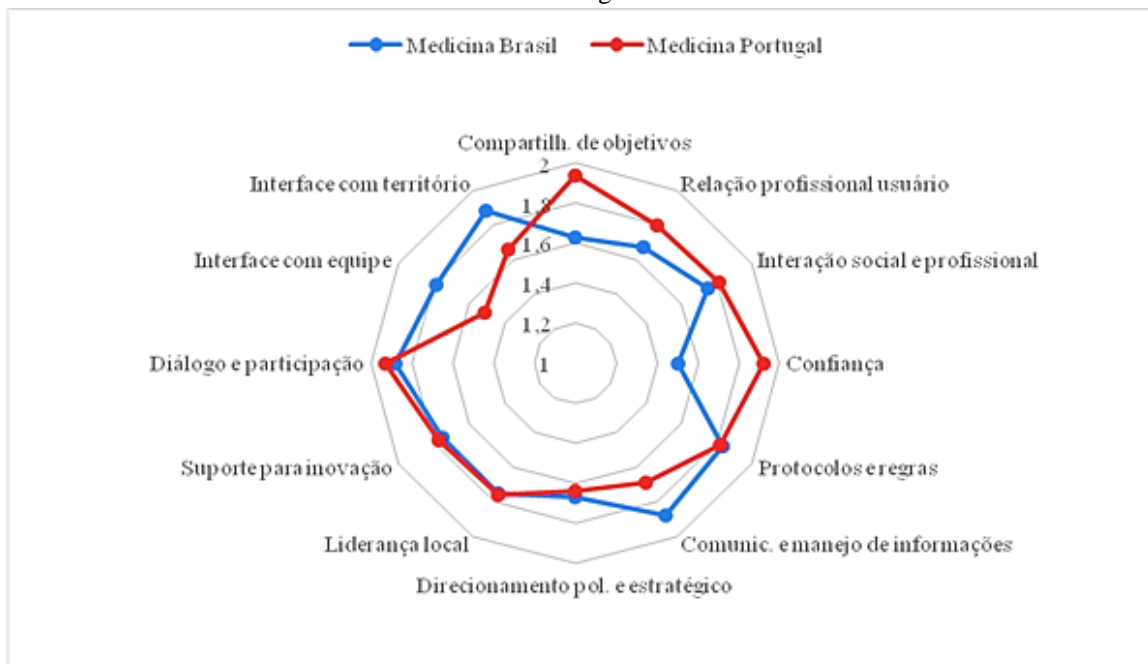
Observando as diferenças de respostas entre os países (Figuras 4 e 5), observamos que: a) para a categoria de enfermagem, de forma geral, os profissionais da ESF, no Brasil, aferiram melhores escores para os indicadores de colaboração, com exceção do indicador “Relação profissional-usuário”; b) para medicina, o resultado foi equilibrado entre os dois países, porém, com diferenças na maior parte dos indicadores. Para Portugal destacaram-se os resultados nos indicadores de “Compartilhamento de Objetivos” e “Confiança”, podendo isto ser evidência do bom clima organizacional das USF. E no Brasil, os indicadores de “Interface com equipe” e “Interface com o território”.

Figura 4 - Resultado da Escala de Colaboração, quanto segundo a categoria profissional de Enfermagem, para Brasil e Portugal.



Fonte: construído pelo autor.

Figura 5 - Resultado da Escala de Colaboração, quanto segundo a categoria profissional de Medicina, para Brasil e Portugal.



Fonte: construído pelo autor.

Considerando as classificações apresentadas por Landis e Kock³⁵ e George e Mallery³⁶, verifica-se que a consistência interna do instrumento em ambos os países pôde ser classificada nos níveis mais altos de qualidade (para Brasil = 0,938; para Portugal =

0,913). Esta classificação aponta para um instrumento bem construído internamente e reforça a sua validade objetiva. De que ele pode, de fato, medir o atributo a que se propõe.

Sobre a diferença amostral entre os dois casos (equipes da ESF em Sobral, no Brasil e equipes da USF, da Região de Coimbra e Região Norte, de Portugal), considerando estes 97 participantes, temos uma proporção razoável quanto a categoria profissional (58% categoria de medicina e 42% categoria de enfermagem). Entretanto o volume de respondentes por país com amostra de Portugal (78%) três vezes e meia maior que a do Brasil (22%), limitou a capacidade de comparação entre os países a partir deste instrumento. A taxa de resposta de cada país foi de 20% para Portugal e 11% do Brasil. A taxa geral de resposta ao questionário foi de 17,4%.

Segundo Gonçalves³⁷ e Sheehan³⁸ 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 Gonçalves³⁷, uma taxa de resposta baixa, não invalida a pesquisa, mas pode afetar seus resultados e capacidade de inferência.

Percebemos que houve algum tipo de constrangimento que impossibilitou a coleta mais ampla no caso de Sobral (Brasil). Uma hipótese, para isto, surgiu no decorrer da relação com interlocutores-chave, nas entrevistas. O cenário de mudança de gestão e de tensão profissional estava instalado no município e isto pode ter favorecido uma apreciação “negativa” na recepção do questionário, via e-mail.

Quanto ao procedimento usado, a coleta de dados utilizando o e-mail proporcionou vantagens 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.

Sobre a relação diretamente proporcional entre os valores de resposta das dimensões da colaboração e o tempo de inclusão na equipe de trabalho e tempo de experiência no trabalho, observamos, segundo Bandura³⁴, 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 na mesma equipe, parece ser indicador de maiores chances de amadurecimento organizacional. Ou mesmo do amadurecimento cognitivo de seus membros. Revelando um ganho precioso no sentido do estabelecimento de carreiras

profissionais na área da saúde e de outras políticas que reduzam a rotatividade nos Sistemas de Saúde, até mesmo como forma de garantir o cuidado longitudinal, que é um dos quatro atributos essenciais a APS, juntamente com: o primeiro contato, integralidade e coordenação³⁹.

Concordamos com Giovani e Vieira⁴⁰, que a permanência dos profissionais de saúde nos serviços (neste caso, em especial, médicos e enfermeiros), é um fator crítico para a efetivação do cuidado, sendo a rotatividade, um prejuízo a “qualidade da assistência e 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 a categoria profissional, ponderamos segundo Agreli, Peduzzi e Silva⁴¹, que é importante destacar limites do modelo biomédico convencional e sua relação com a extensão do poder médico no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações com os demais profissionais e com os usuários, famílias e comunidade. O que pode influenciar no grau de envolvimento e participação quanto aos processos de gestão, na qualidade da relação interpessoal e na comunicação interprofissional.

Ainda, 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 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 participação no interior dos serviços de saúde, afetando de forma distinta cada categoria. Isto também se reflete no lado corporativista, por exemplo com relação as diferenças salariais entre os profissionais de saúde. Devendo isto ser levado em consideração, quando pesamos diferenças nos indicadores de colaboração interprofissional.

4 CONCLUSÃO

Percebemos de forma geral que o instrumento oferece inúmeras potencialidades, em bora 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.^{2,20}, 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 indicadores.

D'amour, Claude e Levy⁴², 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 pesa 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, sendo caracterizado pelo reconhecimento do território de saúde e das necessidades de saúde da população de referência para equipe de saúde e pela vinculação com as famílias e comunidade. Relacionamos este indicador às categorias de “Formação para 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, articulada em quatro eixos estruturantes: a) jurídico-institucional; b) ético pedagógico; c) de caráter político; e d) a integração gestão, atenção, ensino e pesquisa⁴³.

Consideramos que o estudo cumpriu seu objetivo principal, de analisar o processo de Colaboração Interprofissional no contexto da Atenção Primária à Saúde, comparando experiências locais, no Brasil e em Portugal.

Em relação aos objetivos mais relacionados aos elementos qualitativos da pesquisa, os mesmos serão abordados em detalhes em outros artigos.

Em relação aos objetivos relacionados aos elementos quantitativos da pesquisa, nomeadamente: 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. Consideramos que foram atingidos, na medida em que este estudo possibilitou a avaliação dos níveis de colaboração interprofissional nas equipes de Saúde da Família, através da adaptação e 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 verificação sua confiabilidade e consistência interna.

No entanto, ainda prescindem de novos estudos e revisões posteriores para 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 gestão em saúde e a identificação de áreas que precisem de intervenções e melhoramentos.

REFERÊNCIAS

Patton MQ. Utilization-Focused Evaluation. The new century text. Thousand Oaks, Sage Publications, 1997

D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. Conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*, Abingdon, 2005, 19(1): 116-131.

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, 2009, 9(138).

Hardin A, Fuller MA, Valacich J. Measuring Group Efficacy in Virtual Teams: New Questions in an Old Debate. *Small Group Research*, 2006, 37(1): 65-85.

Nørgaard B, et al. Interprofessional clinical training improves self-efficacy of health care students, *Medical Teacher*, London, 2013, 35(6):1235-1242.

Puente-Palacios K, Borba AC. Equipes de Trabalho: fundamentos teóricos e metodológicos da mensuração de seus atributos. *Avaliação Psicológica*, Campinas, 2009, 8(3): 369-379.

Puente-Palacios K, Vieira R. Desenvolvimento de uma Medida de Comprometimento com a Equipe. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, Brasília, 2010, 10(1):81-92.

Santos LJ, Paranhos MS. Family Health Teams workers in Rio de Janeiro: leadership aspects in a study on organizational climate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2017, 22(3):759-770.

Schneider B, et al. Organizational climate and culture: Reflections on the history of the constructs in the *J Applied Psychology*, Washington, 2017, 102(3):468-482.

Whiteoak JW, Chalip L, Hort LK. Assessing group efficacy: Comparing three methods of measurement. *Small Group Research*, Newbury Park, 2004, 35(1):158-173.

Canada. A National Interprofessional Competency Framework. Canadian Interprofessional Health Collaborative, College of Health Disciplines, University of British Columbia, Vancouver, Canada, 2010.

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.

Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. Ver. Bras. Saúde Mater. Infan., Recife, 2010, 10(suplemento 1):s14-s27.

Brito GEG. 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

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 399/2006. Pacto pela Saúde, Brasília, 2006.

Pisco L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autônomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2011, 16(6):2841-2852.

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.

D'amour D. Structuration de la Collaboration Interprofessionnelle dans les Services de sante se Premiere Ligne au Québec. Thèse (Université de Montréal) - Faculté des études supérieures), Montréal, 1997.

Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le syste`me. Paris: Seuil. 1977.

D'amour D, et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Services Research, London, 2008, 8(188):1-14.

Agreli H, Peduzzi M, Bailey C. The relationship between team climate and interprofessional collaboration: Preliminary results of a mixed methods study. J Interprof. Care, Abingdon, 2017, 31(2):184-186.

Chiaverini DH. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

Gomes R, et al. A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2015, 20(8):2431-2439.

Biscaia AR. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Lisboa, 2006, 22(1):67-79.

Santos I, Sá E. Estratégias de governação clínica. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Lisboa, 2010, 26:606-612.

Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos / Yin RK; 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

Baxter P, Jack S. Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. The Qualitative Report, 2008, 13(4):544-559.

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, 13(5):1441-1451.

Burau V, Blank RH. Comparing health policy: an assessment of typologies of health systems, Journal of Comparative Policy Analysis, 2006, 8:63-76.

Tobar F. Herramientas para el análisis del sector salud / Tools for health sector analysis. Medicina y Sociedad, Buenos Aires, 2000, 23(2):83-96.

Giovanella L, et al. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad / Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S (orgs.). Rio de Janeiro: ISAGS, 2012

Andrade LOM, et al. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. SANARE: Revista Políticas Públicas, Sobral, 2004, 5(1):9-19.

Rocha PM, Sá AB. Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2011, 16(6):2853-2863.

Bandura A. Self-efficacy in changing societies. Cambridge, University Press, 1995.

Landis J, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics, Washington, 1977, 33(1):159-174.

George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon. 2003.

Gonçalves DIF. Pesquisas de Marketing pela internet: as percepções sob a ótica dos entrevistados. Ver. Adm. Mackenzie, São Paulo, 2008, 9(7):71-88.

Sheehan KB. E-mail Survey Response Rates: A Review. Journal of Computer-Mediated Communication, State College, 2001, 6(2).

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/ Ministério da Saúde, 2002.

Giovani MSP, Vieira CM. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. Rev. Eletrôn. Com. Inform. Inov. Saúde [Internet]. Rio de Janeiro, 2013, 7(4).

Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. Interface (Botucatu), 2016, 20(59):905-916.

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

Soares CHA, et al. Sistema Saúde Escola de Sobral – CE. SANARE: Ver. Pol. Públicas, 2008, 7(2):7-13.