



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

ANDRESSA MARIA FERREIRA DA SILVA

**A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
BRASIL: uma análise da produção científica**

**Niterói-RJ
2023**



ANDRESSA MARIA FERREIRA DA SILVA

**A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
BRASIL: uma análise da produção científica**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Educação em/na Saúde: Saberes e Práticas.

Orientadora: Prof.^a Dra. Lilian Koifman

Niterói-RJ
2023

Ficha catalográfica automática - SDC/BFM
Gerada com informações fornecidas pelo autor

D111c Da Silva, Andressa Maria Ferreira
A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
BRASIL : uma análise da produção científica / Andressa
Maria Ferreira Da Silva. - 2023.
212 f. : il.

Orientador: Lilian Koifman.
Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
Instituto de Saúde Coletiva, Niterói, 2023.

1. Saúde Coletiva. 2. Colaboração Interprofissional. 3.
Atenção Primária à Saúde. 4. Knowledge Development Process-
Constructivist (ProKnow-C). 5. Produção intelectual. I.
Koifman, Lilian, orientadora. II. Universidade Federal
Fluminense. Instituto de Saúde Coletiva. III. Título.

CDD - XXX

ANDRESSA MARIA FERREIRA DA SILVA

**A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
BRASIL: uma análise da produção científica**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Aprovada em: ___ de _____ de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Lilian Koifman – Orientadora
Universidade Federal Fluminense - UFF

Prof.^a Dra. Valéria Ferreira Romano
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior
Universidade Federal Fluminense - UFF

Niterói – RJ
2023

A minha mãe Neusa, meu pai Bernardo,
meus irmãos (Michael e Ricardo) e ao
meu esposo Hertonaldo, por estarem ao
meu lado sempre
...Dedico a vocês.

AGRADECIMENTOS

A meu Deus, toda honra e toda glória. Obrigada pela vida!

À minha avó Maria Amélia (*in memory*) que no seu tempo não pôde estudar mais, mas transmitiu esse desejo para nós, e estamos aqui caminhando mais um pouco.

Aos meus pais, Neusa e Bernardo, pelo amor, cuidado e admiração que me auxiliam a voar mais alto na vida.

Aos meus irmãos Michael e Ricardo, por me servirem de inspiração, incentivo e me apoiarem nessa caminhada de escrita. Em especial, a meu irmão Michael, que esteve ao meu lado durante alguns meses na escrita da sua tese e muito contribuiu para minha rotina de escrita, troca de ideias e me acompanhou nesse lugar solitário que é escrever.

A meu esposo Hertonaldo, pelo amor, cuidado, paciência, por me apoiar nos momentos difíceis e entender os momentos distantes, em que os estudos exigiram dedicação extrema e soube também me tirar deles, quando possível, para ir ver o mundo lá fora.

A todos meus familiares e amigos que fazem lar no meu coração.

À Prof.^a Dra. Lilian, minha orientadora querida, por toda a dedicação, disponibilidade e liberdade sendo uma orientadora suficientemente boa.

Aos professores doutores Valéria Ferreira Romano, Aluísio Gomes da Silva Junior e Márcia Guimarães de Mello Alves, pelo aceite ao convite para participar da banca de defesa desta dissertação, em especial, a Claudia March, que participou da minha banca de qualificação e também muito contribuiu com essa dissertação.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelos ensinamentos e contribuições com suas experiências e ideias que me possibilitaram ver um novo mundo acadêmico.

Aos colegas de curso, pela motivação durante a árdua jornada de estudos, que, diferente de muitas turmas, foi de forma remota, desafio maior ainda, e que com seus saberes e opiniões aqueceram meu coração e minha mente.

A CAPES, pela concessão da bolsa de mestrado, sustentando que estudar também é um trabalho.

A todas que contribuíram, sintam minha gratidão!

RESUMO

SILVA, Andressa Maria Ferreira da. **A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL**: uma análise da produção científica. 2023. 212f. Dissertação (Mestrado Saúde Coletiva), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2023.

A Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de suas diversas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), traduz-se em um espaço prioritário para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), requerendo o desenvolvimento da Colaboração Interprofissional. Contudo, a Colaboração Interprofissional ainda é considerada um fenômeno não totalmente compreendido, demandando mais estudos que abranjam seus determinantes e impactos nos serviços, especialmente na Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, o objetivo geral deste estudo foi analisar as características das produções científicas que abordam o tema da Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Trata-se de uma pesquisa mista (quantitativa-qualitativa), exploratória e descritiva, utilizando dados secundários obtidos da base de dados *Scopus*. Para alcançar o objetivo, foi utilizado o *Knowledge Development Process-Constructivist (ProKnow-C)*, um processo estruturado para a seleção e análise da literatura científica com perspectiva construtivista, composto por quatro etapas: seleção do portfólio bibliográfico, análise bibliométrica, análise sistêmica e agenda de pesquisa. Os resultados geraram um portfólio contendo 22 artigos, destacando-se os periódicos, artigos, autores e palavras-chaves mais relevantes. A abordagem qualitativa foi adotada em 21 artigos e os profissionais mais citados foram médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e odontólogos. Além disso, a região Nordeste se destacou nas pesquisas e na participação de instituições na temática em questão. Verificou-se que a diversidade nas equipes não é suficiente para promover a mudança no processo de trabalho e melhorar a qualidade do cuidado em saúde, sendo necessário promover a Colaboração Interprofissional. Por fim, com o intuito de orientar futuras pesquisas, bem como gestores e legisladores para a adoção da Colaboração Interprofissional como prática comum na Atenção Primária à Saúde, propôs-se uma agenda de pesquisa. Assim, diante do apresentado, argumenta-se que esta pesquisa atendeu ao objetivo proposto, ao realizar a avaliação crítica dos artigos do PB, selecionados por meio de um processo estruturado e científico, fornecendo subsídios que podem contribuir para a Colaboração Interprofissional na APS no Brasil.

Palavras-chave: Colaboração Interprofissional; Atenção Primária à Saúde; Equipe de Saúde da Família; *ProKnow-C*.

ABSTRACT

SILVA, Andressa Maria Ferreira da. **INTERPROFESSIONAL COLLABORATION IN PRIMARY CARE IN BRAZIL: an analysis of scientific production.** 2023. 212f. Dissertation (Master's Degree in Collective Health), Institute of Collective Health, Fluminense Federal University, Niterói, 2023.

Primary Health Care (PHC), through its various Family Health Strategy (FHS) teams, translates into a priority space for the organisation of the Unified Health System (SUS), requiring the development of Interprofessional Collaboration. However, Interprofessional Collaboration is still considered a phenomenon that is not fully understood, calling for more studies that cover its determinants and impacts on services, especially in Primary Health Care. In this context, the general objective of this study was to analyse the characteristics of scientific productions that address the theme of Interprofessional Collaboration in Primary Health Care in Brazil. This is a mixed (quantitative-qualitative), exploratory and descriptive study, using secondary data obtained from the *Scopus* database. To achieve the objective, the *Knowledge Development Process-Constructivist (ProKnow-C)* was used, a structured process for selecting and analysing scientific literature with a constructivist perspective, consisting of four stages: selection of the bibliographic portfolio, bibliometric analysis, systemic analysis and research agenda. The results generated a portfolio containing 22 articles, highlighting the journals, articles, authors and keywords most relevant. The qualitative approach was adopted in 21 articles and the most cited professionals were doctors, nurses, community health workers and dentists. Furthermore, the Northeast Region stood out in research and in the participation of institutions in the theme in question. It was found that diversity in the teams is not enough to promote change in the work process and improve the quality of health care, and that it is necessary to promote Interprofessional Collaboration. Finally, in order to guide future research, as well as managers and legislators towards the adoption of Interprofessional Collaboration as a common practice in Primary Health Care, a research agenda was proposed. Thus, in view of the above, it is argued that this research met the proposed objective by carrying out a critical evaluation of the articles in the BP, selected through a structured and scientific process, providing subsidies that can contribute to Interprofessional Collaboration in PHC in Brazil.

Keywords: Interprofessional Collaboration; Primary Health Care; Family Health Team; *ProKnow-C*.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Quadro de sistema de saúde da WHO.....	23
Figura 2. Infográfico das dimensões e indicadores do modelo Quadridimensional de Colaboração Interprofissional.....	47
Figura 3. Enquadramento metodológico da pesquisa.....	66
Figura 4. Macroetapas do <i>ProKnow-C</i> aplicadas no artigo.....	70
Figura 5. Etapa Seleção do Portfólio Bibliográfico.....	72
Figura 6. Etapa Filtragem do Banco de Artigos Bruto (a - b).....	72
Figura 7. Filtragem do Banco de Artigos Bruto (c-d-e).....	73
Figura 8. Filtragem do Banco de Artigos Bruto (f).....	73
Figura 9. Teste de Representatividade dos artigos do Portfólio Bibliográfico Preliminar.....	74
Figura 10. Base de Dados <i>Scopus</i>	79
Figura 11. Relação entre Colaboração Interprofissional, Prática Colaborativa Interprofissional e Trabalho em Equipe defendida na dissertação.....	81
Figura 12. Seleção Portfólio Bibliográfico Bruto.....	85
Figura 13. Filtragem do Portfólio Bibliográfico Bruto.....	90
Figura 14. Teste de Representatividade dos Artigos do Portfólio Bibliográfico Preliminar.....	91
Figura 15. Rede de Autores do Portfólio Bibliográfico.....	107
Figura 16. <i>Cluster</i> Roxo e Azul.....	108
Figura 17. <i>Cluster</i> Vermelho.....	109
Figura 18. <i>Cluster</i> Amarelo.....	110
Figura 19. <i>Cluster</i> Rosa.....	110
Figura 20. Rede de co-ocorrência de palavras-chave.....	113
Figura 21. Rede de co-ocorrência de palavras-chave <i>clusters</i> verde e amarela.....	114
Figura 22. Rede de co-ocorrência de palavras-chave <i>cluster</i> azul escuro.....	115
Figura 23. Mapa por estados dos locais em que foram realizadas as coletas de dados dos artigos.....	151
Figura 24. Mapa por estados dos locais de filiação institucional dos pesquisadores dos artigos.....	152

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Artigos por citações no google acadêmico.....	87
Gráfico 2. Periódicos mais relevantes no Portfólio Bibliográfico.....	96
Gráfico 3. Periódicos mais relevantes dentre as referências dos artigos do Portfólio Bibliográfico.....	97
Gráfico 4. Relevância dos periódicos presentes nos artigos e nas referências da pesquisa.....	97
Gráfico 5. Artigos do Portfólio Bibliográfico com maior número de citações no Google Acadêmico.....	99
Gráfico 6. Artigos de destaque nas referências do Portfólio Bibliográfico.....	100
Gráfico 7. Quantidade de artigos por ano de publicação.....	101
Gráfico 8. Grau de relevância dos autores do Portfólio Bibliográfico.....	102
Gráfico 9. Grau de relevância dos autores das referências do Portfólio Bibliográfico.....	104
Gráfico 10. Grau de relevância dos autores no Portfólio Bibliográfico e em suas referências.....	104
Gráfico 11. Número de ocorrência das principais palavras-chave.....	111
Gráfico 12. Primeira Lente vertente Abordagem.....	118
Gráfico 13. Primeira Lente vertente forma de coleta.....	119
Gráfico 14. Primeira Lente vertente Recurso para coleta.....	119
Gráfico 15. Categorias profissionais citadas nos artigos.....	128
Gráfico 16. Quarta Lente – Conceitos.....	158
Gráfico 17. Quinta Lente – Dimensões e Indicadores.....	165
Gráfico 18. Sexta Lente - Determinantes Externos e Estruturais.....	172

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Modelos de Sistemas de Saúde.....	25
Quadro 2. Denominações de Atenção Primária à Saúde.....	30
Quadro 3. Tipos de Equipe de Saúde da Estratégia de Saúde da Família.....	36
Quadro 4. Descrição dos indicadores de Colaboração Interprofissional.....	49
Quadro 5. Descrição da prática de acordo com o campo profissional.....	56
Quadro 6. Termos referentes ao Eixo Colaboração Interprofissional.....	81
Quadro 7. Termos referentes aos Eixos Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família.....	82
Quadro 8. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados.....	83
Quadro 9. Portfólio Bibliográfico Final.....	92
Quadro 10. Portfólio Bibliográfico (PB) e citações.....	97
Quadro 11. Primeira Lente - Abordagem e Técnicas.....	117
Quadro 12. Segunda Lente – Atores.....	124
Quadro 13. Terceira Lente – Contexto.....	148
Quadro 14. Quarta Lente – Conceitos.....	156

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Tipos de Financiamento e Críticas.....	40
Tabela 2. Lentes utilizadas na análise sistêmica.....	76
Tabela 3. Quadro editorial dos periódicos com maior relevância no meio acadêmico.....	98
Tabela 4. Características dos artigos com maior destaque no Portfólio Bibliográfico.....	101
Tabela 5. Autores de destaque do PB e nas RB com suas informações.....	105
Tabela 6. Oportunidades para pesquisadores e gestores para avanço na área.....	181

LISTA DE SIGLAS

ABS - Atenção Básica a Saúde
AC - Acre
ACE - Agentes de Combate a Endemias
ACP - Atenção Centrada no Paciente
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AIS - Ações Integradas de Saúde
AL - Alagoas
APS - Atenção Primária à Saúde
ARES - Acervo de Recursos Educacionais em Saúde
ASB - Auxiliar em Saúde Bucal
CAFe - Comunidade Acadêmica Federada
CAIPE - Centre for the Advancement of Interprofessional Education
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CE - Ceará
CIHC - Canadian Interprofessional Health Collaborative
CIP - Colaboração Interprofissional
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COVID-19 - Coronavírus
DAB/SESAB - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
DCNs - Diretrizes Curriculares Nacionais
eABP - Equipe de Atenção Básica Prisional
EACS - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
eAP - Equipe de Atenção Primária
eCR - Equipe de Consultório na Rua
EE-USP - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EIP - Educação Interprofissional
eMulti - Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde
EPS - Educação Permanente em Saúde
eSB - Equipe de Saúde Bucal
eSF - Equipe de Saúde da Família
ESF - Estratégia Saúde da Família
eSFF - Equipes de Saúde da Família Fluviais
eSFR - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
ESP-CE - Escola de Saúde Pública do Ceará
FESMA - Força Estadual de Saúde do Maranhão
FNEPAS - Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde
FURG - Universidade Federal do Rio Grande
IES - Instituições de Ensino Superior
IMS-UERJ - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
IPS - Instituições Públicas de Ensino
LabMCDA - Laboratório de Metodologias Multicritério em Apoio à Decisão
MA - Maranhão
MEC - Ministério da Educação
MS - Ministério da Saúde
NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

(OPAS/OMS) - Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSs - Organizações Sociais
PAB Fixo - Piso da Atenção Básica Fixo
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB - Paraíba
PB - Portfólio Bibliográfico
PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PI - Piauí
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIC - Prática Interprofissional Colaborativa
PLE - Projeto Larga Escala
PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal
PPGSCol - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PPGSES - Programa de Pós Graduação em Saúde e Sociedade
Profae - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROFAPS - Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para Saúde
Programa Expandir - Programa de Expansão da Educação Superior Pública
ProKnow-C - Knowledge Development Process - Constructivist
PROUNI - Programa Universidade para Todos
PSF - Programa Saúde da Família
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RB - Referências Bibliográficas
ReBETIS - Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde
REIP - Rede Regional de Educação Interprofissional
RENASF - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
REUNI - Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RN - Rio Grande do Norte
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SP - São Paulo
SS - Sistemas de Saúde
TCI - *Team Climate Inventory*
TSB - Técnico em Saúde Bucal
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBSF - Unidades Básicas de Saúde Fluviais
UEL - Universidade Estadual de Londrina
UEM - Universidade Estadual de Maringá
UF - Universidades Federais
UFBA - Universidade Federal da Bahia

UFC - Universidade Federal do Ceará
UFF - Universidade Federal Fluminense
UFMA - Universidade Federal do Maranhão
UFMT - Universidade Federal de Mato Grosso
UFPI - Universidade Federal do Piauí
UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UFSCar - Universidade Federal de São Carlos
UFSM - Universidade Federal de Santa Maria
UHC - Cobertura Universal de Saúde
UHS - Sistema Universal de Saúde
UK - University of Nottingham
UNASUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UnB - Universidade de Brasília
Unesp - Universidade Estadual Paulista
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
Unichristus - Centro Universitário Christus
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo
UNINTA - Instituto Superior de Teologia Aplicada
Unipampa - Universidade Federal do Pampa
Univates - Universidade do Vale do Taquari
USP - Universidade de São Paulo
UTI - Terapia Intensiva
WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO.....	16
2.	INTRODUÇÃO.....	18
2.1.	OBJETIVOS.....	19
2.1.1.	Objetivo Geral.....	19
2.1.2.	Objetivos Específicos.....	20
2.2.	JUSTIFICATIVA.....	20
2.3.	ESTRUTURA DO TRABALHO.....	22
3.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
3.1.	Sistemas de Saúde pelo mundo.....	22
3.2.	Sistema Único de Saúde (SUS): um Sistema Universal de Saúde.....	26
3.3.	A Atenção Primária à Saúde: origem e prolongamentos.....	29
3.4.	A Atenção Básica à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família no Brasil.....	33
3.5.	A Colaboração Interprofissional no contexto da Atenção Primária à Saúde e das Equipes de Saúde da Família.....	43
3.6.	Modelo de Colaboração Interprofissional adotado na pesquisa: dimensões e indicadores.....	46
3.7.	Determinantes externos e estruturais.....	51
3.8.	A interdisciplinaridade e a interprofissionalidade nas Equipes de Saúde a luz da Colaboração Interprofissional.....	54
3.9.	Educação Interprofissional como possibilidade de sustentação da Colaboração Interprofissional.....	59
4.	METODOLOGIA.....	66
4.1.	ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	66
4.2.	INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO <i>KNOWLEDGE DEVELOPMENT PROCESS – CONSTRUCTIVIST (ProKnow-C)</i>	69
4.3.	PROCEDIMENTOS PARA SELEÇÃO E ANÁLISE DA LITERATURA: etapas do <i>Knowledge Development Process-Constructivist (ProKnow-C)</i>	71
4.3.1.	Seleção do Portfólio Bibliográfico.....	71
4.3.2.	Análise Bibliométrica do Portfólio Bibliográfico.....	74
4.3.3.	Análise Sistêmica do Portfólio Bibliográfico.....	75
4.3.4.	Agenda de pesquisa.....	78
4.4.	Campo Amostral: base de dados <i>Scopus</i>	79
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	80
5.1.	SELEÇÃO DO PORTFÓLIO BIBLIOGRÁFICO.....	80
5.1.1.	Seleção do Banco de Dados Brutos.....	80
5.1.2.	Filtragem do Banco de Artigos Bruto.....	86
5.1.3.	Teste de Representatividade dos Artigos do Portfólio Bibliográfico Preliminar.....	90
5.2.	ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DO PORTFÓLIO BIBLIOGRÁFICO.....	93
5.2.1.	Análise dos Periódicos.....	95

5.2.2.	Análise dos artigos.....	99
5.2.3.	Análise dos autores.....	103
5.2.4.	Análise das palavras-chave.....	111
5.3.	ANÁLISE SISTÊMICA DA LITERATURA.....	116
5.3.1.	Primeira Lente - Abordagem e Técnicas.....	117
5.3.2.	Segunda Lente – Atores.....	124
5.3.3.	Terceira Lente – Contexto.....	148
5.3.4.	Quarta Lente – Conceitos.....	156
5.3.5.	Quinta Lente - Dimensões e Indicadores.....	165
5.3.6.	Sexta Lente - Determinantes Externos e Estruturais.....	171
5.3.7.	Sétima Lente - Resultados.....	179
5.4.	AGENDA DE PESQUISA: contribuições para a área da Atenção Primária à Saúde no Brasil a luz da Colaboração Interprofissional.....	181
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	182
	REFERÊNCIAS.....	184
	REFERÊNCIAS DO PORTÓFOLIO BIBLIOGRÁFICO.....	207
	APÊNDICE A: Roteiro de perguntas para cada artigo de acordo com as lentes da pesquisadora.....	210
	APÊNDICE B: Roteiro das perguntas em relação às dimensões e indicadores por artigos.....	211

1. APRESENTAÇÃO

É que ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, sem aprender a refazer, a retocar o sonho por causa do qual a gente se pôs a caminhar (FREIRE, 1997, p. 79).

Sou a filha mais nova de um lavrador e uma professora e tenho dois irmãos. Desde janeiro de 2021, estou residindo no Rio de Janeiro, RJ.

Após graduar-me em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão, cursei duas especializações, uma em Saúde Pública na Faculdade Laboro e outra em Saúde Coletiva com Ênfase no Trabalho Interprofissional na Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Além disso, tenho a titulação de Especialista em Psicologia em Saúde pelo Conselho Federal de Psicologia.

Ao longo dessa jornada na Saúde Coletiva, que começou na graduação, pude compreender algumas dificuldades que afetam o cotidiano dos profissionais de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde. Também vivenciei essas dificuldades quando trabalhei por quase 4 anos na Força Estadual de Saúde do Maranhão (FESMA), um projeto inovador do Governo do Estado do Maranhão. Durante esse trabalho, observei as dificuldades dos profissionais em colaborar e atuar de forma interprofissional no ambiente de trabalho (eu mesma estava incluída nesse cenário). Isso ocorria principalmente porque eles não conheciam as atividades uns dos outros, estavam sobrecarregados com tarefas uniprofissionais e estavam focados em suas próprias funções, esquecendo que faziam parte de uma equipe de saúde.

A partir disso, comecei a refletir sobre a importância da Colaboração Interprofissional no ambiente de trabalho. Em 2019, durante minha pós-graduação em Saúde Coletiva com ênfase no Trabalho Interprofissional em Saúde, oferecida pelo Departamento de Saúde Pública da UFMA em parceria com a ENSP/FIOCRUZ, surgiu a ideia de um projeto voltado para essa demanda.

Após me casar e me mudar para o Rio de Janeiro, a ideia de trabalhar com esse conceito continuou a me acompanhar. A oportunidade de fazer um mestrado em Saúde Coletiva na Universidade Federal Fluminense (UFF) surgiu, e eu pude aprimorar meu projeto para aplicá-lo em uma equipe de Saúde da Família (eSF), inicialmente no município do Rio de Janeiro. Mais tarde, tive a oportunidade de aplicá-lo na minha cidade natal, Brejo-MA. Qualifiquei e submeti o projeto à Plataforma Brasil. Depois de algum tempo (2 meses), ele foi aprovado. No entanto, não mais em tempo hábil, uma vez que já haviam se passado 5 meses em Brejo, coletando assinaturas, conversando com gestores e alinhando para a realização da pesquisa, e não poderia prolongar minha permanência na cidade.

Esperei o máximo possível para que o comitê respondesse e escrevi uma carta explicando a necessidade do parecer para realizar o projeto. No entanto, devido a problemas relacionados às férias de alguns membros e ao recesso de final de ano, os pareceres foram adiados, tornando a pesquisa proposta na qualificação inviável.

Voltei para o Rio de Janeiro conforme o planejado, e no dia seguinte ao meu retorno, o projeto foi aprovado. Tentei adaptar a pesquisa para um formato remoto, modificando algumas etapas da metodologia, mas logo percebi que precisaria reenviar o projeto e esperar pelo menos mais um mês, no entanto, já era fevereiro, e o prazo para a defesa se aproximava rapidamente. Diante dessa situação, minha orientadora e eu decidimos ajustar a metodologia da pesquisa. No entanto, a ideia central que permeava o projeto seguiu comigo, agora por novos caminhos. De fato, fiquei muito feliz em percorrê-los e delineá-los ao longo do trabalho, de modo a possibilitar uma melhor compreensão do que seja a Colaboração Interprofissional na APS no Brasil, agora a partir de uma análise da produção científica.

2. INTRODUÇÃO

Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais (FREIRE, 1994, p. 46).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é estratégica e fundamental para os sistemas de saúde. É abrangente, integral e reconhecida como a melhor estratégia para sua organização, sendo eficaz no enfrentamento dos problemas de saúde e na superação da fragmentação das ações e do próprio sistema (WHO, 2007; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Nesse contexto, a APS ganhou destaque no Brasil no final dos anos 90 com a adoção do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente reorientado para Estratégia Saúde da Família (ESF), considerado prioridade na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa mudança, visava, entre outras coisas, a reorganização do processo de trabalho, exigindo a participação de diversos profissionais capazes de abranger as várias dimensões de saúde (ESCALDA; PARREIRA, 2018).

No entanto, ao contrário do que se planejou e devido à grande complexidade do cenário de saúde no Brasil, a inclusão de vários profissionais de diferentes saberes e práticas nas equipes aumentou a fragmentação do cuidado, com ações independentes, problemas de comunicação e coordenação no trabalho em rede. Diante desses desafios, novas abordagens no processo de trabalho se fazem necessárias, destacando-se a importância da Colaboração Interprofissional (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Nesse contexto, a Colaboração Interprofissional surge como uma resposta às crescentes demandas nas relações interprofissionais no campo da saúde. Gradualmente, tem atraído a atenção cuidadosa de pesquisadores, profissionais de saúde e gestores, devido à sua capacidade de promover uma dinâmica interacional promissora entre profissionais e organizações, o que pode ter um impacto positivo na eficácia dos serviços de saúde oferecidos à população. (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; D'AMOUR *et al.*, 2008).

Dessa forma, a Colaboração Interprofissional se apresenta como um conceito complexo e plural, caracterizado como um processo coletivo de tomada de decisões compartilhadas, orientado por objetivos comuns, com a premissa de confiança e harmonia entre os membros de uma equipe de trabalho. Isso envolve a conciliação de saberes e práticas, além da gestão de perspectivas frequentemente divergentes, em um processo contínuo de compartilhamento entre profissionais distintos. A reflexão sobre a Colaboração Interprofissional implica uma análise dos relacionamentos interpessoais entre os membros da equipe, desafiando e reestruturando a hierarquia tradicional nas relações, em que um indivíduo exerce autoridade sobre os outros

(ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; MATUDA *et al.*, 2015; ARAÚJO; ARAÚJO JÚNIOR, 2016).

Portanto, é necessário compreender alguns conceitos úteis para a Colaboração Interprofissional, tais como:

1. Partilha, definida como compromisso colaborativo.
2. Parceria, em que dois ou mais atores se unem de forma colaborativa.
3. Interdependência, definida como dependência mútua.
4. Poder, compartilhado entre os membros e baseado no conhecimento e experiência em detrimento das funções ou títulos.

Apesar dos desafios significativos para a implementação da Colaboração Interprofissional na APS, torna-se cada vez mais claro que essa é uma estratégia eficaz capaz de auxiliar na resolução de problemas. Isso é enfatizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que destaca a necessidade da presença de diferentes formações profissionais e alta articulação, de modo que não apenas as ações sejam compartilhadas, mas também ocorra um processo interdisciplinar para ampliar a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2017).

Assim, para efetuar uma verdadeira transição para formas de organização mais integradas, é fundamental compreender melhor a Colaboração Interprofissional, uma vez que ela pode ser um componente estratégico na reestruturação do sistema de saúde no Brasil, especialmente nas equipes de saúde da APS, que exigem dispositivos específicos para o desenvolvimento de novas inter-relações, que podem ser alcançadas por meio da Colaboração Interprofissional (D'AMOUR *et al.*, 2008; BRASIL, 2017; ARRUDA; MOREIRA, 2018).

Posto isto, o tema central desta pesquisa será a Colaboração Interprofissional no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil, com a pretensão de responder a seguinte pergunta: Como se delinea a Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde no Brasil?

2.1. OBJETIVOS

A fim de responder à pergunta apresentada, o presente trabalho balizar-se-á pelo objetivo geral e pelos objetivos específicos apresentados a seguir.

2.1.1. Objetivo Geral

Analisar as características das produções científicas que abordam o tema da Colaboração Interprofissional na Atenção Primária no Brasil.

2.1.2. Objetivos Específicos

- a) Selecionar referencial relevante e alinhado ao tema sobre a Colaboração Interprofissional na perspectiva da Atenção Primária à Saúde no Brasil;
- b) Realizar e interpretar análises bibliométricas, valendo-se de processo que permita a pesquisadora expandir seu entendimento sobre o tema, e a partir deste evidenciar periódicos, artigos, autores e palavras-chave de destaque;
- c) Analisar de forma sistêmica a Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde no Brasil a fim de identificar seu processo e oportunidades para pesquisas futuras;
- d) Apresentar lacunas (oportunidades) passíveis de se tornarem futuras pesquisas que venham a contribuir em termos científicos e práticos para a Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde no Brasil, através de uma agenda de pesquisa.

2.2. JUSTIFICATIVA

Toda pesquisa possui uma justificativa que apresenta razões que fundamentam a sua existência, ou seja, os fatores que contribuíram para a decisão de realizar a pesquisa. De acordo com a classificação de Castro (1978), esta pesquisa pode ser justificada de acordo com três critérios: importância, originalidade e viabilidade.

Segundo o autor, a pesquisa é importante quando está relacionada a questões cruciais que afetam um determinado grupo de pessoas. Também pode ser importante se merece atenção da literatura em relação a alguma questão teórica (CASTRO, 1978).

Nesse sentido, a temática da Colaboração Interprofissional tem crescido nos últimos tempos como consequência do aumento da complexidade dos cuidados em saúde, que aumentaram os custos e pela melhor compreensão dos determinantes do processo saúde-doença, reforçando a necessidade de redesenhar as práticas em saúde. Nesse aspecto, a Colaboração Interprofissional tem sido reconhecida por propiciar atenção mais contínua e abrangente aos usuários (D'AMOUR *et al.*, 2008, GABOURY *et al.*, 2009).

Para isso, deve-se adotar novas formas de organização dos serviços, que requerem não apenas a implementação de novas estruturas políticas e organizacionais, mas também o desenvolvimento de práticas compartilhadas. No entanto, a Colaboração Interprofissional ainda é considerada um fenômeno não totalmente compreendido, necessitando de mais estudos que abordem seus determinantes e seu impacto nos serviços, especialmente na Atenção Primária à Saúde, vista como campo privilegiado para o desenvolvimento da colaboração (D'AMOUR *et al.*, 2008, GABOURY *et al.*, 2009).

Assim, essa pesquisa tem sua importância estabelecida, pois existem poucas pesquisas realizadas sobre a Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde no Brasil, em especial, pesquisas que analisam as produções científicas sobre essa temática, o que é de suma importância para contribuir na identificação das fragilidades e potencialidades existentes para seu efetivo desenvolvimento (KANAN *et al.*, 2018, MALLMANN; TOASSI, 2019).

Além disso, considerando a crescente expansão da Atenção Primária no Brasil, esta pesquisa contribui com possíveis questionamentos e soluções sobre o que hoje se pratica e o que se pode aperfeiçoar em relação à prática colaborativa e interprofissional no dia a dia de trabalho das equipes da APS. Para tanto, é preciso avançar na compreensão do processo nas equipes de saúde, observando o trabalho e a maneira como os profissionais colaboram entre si (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Em relação a originalidade da pesquisa, esta encontra-se presente quando os resultados têm o potencial para surpreender, ou seja, superar as expectativas (CASTRO, 1978). Nesta pesquisa, foram realizadas análises da produção científica, a partir do *Knowledge Development Process - Constructivist (ProKnow-C)*, associado à filiação teórica da pesquisadora estabelecida a partir da Teoria da Ação Coletiva e estruturada pelo Modelo Quadridimensional de Colaboração de D'Amour *et al.* (2008), com foco na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Até então, não foram encontradas pesquisas que tenham feito essa relação, o que torna este trabalho inédito.

A viabilidade é dada pela possibilidade de se realizar a pesquisa levando-se em consideração: os recursos financeiros, os prazos, a competência do autor e a disponibilidade de informações sobre o tema (CASTRO, 1978). A pesquisa em questão demonstrou sua viabilidade, dado que a pesquisadora obteve acesso aos artigos científicos por meio da Base de Dados *Scopus*. Isso possibilitou a realização todas as etapas do *ProKnow-C*, visando à geração de conhecimento no âmbito da Colaboração Interprofissional na APS no contexto brasileiro, a partir de um recorte da literatura existente.

Adicionalmente, a viabilidade do estudo pode ser respaldada pela experiência da pesquisadora, que possui uma atuação profissional na área, tendo desempenhado o papel de membro em uma equipe estadual de apoio institucional a equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em três municípios do interior do estado do Maranhão, nomeadamente, Serrado do Maranhão, Pedro do Rosário e Satubinha. Nesse contexto, a pesquisadora desempenhava diversas funções, incluindo a prestação de suporte para o aprimoramento do trabalho em equipe. Ao longo de um período de quatro anos, ela pôde adquirir um entendimento aprofundado sobre a relevância do desenvolvimento da Colaboração Interprofissional nas equipes de ESF.

Sendo assim, todos os critérios foram satisfeitos, e percebe-se que o presente estudo atendeu à classificação utilizada por Castro (1978).

2.3. ESTRUTURA DO TRABALHO

Esta dissertação é composta por seis capítulos, seguidos pelas referências bibliográficas e apêndices.

O capítulo 1 corresponde a apresentação em que foi feita uma breve exposição do caminho da pesquisadora com o objeto de pesquisa.

O capítulo 2 apresenta a introdução, os objetivos, a justificativa e a estrutura do trabalho.

O capítulo 3 apresenta a fundamentação teórica do trabalho que serve de embasamento teórico inicial para a dissertação.

O capítulo 4 descreve a metodologia da pesquisa, incluindo o enquadramento metodológico, a utilização do *Knowledge Development Process - Constructivist (ProKnow-C)* como instrumento de intervenção, além dos procedimentos necessários para a seleção, análise da literatura e estabelecimento da agenda de pesquisa.

O capítulo 5, apresenta os Resultados e Discussão em se realiza a Seleção do Portfólio Bibliográfico, a Análise Bibliométrica do Portfólio Bibliográfico, a Análise Sistêmica da Literatura e a Agenda de Pesquisa.

O capítulo 6, por fim, discorre sobre as Considerações Finais da pesquisa realizada.

Finaliza-se essa pesquisa com a apresentação das referências utilizadas, seguidas pelos apêndices julgados necessários para gerar a compreensão da dissertação.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. Sistemas de Saúde pelo mundo

O contexto de saúde no mundo tem sinalizado para a persistência de grandes desigualdades tendo como ponto em comum a falha dos Sistemas de Saúde (SS). Ao se refletir sobre as necessidades de populações como, por exemplo, vacinas como a situação vivenciada na pandemia do Coronavírus (SARS-CoV-2) em que se precisava com celeridade da vacinação da população. Percebeu-se a grande heterogeneidade e desigualdade entre vários países do mundo em relação ao acesso. Alguns mais céleres, outros sem capacidade alguma para promover a vacinação, muitas vezes, fruto de um SS mal gerido, inexistente ou acessível a apenas a uma parcela da população (WHO, 2007).

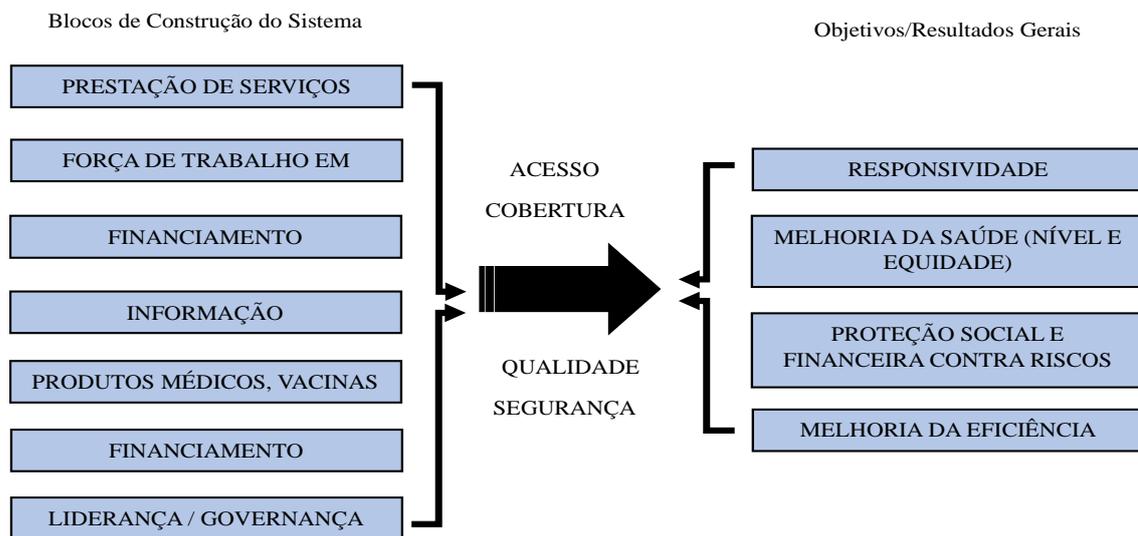
Esse é um exemplo, de muitos outros, relacionado a várias situações de saúde que um país pode apresentar. E, se este tiver um Sistema de Saúde adequado e operante poderia no prazo, de forma confiável, em quantidade suficiente e a um custo razoável

impactar quem mais precisa de forma equânime ofertando saúde de qualidade (WHO, 2007). Nesse sentido, o Sistema de Saúde é concebido como:

(...) um sistema de saúde é constituído por todas as organizações, pessoas e ações cuja intenção primordial é promover, restaurar ou manter a saúde. Isso inclui esforços para influenciar os determinantes da saúde, bem como atividades mais diretas de melhoria da saúde. Um sistema de saúde é, portanto, mais do que a pirâmide de instalações públicas que prestam serviços de saúde as pessoas (WHO, 2007, p. 2, tradução nossa).

Ainda de acordo com a Organização Mundial de Saúde, para que um Sistema de Saúde se estabeleça de forma eficaz é necessário possuir uma determinada estrutura (Figura 1).

Figura 1. Quadro de Sistema de Saúde da WHO



Fonte: (WHO, 2007, p. 3) versão traduzida e adaptada pela autora (2023).

Essa estrutura é concebida, a partir de seis blocos, visando atingir determinados objetivos caracterizando o que seria os atributos desejáveis de um SS. Cada um tem o significado que contribui para o entendimento e estruturação de um Sistema de Saúde, e de acordo com World Health Organization (2007), são eles:

- a) Bons serviços de saúde são aqueles que oferecem serviços eficazes, seguros e de qualidade para aqueles que precisam quando e onde for necessário, com o mínimo de desperdício de recursos;
- b) Uma força de trabalho em saúde com bom desempenho é aquela que trabalha de maneira justa e eficiente para alcançar os melhores resultados de saúde com número suficiente e mistura de pessoal distribuído de forma adequada;
- c) Um sistema de informação de saúde que funcione bem é aquele que garante a produção, análise, disseminação e uso de informações confiáveis e oportunas sobre os determinantes de saúde de forma adequada e confiável;
- d) Um sistema de saúde que funcione bem garante acesso equitativo a produtos médicos, vacinas e tecnologias de qualidade, com segurança, eficácia e custo-efetividade com fundamentos científicos e uso rentável;

- e) Um bom sistema de financiamento da saúde levanta fundos adequados para a saúde, de forma que garantam que as pessoas possam usar os serviços necessários e sejam protegidas da catástrofe financeira ou do empobrecimento associado à necessidade de pagar por eles;
- f) Liderança e governança envolve garantir a política estratégica através da estrutura que existe combinada com supervisão eficaz, construção de coalizões, o fornecimento de regulamentos e incentivos apropriados com atenção ao projeto do sistema e com corresponsabilidade.

Percebe-se, por tanto, que uma combinação e uma variedade de situações podem dificultar ou construir um SS sustentável e está atrelado aos blocos de construção esquematizado na Figura 1. Roncarolo *et al.* (2017) fizeram uma vasta revisão da literatura para compreender as necessidades e os desafios dos SS em todo o mundo e eles especificam que os desafios mais frequentes se confirmam dentro de três categorias, que são: prestação de serviços de saúde, recursos humanos, liderança e governança.

Vale destacar nesses blocos que um sistema de saúde que funcione bem precisa ter, dentre outras características, profissionais de saúde com bom desempenho que dominem o conhecimento técnico e as habilidades necessárias para prestar cuidados de alta qualidade, bem como devem possuir habilidades interpessoais necessárias entre os pares de forma a centrar os cuidados no usuário¹. Cabe aqui salientar que para que haja um trabalho efetivo deve-se levar em consideração não somente as características individuais de cada profissional, da equipe de saúde ou da organização, mas, principalmente, se esses componentes são facilitados pelos determinantes externos e estruturais² de forma que estes não se tornem barreiras intransponíveis para uma atuação eficaz no ambiente laboral (WHO, 2007; D'AMOUR *et al.*, 2008, RONCAROLO *et al.*, 2017).

Serapioni e Tesser (2019) trazem, ao refletir sobre os Sistemas de Saúde com base nos estudos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), que existem três principais tipos de SS, os baseados nos serviços nacionais universais (beveridgeanos), os baseados em seguros sociais obrigatórios (bismarckianos) e os baseados em seguros privados voluntários (smithianos). Além desses três vale ressaltar que existem

¹ Nesta pesquisa, os termos usuário/família/comunidade são concebidos como um parceiro na prestação de cuidados, não apenas como destinatário ou consumidor de cuidados.

² Os determinantes externos e estruturais são compreendidos como fatores externos à organização, como os sistemas sociais, culturais, profissionais e educacionais. São cruciais para a efetivação da Colaboração Interprofissional (MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005, D'AMOUR *et al.*, 2005, D'AMOUR *et al.*, 2008).

outros dois, frutos das mudanças pós Segunda Guerra Mundial que são: SS baseado na Medicina Socializada e modelo criado *ad hoc* por instituições internacionais (Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional), no papel de assessores.

Esses SS são comparados a partir, dos tipos de financiamento, dos cuidados de saúde e as diferenças na organização das prestações de cuidados. Cada modelo tem suas particularidades que podem ser melhor descritas no quadro abaixo.

Quadro 1. Modelos de Sistemas de Saúde

Modelo de Sistema de Saúde	Características
Modelo Beveridge	Com cobertura universal, financiamento proveniente dos impostos gerais e prestação pública da atenção à saúde. Esse modelo nasceu no Reino Unido, mas, por meio de um processo de difusão e adaptação, hoje é presente em muitos países europeus e extra europeus (Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia, Islândia, Nova Zelândia, e, a partir do final dos anos 1970, Itália, Portugal, Espanha e Grécia);
Modelo Bismarck	Com seguros sociais obrigatórios, cobertura universal e financiado por empregadores e empregados, por intermédio de fundos de seguros sem fins lucrativos. As prestações de cuidados podem ser públicas ou privadas. Alemanha é o protótipo desse tipo de SS, mas existem vários países que têm implantado versões semelhantes (Áustria, Bélgica, França, Holanda, Suíça e Japão);
Modelo Adam Smith (com seguros privados)	Com financiamento provindo de contribuições voluntárias de indivíduos e empregadores e com prestações de cuidado de saúde predominantemente privadas. Os Estados Unidos da América (EUA) representam o protótipo desse SS ³ , mas outros países adotaram modelos análogos que contêm elementos relevantes do sistema privado (México, Chile, Austrália etc.).
Modelo de Medicina Socializada	Foi instituído na União Soviética durante a Revolução de 1917 (conhecido como modelo Semashko), e sucessivamente difundido nos países do Leste Europeu. Era um sistema centralizado que garantia acesso universal e era financiado integralmente pelo Estado. Esse SS desenvolveu um papel importante em nível internacional até a queda do Muro de Berlim, no final da década de 1980. Cuba é um exemplo ainda presente e bem-sucedido de SS baseado na medicina socializada, sem a presença do setor privado de saúde.
Modelo criado <i>ad hoc</i> por instituições internacionais	Significou uma transição dos SS do modelo Semashko a um modelo criado <i>ad hoc</i> por instituições internacionais. As mudanças envolvem todos os componentes do SS: arquitetura institucional, financiamento, organização da atenção ambulatorial, organização do cuidado hospitalar e papéis dos profissionais. Quanto ao financiamento, por exemplo, a forma recomendada e adotada na maioria dos países é o seguro social obrigatório. Na Rússia, coexistem, a partir de 1993, três modalidades de financiamento: a) assistência à saúde pública e universal, restrita a um programa básico (saúde materno-infantil, psiquiatria, geriatria etc.) e financiada por impostos; b) seguros sociais obrigatórios, em nível regional, gerenciados por companhias privadas; c) atenção à saúde vinculada a um seguro de saúde voluntário.

Fonte: (SERAPIONI; TESSER, 2019) adaptado pela autora (2023).

É interessante ressaltar que esses são tidos como tipos ideais de SS. O caso brasileiro de SS, que é o Sistema Único de Saúde (SUS), é visto como misto ou segmentado tendo aspectos

³ O Sistema de Saúde nos Estados Unidos está correlacionado com os gastos mais elevados em saúde globalmente, contudo, exibe indicadores de saúde menos favoráveis em comparação com nações que adotam sistemas de saúde universal, independentemente de serem baseados em serviços de âmbito nacional ou seguridade social (RONCAROLO *et al.*, 2017, SERAPIONI; TESSER, 2019).

que se aproximam de cada um dos três principais SS (beveridgeanos, bismarckianos e os smithianos).

3.2. Sistema Único de Saúde (SUS): um Sistema Universal de Saúde

O Sistema de Saúde brasileiro que é o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, nasce a partir de profundas reformas que ocorreram de forma diferente na realidade brasileira, em desacordo com as reformas que aconteciam no mundo, naquele momento. Essas reformas foram, em grande parte, impulsionadas pela sociedade civil brasileira, visto que até antes da Constituição de 1988 a saúde não era reconhecida como um direito público subjetivo, sendo direito apenas de uma pequena parcela da sociedade que trabalhava de carteira assinada (ROMERO, 2013, PAIM *et al.*, 2011).

A proposta brasileira, que começou a tomar forma em meados da década de 1970, foi formada durante a luta pela restauração da democracia. Cresceu um movimento social generalizado, reunindo iniciativas em diferentes setores da sociedade – desde setores de base até populações de classe média e sindicatos – e, em alguns casos, em conjunto com os partidos políticos de esquerda, então ilegais. A visão política e ideológica do movimento da reforma sanitária brasileira era de saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas como uma questão social e política a ser abordada em público (PAIM *et al.*, 2011, p. 1784).

Esses vários movimentos sociais desencadearam, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde que foi um balizador para a saúde como direito do cidadão e lançou as bases do SUS que iria, posteriormente, ser estabelecido a partir da Constituição Federal de 1988. A Conferência teve como temas principais: a saúde como direito de cidadania, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor. Isso alimentou um intenso debate travado até a aprovação da Constituição de 1988 (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Com a promulgação da carta magna brasileira o SUS começou a garantir, por lei, o direito universal a saúde. O SUS pode ser melhor definido nos seus artigos de acordo com a Constituição Federal (CF):

- i. Art. 6º, que reconhece a saúde como direito social;
- ii. Art. 196, que estabelece o dever do estado de garanti-lo, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde;
- iii. Art. 197, que declara serem de relevância pública essas ações e serviços, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, execução e fiscalização;
- iv. Art. 198, que determina a organização das ações e serviços públicos de saúde por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, sob diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade;

- v. Art. 199, que reconhece a iniciativa privada como também promotora de saúde, podendo ser complementar ao SUS;
- vi. Art. 200, que elenca as competências que cabem ao Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1988, ROMERO, 2013).

A implantação do SUS ocorreu logo depois e sendo consolidada pelas Leis n.º 8.080 e n.º 8.142 de 1990 que regulamentavam os serviços, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

O SUS tem como princípios doutrinários:

- a) Universalidade:** É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.
- b) Equidade:** É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.
- c) Integralidade:** É o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade em que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas como unidades prestadoras de serviços, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Um ponto importante a se ressaltar é que o SUS tem como premissa a participação da comunidade, tendo o aporte da Lei 8.142/90 que estabelece que a população, por intermédio de suas entidades representativas, como os Conselhos de Saúde e/ou Conferências de Saúde, possam participar da formulação da política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e serviços de saúde realizados nas três esferas do governo (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Como diretrizes que regem a organização do SUS tem-se a descentralização, a regionalização e a hierarquização de ações e serviços de saúde que garantem direitos aos cidadãos e acesso a um conjunto de ações e serviços, localizados em seu município e próximos à sua residência ou ao seu trabalho, condizentes com as necessidades de saúde. Cabe assim ao

estado a garantia de um conjunto de ações e serviços que supram as necessidades de saúde da população e apresentem elevada capacidade de resposta aos problemas apresentados, organizados e geridos pelos diversos municípios e estados brasileiros (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Logo, o SUS segue todos os seus princípios em todo território nacional sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal atuando de forma tripartite. Assim, o SUS é um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Portanto, é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde no Brasil (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Em relação ao financiamento do SUS, este é realizado através dos impostos e/ou contribuições sociais sendo custeado pelas receitas tributárias e contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. O SUS tem uma peculiaridade que destoa dos outros SS de acesso universal e integral que são relacionados aos gastos com o SS público que são muito inferiores a outros países com SS Universal, como a Inglaterra, Dinamarca e Suécia que que gastam, respectivamente 82%, 84,5% e 82% com Sistema de Saúde público, sendo financiado preponderantemente por impostos gerais. No Brasil a participação do setor público no gasto nacional em saúde é de cerca de 43% mesmo com os avanços do SUS (PAIM *et al.*, 2011, UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012, MARQUES; FERREIRA, 2023). Nesse sentido, é de se refletir sobre como um SS poderá subsistir diante dos grandes desafios que a cada dia se apresentam para serem absorvidos pelo SUS, levando em consideração, os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

A organização e a prestação dos serviços do SUS, que visam garantir a continuidade do atendimento a todos os cidadãos, é dividida em três níveis de atenção, estas são ainda hierarquizadas por níveis de complexidade, isto é, se estruturam em níveis de menor para maior complexidade de ações e serviços de saúde. O primeiro nível de atenção e hierárquico é a atenção primária, seguido da secundária/média complexidade e terciário/alta complexidade. Cada nível de atenção e hierarquia tem responsabilidades, atendendo a demandas com determinada complexidade, custo e necessidade de uso de tecnologias (PAIM *et al.*, 2011, PAIM, 2012, GOMEDI; BOLSONI; SANTOS, 2021).

- a. **A Atenção Primária à Saúde (APS)** é a principal porta de entrada ao SUS, garante a promoção, a prevenção, a proteção e a recuperação da saúde. É representada pela

Unidade Básica de Saúde (UBS), composta por uma equipe de saúde que atende uma população de um território definido. A APS é coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (BRASIL, 2010a, 2017).

- b. A Atenção Secundária em Saúde** é constituída pelas policlínicas, para o atendimento ambulatorial em diversas especialidades, procedimentos e exames, e pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA), dedicada ao atendimento às urgências e emergências, com atendimento 24hs, compreendendo ações intermediárias entre os níveis primário e terciário, podendo servir como porta de entrada ao sistema de saúde (GOMEDI; BOLSONI; SANTOS, 2021).
- c. A Atenção Terciária em Saúde** corresponde aos hospitais especializados, que tem a função de realizar atendimento aos usuários que, por alguma instabilidade em sua condição aguda ou crônica, necessitam de procedimentos cirúrgicos ou internamentos, em enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo os centros com maior densidade tecnológica (GOMEDI; BOLSONI; SANTOS, 2021).

Para que esses três níveis de atenção sejam interligados e organizados foi criada a Rede de Atenção à Saúde (RAS) que é definida de acordo com a PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010:

(...) como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde (...) caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010a, anexo).

O SUS segue com grandes avanços, apesar dos grandes desafios, dentre eles a luta por viabilizar, na prática, um acesso que seja universal e equitativa, mesmo que na letra da lei seja garantido tal direito. Com isso, repensar o financiamento para o SUS é primordial de forma a superar os desafios que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, e de acordo com Paim *et al.* (2011) será necessário uma estrutura financeira revisada e uma reavaliação completa das relações público-privadas no país demonstrando que o maior desafio do SS brasileiro é o político.

3.3. A Atenção Primária à Saúde: origem e prolongamentos

A Atenção Primária à Saúde surge de forma embrionária a partir do chamado Relatório Dawson, em 1920, ofertando o conceito inicial de uma atenção primária focada na organização dos Sistemas de Saúde. Foi um documento produzido pelo

governo inglês, através de uma comissão liderada pelo médico Dawson De Penn (1864-1945) visando a reorganização do modelo de atenção à saúde na Inglaterra e em serviços organizados segundo os níveis de complexidade e custos do tratamento com uma proposta de organização em rede hierarquizada (MATTA; MOROSINI, 2009, GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, PORTELA, 2017).

Começamos com a casa e os serviços, preventivos e curativos, que giram em torno dela, a saber, os do médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro, parteira e visitador de saúde. A estes denominamos serviços domiciliários e constituem a periferia do esquema, sendo o restante de caráter essencialmente institucional (...) os serviços domiciliários de um determinado distrito seriam baseados num Centro de Saúde Primário - instituição apetrechada para os serviços de medicina curativa e preventiva a serem realizados pelos médicos de clínica geral desse distrito, em articulação com um serviço de enfermagem eficiente e com o auxílio de visitas de consultores e especialistas. Os Centros de Saúde Primários variam em tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais e com a sua situação na cidade ou no país (MINISTRY OF HEALTH, 1920, tradução nossa).

Esse documento foi a base para a formulação do SS inglês trazendo importantes contribuições com ênfase na APS, sendo que essa concepção de APS passou a influenciar a organização dos Sistemas de Saúde de todo o mundo. Apesar da grande influência desse conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) ou *primary health care*, este não se traduziu em um conceito uniforme em todo mundo tendo alguns significados diferentes a depender do SS de cada país (MATTA; MOROSINI, 2009, GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, PORTELA, 2017).

Em relação as denominações, essas podem ser divididas em quadro subtipos:

Quadro 2. Denominações de Atenção Primária à Saúde

<i>Selective Primary Care</i>	Promovida pela Fundação Rockefeller um ano depois da Conferência de Alma-Ata, refere-se a programas focais e seletivos, com cesta restrita de serviços comumente direcionado a população muito pobre em que não se discute os condicionantes e determinantes de saúde da população com um todo servindo somente a um número limitado de problemas de saúde.
<i>Primary Care</i>	É a atenção de primeiro nível, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população. Trata-se da concepção mais comum em países da Europa com sistemas universais públicos.
<i>Comprehensive Primary Health Care</i>	É a atenção de primeiro nível abrangente e integral tendo um modelo assistencial e de organização do sistema de saúde de acordo com o proposto em Alma-Ata visando as necessidades individuais e coletivas. Durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), esse foi o conceito adotado e passou a ser denominado de Atenção Básica à Saúde (ABS).
Abordagem de saúde e de Direitos humanos	É uma filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde. Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde como preconizado na Declaração de Alma-Ata.

Fonte: (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) adaptado pela autora (2023).

No Brasil, o conceito de APS que foi utilizado, tanto referente à legislação quanto a base filosófica, foi o *Comprehensive Primary Health Care*, cunhado a partir da Conferência de Alma-Ata (1978), que se refere a um conjunto de práticas integrais em saúde direcionadas a

responder a necessidades individuais e coletivas que, no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de Atenção Básica à Saúde⁴.

Ao traçar um panorama histórico da APS a partir da Conferência ocorrida em Alma-Ata pôde se questionar o que se praticava como sendo saúde no mundo, ao passo que foi um marco no reconhecimento do papel primordial da APS. A conferência de Alma-Ata exerceu profundas críticas ao modelo de intervenções seletivas e ao modelo biomédico cada vez mais especializado e intervencionista, propondo-se ainda a articular práticas populares como a democratização do conhecimento médico e a maior autonomia das pessoas com relação à sua saúde em contraposição à dominância da profissão médica.

A Conferência de Alma-Ata contou com a presença de representações de 134 governos (o Brasil esteve ausente) e recebeu mais de três mil delegados. Na ocasião, o documento “Declaração de Alma-Ata” foi aprovado, tendo sido ratificado em 1979 pela Assembleia-Geral da OMS, que lançou em âmbito mundial a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.752).

Com esse embate entre a concepção de APS integral/ abrangente e a concepção seletiva de APS e visando renovar e reiterar o papel da APS como melhor estratégia para os sistemas de saúde visto que produz melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde das populações surge o conceito de APS Renovada estabelecida em um documento de 2007 da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) intitulado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”. Neste documento, a Atenção Primária à Saúde (APS) renovada é conceituada como uma proposta destinada a revitalizar a capacidade dos países para desenvolver uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável, voltada para a abordagem dos problemas de saúde existentes, o preparo para novos desafios de saúde e o aprimoramento da equidade (OPAS/OMS, 2007, BRASIL, 2010b).

Quando se discute a definição operacional da APS, esta pode ser delineada com base em seus atributos. Foi Barbara Starfield quem pioneiramente estabeleceu esses atributos, que vêm sendo adotados tanto pelo Ministério da Saúde quanto por diversos pesquisadores no Brasil e em âmbito internacional OPAS/OMS. Esses atributos podem ser categorizados em essenciais e derivados da APS. (BRASIL, 2010b).

⁴ Nesse contexto, pode-se dizer que no Brasil, o uso do termo ‘atenção básica’ que designa a atenção primária no SUS, buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais. Os defensores do uso do termo atenção básica argumentam que, em português, básico tem o sentido de essencial, primordial, fundamental, distinto de primário, que pode significar primitivo, simples, fácil, rude. Nesse sentido, a Atenção Básica à Saúde constitui a porta de entrada e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, conforme definido na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 757).

Os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) são os seguintes:

- a) **Acesso de Primeiro Contato:** refere-se à acessibilidade e utilização do serviço de saúde como a primeira fonte de cuidado para cada novo problema de saúde ou episódio recorrente, excluindo emergências e urgências.
- b) **Longitudinalidade:** envolve a existência de uma fonte contínua de atenção ao longo do tempo, com uma relação interpessoal intensa que expressa a confiança mútua entre usuários e profissionais de saúde.
- c) **Integralidade:** abrange a ampla gama de serviços disponíveis na APS, incluindo ações relacionadas ao caráter biopsicossocial e espiritual do processo saúde-doença, bem como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Isso inclui encaminhamentos para especialidades médicas e hospitais, quando necessário.
- d) **Coordenação da Atenção:** pressupõe alguma forma de continuidade no atendimento, seja pelo mesmo profissional, por meio de prontuários médicos ou ambos. Além disso, envolve o reconhecimento e a integração do cuidado fornecido em outros serviços no cuidado global do usuário, garantindo a coordenação entre os serviços de saúde.

Os atributos derivados da Atenção Primária à Saúde incluem:

- a) **Atenção à Saúde Centrada na Família (Orientação Familiar):** isso envolve avaliar as necessidades individuais para a atenção integral, considerando o contexto familiar, incluindo o potencial de cuidado e ameaças à saúde da família. Isso também inclui o uso de ferramentas de abordagem familiar.
- b) **Orientação Comunitária:** Refere-se ao reconhecimento, por parte do serviço de saúde, das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade. Envolve estabelecer uma relação com a comunidade, planejamento conjunto e avaliação dos serviços de saúde em conjunto com a comunidade.
- c) **Competência Cultural:** Isso implica na adaptação dos provedores de saúde, incluindo equipes e profissionais de saúde, às características culturais especiais da população atendida, a fim de facilitar a relação e a comunicação com essa população.

A concepção abrangente da Atenção Primária à Saúde (APS) destaca a interdependência entre a compreensão da saúde e o contexto socioeconômico e político. Isso implica na necessidade de estabelecer uma articulação eficaz com múltiplos setores da sociedade, a fim de estabelecer uma APS, ou seja, uma Atenção Básica à Saúde, que seja capaz de

solucionar problemas de saúde e desempenhar um papel fundamental na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010b).

3.4. A Atenção Básica à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família no Brasil

A APS no Brasil tem uma história singular e se desenvolveu em ciclos tendo diversas experiências segmentadas e incipientes já em curso desde o início do século XX e, inclusive como referenciado anteriormente, a APS ganhou um nome diferente no Brasil, chamada de Atenção Básica a Saúde (ABS) (MATTA; MOROSINI, 2009, GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, MENDES, 2015).

Fazendo uma retrospectiva histórica sobre essas ideias iniciais de APS no Brasil, temos assim dividido esse processo a partir de sete ciclos, de acordo com Mendes (2015, p. 30-31):

- **Primeiro ciclo:** iniciou a partir 1924 com os Centros de Saúde criados na USP; provavelmente, esses centros sofreram alguma influência do pensamento dawsoniano do Reino Unido.
- **Segundo ciclo:** deu-se no início dos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde.
- **Terceiro ciclo:** instituído a partir da metade dos anos 60, desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original sespiano, o que implicava focalizar suas ações na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados com algum grau de verticalidade.
- **Quarto ciclo:** ocorreu nos anos 70, é contemporâneo da emergência, na cena internacional, da proposta de APS que seria referendada pela Conferência de Alma-Ata em 1978. Esse ciclo começou a se desenvolver na forma de programas de extensão de cobertura, referidos claramente pela decodificação da APS como programa de atenção primária seletiva com objetivos de extensão de cobertura. Iniciados como experiências-piloto em universidades, confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que começou pelo Nordeste em 1976 e alcançou abrangência nacional em 1979.
- **Quinto ciclo:** deu-se no início dos anos 80, concomitantemente a uma grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS). A AIS visava promover a integração dos serviços de atenção individual da Previdência Social com os serviços de saúde pública de estados e municípios, servindo de inspiração para

o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa de Saúde da Família (PSF), como início do que seria, no futuro, uma Política Nacional de Atenção Básica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, PINTO; GIOVANELLA, 2018).

- **Sexto ciclo:** concretizou-se, partir da instituição do SUS em 1988, e levou por meio da municipalização das unidades de APS dos estados que passaram à gestão dos municípios, o que gerou uma enorme expansão dos cuidados primários.
- **Sétimo ciclo:** surge com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) que significou o desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira que se denomina ciclo da Atenção Básica à Saúde (ABS) e que vige atualmente. Um dos propósitos do PSF foi colaborar na organização do SUS em seu processo de municipalização, promovendo a integralidade do atendimento e estimulando a participação da comunidade por meio da reorganização das práticas de trabalho (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, MENDES, 2015).

Foi a partir desses diversos ciclos, e especialmente a partir da instituição do SUS, e seus diversos princípios, que o Programa Saúde da Família (PSF) foi reorientado para se tornar uma estratégia, pois ainda se constituía com características da APS seletiva visto que o programa focalizava populações muito pobres com cesta restrita de serviços e baixa articulação com o restante da rede de assistência (MATTA; MOROSINI, 2009, GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Ao ser reorientada como estratégia pôde ter um caráter mais abrangente devendo estar articulada aos demais níveis de forma a orientar a reestruturação do sistema. Essa nova dinâmica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi primeiramente proposto pelo Ministério da Saúde em um documento intitulado “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” (BRASIL, 1997, MATTA; MOROSINI, 2009, GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Nele o PSF era assim redefinido:

O Ministério da Saúde assume o desafio de colocar em seu plano de Ações e Metas Prioritárias as estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde como caminhos possíveis no processo da reorganização da atenção básica em saúde, com a certeza de que as mesmas já constituem uma realidade concreta no contexto da mudança do modelo assistencial no qual está empenhado o país (...) Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997, p. 5; 8).

Em 2006 o Ministério da Saúde pela PORTARIA Nº 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006 instituiu a Política Nacional de Atenção Básica em que foi possível constituir uma Política

Nacional de Atenção Básica (PNAB) que incorpora a concepção de APS abrangente colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde (MATTA; MOROSINI, 2009, GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Essa política é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). E, aqui cabe citar os movimentos sociais, a população e os trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Logo, a Atenção Básica é o primeiro ponto de atenção, e a porta de entrada preferencial do sistema e a ordenadora de todos os pontos de atenção à saúde buscando, assim, produzir a atenção integral (MATTA; MOROSINI, 2009, GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A PNAB é considerada o marco histórico para a consolidação nacional e a expansão da ESF, visando a reorganização da atenção básica no Brasil, alterando e revogando dezenas de Portarias existentes até então. Posteriormente, mais duas versões, revisando a PNAB, foram publicadas pelo Governo Federal, uma em 2011 pela PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 e outra, em setembro de 2017 pela PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 que é a que vige atualmente (MATTA; MOROSINI, 2009, GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, PINTO; GIOVANELLA, 2018).

E, partindo da Nova PNAB de 2017, mesmo com o grande desenvolvimento conseguido em versões anteriores, houve um retrocesso, pois, conquistas alçadas nas publicações anteriores foram desfeitas. Morosini, Fonseca e Lima (2018) e Morosini, Fonseca e Baptista (2020) assim elencam alguns desses retrocessos da PNAB 2017:

- a. Definição de padrões distintos de serviços, a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho na Atenção Básica;
- b. Reestruturação que abrange diretrizes, formas de organização dos serviços, processo de trabalho e escopo de práticas, com impactos sobre o modelo de atenção e o direito à saúde;
- c. Relativização da universalidade, recomendando a cobertura de 100% da população apenas em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social;
- d. Segmentação do cuidado pela oferta de padrões diferenciados de serviços (básico e ampliado);
- e. Desloca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) de sua posição central para a organização da atenção básica, admitindo composições de equipe e carga horária que retomam a chamada “atenção básica tradicional e com mesmo aporte de recursos.

Além dessas mudanças (retrocessos) na PNAB 2017, houve ainda a equiparação dos termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde. E, outros documentos do Ministério da Saúde já usam o termo Atenção Primária à Saúde (APS) em vez de Atenção Básica.

Retoma-se a nomenclatura internacional - APS - desconsiderando o esforço de diferenciação no sentido de afirmar a atenção básica como um campo comprometido com a universalidade e a integralidade, em sintonia com os princípios do SUS e em contraposição às orientações restritivas e seletivas hegemônicas em nível global, atualmente articuladas à noção de cobertura universal (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 2).

Essas mudanças (retrocessos) atingem em cheio as conquistas alcançadas pela ESF e todo o desenvolvimento que estava em curso para prover uma Atenção Básica forte, que é de fundamental importância em um sistema universal de atenção integral à saúde.

Outro ponto importante é a mudança nos tipos de equipe e estas podem assim ser definidas (Quadro 3):

Quadro 3. Tipos de Equipe de Saúde da Estratégia de Saúde da Família

Equipe de Saúde da Família (eSF) ⁵	Modelo prioritário de organização e ampliação da Atenção Básica no Brasil sendo considerado a melhor estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Possui composição mínima: Médico + Enfermeiro + Auxiliar e/ou técnico de Enfermagem + ACS. Pode ser acrescido complementarmente pelo ACE (Agentes de Combate a Endemias) + Equipe de Saúde Bucal. Deve cobrir 100% das áreas com vulnerabilidade com no máximo 750 pessoas por ACS. É obrigatória uma carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas uma eSF, no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) vigente.
Equipe de Atenção Primária (eAP) ⁶	De acordo com a PORTARIA DO MS Nº 2.539 DE 26/09/2019, a equipe de Atenção Primária (eAP) difere da equipe de Saúde da Família (eSF) em sua composição de modo a atender às características e necessidades de cada município, e deverá observar as diretrizes da PNAB e os atributos essenciais da APS como: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação e a integralidade. As eAP deverão ser compostas minimamente por médicos, preferencialmente, especialistas em medicina de família e comunidade e enfermeiros, preferencialmente, especialistas em saúde da família cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde. As eAP poderão ser de duas modalidades, de acordo com a carga horária: Modalidade I: a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 20 (vinte) horas semanais, com população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF; ou Modalidade II: a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 30 (trinta) horas semanais, com população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF. Não se aplica aos profissionais da

⁵ Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Parágrafo único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2017).

⁶ Nomenclatura modificada pela PORTARIA Nº 2.539, DE 26 DE SETEMBRO DE 2019, que antes era denominado equipe de Atenção Básica (eAB) passa a ser denominado equipe de Atenção Primária (eAP) (BRASIL, 2019a).

	<p>eAP a vedação à participação em mais de uma eAP ou eSF, não sendo hipótese de suspensão de repasse a duplicidade de profissional. O cadastro das eAP no SCNES deverá observar os mesmos códigos para o cadastro das eSF.</p> <p>As citações à Equipe de Atenção Básica - eAB feitas nesta portaria e em outros atos normativos devem ser interpretadas, no que couber, como referências à Equipe de Atenção Primária - eAP.</p>
Equipe de Saúde Bucal (eSB)	<p>Pode compor eSF ou eAP tendo a composição do Dentista + Auxiliar e/ou técnico de Saúde Bucal. Devem se vincular à UBS ou Unidade Odontológica Móvel. Devem, portanto, compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a eSF / eAP a qual integra. Possui duas modalidades: modalidade I⁷ composto por: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e modalidade II composto por: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB. Cada eSB e eSF ganha os equipamentos odontológicos.</p>
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)	<p>Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP). Podem ser integrados por diferentes profissionais, são eles: médico acupunturista, assistente social, profissional/professor de Educação Física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas, conforme a normativa vigente. De acordo com a NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS desde janeiro de 2020, foram revogados a forma de financiamento e os arranjos organizacionais dessa proposta, bem como a impossibilidade de credenciamento pelo MS de novas equipes de Nasf-AB estando o gestor municipal responsável pela composição das equipes.</p>
Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)	<p>É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica.</p>
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR):	<p>São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As eSFR são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita.</p>
Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF)	<p>São equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial.</p>

⁷ De acordo com a PORTARIA Nº 2.539, DE 26 DE SETEMBRO DE 2019 modo a atender às características e necessidades de cada município, poderão também ser compostas eSB na modalidade I com carga horária diferenciada, nos seguintes termos: Modalidade I-20h: eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 20 (vinte) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF; ou Modalidade I-30h: eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 30 (trinta) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF (BRASIL, 2019a).

Equipe de Consultório na Rua (eCR)	Equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica.
Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP)	São compostas por equipe multiprofissional que deve estar cadastrada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade. Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, é previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que os serviços de saúde no sistema prisional passam a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas Unidades Básicas de Saúde a que estiver vinculada, conforme portaria específica.

Fonte: (BRASIL, 2017, atualizada) adaptado pela autora (2023).

O que se verifica por meio dessa diversidade de equipes é a contínua alteração de metas, composições, fontes de financiamento, estruturação dos serviços, entre outros fatores, o que resulta em uma persistente instabilidade para os profissionais de saúde e os gestores, que se veem constantemente compelidos a reestruturar suas atividades em um ciclo infundável, reflexo das oscilações políticas no Brasil. Anualmente, ocorre a transição de governos, e com eles, a substituição de projetos iniciados pela administração anterior, mas que não são continuados (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Paralelamente a esse cenário, está emergindo uma lógica de gerencialismo ou managerialismo. O termo "managerialismo" pode ser definido como o sistema de descrição, explicação e interpretação do mundo com base nas categorias e conceitos de gestão derivados do setor privado. A nível organizacional, é possível observar a ampla difusão das noções e princípios de administração originários de empresas privadas, tais como eficiência, produtividade, desempenho, competência, liderança empresarial, qualidade total, foco no cliente, produto, marketing, excelência, reengenharia, entre outros, em instituições que incluem escolas, universidades, hospitais, órgãos governamentais, serviços sociais, museus, teatros, organizações sem fins lucrativos e até mesmo instituições religiosas (CHANLAT, 2002, CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2014)

Chiavegato Filho e Navarro (2014) evidenciam que a abordagem gerencialista permeia o âmbito da saúde e que essa tendência está correlacionada com a deterioração do processo de trabalho no setor da saúde, uma vez que se constata um aumento progressivo em:

1. Ausência de concursos públicos na área;
2. Aviltamento de carreiras e salários;
3. As terceirizações aleatórias;

4. O aumento dos contratos temporários;
5. As avaliações de desempenho descontextualizadas.

A precarização do processo de trabalho no campo da saúde não apenas afeta negativamente a vida social e pessoal dos profissionais, mas também incide diretamente nas interações entre esses profissionais e a estrutura das unidades de atendimento, comprometendo a qualidade e a continuidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A isso se soma uma significativa recessão econômica no Brasil, que resultou na Emenda Constitucional 95, impondo um limite de gastos públicos por um período de 20 anos, levando o SUS de um estado de subfinanciamento para uma condição de desfinanciamento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, PINTO; GIOVANELLA, 2018, MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Essas modificações nos gastos públicos coincidiram com as propostas de várias reformas, que vêm sendo implementadas desde os anos 90, em resposta às persistentes pressões de organizações multilaterais, ao longo de décadas, buscando a instauração (ou, em alguns casos, a reintrodução) de uma atenção primária focada e seletiva, a qual atualmente ganhou mais destaque. O que subjaz a essas transformações profundas é uma lógica neoliberal de caráter notavelmente prejudicial, que reflete o avanço do gerencialismo no setor de saúde (CHANLAT, 2002, CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2014, MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, PINTO; GIOVANELLA, 2018, MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Um exemplo dessas reformas é a mudança do modelo de financiamento da APS, denominado de Previne Brasil. Este foi instituído pela PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019 com a função de organização do repasse financeiro para APS conforme critérios definidos e com processo avaliativo baseado em indicadores. Segundo os autores que as defendem, esses critérios estão de acordo com os atributos essenciais e os atributos derivados da APS, visto que colocam as pessoas no centro do cuidado, a partir de composição de mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais e, além disso, inovam ao primar e reconhecer eficiência e efetividade (termos do mercado), sem deixar de primar pelo acesso (BRASIL, 2019b, HARZHEIM *et al.*, 2020).

Com a nova portaria ficou definido as três formas de financiamento da APS: a capitação ponderada (cadastro válido eSF e eAP), o pagamento por desempenho (Indicadores) e o incentivo para ações estratégicas (inc. adesão), ficando extintos: o PAB Fixo (financiamento *per capita*) e o financiamento direto do NASF-AB e da eSF (BRASIL, 2019b).

No entanto, muitas críticas foram elencadas a esse modelo de financiamento e algumas delas são apresentadas abaixo (Tabela 1):

Tabela 1. Tipos de Financiamento e Críticas	
Tipos de Financiamento Previne Brasil	Críticas
Capitação Ponderada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (...) capitação apresenta vantagens como a adscrição de clientela, a responsabilização por uma determinada população e o fortalecimento do vínculo com equipes de saúde/serviços. Informações produzidas pelo registro de pessoas podem ser de grande valia para o reconhecimento do perfil epidemiológico e o planejamento da oferta de ações de saúde. Além disso, a capitação pode dar ao usuário a opção de se vincular ao serviço que desejar, estimulando a competição entre equipes. Como eventuais efeitos perversos, descreve-se a seleção de pacientes (<i>risk selection</i>) por meio da criação de barreiras para registro de pessoas que utilizem excessivamente o sistema de saúde ou que façam tratamentos de alto custo (MASSUDA, 2020, p. 1185). ▪ Recursos majoritariamente variáveis atrelados à demanda excessiva de registro nos sistemas vinculado à parâmetros de financiamento processos burocráticos em detrimento de tempo para o cuidado, ao passo que prioriza ainda a assistência médica, de enfermagem e de saúde bucal em detrimento de outras categorias profissionais, marcada pela falta de incentivo financeiro específico para as equipes NASF-AB e pelo incentivo destinado à residência médica e multiprofissional, que abarca apenas médicos, enfermeiros e odontólogos (SOARES, 2022, p. 42).
Pagamento por desempenho (indicadores)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financiamento a partir de resultados alcançados pelas equipes sobre indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde. Os 7 indicadores do Pagamento de Desempenho são insuficientes para monitorar os resultados de saúde e não refletem a produção em saúde do território. Ao buscar estimular que as equipes aumentem a produtividade para atingir metas pré-estabelecidas evidenciam melhorias modestas em indicadores de processos sob avaliação e nenhuma melhoria consistente nos resultados em saúde. Além disso, o instrumento pode apresentar como efeito colateral a redução da atenção das equipes para problemas de saúde que não estejam contemplados nas métricas de avaliação. Consequentemente, ao se estabelecer a avaliação de desempenho como critério para o financiamento da APS no SUS, é possível que os municípios concentrem atenção em indicadores que serão monitorados, alterando o escopo de trabalho das equipes de APS que deve ter como objeto os problemas de saúde apresentados pela comunidade (MASSUDA, 2020, p. 1185).
Incentivo para ações estratégicas (inc. adesão)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O novo modelo contém, ainda, um componente com incentivos para ações estratégicas, com subcomponentes como: o Programa Saúde na Hora, Informatização, Formação em Residência Médica e Multiprofissional, Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde, Promoção da Saúde (Saúde na Escola e Academia da Saúde), além de especificidades como Consultório na Rua, Unidades Básicas de Saúde (UBS) Fluviais, entre outros, reconhecidamente importantes na trajetória de fortalecimento da APS no País. Porém, exclui financiamento específico para as equipes de Nasf-AB. A exclusão dos incentivos voltados para os Nasf parece incidir também sobre o caráter multiprofissional da ESF, que tinha nesses profissionais a complementariedade de saberes e práticas, a partir do apoio matricial e atuação clínica compartilhada, visando ampliar a resolutividade e capacidade de cuidado da APS (MELO <i>et al.</i>, 2019, p. 138-139).

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Essa portaria entrou em vigor com a justificativa de dar mais autonomia aos gestores municipais no uso dos recursos federais alcançando os grupos mais vulneráveis e garantindo custo-efetividade na política de atenção básica, ou seja, as transferências intergovernamentais

passaram a ser calculadas a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de APS, com resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores e incentivo por ações específicas (modelo misto de financiamento) (MASSUDA, 2020, GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

No entanto, a modernização trazida pelo Programa Previner Brasil, com adoção da capitação e da avaliação de desempenho com muitos critérios para o cálculo de transferências financeiras parece mais restringir do que qualificar os serviços, ao limitar a universalidade, ampliar distorções no financiamento entre municípios e induzir a focalização das ações na APS quando coloca em pé de igualdade eSF e eAP, sendo que a primeira é completa, logo demandando mais financiamento e a segunda podendo ser composta por enfermeiro e médico apenas, voltando a ideia tradicional de atenção primária “postinho de saúde” e desconsiderando, por exemplo, a importância do ACS como elo entre a comunidade e equipe (MELO, *et al.*, 2019, MASSUDA, 2020, MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, VIEIRA; LIMA, 2022).

Com essa nova forma de financiamento, observa-se um aumento na parcela dos recursos alocados para a Atenção Primária por meio de Emendas Parlamentares. Essa prática já existia anteriormente, mas atualmente ela está ampliada, o que aponta para disparidades significativas na distribuição de recursos com base nos diferentes grupos de municípios. Frequentemente, essa alocação de recursos está associada a motivações de natureza política e partidária (VIEIRA; LIMA, 2022, NOBRE, 2023).

(...) nota-se que a execução das despesas discricionárias vem diminuindo em prol de um aumento do envio de recursos provenientes de Emendas Parlamentares, com foco nas Emendas de Relator. No caso da APS, esse movimento não foi diferente. Em 2020, a participação relativa de Emendas de Relator na APS foi de 1,45%, ou R\$ 434 milhões, em relação ao orçamento total executado. Em 2021, a participação foi de 11,7%, ou R\$ 4 bilhões, um crescimento de 831% (aproximadamente 10 p.p.) no custeio e investimento executado para a Atenção Primária. Em contrapartida, as despesas discricionárias cresceram apenas R\$ 758 milhões, ou 33,7%, o que aponta não só uma desaceleração no nível de execução orçamentária (R\$ 3 bi ante R\$ 2,2 bilhões), como um nível de execução menor frente ao de Emendas de Relator (NOBRE, 2023, p. 6).

Essa estrutura evidencia a ausência de responsabilidade por parte do Ministério da Saúde no que se refere à execução e alocação dos recursos, transferindo a representatividade no orçamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) para as emendas parlamentares. Essas emendas carecem de critérios transparentes na destinação de seus recursos, o que denota a heterogeneidade na distribuição desses fundos, com o critério de alocação sendo predominantemente político, em detrimento da equidade, conforme estabelecido na Constituição Federal e nos princípios do SUS. (VIEIRA; LIMA, 2022, NOBRE, 2023).

O desfinanciamento e o avanço do gerencialismo no SUS e na APS, além de tantos outros desafios acabam por refletir nas equipes de saúde da ESF, que deixam de ver saúde como um direito humano fundamental passando a compreendê-la como *modus operandi* de atingir metas de produtividade em saúde cada vez maiores.

(...) o viés gerencialista e produtivista da gestão dos serviços e do trabalho consolidou-se em detrimento de um processo de trabalho mais participativo, realizado em equipe, e de uma vinculação mais segura e justa para os trabalhadores, que oferecesse estabilidade e melhores condições para as equipes enfrentarem as mudanças na condução da política. Seus efeitos foram desdobrados no próprio processo de cuidado, fortalecendo práticas e ações passíveis de mensuração, prejudicando a valorização da escuta e a interação subjetiva, características da educação em saúde e igualmente indispensáveis ao exercício da clínica ampliada (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 15).

Compreende-se, portanto, o jogo simbólico que a lógica gerencialista impõe com vistas a tomar o espaço do serviço público na persona do servidor público, e sustenta perante a sociedade em que estes são vistos “associados à imagem de funcionários pouco inclinados a trabalhar e preocupados principalmente por suas vantagens e seus privilégios, ideia, aliás, mais ou menos difundida dependendo das épocas e das camadas sociais” (CHANLAT, 2002, p. 1). Esse discurso serve de causa e justificativa para os que defendem a privatização das instituições públicas como único meio para mudança de *mindset*, se aqui cabe a ironia.

É evidente que os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro impactam diretamente os desafios organizacionais, notadamente no que se refere aos recursos humanos em saúde, que desempenham um papel central no processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em particular, da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As mudanças estruturais propostas pela nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) afetam de modo significativo os vínculos de emprego, as estratégias de retenção de profissionais e a adesão desses profissionais a um modelo assistencial colaborativo e interprofissional (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Esses desafios, juntamente com outros, são amplamente percebidos no âmbito do SUS e, de forma ainda mais acentuada na APS, tornando-se obstáculos para o aprimoramento do sistema de saúde. No entanto, o SUS persiste e mantém seu compromisso com a oferta de atenção primária abrangente, conforme delineado na Declaração de Alma-Ata, uma visão reiterada ao longo das muitas batalhas travadas no país e no exterior. Mesmo diante de desafios substanciais, as equipes de saúde que compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) desempenharam um papel crucial no avanço da atenção básica no Brasil, proporcionando acesso à saúde para um grande número de pessoas, um feito que se tornou ainda mais evidente durante a pandemia de COVID-19, ocorrida de 2019 a 2023 (CHANLAT, 2002, GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2014).

Ademais, diversos estudos sugerem que a ESF contribui para melhorias em diversos indicadores de saúde, sobretudo no que se refere ao acesso e à equidade, com resultados que se aproximam dos níveis observados em países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Essa iniciativa é reconhecida mundialmente como um exemplo de sucesso, sem precedentes em qualquer outra parte do SUS (CHANLAT, 2002, GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2014, MACINKO; HARRIS, 2015, PINTO; GIOVANELLA, 2018, MACINKO; MENDONÇA, 2018).

A reorganização do SUS orientada por uma atenção primária à saúde, através da Estratégia de Saúde da Família, abrangente, condutora do processo de atenção com boa integração da rede de serviços e com orientação comunitária no enfrentamento de determinantes sociais, é uma perspectiva para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde que contribui para efetivar o direito à saúde em nosso país (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 825).

3.5. A Colaboração Interprofissional no contexto da Atenção Primária à Saúde e das Equipes de Saúde da Família

Como discutido anteriormente, desde 1978, com a Declaração de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida por seu impacto positivo nos indicadores de saúde. Com base no Relatório Mundial em Saúde de 2008 a APS é colocada como estratégica e impulsionadora das reestruturações dos sistemas de saúde em vários países do mundo. A equidade no acesso, a efetividade dos serviços, a força de trabalho em saúde, a eficiência no uso de recursos e a capacidade de resposta diante das necessidades da população são importantes aspectos da APS e componentes primordiais dessas reestruturações (MATUDA *et al.*, 2015).

Logo, a atenção básica consegue lidar com as questões de saúde relacionadas a cerca de 80% das demandas recebidas, acompanhando o tratamento dos pacientes crônicos e referenciando aqueles com necessidades de especialidades e atendimento de média e alta complexidade, ao passo que faz ainda contrarreferência destes (AGUILLAR; ALCOFORADO, 2020).

Nesse aspecto, visando cumprir os princípios APS e do SUS, a Estratégia de Saúde da Família é propulsora e base da APS no Brasil. A ESF, estabelece-se como uma estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os princípios do SUS, favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades tendo na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (MATUDA *et al.*, 2015).

É a partir do atendimento do cidadão pela ESF que se inicia a prestação do serviço assistencial de saúde pública. A ESF constitui o principal mecanismo utilizado para induzir a expansão da cobertura da APS no Brasil e é operadora das ações de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos oferecidos pela equipe de saúde da família. No Brasil, a APS conta com aproximadamente 43.160 equipes implantadas pela Estratégia de Saúde da Família, que oferecem cobertura de cerca de 64,9% da população. As equipes da APS brasileira têm contribuído significativamente ao acesso do cidadão aos serviços de saúde de forma capilarizada, chegando muitas vezes a locais nos quais outros serviços não alcançam (BRASIL, 2020, GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

As equipes da Estratégia de Saúde da Família são compostas por profissionais de diferentes áreas visando, a partir da integração de distintos saberes, compreender e atuar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo de saúde-doença. Todavia, a composição de uma equipe multiprofissional não é sinônimo de atuação interdisciplinar e da integralidade no cuidado. Sendo assim, o modo de funcionamento em grupo e a maneira como se articulam os diferentes saberes pode facilitar ou dificultar essa atuação (BRASIL, 2017, AGUILLAR; ALCOFORADO, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) trouxe um documento em 2010 “O Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”, em que consta a necessidade da prática da Colaboração Interprofissional nos serviços de saúde, haja vista, que os SS estão com déficits de profissionais e requerendo novas formas de relacionamento nas organizações. Logo, deve-se lançar mão de maneiras estratégicas e inovadoras que fortalecerão a força de trabalho da área da saúde e a APS tem sido o espaço em que frutificam os maiores avanços em serviços de saúde com base na prática colaborativa (OMS, 2010, PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Os governos, em todo o mundo, estão buscando soluções inovadoras e transformadoras do sistema, que assegurem a disponibilidade, a variedade e a distribuição adequada da força de trabalho de saúde. Uma das soluções mais promissoras reside na Colaboração Interprofissional (OMS, 2010. p.12).

Ao contextualizar a Colaboração Interprofissional no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, essa remonta aos anos 1960/1970 relacionada a propostas de trabalho em equipe vinculadas aos movimentos da Medicina Preventiva, Comunitária e Integral. Essa abordagem emergiu como uma resposta à necessidade de reformular a formação dos profissionais de saúde, transitando de uma perspectiva uniprofissional para uma visão interprofissional (PEDUZZI; AGRELI, 2018, PEDUZZI *et al.*, 2020).

A partir dos anos 2000, o conceito de trabalho em equipe passou a estar intrinsecamente associado à prática colaborativa. Nesse contexto, não basta que equipes de saúde estejam

integradas e eficazes para aprimorar o acesso e a qualidade da assistência à saúde. Torna-se fundamental que equipes de um mesmo serviço colaborem entre si, bem como que profissionais e equipes de um determinado serviço colaborem com profissionais e equipes de outros serviços e setores, adotando uma lógica de redes (PEDUZZI; AGRELI, 2018, PEDUZZI *et al.*, 2020).

Assim, a Colaboração Interprofissional se posiciona como uma estratégia com potencial para mitigar as questões inerentes ao modelo de assistência e à força de trabalho, bem como para aprimorar a eficácia dos sistemas de saúde. Ela envolve profissionais de diversas disciplinas que desejam colaborar em suas ações, ao mesmo tempo em que reconhecem a importância de manter certo grau de autonomia profissional (MATUDA *et al.*, 2015, PEDUZZI *et al.*, 2020).

A Colaboração Interprofissional caracteriza-se como uma abordagem de trabalho em equipe na qual profissionais de diferentes campos convivem, interagem e tomam decisões de forma conjunta visando à prestação de cuidados em saúde de maior qualidade. Essa abordagem tem implicações na área da educação, destacando a necessidade de formar profissionais capazes de colaborar de forma interprofissional para atender às demandas de saúde (ARRUDA; MOREIRA, 2018).

O trabalho colaborativo e interprofissional é organizado de modo que haja uma constante troca de experiências, e as equipes, em vez de indivíduos isolados, tornam-se estruturas essenciais no ambiente de trabalho. Esse princípio ganha especial relevância no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), cujas ações resultam da interação entre organizações, equipes, profissionais e usuários, bem como das ações e interações que constituem essas relações (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013).

A Colaboração Interprofissional é uma prática debatida nos dias atuais e é empregada para descrever diversas formas de interação entre profissionais de distintas áreas do conhecimento, com o objetivo de proporcionar cuidados abrangentes e de alta qualidade. Essa abordagem se alinha com a ideia de cuidado integral e enfatiza práticas participativas que se baseiam em relacionamentos interpessoais mútuos e recíprocos, em contraste com as relações tradicionais hierarquizadas. Essa abordagem requer um contínuo processo de comunicação para a tomada de decisões, permitindo que os conhecimentos e habilidades de profissionais diversos atuem de maneira sinérgica em benefício do paciente e da comunidade (MATUDA *et al.*, 2015).

Na prática colaborativa, os profissionais buscam diminuir a competição e substituir desequilíbrios nas relações de poder no contexto do cuidado em saúde por parcerias interprofissionais e responsabilidade coletiva. Isso desempenha um papel relevante nos

processos de trabalho, particularmente nas Equipes de Saúde da Família (eSF) (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013).

Portanto, ao relacionar a Colaboração Interprofissional e as Equipes de Saúde da Família (eSF), percebe-se que a Colaboração Interprofissional tem sido reconhecida como uma estratégia para promover cuidados em saúde de maior qualidade, mais abrangentes e eficazes, além de contribuir para a discussão sobre uma nova forma de organização mais integrada. A Colaboração Interprofissional tem se tornado um tópico central nas discussões de políticas de saúde, com o intuito de aprimorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, com foco em uma abordagem contínua e ampla da assistência à saúde que envolve ativamente a perspectiva do usuário, da família e da comunidade, visando cuidar com as pessoas, em vez de cuidar apenas para as pessoas. Para alcançar esse objetivo, é essencial compreender melhor os processos colaborativos (D'AMOUR *et al.*, 2008, PEDUZZI; AGRELI, 2018).

3.6. Modelo de Colaboração Interprofissional adotado na pesquisa: dimensões e indicadores

O modelo de Colaboração Interprofissional surgiu a partir de pesquisas realizadas por Danielle D'Amour, docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Montreal, Quebec, Canadá, no âmbito da Ação Coletiva e Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde em Quebec, Canadá. Essa pesquisa culminou na sua tese intitulada *Structuration de la Collaboration Interprofessionnelle dans les Services de Sante de Premiere Ligne au Québec* (D'AMOUR, 1997).

No contexto da Atenção Primária à Saúde do Canadá, a pesquisa de D'Amour (1997) demonstrou como a Colaboração Interprofissional pode ser compreendida, tendo como base teórica a Teoria da Ação Coletiva desenvolvida por Crozier e Friedberg. Nessa perspectiva teórica, a ação coletiva não é inerente, mas sim uma construção social, caracterizada como arbitrária e indeterminada, uma vez que depende da vontade dos atores envolvidos e está sujeita a diversas variáveis (CROZIER; FRIEDBERG, 1990).

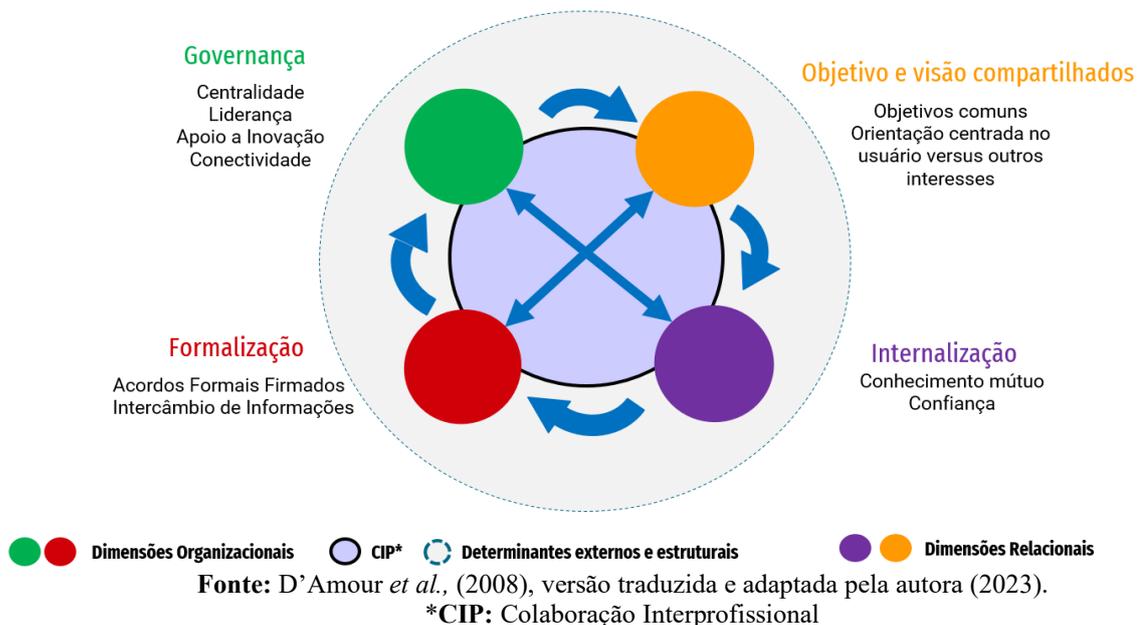
(...) se a ação coletiva constitui um problema para nossas sociedades, isso se deve sobretudo ao fato de não ser um fenômeno natural. Tampouco é o resultado automático do desenvolvimento das interações humanas, numa dinâmica espontânea que levaria os homens, como “seres sociais”, a se unir, agrupar e “organizar-se”; nem a consequência lógica e predeterminada da “estrutura objetiva” dos problemas a serem resolvidos (...) Não são mais do que soluções específicas que foram criadas, inventadas ou instituídas por atores relativamente autônomos com seus recursos e capacidades particulares, para resolver os problemas colocados pela ação coletiva e, sobretudo, o mais fundamental deles, o de sua cooperação visando atingir objetivos comuns, ainda que com orientação divergente (CROZIER; FRIEDBERG, 1990, p. 13, tradução nossa).

Esses autores entendem que a ação coletiva surge localmente como um produto das ações e comportamentos de vários atores que interagem entre si. Logo, a Colaboração Interprofissional é um conjunto de interações que permitem aos profissionais partilhar os seus conhecimentos, a sua experiência, as suas competências para os colocar, concomitantemente, a serviço dos usuários (CROZIER; FRIEDBERG, 1990, D'AMOUR, 1997, D'AMOUR, SICOTTE; LÉVY, 1999).

À vista disso, o modelo desenvolvido por D'Amour, que é baseado no conceito de ação coletiva da sociologia das organizações, pode ser usado para melhor compreender colaboração nas organizações de saúde podendo ainda analisar as diversas interações entre os atores de um sistema organizacional cada vez mais complexo e heterogêneo. Esse modelo de Colaboração Interprofissional sofreu várias modificações ao longo tempo dando origem ao que hoje chama-se Modelo Quadridimensional de Colaboração (D'AMOUR, 1997, D'AMOUR, SICOTTE; LÉVY, 1999, D'AMOUR; OANDASAN, 2005, D'AMOUR *et al.*, 2005, D'AMOUR *et al.*, 2008).

Nesse modelo a Colaboração Interprofissional pode ser analisada em termos de quatro dimensões e dez indicadores. Duas das dimensões envolvem relações entre indivíduos e duas envolvem o ambiente organizacional e as quatro dimensões estão inter-relacionadas e influenciam umas às outras (D'AMOUR *et al.*, 2008) (Ver figura 2).

Figura 2. Infográfico das dimensões e indicadores do modelo Quadridimensional de Colaboração Interprofissional



Em relação ao modelo original, esse modelo congrega as dimensões elucidadas pela D'Amour *et al.* (2008) com as dimensões e indicadores relacionados a elas, sendo acrescido os

determinantes externos e estruturais como sendo primordiais, além das dimensões e seus indicadores, para que se possa ocorrer a Colaboração Interprofissional.

Esse modelo de Colaboração Interprofissional será o referencial para a produção e análise dos resultados, sendo ainda a fonte principal para a discussão por constituir um conjunto organizado e validado de indicadores que melhor definem a Colaboração Interprofissional no ambiente da Atenção Primária à Saúde (D'AMOUR *et al.*, 2008, ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013, ARRUDA; MOREIRA, 2018, PEDUZZI *et al.*, 2020).

Interessante salientar, mesmo sendo definidas essas quatro dimensões da Colaboração Interprofissional, os autores afirmam que elas não dão conta da complexidade desse processo, logo, estando sujeito às influências dos determinantes externos e estruturais, como recursos, restrições financeiras, políticas e educacionais que devem ser considerados como determinantes nos processos colaborativos (D'AMOUR *et al.*, 2008, ARRUDA; MOREIRA, 2018, PEDUZZI *et al.*, 2020).

Os determinantes externos e estruturais encontram-se com poucas discussões por parte dos autores que trabalham com temática da Colaboração Interprofissional. Logo, esses determinantes externos e estruturais serão melhor delineados em um tópico a parte como forma de melhor discutir esses determinantes, visto que, para melhor consecução da Colaboração Interprofissional é necessário elucidar esses determinantes (MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005, FURTADO, 2007, D'AMOUR *et al.*, 2008, PEDUZZI *et al.*, 2016, DUTRA; LEMOS; GUIZARDI, 2020).

Já em relação as dimensões, tanto organizacionais quando relacionais, que se inter-relacionam, os autores, assim as descrevem:

As dimensões relacionais, segundo D'Amour *et al.* (2008, p.2, tradução nossa):

1. **Objetivos e Visão Compartilhados:** que se referem à existência de objetivos comuns e sua apropriação pela equipe, o reconhecimento de motivos divergentes e múltiplas fidelidades, e a diversidade de definições e expectativas em relação à colaboração.
2. **Internalização:** que se refere à conscientização dos profissionais de suas interdependências e da importância de gerenciá-las, e que se traduz em sentimento de pertencimento, conhecimento dos valores e disciplina de cada um e confiança mútua.

Já as dimensões organizacionais (D'AMOUR *et al.*, 2008, p. 2, tradução nossa) são assim descritas:

3. **Formalização** (estruturação do cuidado clínico): Aqui D'Amour *et al.* (2008) cita Bodewes (2002) para conceituar a formalização que é definida como a medida em que existem e estão sendo utilizados procedimentos documentados que comunicam

resultados e comportamentos desejados. A formalização esclarece expectativas e responsabilidades.

4. **Governança:** definida como as funções de liderança que apoiam a colaboração. A governança orienta e apoia os profissionais na implementação de inovações relacionadas as práticas colaborativas interprofissionais e interorganizacionais.

Em relação aos indicadores que compõem cada dimensão, estes podem ser melhor descritos de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 4. Descrição dos indicadores de Colaboração Interprofissional

Dimensões	Indicadores	Descrição
OBJETIVOS E VISÃO COMPARTILHADOS	Objetivos Comuns	Este indicador está relacionado com os valores profissionais sob a forma de objetivos comuns, com particular referência ao caráter consensual e abrangente dos objetivos. Identificar e compartilhar objetivos comuns é um ponto de partida essencial para um empreendimento colaborativo. Os dados sugerem que o objetivo com maior probabilidade de reunir as partes interessadas é o de promover o cuidado centrado no usuário. Dar resposta às necessidades dos usuários torna-se assim um objetivo central com o qual todos podem concordar. O problema é que esse objetivo implica uma transformação radical de valores e práticas. Logo sua realização seria verdadeiramente uma inovação.
	Orientação centrada no usuário versus outros interesses	Geralmente existe uma complexa estrutura de interesses envolvendo uma variedade de tipos diferentes de fidelidade: à clientela, à profissão, à organização, aos interesses privados, etc. O resultado é, portanto, uma assimetria de interesses entre as partes ou uma convergência parcial de interesses. São necessários ajustes mútuos, tornando ainda mais importante a necessidade de negociar. Em alguns casos, a negociação é possível. Em outros, os interesses não são expressos em grande parte e não há processo de negociação. Quando os objetivos compartilhados não são negociados, o risco é que surjam interesses privados, resultando em comportamento oportunista e uma concomitante perda de foco na colaboração centrada no usuário.
INTERNALIZAÇÃO	Conhecimento mútuo	Os dados mostram que os profissionais devem se conhecer pessoal e profissionalmente para desenvolver o sentimento de pertencimento a um grupo e conseguir estabelecer objetivos comuns. Conhecer-se pessoalmente significa conhecer os valores e o nível de competência de cada um. Conhecer um ao outro profissionalmente significa conhecer o quadro de referência disciplinar do outro, a abordagem do cuidado e o escopo da prática. O processo de familiarização ocorre em ocasiões sociais, atividades de treinamento e eventos formais e informais de trocas de informações. É necessário criar as condições sociais que promovam a colaboração, particularmente, através da interação social.

	Confiança	De acordo com os profissionais, a colaboração só é possível quando eles confiam nas competências uns dos outros e na capacidade de assumir responsabilidades (ou seja, quando existe boa vontade). A confiança reduz a incerteza. Os profissionais reconhecem que não se conhecem bem e, por isso, devem constantemente avaliar os riscos e se deixar colocar em uma posição vulnerável. Quando há muita incerteza, mostram os dados, os profissionais de saúde mantêm a responsabilidade por seus usuários o maior tempo possível para evitar colaborar. Tais ações contrariam o objetivo de construir redes. Os profissionais usam os resultados da colaboração para avaliar uns aos outros e construir confiança.
GOVERNANÇA	Centralidade	A centralidade refere-se à existência de uma direção clara e explícita que se destina a orientar a ação, neste caso, para a colaboração. Os dados revelam a importância do envolvimento de algumas autoridades centrais na orientação clara e no desempenho de um papel estratégico e político para promover a implementação de processos e estruturas colaborativas, principalmente, por meio de acordos para oficializar a colaboração.
	Liderança local	A liderança local é necessária para o desenvolvimento da Colaboração Interprofissional e interorganizacional. A liderança pode assumir uma variedade de formas e pode ser categorizada como emergente ou relacionada a uma posição. No que diz respeito à colaboração, a liderança pode ser exercida tanto por gestores que foram mandatados para tal ou por profissionais que tomam a iniciativa por conta própria. Neste último caso, a liderança é partilhada pelos diferentes parceiros e está sujeita a um amplo acordo. Quando a liderança está relacionada a um cargo, o poder não deve ser concentrado nas mãos de um único parceiro; todos os parceiros devem poder fazer ouvir as suas opiniões e participar na tomada de decisões.
	Apoio à inovação	Por que a colaboração leva a novas atividades ou por que envolve a divisão de responsabilidades de forma diferente entre os profissionais e entre as instituições, necessariamente acarreta mudanças nas práticas clínicas e no compartilhamento de responsabilidades entre os parceiros. Essas mudanças representam inovações reais que devem ser desenvolvidas e implementadas. A colaboração não pode acontecer sem um processo de aprendizagem complementar e sem que a organização envolvida se oriente por conhecimentos internos ou externos para apoiar esse processo de aprendizagem.
	Conectividade (espaços de discussão)	Conectividade refere-se ao fato de que indivíduos e organizações estão interligados, que há espaços de discussão e de construção de vínculos entre eles. Conectividade é o oposto de ser cortado, isolado, separado. Resolve problemas de coordenação e permite fazer ajustes nas práticas. A conectividade permite ajustes rápidos e contínuos em resposta a problemas de coordenação. Ela assume a forma de sistemas de informação e feedback, comitês, etc.

FORMALIZAÇÃO	Acordos Formais Firmados	A formalização é um meio importante de esclarecer as responsabilidades dos vários parceiros e negociar como as responsabilidades são compartilhadas. Existem muitos tipos de ferramentas formalizadas: acordos interorganizacionais, protocolos, sistemas de informação, etc. Para os profissionais, é importante saber o que se espera deles e o que podem esperar dos outros. Descobertas anteriores sugerem que a colaboração é influenciada menos pelo grau de formalização do que pelo consenso que surge em torno dos mecanismos de formalização e das regras específicas que são implementadas.
	Intercâmbio de informações	A troca de informações refere-se à existência e uso adequado de uma infraestrutura de informação que permita trocas rápidas e completas de informações entre os profissionais. Os achados sugerem que os profissionais utilizam os sistemas de informação para reduzir a incerteza em seus relacionamentos com parceiros que não conhecem bem. O feedback fornece aos profissionais as informações de que precisam para acompanhar os usuários e avaliar seus parceiros com base na qualidade das trocas escritas e do feedback. Este é um aspecto importante do estabelecimento de relações de confiança.

Fonte: D'Amour *et al.* (2008, p. 5-6), versão traduzida pela autora (2023).

3.7. Determinantes externos e estruturais

Os determinantes externos e estruturais são fatores externos à organização, como os sistemas sociais, culturais, profissionais e educacionais. Em vista disso, o sistema social pode ser designado como uma barreira para a colaboração, relacionado as diferenças de poder entre as profissões e tem sua origem no sistema social, expresso pela ideia de profissionalismo⁸, que se constitui como uma estratégia de retenção do conhecimento para deter o maior mercado consumidor (MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005, FURTADO, 2007, D'AMOUR *et al.*, 2008, PEDUZZI *et al.*, 2016, DUTRA; LEMOS; GUIZARDI, 2020).

Já o sistema cultural também pode dificultar o desenvolvimento da Colaboração Interprofissional, visto que as profissões podem transmitir valores tão profundos como a autonomia (no sentido individualista do termo) de maneira que se oporiam ao próprio espírito de colaboração entre os pares das diferentes profissões. O sistema profissional, por sua vez, seria totalmente contrário à lógica da Colaboração Interprofissional sendo baseado em autoridade enquanto a Colaboração Interprofissional depende do reconhecimento por parte dos profissionais de sua interdependência (MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005, D'AMOUR *et al.*, 2008, PEDUZZI *et al.*, 2016, DUTRA; LEMOS; GUIZARDI, 2020).

⁸ O profissionalismo constitui-se na história como estratégia de retenção do conhecimento, buscando torná-lo o mais específico e misterioso possível, permanecendo acessível a poucos e, assim, garantindo reserva de mercado (FURTADO, 2007, p. 246).

Com isso, a imersão dos estudantes e futuros profissionais de saúde durante sua formação em filosofias, valores e perspectivas teóricas de suas próprias profissões, sem balizar as diferenças como estruturantes com as outras profissões, sinalizam para um aumento das fontes potenciais de conflitos e, portanto, para o bloqueio no desenvolvimento da Colaboração Interprofissional. Dessa maneira, a diferença entre as profissões é a pedra angular para construção do saber, em que não implica maior ou menor saber ou ter ou não ter um saber, mas somente saberes diferentes que juntos podem ser complementares para produzir algo comum (MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005, D'AMOUR *et al.*, 2008, PEDUZZI *et al.*, 2016, DUTRA; LEMOS; GUIZARDI, 2020).

Algo importante a ser ressaltado é o sistema educacional que é um dos principais determinantes da Colaboração Interprofissional por ser o principal responsável pela transmissão de valores entre os futuros profissionais de saúde ao longo do seu processo formativo. Logo, a falta de colaboração está atrelada, em grande parte, à falta ou a pouca interação dos futuros profissionais de saúde com as diversas categorias profissionais, em que estes não conhecem as práticas, nem as competências, nem os valores uns dos outros enquanto profissão. Nesse sentido, é importante trazer para discussão conceitos essenciais, tais como: interdisciplinaridade, interprofissionalidade e educação interprofissional (MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005, D'AMOUR *et al.*, 2008, PEDUZZI *et al.*, 2016, DUTRA; LEMOS; GUIZARDI, 2020).

Portanto, esses determinantes externos e estruturais podem se expressar através das relações de poder, estereótipos entre as profissões, tendências ao individualismo, hiperespecializações, dificuldades para a socialização profissional e integração dos conhecimentos e práticas. Estes determinantes influenciam o ambiente em que a Colaboração Interprofissional acontece sendo considerados como determinantes desse processo sendo influenciados e influenciando as dimensões organizacionais, internos à organização, e as dimensões relacionais, concernentes as relações interpessoais entre os membros da equipe (MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005, D'AMOUR *et al.*, 2008, PEDUZZI *et al.*, 2016, DUTRA; LEMOS; GUIZARDI, 2020).

Apesar de muitos estudos sobre a Colaboração Interprofissional enfatizarem, principalmente, as dimensões relacionais e organizacionais deixando em segundo plano os determinantes externos e estruturais, é necessário que as dimensões relacionais, organizacionais e os determinantes externos e estruturais sejam tratados conjuntamente para que melhor se compreenda a Colaboração Interprofissional (MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005, D'AMOUR *et al.*, 2008, PEDUZZI *et al.*, 2016, DUTRA; LEMOS; GUIZARDI, 2020).

Diante do que foi apresentado, considerando as dimensões relacionais, organizacionais e os determinantes externos e estruturais pode-se propor uma possível tipologia de Colaboração Interprofissional, que de acordo com *D'Amour et al.* (2008, p. 6), pode ser dividida em: colaboração ativa, colaboração em desenvolvimento e colaboração potencial.

- a) **Colaboração ativa:** colaboração do mais alto nível. Os sujeitos estabeleceram com sucesso uma colaboração estável que é sustentada apesar das incertezas e choques no sistema de saúde. Os sujeitos adotaram objetivos comuns e consensuais, desenvolveram um sentido de pertença e confiança mútua e chegaram a um consenso sobre os mecanismos e regras de governança. Como resultado, as práticas profissionais devem ser transformadas com base em uma nova divisão consensual de responsabilidades interprofissionais e interorganizacionais e na introdução de práticas inovadoras.
- b) **Colaboração em desenvolvimento:** a colaboração que não se enraizou nas culturas das organizações parceiras e ainda pode ser reavaliada com base em fatores internos ou ambientais. Metas, relações entre os sujeitos, mecanismos de governança e formalização são objeto de um processo de negociação que ainda não produziu consenso. As negociações podem ser parciais ou uma fonte de conflito, mas são abertas, em andamento e acessíveis. Colaboração em desenvolvimento observa-se que, embora a mudança demore mais, o progresso está claramente sendo feito.
- c) **Colaboração potencial:** refere-se à colaboração que ainda não existe ou foi bloqueada por conflitos tão sérios que o sistema não pode avançar para formas satisfatórias. É difícil introduzir as novas práticas profissionais de que a rede precisa, pois inovar é difícil em um ambiente repleto de uma série de conflitos. Os serviços podem sofrer perda de acessibilidade e continuidade. Somente resolvendo os conflitos, a colaboração pode ser implementada.

Através dessas tipologias, é possível adquirir uma compreensão mais aprofundada do estágio de desenvolvimento em relação à Colaboração Interprofissional de uma equipe ou várias equipes. Isso, por sua vez, permite a identificação de áreas de aprimoramento no processo de trabalho, visando ao aperfeiçoamento das equipes para um estágio mais apropriado, quando necessário.

É importante notar que a literatura aponta uma imprecisão na terminologia relacionada à Colaboração Interprofissional, bem como a falta de consenso em relação às distinções e semelhanças entre trabalho em equipe, Colaboração Interprofissional e Prática Interprofissional Colaborativa (PIC). Alguns autores sugerem que a Colaboração Interprofissional pode ser considerada um termo abrangente que engloba os demais. Nesse contexto, este estudo adotou o

termo Colaboração Interprofissional para englobar os outros termos mencionados, considerando-os sinônimos (MORGAN; PULLON; MCKINLAY, 2015).

3.8. A interdisciplinaridade e a interprofissionalidade nas Equipes de Saúde a luz da Colaboração Interprofissional

Ao longo do tempo, ocorreram muitas modificações no modo de entender as interações entre as disciplinas. Vários autores propuseram aproximações, através de conceitos, como forma de melhor delinear as trocas entre saberes e disciplinas fixando-as em polos em que, em um extremo não há quase nenhum contato entre as disciplinas, e, no outro, há um grande intercâmbio entre elas (FURTADO, 2007).

Com isso, foi estabelecida uma classificação, em 1972, que trouxe as definições das várias interações/integrações das disciplinas, da menor interação para maior interação, essa classificação ficou conhecida como o modelo de Jantsch. Esse modelo foi modificado por vários autores ao longo do tempo sendo a base dessa tipologia, retomada e adaptada por Silva (1999) que será utilizado nesse trabalho, pois melhor condensa os conceitos chaves para o entendimento desses conceitos. No âmbito disciplinar são assim definidos:

- a) **Unidisciplinar:** neste plano apenas um universo disciplinar determinando uma única dimensão de realidade e um único domínio linguístico. Como resultado deste modo de produção temos um único texto.
- b) **Multidisciplinar:** neste plano temos vários universos disciplinares determinando várias dimensões de realidade, cada uma com seu respectivo domínio linguístico, justapostos pelo trabalho de revisão de um coordenador. Como resultado deste modo de produção temos vários textos diretamente relacionados aos universos disciplinares. Deste modo, não há cooperação entre as disciplinas, mas há coordenação.
- c) **Interdisciplinar:** neste plano temos a mesma situação disciplinar do plano multi, só que agora com uma integração dos respectivos domínios linguísticos de cada disciplina. Esta integração é permitida, facilitada e orientada pela existência de uma temática comum a todas as disciplinas, com a qual elas deverão observar o objeto. Como resultado deste modo de produção temos vários textos diretamente relacionados aos universos disciplinares, porém cada um refletindo parte da realidade com o domínio linguístico das outras disciplinas. Este modo exige a cooperação e a coordenação entre as disciplinas.

d) Transdisciplinar: o que muda de substantivo neste plano é a construção de um único domínio linguístico, a partir da identificação de zonas de não resistência epistêmica entre as disciplinas, bem como do foco dado pela temática, com o qual faz-se, então, a observação do objeto. Como resultado deste modo de produção temos um único texto, capaz de refletir a multidimensionalidade da realidade. Este modo exige também a cooperação e a coordenação entre as disciplinas, mas com o objetivo de transcendê-las.

Percebe-se que a interdisciplinaridade, no contexto atual, consegue melhor integrar os diversos saberes de forma a produzir um saber que seja coletivizado. Ao articularmos a partir da interdisciplinaridade, as maiores referências no Brasil são Ivani Fazenda e Hilton Japiassu os quais receberam influência europeia, marcadamente francesa e de Georges Gusdorf que foi quem primeiro sistematizou a proposta de trabalho interdisciplinar. Em 1976, Hilton Japiassu lança o livro *Interdisciplinaridade e patologia do saber* um grande marco dos estudos sobre essa temática no Brasil (SILVA, 1999, FURTADO, 2007).

Japiassu aborda a necessidade de uma reflexão acerca do contexto das especializações às quais a sociedade está submetida, destacando a ideia de que, nesse contexto, o homem enfermo é percebido como um ser fragmentado. Diante disso, nos planos disciplinares (epistemológicos) deve-se passar de um domínio do saber a outro de forma livre, em que Japiassu conceitua como quebra dos "feudos epistemológicos", no qual existem muitas outras formas e graus, cada vez maiores, de interação e troca entre universos disciplinares distintos. Tanto Fazenda quanto Japiassu possuem em comum o entendimento que associa a palavra "justaposição" à multi e "integração" à inter tendo a interdisciplinaridade como meio de conciliar e promover a coesão desses conhecimentos fragmentados (JAPIASSU, 1976, SILVA 1999, D'AMOUR *et al.*, 2005, FURTADO, 2007).

No campo operacional, relacionado a prática profissional, quando referenciado às práticas concretas no ambiente laboral, temos que a integração de saberes e práticas é um tema importante entre os profissionais nas equipes de saúde. Ao se referir aos termos Furtado (2007) distingue os planos disciplinares e profissionais através de sufixos que foram melhor descritos por D'Amour (1997) em sua tese, em que ela utiliza o sufixo "disciplinar" quando se refere ao conhecimento em sua vertente epistemológica e "profissional", quando se refere às práticas concretas dos profissionais nas

equipes. Dessa forma, assim como tem integração no campo disciplinar, da mesma forma acontece a integração no campo profissional.

Diversas são as definições que fazem referência as múltiplas práticas dos profissionais no ambiente laboral de saúde e estão associadas aos diferentes saberes e formas de lidar com as situações de saúde, que são cada vez mais complexas, estando associadas ainda aos graus de integração ou justaposição (D'AMOUR *et al.*, 2005, FURTADO 2007).

No campo profissional, podem assim ser descritas, de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 5. Descrição da prática de acordo com o campo profissional

Conceito (campo profissional)	Definição
Uniprofissional	Tipo de trabalho que ocorre apenas entre pessoas da mesma profissão, havendo pouca ou nenhuma interação com outras profissões, o que contribui para a falta de reconhecimento das competências e das responsabilidades próprias das profissões e também para a criação de estereótipos, preconceitos e está pautada, estruturalmente, na racionalidade biomédica.
Multiprofissional	Modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. O trabalho multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as áreas e, concreta e cotidianamente, entre os agentes-sujeitos do trabalho, é estritamente técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades.
Interprofissional	É o trabalho em que há a comunicação e colaboração entre profissionais, definição de objetivos comuns, construção de um projeto assistencial comum, tomada de decisões compartilhadas, responsabilidade e <i>accountability</i> ⁹ , reconhecimento do papel e do trabalho dos demais membros da equipe, complementaridade e interdependência das ações, autonomia profissional de caráter interdependente, flexibilidade da divisão do trabalho e das fronteiras entre as áreas profissionais, preservação das especificidades das diferentes áreas profissionais, horizontalização das relações de poder e atenção centrada no usuário. O reconhecimento do papel e do trabalho dos membros da equipe implica basicamente o conhecimento das atividades e responsabilidades de cada componente e também do modo pelo qual esse conhecimento pode ser adquirido no dia a dia de trabalho, ou seja, a presença de recursos e tempo para tal. Esse processo inclui o reconhecimento de fronteiras entre as áreas e suas sobreposições.

Fonte: (UGÁ; PORTO; PIOLA; 2012; PEDUZZI, 2001; PEDUZZI *et al.*, 2016) adaptado pela autora (2023).

Logo, a noção de interprofissionalidade surge ao internalizar os conceitos da interdisciplinaridade, no campo de trabalho das equipes, direcionando a atenção para uma prática que seja interprofissional, com coesão e menos fragmentada. Em vista disso, o conceito de interprofissionalidade vem ofertar respostas as práticas em saúde que são

⁹ O conceito remete à responsabilização e à prestação regular de contas à população pelos resultados produzidos (UGÁ; PORTO; PIOLA; 2012).

fragmentadas visando promover uma possível integração e isso não implica o desenvolvimento de novas profissões, mas sim um meio pelo qual os profissionais podem atuar de uma forma a desenvolver a Colaboração Interprofissional (PEDUZZI, 2001, D'AMOUR; OANDASAN, 2005, FURTADO 2007, PEDUZZI *et al.*, 2013).

Nesse sentido, a Colaboração Interprofissional é o total oposto do profissionalismo. Sendo o profissionalismo relacionado ao mercado em que há um fechamento social, como um monopólio, que as profissões utilizam para defesa e exclusão de outras profissões em que quanto menos acessível maior será o valor de um produto, isso garante um mercado de trabalho (D'AMOUR, 1997, D'AMOUR *et al.*, 2005, FURTADO, 2007, PEDUZZI *et al.*, 2013, GREEN, 2014).

Aqui, o produto são os profissionais de saúde que funcionam também a serviço de uma economia neoliberal em que a competição é a maneira de estímulo para os profissionais que são socializados e estimulados para adotar uma visão disciplinar de sua clientela e dos serviços que oferecem, visando o lucro. Essa noção de trabalhar de forma isolada e independente aludi a tendência da formação desses profissionais, também isolada e circunscrita à sua própria área de atuação. Essa circunstância, já sinaliza para uma mudança na formação (D'AMOUR, 1997, D'AMOUR *et al.*, 2005, FURTADO, 2007, PEDUZZI *et al.*, 2013, GREEN, 2014).

Já a Colaboração Interprofissional está pautada na ideia de partilha e implica uma ação coletiva orientada para um objetivo comum, num espírito de harmonia e confiança, no contexto dos profissionais de saúde. À vista disso, a Colaboração Interprofissional visa uma mudança com a implementação de uma lógica de colaboração ao invés de uma lógica de competição (D'AMOUR; OANDASAN, 2005, D'AMOUR *et al.*, 2005, FURTADO, 2007).

(...) 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 interprofissional, apontando para a necessidade de colocar em comum e partilhar conhecimentos, especialidades, experiências, habilidades e, até a intersubjetividade (FURTADO, 2007, p. 246).

Dessa maneira, há um consenso em torno do fracasso das especializações e do profissionalismo apontando para uma crescente necessidade de saberes e práticas em saúde que as superem e sejam colaborativas. E, transferir a discussão da interdisciplinaridade (vertente epistemológica) para o campo das práticas (interprofissionalidade) em saúde possibilitará enfrentar o antagonismo entre o modelo

da lógica do profissionalismo e o modelo de Colaboração Interprofissional (D'AMOUR; OANDASAN, 2005, FURTADO, 2007).

A Colaboração Interprofissional, nesse sentido, tem dois propósitos que são inseparáveis que são: atender às necessidades dos usuários e atender às necessidades dos profissionais. Em se tratando dos usuários, a Colaboração Interprofissional pode auxiliar na visão deste como co-partícipe do binômio saúde-doença, visto, agora, como parceiro em que a equipe vem estimulá-lo a assumir a corresponsabilidade por sua saúde (D'AMOUR *et al.*, 2005, ARAÚJO; ARAÚJO JÚNIOR, 2016).

Em relação aos profissionais, a Colaboração Interprofissional possibilitará a equipe congregar as perspectivas de cada profissional com respeito e confiança uns nos outros. Com isso, pode proporcionar uma dinâmica, através das relações no cotidiano assistencial, que seja capaz de reproduzir ou criar teorias e novos modelos assistenciais e, assim, repercutir na organização e no sistema de saúde como um todo (D'AMOUR *et al.*, 2005, ARAÚJO; ARAÚJO JÚNIOR, 2016).

A Colaboração Interprofissional vem lançar luz a esse novo modo de funcionamento das equipes de saúde vindo ao encontro das necessidades da população que são cada vez mais complexas. A colaboração é de fundamental importância para estabelecer um espaço democrático, acolhedor e de vínculos saudáveis que garantam o surgimento, desenvolvimento e manutenção de práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações centradas nos usuários (D'AMOUR, 1997).

Isso é possível, a partir da instituição da Colaboração Interprofissional nos regimes de práticas em que as interações sociais sejam negociadas e estabeleçam práticas sociais que pensam as pessoas como um todo e não em partes separadas se opondo a uma visão mecanicista das hiperespecializações, ao passo que propõe ainda uma visão interdisciplinar (integração entre disciplinas) no sentido de que pretende ser um modo de prática que transcenda as fronteiras profissionais, sinalizando para uma vertente da educação que também se pretenda interprofissional (D'AMOUR, 1997, GREEN, 2014).

Portanto, a Colaboração Interprofissional está sendo vista cada vez mais como estratégica para o cuidado em saúde efetivo e qualificado. Há um crescente interesse nos últimos anos por essa temática, visto a ampliação do conhecimento sobre os determinantes que implicam na saúde ou na doença de uma população. Logo, esta tendência em adotar novas formas de organização dos serviços requer não apenas a criação de novas áreas e funções nas instituições, mas implica, essencialmente, a necessidade de aperfeiçoamento das práticas compartilhadas (FURTADO, 2007).

3.9. Educação Interprofissional como possibilidade de sustentação da Colaboração Interprofissional

O binômio saúde-doença é definido como a saúde e doença expressadas a partir de um conjunto inter-relacionado ou dinâmico das circunstâncias físicas, biológicas, psicológicas, sociais, culturais e ambientais peculiares a cada indivíduo ou comunidade. Atualmente, incluindo ainda a dimensão espiritual, como preconiza a OMS em sua resolução EB101.R2 em que saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade e é também expressão da vida e trabalho (SAVASTANO, 1980, WHO, 1998, PEDUZZI, 2016).

A Educação Interprofissional (EIP) surge a partir da complexidade que é esse binômio e suas múltiplas dimensões, estando ainda relacionada a uma lógica de rede de atenção à saúde que demanda coordenação e colaboração entre profissionais e os próprios serviços, considerando desde o processo de formação até a prática profissional. Nesse contexto, a EIP propõe uma mudança estrutural para responder a essas diversas demandas (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

A EIP foi primeiramente definida pelo Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) que a definiu como as “ocasiões em que duas ou mais profissões aprendem juntas com o objetivo de cultivar a prática colaborativa” (CAIPE, 1997, p. 19). Em 2002, a definição foi alterada para as “ocasiões em que duas ou mais profissões aprendem uma com a outra para melhorar a colaboração e a qualidade do atendimento” (BARR, 2002, p. 6). E, posteriormente, essa definição é ampliada e reconhece “a educação interprofissional como ocasiões em que membros ou alunos de duas ou mais profissões aprendem uma com a outra para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados e serviços” (CAIPE, 2016, p. 1).

Logo, quando duas ou mais profissões aprendem juntas (com, de e sobre cada uma delas) com o objetivo de cultivar práticas colaborativas e melhorar a qualidade da assistência (englobando profissionais, alunos de graduação e de pós-graduação), exigem, com isso, ambientes de práticas em que os alunos possam ser expostos a experiências educacionais colaborativas (D'AMOUR; OANDASAN, 2005, REEVES, 2016).

No Brasil, de acordo com Peduzzi *et al.* (2013, p. 979), considerado o contexto da formação dos profissionais, tem-se três tipos de formação educacional:

- a) **Educação Uniprofissional (predominante):** a aprendizagem ocorre entre estudantes de uma mesma profissão de forma isolada, não há interação com estudantes de outras profissões, o que contribui para o desconhecimento sobre os papéis e as responsabilidades dos demais profissionais de saúde e a formação de estereótipos.

- b) **Educação Multiprofissional:** a aprendizagem ocorre entre estudantes de duas ou mais profissões de forma paralela sem haver, necessariamente, interação entre eles.
- c) **Educação Interprofissional (EPI):** a aprendizagem é compartilhada, com interação entre estudantes e/ou profissionais de diferentes áreas. Eles aprendem de forma interativa sobre os papéis, os conhecimentos e as competências dos demais.

A vista disso, a EIP é complementar a educação uniprofissional e multiprofissional, sendo que estes dois últimos precisam repensar as bases educacionais a partir da perspectiva interprofissional visando melhorar a prática colaborativa no trabalho das equipes de saúde. Diante disso, a literatura e documentos técnicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) têm sinalizado para a necessidade de uma EIP que vise desenvolver as habilidades necessárias para a Colaboração Interprofissional devendo ser implantada desde a graduação e tendo continuidade durante toda a carreira (ZWARENSTEIN; REEVES; PERRIER, 2005, OMS, 2010, PEDUZZI *et al.*, 2013, PEDUZZI, 2016, REEVES, 2016, FREIRE FILHO; FORSTER, 2020).

E, a integração da EPI com a Colaboração Interprofissional pode influenciar na prestação de cuidados abrangentes com acompanhamento prolongado, com vistas a uma abordagem integral, conforme exigido nos sistemas universais de saúde, visto que existem evidências crescentes de que as intervenções de práticas colaborativas realmente melhoram os resultados em relação aos usuários (ZWARENSTEIN; REEVES; PERRIER, 2005, PEDUZZI *et al.*, 2013, PEDUZZI, 2016, REEVES, 2016, FREIRE FILHO; FORSTER, 2020).

A EIP evidencia a necessidade de interação interprofissional entre as pessoas que participam do aprendizado compartilhado e diversos são os métodos que são utilizados para viabilizá-la, dentre eles: aprendizado baseado em seminário, aprendizado baseado em observação (*shadowing*), aprendizado baseado em problemas, aprendizado baseado em simulação, aprendizado baseado na prática clínica, aprendizado *E-learning* (ex: discussões online), aprendizado misturado (integrando *e-learning* com outro método tradicional) (REEVES, 2016, PEDUZZI, 2016).

Além desses métodos, há a junção de mais de um método que possibilita uma experiência mais estimulante e interessante e, portanto, contribui para um maior nível de aprendizado. Deve-se levar em consideração que a EIP tem que ocupar lugar tão importante quanto outras formas de aprendizagem, além de ter peso igual como na formação específica da profissão para se estabelecer como futura prática colaborativa valorizada, perene, estimulante e incorporada as práticas laborais diárias (REEVES, 2016, PEDUZZI, 2016).

Um outro ponto importante para é EIP, mas pouco valorizado na formação disciplinar, é a aprendizagem informal que ocorre, geralmente, quando há o encontro antes ou depois da aprendizagem formal (REEVES, 2016).

Aprendizado informal pode ser útil por permitir que indivíduos compartilhem ideias e obtenham orientação de seus pares, colegas de trabalho ou gerentes. Atividades informais de aprendizagem podem ser explicitamente organizadas em um programa interprofissional. Por exemplo, pode ser utilizada para dar oportunidade de partilhar encontros informais durante os intervalos para discutir experiências de aprendizagem. Aprendizado informal pode também ocorrer sem planejamento, como resultado de uma iniciativa interprofissional (REEVES, 2016, p.188).

A interface entre o educando e o educador é primordial na EIP, nesse sentido, promovê-la exige um corpo docente capaz de se comprometer com um ensino interprofissional para enfrentar barreiras como do profissionalismo (tanto da parte do docente quando do educando) e a falta de incentivo. Para isso, é necessário desenvolver o corpo docente com foco em uma abordagem colaborativa para facilitar, bem como ofertar oportunidades para compartilhar conhecimentos, experiências e ideias para ensinar os alunos juntos, com e sobre os outros (D'AMOUR *et al.*, 2005, COMMITTEE ON MEASURING THE IMPACT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION ON COLLABORATIVE PRACTICE AND PATIENT OUTCOMES; GLOBAL HEALTH; INSTITUTE OF MEDICINE, 2015, REEVES, 2016).

De acordo com Reeves (2016 p. 189 - 190), são vários os aspectos organizacionais que influenciam a EIP, dentre eles pode-se citar:

- i. Liderança com interesse, conhecimento e experiência para conduzir um programa de EIP;
- ii. Organização e corpo docente que apoiem a EIP;
- iii. Políticas institucionais e comprometimento administrativo;
- iv. Planejamento e a implementação da EIP;
- v. Apoio institucional e Apoio organizacional da EIP;
- vi. Apoio Financeiro;
- vii. Desenvolver o currículo interprofissional com senso de pertença comum;
- viii. Dedicção e entusiasmo grupal;
- ix. Eleição de um líder do programa em EIP;
- x. Compartilhamento dos objetivos e impressões a respeito da iniciativa para garantir que todos estejam trabalhando por um objetivo comum;
- xi. Boa comunicação e visão compartilhada;
- xii. Avaliar, revisar e discutir a EIP dentro da organização com os membros do grupo a respeito do objetivo geral do programa de EIP, que é a prática interprofissional.

Através da EIP há um vínculo entre a educação e a prática de atenção à saúde, o sistema educacional e o sistema de saúde. Logo, não se pode desenvolver uma prática interprofissional com o Colaboração Interprofissional que produza resultados na prestação de cuidados de saúde prosseguindo o trabalho sem a compreensão e implantação da EIP, visto que esta contribui para a formação de profissionais de saúde melhor preparados para trabalhar de maneira integrada, frente à competição e à fragmentação, marcadamente reflexo do contexto neoliberal, de forma a melhor centrar o cuidado no usuário, ao passo que muitos são os ganhos para os profissionais e equipes (D'AMOUR; OANDASAN, 2005, PEDUZZI *et al.*, 2013, REEVES, 2016, PEDUZZI, 2016, FREIRE FILHO; FORSTER, 2020).

No Brasil, diversas iniciativas estão em curso ou aconteceram de forma a fomentar a mudança na formação dos profissionais garantindo, assim, a sustentabilidade da Colaboração Interprofissional em nível nacional, por meio dos sistemas de saúde e educação, envolvendo instâncias governamentais e de cooperação internacional, bem como a rede pública de serviços de saúde e de universidades (PEDUZZI *et al.*, 2013; FERLA; COLLAR, 2015; FREIRE FILHO; FORSTER, 2020). Uma linha histórica pode ser traçada ao longo do tempo para melhor compreender cada iniciativa:

- I. Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil em 1973 que foi o primeiro instrumento jurídico que deu início a cooperação técnica OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e Brasil tendo em vista a formação de recursos humanos em grande escala, com intuito também de ter impactos nos serviços de saúde do país;
- II. Criação da Rede IDA, em outubro de 1985, durante o encontro de projetos de saúde da área materno-infantil patrocinados pela OPAS e Fundação Kellogg. Naquele momento, o objetivo principal era a interação entre os projetos de Integração Docente-Assistencial e o desenvolvimento de programas de apoio. A formação em saúde dava seus primeiros passos para fora do hospital moderno e um novo paradigma se iniciava;
- III. Em 1990, o amadurecimento das experiências da IDA, assim como a acumulação de reflexão sobre as suas práticas, desencadeia o Programa UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos profissionais de Saúde, novamente com apoio da Fundação Kellogg a projetos em toda a América Latina, com o objetivo de proporcionar maior integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade. As principais características eram a educação de profissionais da saúde voltada aos problemas de saúde da população, estímulo ao ensino interdisciplinar e à aprendizagem baseada em problemas reais da comunidade;

- IV. E, 1997 os Projetos IDA e UNI se tornam Rede UNIDA durante o III Congresso Nacional ocorrido em Salvador/BA em que foram traçados três planos para a Rede: formação de recursos humanos, transformação do modelo assistencial e participação social;
- V. Em 2001 as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para a graduação em Saúde para os cursos de medicina, enfermagem e nutrição são publicadas e são as primeiras resoluções com diretrizes para a área da saúde, por meio do Parecer Nº. CNE/CES 1.133/2001¹⁰ Essas diretrizes dispõem sobre as habilidades e competências gerais e específicas de cada currículo em que se explicitam que o processo de ensino-aprendizagem do futuro profissional deve incluir a construção de competências para o trabalho em equipe, centrada na integração e interprofissionalidade (BRASIL, 2001);
- VI. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída pela PORTARIA GM/MS 198/04 EM 2004, marcante para a introdução da colaboração, educação interprofissional no Brasil e operacionalização de mudanças nas práticas de saúde visando a melhoria do cuidado;
- VII. Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS) instituído em 2004 com o objetivo de contribuir para o processo de mudança na graduação em saúde no Brasil. O diferencial é que nesse espaço as 14 profissões da saúde desenvolvem discussões sobre formação multi e interprofissionais por meio da troca de experiências entre os diversos cursos de graduação;
- VIII. As residências multiprofissionais, formalmente instituídas em 2005 pela PORTARIA INTERMINISTERIAL MEC/MS Nº 2.117 estabelecidas por meio de parcerias entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, são voltadas as necessidades, situações locais e regionais e envolvem várias profissões de saúde em um único processo de formação, com atividades de ensino realizadas nos serviços de saúde;
- IX. Projeto Pró-Saúde instituído em 2005, pela PORTARIA INTERMINISTERIAL MS/MEC Nº 2.102 DE 03 DE NOVEMBRO DE 2005 criado com o objetivo de integrar ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional para uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção primária para transformar a prestação de serviços à população brasileira;
- X. PET-Saúde foi instituído em 2008 por meio de parcerias entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde visando fortalecer a integração ensino/serviço e a

¹⁰ De 2002 a 2004 foram estabelecidas as demais DCNs das carreiras da área da Saúde.

saúde/comunidade com o envolvimento direto dos estudantes da área da saúde nos serviços do SUS, por meio da formação de grupos de aprendizagem formados por estudantes, profissionais e educadores de diferentes profissões da área da saúde;

- XI. Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para Saúde (PROFAPS) instituído pela PORTARIA Nº 3.189, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2009 deu oportunidade de colocar em prática o desenvolvimento de projetos para a ordenação de recursos humanos para a saúde, utilizando a articulação das políticas e processos de trabalho da saúde e da educação como estratégia para ampliação e qualificação da atenção à saúde em todos os âmbitos da rede de serviços do SUS.
- XII. A Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) foi criada pelo Ministério da Saúde em 2010 para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde. É composto por três elementos: a Rede colaborativa de instituições de ensino superior, o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde - ARES e a Plataforma Arouca. Todos os cursos são inteiramente gratuitos na modalidade de educação a distância (BRASIL, 2022a);
- XIII. Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS) que congrega professores, estudantes, pesquisadores e instituições interessadas(os) em educação e trabalho interprofissional e trabalho em saúde;
- XIV. Reunião técnica em Bogotá, Colômbia ocorrida em 2016, promovido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que convocou seus Estados membros a estudar e discutir a EIP e incentivou os países a prepararem um plano de ação nacional para implementar esse enfoque na Saúde. É considerado um marco na colaboração e educação interprofissional;
- XV. O Plano de Ação para Implementação da EIP no Brasil em 2017-2018 que promoveu a articulações com o MEC (Ministério da Educação), instituições de ensino e a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS), com o apoio da OPAS/OMS formalizando a incorporação da EIP na agenda para fortalecer a educação permanente das profissões da saúde para práticas que promovam a reflexão sobre o processo de trabalho e a construção de atividades de aprendizagem colaborativa e significativa. O plano avançou em pontos estratégicos para fortalecer a Colaboração Interprofissional e a educação no âmbito da educação, formação e trabalho em saúde;
- XVI. II Reunião Técnica Regional de Educação Interprofissional em Saúde: Capacitação de Recursos Humanos, realizado de 5 a 6 de dezembro de 2017, em Brasília, DF. O evento, organizado pelo Ministério da Saúde, com a OPAS/OMS, estabeleceram uma ampla

agenda para incorporar o assunto políticas de educação em saúde nos países da Região das Américas e formalizou a Rede Regional de Educação Interprofissional (REIP), com o objetivo de promover a EIP e a prática colaborativa na atenção à saúde no Região das Américas, com o Brasil atuando como representante da secretaria executiva para 2018-2021, juntamente com Argentina e Chile;

- XVII. Lançamento em 2017 do Laboratório de Inovação em Educação em Saúde que foi uma estratégia que teve como objetivo fornecer uma ferramenta flexível, útil e com análise descritiva de evidências de experiências inovadoras em andamento e que foram bem-sucedidas incentivando sua replicação em outros lugares;
- XVIII. PET-Saúde/Interprofissionalidade lançado pelo Edital nº 10 de 23 de julho de 2018 em que a EIP deve ser incorporados ao currículo de todos os cursos de graduação na área da saúde com atividades de aprendizagem interativa com a comunidade, instituições públicas e privadas de ensino superior em todo o Brasil. É ancorado nos pressupostos teóricos, metodológicos e conceituais da Educação Interprofissional (EIP) e das práticas colaborativas em saúde.

Essas diversas experiências vêm demonstrando o avanço da EIP e têm possibilitado espaços compartilhados entre diversos fazeres com foco no desenvolvimento e sustentação da Colaboração Interprofissional no ambiente da atenção à saúde. Além desses, é necessário a participação de diversos outros atores sociais como: Instituições de Ensino Superior (IES) e Educação Profissional, instâncias governamentais (federal, estaduais, municipais) e os órgãos reguladores das profissões, de forma que todos participem visando incorporar a EIP e a Colaboração Interprofissional nas políticas de saúde e de educação em defesa de uma saúde como direito e interesse público (PEDUZZI, 2016).

Isto posto, a colaboração e a educação interprofissional devem ser implementadas em todas as entidades envolvidas na assistência ao usuário para a manutenção do modelo assistencial organizado, em que cada profissão reconheça o papel da outra mitigando os conflitos entre elas. E, é ter a clareza de que através das práticas interprofissionais é possível melhorar a resiliência na área da saúde (FREIRE FILHO; FORSTER, 2020).

Depois de fornecer o contexto geral relativo a Colaboração Interprofissional na APS no mundo e no Brasil pode-se avançar para a questão central deste trabalho que foi analisar as características dos artigos científicos que abordam o tema da Colaboração Interprofissional na Atenção Primária no Brasil.

Para isso, houve a necessidade de construir um referencial teórico que refletisse o que havia de mais relevante e atualizado sobre o conhecimento científico da área. Esse conhecimento estava amplamente disperso em uma variedade de publicações e foi coletado em um processo estruturado para a seleção de estudos com alta relevância científica para o contexto do estudo, e pode fornecer um arcabouço teórico robusto para posterior discussão.

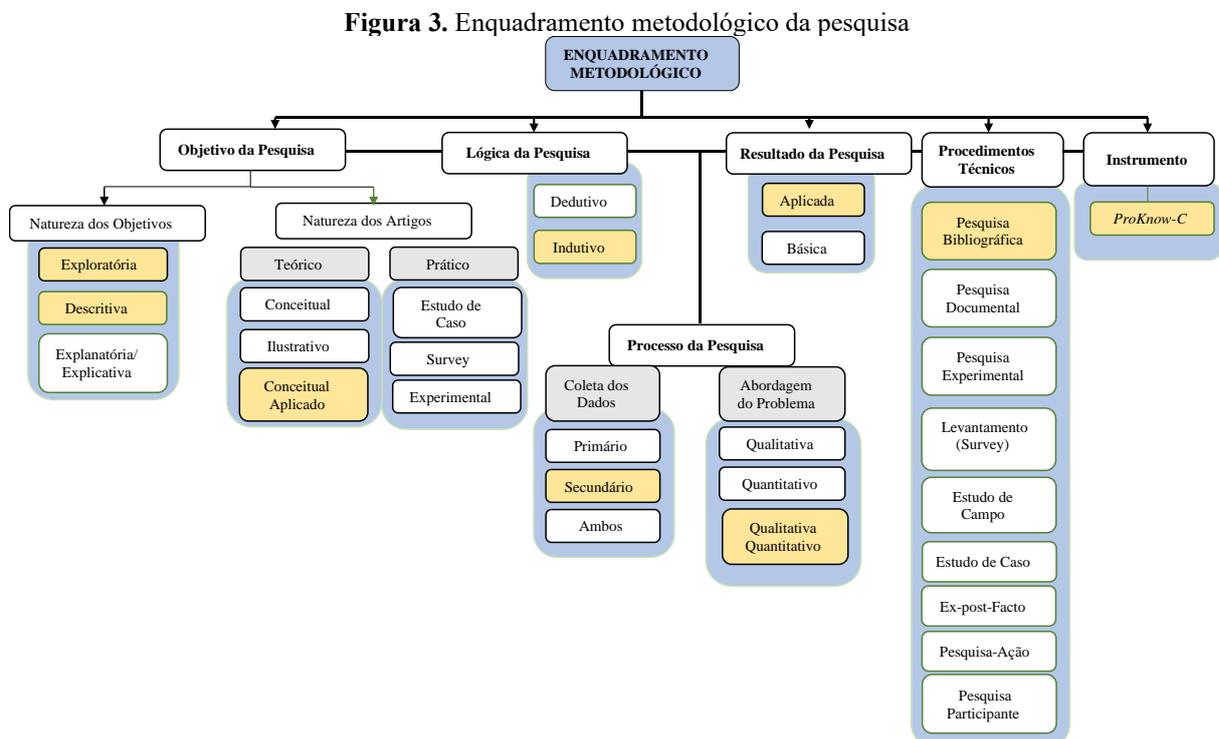
4. METODOLOGIA

O objetivo desta seção foi descrever todas as etapas e procedimentos empregados no desenvolvimento deste trabalho e possibilita a compreensão de como a pesquisa foi delineada e executada, podendo ofertar sustentação metodológica. Este capítulo teve por objetivo apresentar:

- i. Enquadramento Metodológico;
- ii. Instrumento de Intervenção *Knowledge Development Process - Construtivist (ProKnow-C)*;
- iii. Procedimentos para seleção e análise da literatura: etapas do *Knowledge Development Process - Construtivist (ProKnow-C)*;
- iv. Campo Amostral: base de dados *Scopus*.

4.1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste estudo, a estrutura metodológica proposta por L. Ensslin e S. Ensslin (2008) *apud* Tasca *et al.* (2010), foi adotada como base para o desenvolvimento da pesquisa (Figura 3).



Fonte: Adaptado pela autora a partir de L. Ensslin e S. Ensslin (2008) citado por Tasca *et al.* (2010).

A perspectiva de enquadramento metodológico implica na realização de uma análise minuciosa com o objetivo de descrever ou explicar as abordagens e instrumentos empregados em um estudo, a fim de detalhar o conjunto de métodos, procedimentos e pressupostos filosóficos que o embasam (TASCA *et al.*, 2010).

Em um primeiro momento, no que tange ao objetivo da pesquisa, especificamente quanto à natureza do objetivo, esta possui caráter exploratório e descritivo. É exploratório, pois proporcionou maior familiaridade com uma realidade vivenciada, mas pouco conhecida, com vistas a torná-la mais explícita. É descritivo por ter como objetivo a descrição dos fenômenos de uma determinada realidade, população ou fenômeno, ou ainda o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL 2002, 2008).

Ainda quanto ao objetivo da pesquisa, mas agora pela perspectiva da natureza dos artigos, observou-se que a abordagem foi classificada como teórica, tendo em vista que a análise realizada foi construída a partir de um referencial teórico, visando sistematizar e evidenciar os resultados encontrados a partir de um fragmento da literatura sobre a temática estudada. Foi também conceitual-aplicada, pois buscou consolidar informações da literatura sobre a Colaboração Interprofissional na APS no Brasil e gerar um arcabouço de conhecimentos a ser utilizado em trabalhos futuros (ENSSLIN *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Quando se analisa o enquadramento metodológico desta pesquisa pelo ângulo de sua lógica, que visa esclarecer acerca dos procedimentos lógicos que deverão ser seguidos no processo de investigação científica, tem-se uma pesquisa de caráter indutivo, visto que seu objetivo foi gerar conhecimento sobre a Colaboração Interprofissional na APS no Brasil. Nesse sentido, coaduna com o entendimento de que esse método parte da observação de fatos ou fenômenos cujas causas se desejam conhecer (GIL, 2008).

No que tange à coleta de dados, foi de natureza secundária, devido a todas as informações terem sido obtidas a partir de um banco bruto de artigos coletados na base de dados Scopus, sendo observado o alinhamento de título, palavras-chave e resumo. Posteriormente, essas informações foram classificadas e analisadas, formando um novo banco de dados para o estudo (KRUGER; PETRI, 2018).

Em se tratando do processo de pesquisa relacionado ao problema, o trabalho foi caracterizado como qualitativo e quantitativo (misto). Visto que ambas as abordagens são necessárias, elas podem e devem ser utilizadas em tais circunstâncias, como complementares, sempre que o planejamento da investigação esteja em conformidade. A dimensão quantitativa foi refletida na análise bibliométrica na qual se coletaram e analisaram os dados coletados. Já a

dimensão qualitativa foi evidenciada na análise sistêmica e pela agenda de pesquisa (MINAYO; SANCHES, 1993; ENSSLIN *et al.*, 2013; KRUGER; PETRI, 2018).

Quanto aos resultados, eles foram caracterizados como aplicados, pois geraram conhecimento para possível aplicação na solução de problemas específicos, além de gerar, a partir da seleção final dos artigos mais relevantes, uma amostra de impacto significativo na área para o desenvolvimento de futuros trabalhos, ou seja, haverá utilização dos conhecimentos gerados (MARCONI; LAKATOS, 2003; ENSSLIN *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2016; KRUGER; PETRI, 2018).

Em relação aos procedimentos técnicos¹¹ utilizados na realização deste estudo estes se caracterizam pela pesquisa bibliográfica, que de acordo com Gil (2008) é:

(...) desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas (...) A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Esta vantagem se torna particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço. Em muitas situações, não há outra maneira de conhecer os fatos passados senão com base em dados secundários (GIL, 2008, p. 50).

Como instrumento de intervenção, foi utilizado o *Knowledge Development Process – Constructivist (ProKnow-C)* que é um processo estruturado para seleção e análise da literatura científica, com perspectiva construtivista, que auxilia no processo de busca pela construção de conhecimento sobre o tema, tendo como base um recorte selecionado da literatura (ENSSLIN *et al.*, 2015).

Nesse sentido, a perspectiva construtivista considera a construção do conhecimento a partir de uma visão inovadora em que o conhecimento é construído a partir da sinergia/interação entre sujeito e objeto buscando gerar conhecimento sobre um contexto ou situação de decisão (PETRI, 2005; ENSSLIN *et al.*, 2015).

Seguir o caminho do construtivismo consiste em considerar conceitos, modelos, procedimentos que resulta serem chaves capazes de abrir certas fechaduras provavelmente apropriadas para organizar uma situação ou fazer com que ela se desenvolva. Os conceitos, modelos, procedimentos e resultados são aqui vistas como ferramentas adequadas para desenvolver convicções e permitir que elas evoluam, bem como para comunicar com referência às bases essas convicções. O objetivo não é descobrir uma verdade existente, externa aos atores envolvidos no processo, mas construir um 'conjunto de chaves' que vai abrir portas para os atores e permitir a eles proceder e progredir de acordo com suas objetivos e sistemas de valor (ROY, 1993, p. 194-195).

¹¹ O termo “procedimentos técnicos” utilizado se refere a forma de coleta dos dados que em Gil (2008) é escrito com delineamento da pesquisa, “assim, podem ser definidos dois grandes grupos de delineamentos: aqueles que se valem das chamadas fontes de “papel” e aqueles cujos dados são fornecidos por pessoas. No primeiro grupo, estão a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. No segundo, estão a pesquisa experimental, a pesquisa Ex-post Facto, o levantamento e o estudo de caso. Neste último grupo, ainda que gerando certa controvérsia, podem ser incluídas também a pesquisa-ação e a pesquisa participante” (GIL, 2002, p. 43).

Assim, a abordagem construtivista escolhida para esta pesquisa baseia-se na premissa de que a interação entre o sujeito e o objeto de estudo resulta na formação de um corpo de conhecimento coeso, capacitando o pesquisador a compreender o processo de maneira mais profunda e integral (PETRI, 2005; ENSSLIN *et al.*, 2015).

4.2. INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO *KNOWLEDGE DEVELOPMENT PROCESS - CONSTRUTIVIST (ProKnow-C)*

O instrumento de intervenção denominado *Knowledge Development Process - Construtivist (ProKnow-C)* teve sua origem no Laboratório de Metodologias Multicritério em Apoio à Decisão (LabMCDA), que é vinculada ao Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O objetivo da sua criação foi estabelecer um processo sistematizado para a seleção de um referencial bibliográfico reconhecido no contexto científico, viabilizando, assim, uma posterior análise de um tema específico (ENSSLIN *et al.*, 2010; ENSSLIN *et al.*, 2013).

Em 2008 surgiram as primeiras versões deste instrumento com as primeiras publicações. E, em 2010 ocorreu a primeira publicação em periódico internacional no trabalho de Tasca *et al.* (2010), ainda sem denominação. Ao final deste mesmo ano os integrantes do LabMCDA estabeleceram o nome do processo como *Knowledge Development Process - Construtivist (ProKnow-C)*, de modo a atender aos critérios de registro e de originalidade (ENSSLIN *et al.*, 2013; CHAVES, *et al.*, 2013; ENSSLIN; ENSSLIN; PINTO, 2013).

O método propõe que o pesquisador selecione um portfólio bibliográfico a partir de sua área de interesse, enfatizando as delimitações, de modo que os documentos que compõem esse portfólio possuam reconhecimento científico e estejam alinhados com o tema da pesquisa (LACERDA; ENSSLIN; ENSSLIN, 2012, ENSSLIN *et al.*, 2017; ENSSLIN *et al.*, 2022).

O *ProKnow-C* visa atender aos seguintes propósitos (ENSSLIN *et al.*, 2022, p. 53-54):

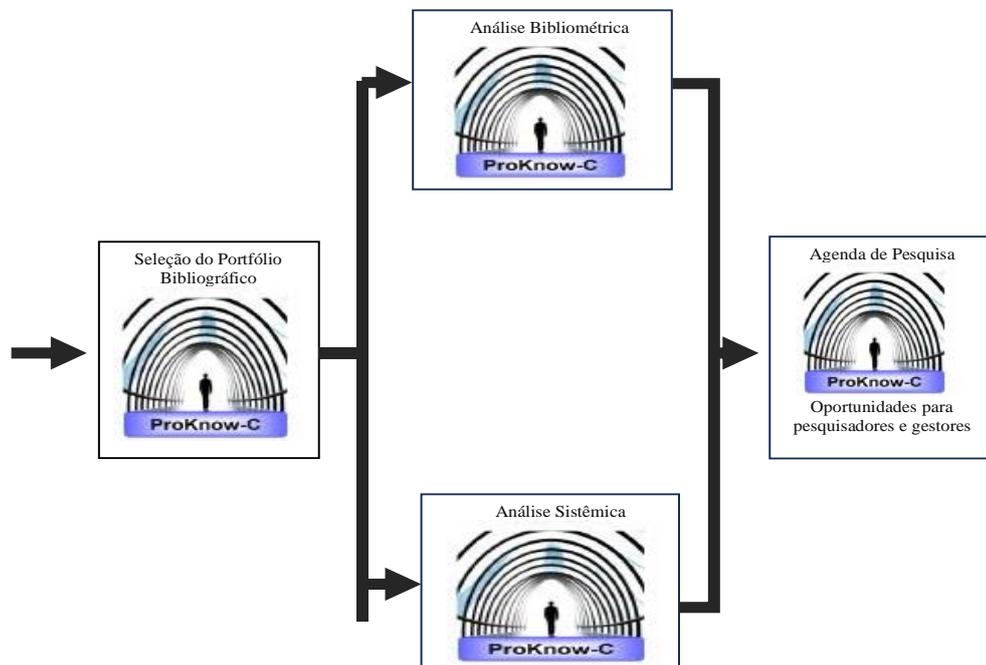
- a) Auxiliar o pesquisador a entender e estabelecer as fronteiras do conhecimento para o tema;
- b) Evidenciar as áreas de conhecimento que explicam o tema, segundo a perspectiva adotada;
- c) Conhecer as bases de pesquisa em que são publicados os artigos para o tema;
- d) Consorciar as palavras-chave com as utilizadas na literatura para representar o tema;
- e) Identificar o Portfólio Bibliográfico bruto para suas delimitações;
- f) Identificar o Portfólio Bibliográfico para os filtros propostos pelo *ProKnow-C* (redundância, alinhamento quanto ao título, resumo e artigo integral);

- g) Criar condições para que o pesquisador conheça e reflita sobre o que foi publicado sobre o tema e o tratamento dispensado pela comunidade científica;
- h) Evidenciar ao pesquisador, para a visão de mundo estabelecida, os *gaps* (lacunas de conhecimento em relação à fronteira de conhecimento para cada uma das dimensões (lentes) que explicam a visão adotada;
- i) Evidenciar as alternativas de ação para futuras pesquisas;
- j) Sintetizar e evidenciar, visualmente, aspectos relevantes identificados no Portfólio Bibliográfico;
- k) Gerar subsídios para o pesquisador justificar a relevância, ineditismo e originalidade de seus estudos.

Essas características tornaram o instrumento adequado para atingir o objetivo geral deste trabalho, pois proporcionou um levantamento bibliográfico estruturado, com capacidade de abarcar estudos importantes e que abordem a temática da Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Ao passo que ainda permitiu contínua interação entre a definição do tema e os seus resultados com possibilidade de replicações (ENSSLIN *et al.*, 2015).

Portanto, com a finalidade de cumprir o seu desígnio, o processo foi conduzido por meio do desenvolvimento de quatro etapas (Figura 4) (ENSSLIN *et al.*, 2013; ENSSLIN *et al.*, 2015; ENSSLIN *et al.*, 2018; JESUS; DUTRA; ENSSLIN, 2021; ENSSLIN *et al.*, 2022).

Figura 4. Macroetapas do *ProKnow-C* aplicadas no artigo.



Fonte: Adaptado a partir de L. Ensslin *et al.* (2015).

Para esta pesquisa, foram implementadas as quatro etapas, a saber: a primeira (seleção do Portfólio Bibliográfico), a segunda (análise bibliométrica), a terceira (análise sistêmica) e a quarta (pergunta de pesquisa), que neste trabalho foi delineada como agenda de pesquisa.

4.3. PROCEDIMENTOS PARA SELEÇÃO E ANÁLISE DA LITERATURA: etapas do *Knowledge Development Process-Constructivist (ProKnow-C)*

O método ProKnow-C é um procedimento estruturado para a seleção e análise da literatura, conforme previamente referido na seção anterior. A fim de proporcionar uma compreensão mais aprofundada, a seguir estão descritas as etapas que delineiam o percurso do processo utilizado nesta dissertação:

- i. Seleção do Portfólio Bibliográfico;
- ii. Análise Bibliométrica do Portfólio Bibliográfico;
- iii. Análise Sistêmica do Portfólio Bibliográfico;
- iv. Pergunta de Pesquisa: agenda de pesquisa.

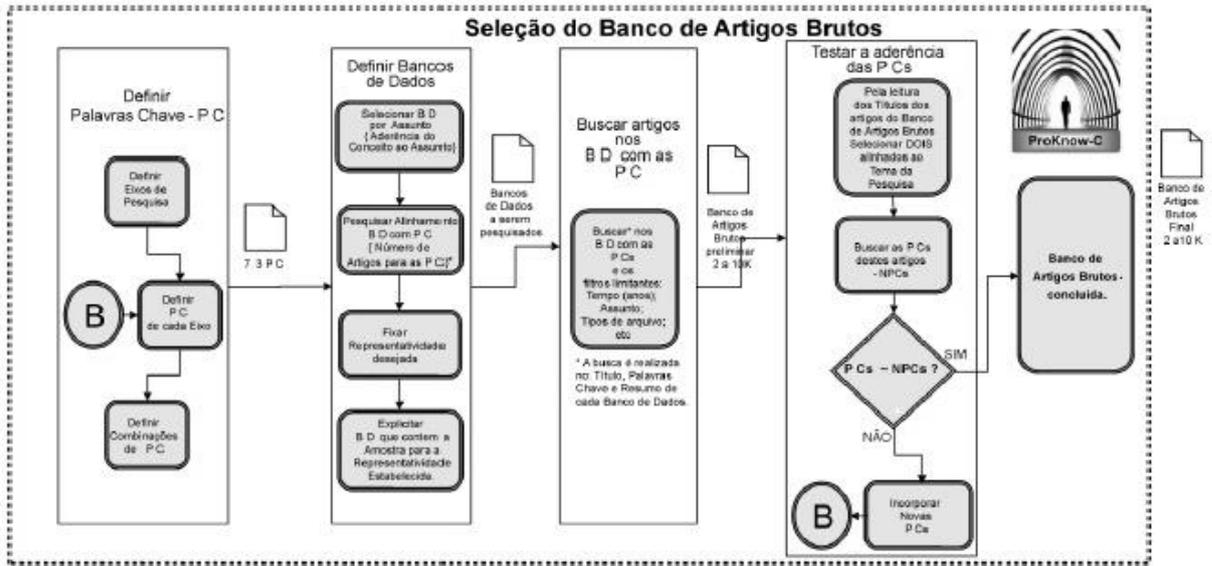
4.3.1. Seleção do Portfólio Bibliográfico

A primeira etapa do *ProKnow-C* consiste na identificação de publicações científicas relevantes na literatura referentes ao assunto delimitado pela pesquisadora. E, através de uma abordagem estruturada possibilita a seleção de um conjunto de artigos, formando um Portfólio Bibliográfico (PB) alinhado ao tema e com reconhecimento científico. Esta etapa é denominada no *ProKnow-C* de “Seleção do Portfólio Bibliográfico” (TASCA, *et al.*, 2010).

Essa primeira etapa, a de formação de um portfólio de artigos, permite que se reúna um conjunto de artigos relacionados ao tema da pesquisa, alinhada de acordo com a sua percepção e com as delimitações atribuídas (ENSSLIN; ENSSLIN; PINTO, 2013). Nessa etapa, três fases são realizadas (Figura 5):

- a) Definição dos eixos e palavras-chave alinhadas ao tema da pesquisa;
- b) Definição da base de dados;
- c) Busca de artigos na base de dados com as palavras-chave definidas;
- d) Teste de aderência das palavras-chave com o banco de artigos brutos preliminar para compor o banco de artigos brutos final.

Figura 5. Etapa Seleção do Portfólio Bibliográfico



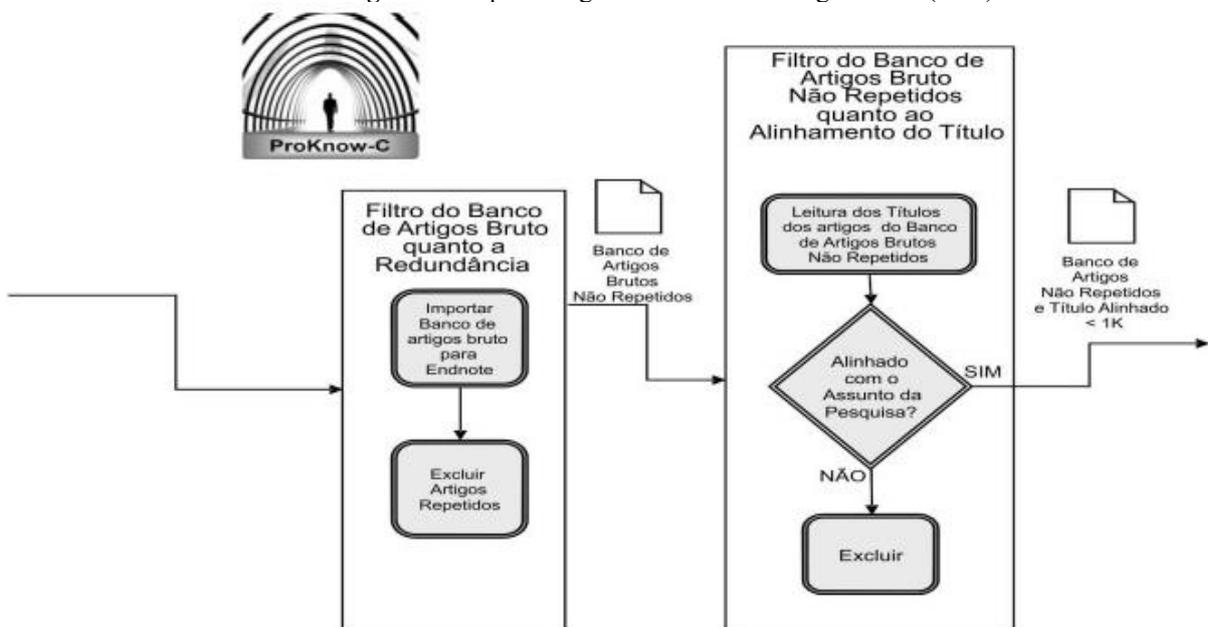
Fonte: (ENSSLIN; ENSSLIN; PINTO 2013, p. 336) adaptado de TASCA *et al.* (2010).

A segunda etapa se inicia com a filtragem do banco de artigos brutos final (Figura 6, 7, 8).

Nesse processo de filtragem, alguns aspectos são levados em consideração, tais como:

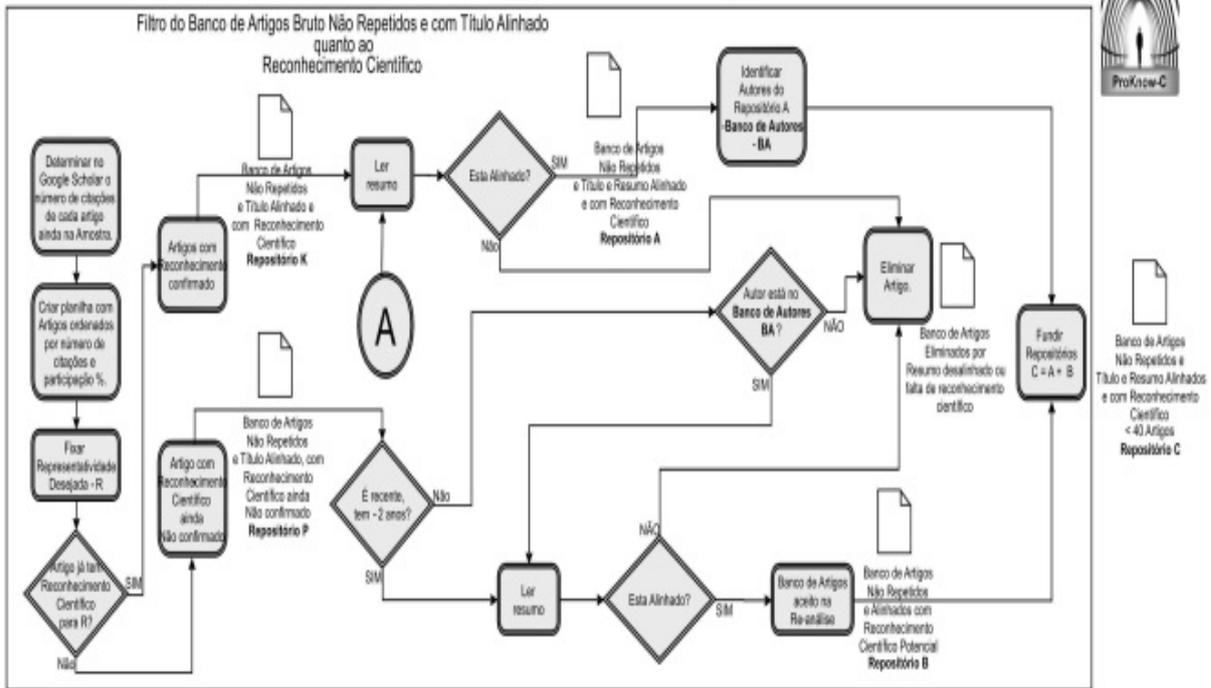
- eliminação de artigos repetidos/redundantes;
- alinhamento com o tema pela leitura do título;
- verificação do reconhecimento científico dos artigos;
- verificação do alinhamento com o tema pela leitura dos resumos;
- reavaliação dos artigos menos citados pelos critérios: atualidade e relevância do autor;
- alinhamento pela leitura integral dos artigos.

Figura 6. Etapa Filtragem do Banco de Artigos Bruto (a - b)



Fonte: (ENSSLIN; ENSSLIN; PINTO 2013, p. 337) adaptado de TASCA *et al.*, (2010).

Figura 7. Filtragem do Banco de Artigos Bruto (c-d-e)



Fonte: (ENSSLIN; ENSSLIN; PINTO 2013, p. 338) adaptado de TASCA *et al.*, (201

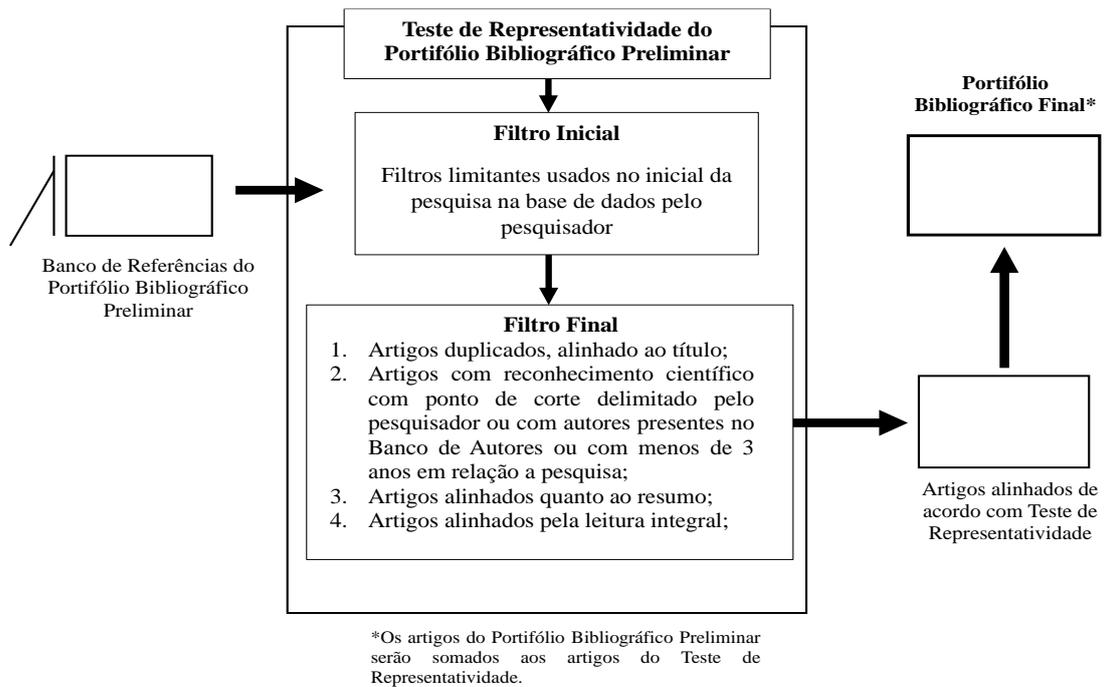
Figura 8. Filtragem do Banco de Artigos Bruto (f)



Fonte: (ENSSLIN; ENSSLIN; PINTO 2013, p. 336) adaptado de TASCA *et al.*, (2010).

A terceira e última etapa da Seleção do Portfólio Bibliográfico Final é o Teste de Representatividade dos artigos do Portfólio Bibliográfico Preliminar com o objetivo de identificar se há algum outro artigo relevante que precisa ser acrescentado. Esta etapa consiste em avaliar o grau de representatividade do portfólio bibliográfico, a partir do exame de suas Referências Bibliográficas (RB) (Figura 9).

Figura 9. Teste de Representatividade dos artigos do Portfólio Bibliográfico Preliminar



Fonte: Adaptado pela autora a partir de Oliveira *et al.* (2016) e Ensslin, L. *et al.* (2010).

4.3.2. Análise Bibliométrica do Portfólio Bibliográfico

A bibliometria refere-se à aplicação de métodos matemáticos e estatísticos em um conjunto definido de artigos para gerar e gerar informação e conhecimento científico sobre um tema de pesquisa (ENSSLIN *et al.*, 2010, AFONSO *et al.*, 2011, ROSA *et al.*, 2011, 2012, ENSSLIN; ENSSLIN; PACHECO, 2012, LACERDA; ENSSLIN; ENSSLIN, 2012, ENSSLIN *et al.*, 2014, JESUS; DUTRA; ENSSLIN, 2021). Logo, a bibliometria é considerada o “processo de evidenciação quantitativa dos dados estatísticos de um conjunto definido de artigos (o portfólio bibliográfico) para a gestão da informação e do conhecimento científico de um dado assunto” (AZEVEDO; ENSSLIN, 2020, p. 145).

O método *ProKnow-C*, na etapa de análise bibliométrica, é feito a partir de quatro análises:

- a) Análise da relevância dos periódicos;
- b) Análise da relevância dos artigos;
- c) Análise da relevância dos autores;
- d) Análise das palavras-chave mais usadas.

Cabe ressaltar que foi utilizado o software gratuito *VOSviewer* para se fazer uma parte das análises bibliométrica dos artigos do PB (análise da relevância dos autores e análise das palavras-chave mais usadas).

O *VOSviewer* é um software que permite criar mapas de redes bibliométricas e visualizá-las de forma gráfica, permitindo que relações entre as publicações selecionadas sejam facilmente visualizadas. Nesta pesquisa, utilizou-se a versão 1.6.19 do *VOSviewer*, lançada em 23 de janeiro de 2023, caracterizada por sua alta qualidade documental e por uma interface simples, voltada para a visualização das redes identificadas. Os gráficos gerados podem ser personalizados (AZEVEDO; ENSSLIN, 2020, VAN ECK; WALTMAN, 2022, 2023).

Outra ferramenta utilizada foi o Microsoft Excel, um software empregado na elaboração, edição e gestão de planilhas eletrônicas. Este programa possibilita a criação e organização de dados, particularmente números, por meio da criação e edição de planilhas. O Excel foi empregado para a elaboração de gráficos relacionados à seleção do Portfólio Bibliográfico, à análise bibliométrica e à análise sistêmica desta pesquisa.

Ademais, o *Mendeley* foi empregado como um gerenciador de referências para organizar o Portfólio Bibliográfico Final. As análises realizadas com base no *VOSviewer* foram desenvolvidas a partir de informações extraídas do *Mendeley*.

4.3.3. Análise Sistêmica do Portfólio Bibliográfico

A terceira etapa da metodologia *ProKnow-C* é a realização de uma análise sistêmica dos artigos do Portfólio Bibliográfico levando em consideração a visão de mundo (filiação teórica), que, por meio de lentes específicas, interpretam e analisam dados (AZEVEDO; ENSSLIN, 2020).

O conceito das lentes de pesquisa utilizadas para a revisão sistêmica parte do princípio construtivista de que a geração do conhecimento é oriunda da interação entre o pesquisador e o contexto que ele pretende avaliar (...) têm como base os pontos de referência (lentes de pesquisa) que o pesquisador acredita estarem relacionados com o problema. Em outras palavras, a análise sistêmica, sob a luz dessas lentes de pesquisa, cria pontos focais para análise da literatura, sob o foco dos aspectos considerados, pelo pesquisador, como relevantes e suficientes para avaliar o contexto, em busca de lacunas de conhecimento a serem cobertas pela pesquisa (AZEVEDO; ENSSLIN, 2020, p. 164).

Nesse sentido, a filiação teórica diz respeito ao conceito/noção/filosofia que o pesquisador escolhe para ser a sua visão de mundo, por meio da qual irá analisar e interpretar a literatura/documentos/fatos/realidade. Assim, essa filiação teórica age como filtro aos olhos do pesquisador de tal forma que os dados são, por meio desses filtros, observados. Cada filiação teórica apresenta características específicas que serão submetidas à análise pela pesquisadora por meio de sua própria lente, possibilitando a construção de um diálogo a partir desse processo (BORTOLUZZI; ENSSLIN; ENSSLIN, 2011; ENSSLIN *et al.*, 2012; LACERDA *et al.*, 2014; VALMORBIDA *et al.*, 2014; RICHARTZ; BORGERT; ENSSLIN, 2014; LINHARES *et al.*, 2019; AZEVEDO; ENSSLIN, 2020).

A análise sistêmica foi adaptada a partir de algumas literaturas como estrutura^{14,17,44}, mas com lentes próprias relacionadas à filiação teórica da pesquisadora (GIL, 2008, RICHARTZ; BORGERT; ENSSLIN, 2014; LINHARES *et al.*, 2019). Nesse sentido, a filiação teórica que orientou a criação, o desenho, o processo de coleta dos dados, e a posterior análise do *corpus* de dados bibliométricos e sistêmicos, bem como a agenda de pesquisa foi a produção teórica sobre Colaboração Interprofissional a partir do Modelo Quadrimensional de Colaboração idealizada por D'Amour *et al.* (2008) que possuem quadro dimensões e dez indicadores que se relacionam.

Esse conceito fundamenta-se na premissa de que a Colaboração se baseia na visão humanista da pessoa, considerado um ser biopsicossocial e espiritual em constante interação com seu ambiente. Isso se traduz no reconhecimento do direito à autodeterminação, promovendo a partilha de conhecimentos, práticas e o reconhecimento das complexidades das pessoas. Portanto, trata-se de uma abordagem centrada no usuário, com a criação de áreas de intervenção compartilhadas entre os diversos envolvidos, resultando em uma parceria interativa, intersubjetiva e compreensiva, com o objetivo comum de uma abordagem abrangente e participativa (D'AMOUR; SICOTTE; LÉVY, 1999, D'AMOUR *et al.*, 2008).

Os pontos que melhor delineiam e fundamentam a filiação teórica e as lentes da pesquisadora estão descritos no tópico: **Modelo de Colaboração Interprofissional adotado na pesquisa: dimensões e indicadores (Fundamentação Teórica)**.

Com base nessas dimensões e indicadores as seguintes lentes foram definidas para análise sistêmica (Tabela 2).

Tabela 2. Lentes utilizadas na análise sistêmica (APÊNDICE A)¹²

Nº	Lentes	O que busca?
Primeira Lente	Abordagem e Técnicas	- Qual a abordagem dos artigos? - Qual a forma de coleta de dados?
Segunda Lente	Atores	- Quais as categorias profissionais citadas nos artigos? - E, por que estão presentes?
Terceira Lente	Contexto	- Quais as regiões e estados em que foram aplicadas as pesquisas? - Quais os locais de filiação institucional dos pesquisadores dos artigos?
Quarta Lente	Conceitos	- Quais as definições de Colaboração Interprofissional apontadas nos artigos?
Quinta Lente	Dimensões e Indicadores	- Quais dimensões e indicadores (Modelo Quadrimensional de Colaboração) são apresentados nos artigos, considerando seus conceitos? (APÊNDICE B) ¹³

¹² O APÊNDICE A traz o roteiro base das perguntas de acordo com as lentes para cada artigo.

¹³ Para essa lente foi utilizado um roteiro adaptado (APÊNDICE B) a partir das dimensões e indicadores do modelo Quadrimensional de Colaboração de D'Amour *et al.* (2008), considerando os aspectos que devem ser observados dentro dos artigos para melhor visualização da Colaboração Interprofissional.

Sexta Lente	Determinantes Externos e Estruturais	- Os artigos citam ou discutem fatores externos à organização, como os sistemas sociais, culturais, profissionais e educacionais (determinantes externos e estruturais) para construção da Colaboração Interprofissional?
Sétima Lente	Resultados	- Quais os resultados apresentados nesses artigos?

Fonte: Elaborada pela autora (2023) adaptado de Linhares *et. al.* (2019) e D'Amour *et al.* (2008).

Para melhor compreensão das lentes dispostas na tabela 2, foi apresentado os objetivos de cada uma das 7 lentes que foram utilizadas na Análise Sistemática do Portfólio Bibliográfico.

A Primeira Lente (Abordagem e Técnicas) buscou descobrir a abordagem aplicada nos artigos, bem como as formas de coleta de dados com seus recursos procurando, com isso, responder as seguintes questões:

Qual a abordagem dos artigos?

Qual a forma de coleta de dados?

Dessa forma, procura-se conhecer as abordagens e técnicas mais comuns entre os artigos bem como os recursos utilizados nos artigos do PB sobre a temática pesquisada, ao passo que é uma oportunidade de apontar as potencialidades e limitações das abordagens e técnicas de coletas que estão sendo utilizadas.

A Segunda Lente (Atores) buscou identificar quais são as categorias profissionais as quais se referem os artigos, com forma de compreender quem são os decisores e produtores desse saber/fazer sobre a Colaboração Interprofissional no APS no Brasil. Para isso, procurou responder as seguintes questões:

Quais as categorias profissionais citadas nos artigos?

E, por que estão presentes?

A Terceira Lente (Contexto) buscou conhecer, a partir dos artigos do portfólio bibliográfico, o contexto regional e estadual em que estes artigos foram produzidos, considerado o local de aplicação da pesquisa e o contexto de filiação institucional dos pesquisadores. Para isso, procurou responder as seguintes questões:

Quais as regiões e estados em que foram aplicadas as pesquisas?

Quais os locais de filiação institucional dos pesquisadores dos artigos?

A Quarta Lente (Conceitos) buscou conhecer os diversos conceitos sobre a Colaboração Interprofissional dos artigos do PB, e se eles convergem ou divergem com a filiação teórica adotada pela pesquisadora, buscando um possível diálogo. Para isso, procurou responder a seguinte questão:

Quais as definições de Colaboração Interprofissional apontadas nos artigos?

Quinta Lente (Dimensões e Indicadores) buscou conhecer quais os dimensões e indicadores que mais apareceram no texto dos artigos do Portfólio Bibliográfico e os resultados

são apresentados em termos das quatro dimensões e dez indicadores do Modelo Quadridimensional de Colaboração. Para isso, procurou responder a seguinte questão:

Quais dimensões e indicadores (Modelo Quadridimensional de Colaboração) são apresentados nos artigos, considerando seus conceitos?

A Sexta Lente (Determinantes Externos e Estruturais) buscou conhecer o que os artigos do PB estão refletindo sobre os determinantes externos e estruturais, ou seja, os fatores sistêmicos, que são de fundamental importância para a concretização da Colaboração Interprofissional. Para isso, procurou responder a seguinte questão:

Os artigos citam ou discutem fatores externos à organização, como os sistemas sociais, culturais, profissionais e educacionais (determinantes externos e estruturais) para construção da Colaboração Interprofissional?

E, por fim, a Sétima Lente (Resultados) que buscou conhecer os principais resultados a que chegaram os autores dos artigos do Portfólio Bibliográfico sobre a prática da Colaboração Interprofissional nas equipes da APS no Brasil. Para isso, procurou responder a seguinte questão:

Quais os resultados apresentados nesses artigos?

A partir da Análise Sistêmica dos artigos, sob a luz das 7 lentes, foi possível observar o que se tem na literatura a respeito da Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde no Brasil. A análise sistêmica foi realizada, posteriormente, no tópico Análise Sistêmica da Literatura.

E, a partir da análise sistêmica juntamente a análise bibliométrica, permitiu formular a agenda de pesquisa.

4.3.4. Agenda de pesquisa

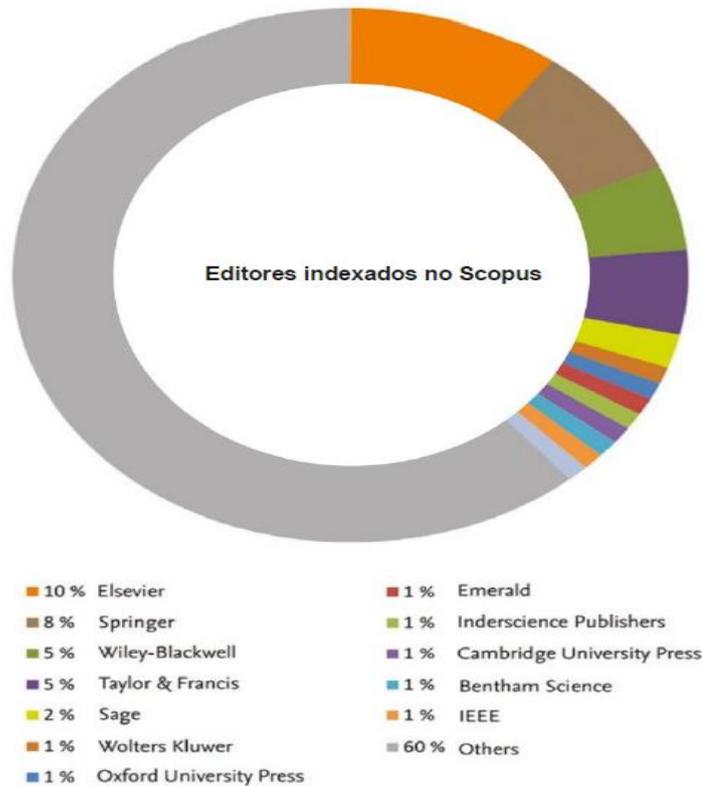
A última etapa do *ProKnow-C* corresponde à Pergunta de Pesquisa, que é representada neste estudo por uma agenda de pesquisa com contribuições para a área da Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde no Brasil (SILVA; ENSSLIN; MENDES, 2021, KOCH; GASPARETTO; ENSSLIN, 2022).

E, após conhecer o fragmento de literatura relativo ao tema representado pelo Portfólio Bibliográfico, ou seja, superadas as etapas de Seleção do Portfólio Bibliográfico, Análise Bibliométrica e Análise Sistêmica, foi possível reconhecer as oportunidades de pesquisa, tanto para pesquisadores que desejam investigar e contribuir para a temática, quanto para gestores que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil e pretendem construir ou aperfeiçoar a Colaboração Interprofissional nas equipes de ESF.

4.4. Campo Amostral: base de dados *Scopus*

A *Scopus* é considerada a maior base de dados, resumos e citações de artigos de revistas científicas do mundo e uma das mais bem qualificadas (Figura 10).

Figura 10. Base de Dados *Scopus*



Fonte: Elsevier (2020).

Foi lançada em novembro de 2004 e pertence ao grupo Elsevier que é um dos maiores grupos de editoras científicas do mundo.

A *Scopus* é um banco de dados de citações e resumos, curado por especialistas independentes no assunto. O *Scopus* indexa conteúdo de mais de 25.000 títulos ativos e 7.000 editores - todos rigorosamente examinados e selecionados por um conselho de revisão independente. Os usuários têm acesso a milhares de títulos, milhões de perfis de autores e 1,7 bilhão de referências citadas (ELSEVIER, 2020, n/p, tradução nossa).

A *Scopus* foi selecionada como fonte de pesquisa em detrimento a outras bases de dados, como a Web of Science e Google Acadêmico, por vários motivos, dentre eles (DINH; HAI; PHAM, 2022):

- Emprega um padrão consistente na seleção de documentos para inclusão em seu índice;
- Fornecer recursos mais avançados para a exportação de dados bibliográficos do que o Google Acadêmico;
- Cobrir um número maior de periódicos de menor impacto o que permite dados mais reais e precisos sobre a Colaboração Interprofissional na APS no Brasil;

- d) Considerando o recorte temporal (1994-2023) do presente estudo pode-se encontrar na *Scopus* o suporte temporal necessário;
- e) Oferece a possibilidade de detectar tendências linguísticas na produção analisada sendo benéfico para a pesquisa, pois um dos filtros é analisar as publicações sobre a Colaboração Interprofissional na APS produzidas por pesquisadores brasileiros.

Além disso, a *Scopus* congrega outras bases de dados menores e diante disso, torna-se a base que melhor se adequa e amplia a pesquisa sobre Colaboração Interprofissional na APS.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo tem por finalidade apresentar os resultados e discussão desta dissertação, com a utilização do *ProKnow-C*. Para tal, são delineadas as etapas do processo, que se encontram subdivididas em:

- a) Seleção do Portfólio Bibliográfico;
- b) Análise Bibliométrica do Portfólio Bibliográfico;
- c) Análise Sistêmica da Literatura;
- d) Agenda de pesquisa: contribuições para a área da Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

5.1. SELEÇÃO DO PORTFÓLIO BIBLIOGRÁFICO

Os procedimentos de coleta de dados para realização da seleção do Portfólio Bibliográfico (PB) da pesquisa foram divididos em três etapas: seleção do portfólio bibliográfico bruto, filtragem do portfólio bibliográfico bruto e teste de representatividade dos artigos do portfólio bibliográfico (TASCA *et al.*, 2010).

5.1.1. Seleção do Banco de Dados Brutos

A primeira grande etapa, seleção de artigos brutos, teve como objetivo:

- a) Definição dos eixos e palavras-chave alinhadas ao tema da pesquisa;
- b) Definição da base de dados;
- c) Busca de artigos na base de dados com as palavras-chave definidas;
- d) Teste de aderência das palavras-chave.

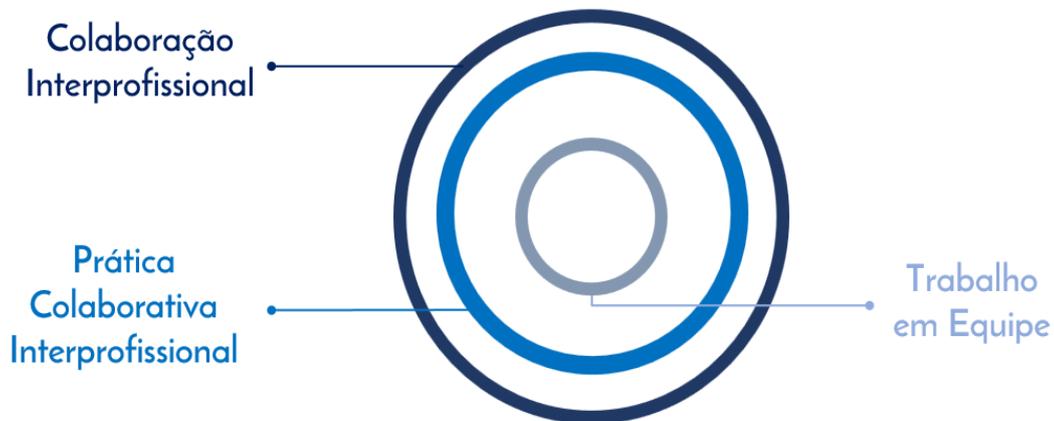
a) Definição dos eixos e palavras-chave alinhadas ao tema pesquisa

A seleção do Banco de Dados Brutos iniciou-se com a definição dos eixos da pesquisa, das palavras-chave relacionadas a esses eixos, da base de dados em que as buscas foram realizadas e dos filtros de pesquisa utilizados nesses repositórios.

A pesquisa foi delimitada a partir de três eixos, que foram: Colaboração Interprofissional, Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família, que estão diretamente relacionados a área temática em que a pesquisa se sustenta e estabeleceu as palavras-chave que representam esses eixos. A definição das palavras-chave foi necessária, pois compôs os comandos de busca na base de dados.

Em relação ao eixo Colaboração Interprofissional este foi definido nessa pesquisa partir de Morgan, Pullon e McKinlay (2015) o qual sustentam que a Colaboração Interprofissional se caracteriza como um espectro amplo e inclui vários termos relacionados, mas com foco na Colaboração Interprofissional. A partir desse entendimento, dois outros termos se inserem no espectro da Colaboração Interprofissional, nomeadamente a Prática Colaborativa Interprofissional e o Trabalho em Equipe (Figura 11).

Figura 11. Relação entre Colaboração Interprofissional, Prática Colaborativa Interprofissional e Trabalho em Equipe defendida na dissertação



Fonte: Adaptado pela autora a partir de Morgan, Pullon e McKinlay (2015).

Para Morgan, Pullon e McKinlay (2015) esses são termos diferentes, a pesar de todos estarem no espectro da colaboração. Nessa dissertação esses termos foram utilizados com sinônimos¹⁴ e as palavras-chave que contemplam esses termos está no Quadro 6, disposto abaixo.

Quadro 6. Termos referentes ao Eixo Colaboração Interprofissional

Eixo 1	Colaboração Interprofissional
Termos Alternativos	Trabalho em Equipe Prática Colaborativa Interprofissional
Palavras-chave em inglês	Interprofessional Collaboration Team work

¹⁴ Há uma discussão na parte da análise bibliométrica e análise sistêmica sobre a importância de uma terminologia adequada para a Colaboração Interprofissional no Brasil.

	Interprofessional Collaborative Practice
--	--

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Em relação aos dois outros eixos, estes foram: Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. Esses dois eixos estão diretamente ligados ao problema de pesquisa e ao objetivo geral de pesquisa, contemplando a ideia de analisar as características das produções científicas que abordam o tema da Colaboração Interprofissional na Atenção Primária no Brasil.

A APS no Brasil tem peculiaridades próprias do nosso território sendo representada, em sua grande maioria, pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, que é a estratégia prioritária de atenção à saúde, mas não somente. Portanto, na definição das palavras-chave foi priorizado esses dois eixos por contemplarem a maioria dos possíveis trabalhos referentes a Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Já em relação as palavras-chave relacionadas aos eixos temáticos Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família, estes seguiram os DeCS – Descritores em Ciências da Saúde (OMS, BIREME/OPAS, 2023). Esses descritores apresentam termos alternativos que também foram usados na busca na base dados (Quadro 7).

Quadro 7. Termos referentes aos Eixos Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família

Eixo 2	Atenção Primária à Saúde	Eixo 3	Estratégia de Saúde da Família
Termos Alternativos	Atendimento Básico Atendimento Primário Atendimento Primário de Saúde Atenção Básica Atenção Básica de Saúde Atenção Básica à Saúde Atenção Primária Atenção Primária de Saúde Atenção Primária em Saúde Cuidado Primário de Saúde Cuidado de Saúde Primário Cuidados Primários Cuidados Primários de Saúde Cuidados Primários à Saúde Cuidados de Saúde Primários Primeiro Nível de Assistência Primeiro Nível de Atendimento Primeiro Nível de	Termos Alternativos	Estratégia Saúde Familiar Estratégia Saúde da Família (ESF) Estratégia da Saúde da Família Estratégia de Saúde Familiar Estratégia de Saúde da Família PET Saúde da Família Programa Saúde da Família Programa Saúde da Família (PSF) Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Saúde da Família) Programa de Saúde Familiar Programa de Saúde da Família

	Atenção Primeiro Nível de Atenção à Saúde Primeiro Nível de Cuidado Primeiro Nível de Cuidados		
Palavra-chave em inglês	Primary Health Care Basic Service Primary Care Primary Health Care* Primary Care* Primary Health Care* Primary Health Care* Primary attention Primary Health Care* Primary Health Care* Primary Health Care* Primary Health Care* Primary Health Care* Primary Health Care* Primary Health Care* Primary Health Care* Primary Health Care* First Level of Assistance First Service Level First Level of Attention First Level of Health Care First Level of Care First Level of Care	Palavra-chave em inglês	Family Health Strategy Family Health Strategy (FHS) Family Health Strategy* Family Health Strategy* Family Health Strategy* PET- Family Health Family Health Program Family Health Program (FHP) Education through Work for Health Program (Family Health) Family Health Program* Family Health Program*

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

*Esses termos foram descartados por serem termos iguais que já foram citados.

Como a pesquisa na base dados foi feita em inglês foi necessário a tradução e diante disso, diversos termos que em português são diferentes, na língua inglesa esses termos eram sinônimos sendo os termos iguais descartados e ficando somente os termos que eram diferentes para compor a busca na base de dados.

b) Definição da base de dados

Após a definição dos eixos e das palavras-chave que representavam esses eixos, foi iniciada a etapa da identificação e definição da base da pesquisa. Para verificar o alinhamento da base com o assunto da pesquisa realizou-se a leitura de seus temas e assuntos publicados, e

com base nisso, a melhor base que se adequou a temática foi a *Scopus*. Ela está disponível no Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) através Acesso CAFe (Comunidade Acadêmica Federada). Esta opção permite o acesso remoto ao conteúdo assinado do Portal de Periódicos da CAPES disponível para as instituições vinculadas.

c) Busca de artigos na base de dados com as palavras-chave definidas

Após a seleção dos eixos, das palavras-chave e da base de dados realizou-se o processo de busca de artigos na base de dados com as palavras-chave já definidas. Esta busca ocorreu por meio da interação entre as palavras-chave da pesquisa que foram colocadas entre aspas sendo utilizadas em conjunto aos operadores booleanos AND e OR como forma de refinar mais a pesquisa. A combinação entre as palavras-chave dos eixos 1, 2 e 3 formaram os comandos de busca na base *Scopus* (Quadro 8).

Quadro 8. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados

Eixo 1	“Interprofessional Collaboration” OR “Interprofessional Collaborative Practice” OR “Team work”
Operador Booleano	AND
Eixo 2	“Primary Health Care” OR “Basic Service” OR “Primary Care” OR “Primary attention” OR “First Level of Assistance” OR “First Service Level” OR “First Level of Attention” OR “First Level of Health Care” OR “First Level of Care” OR “First Level of Care”
Operador Booleano	OR
Eixo 3	“Family Health Strategy” OR “Family Health Strategy (FHS)” OR “PET- Family Health” OR “Family Health Program” OR “Family Health Program (FHP)” OR “Education through Work for Health Program (Family Health)”
Filtros limitadores	Pesquisa feita com as palavras-chave do título, no resumo e nas palavras-chave dos artigos, artigos publicados em periódicos científicos, filiação no território brasileiro, idioma: português, inglês e espanhol, período de tempo de 1994 à 2023 e acesso aberto.

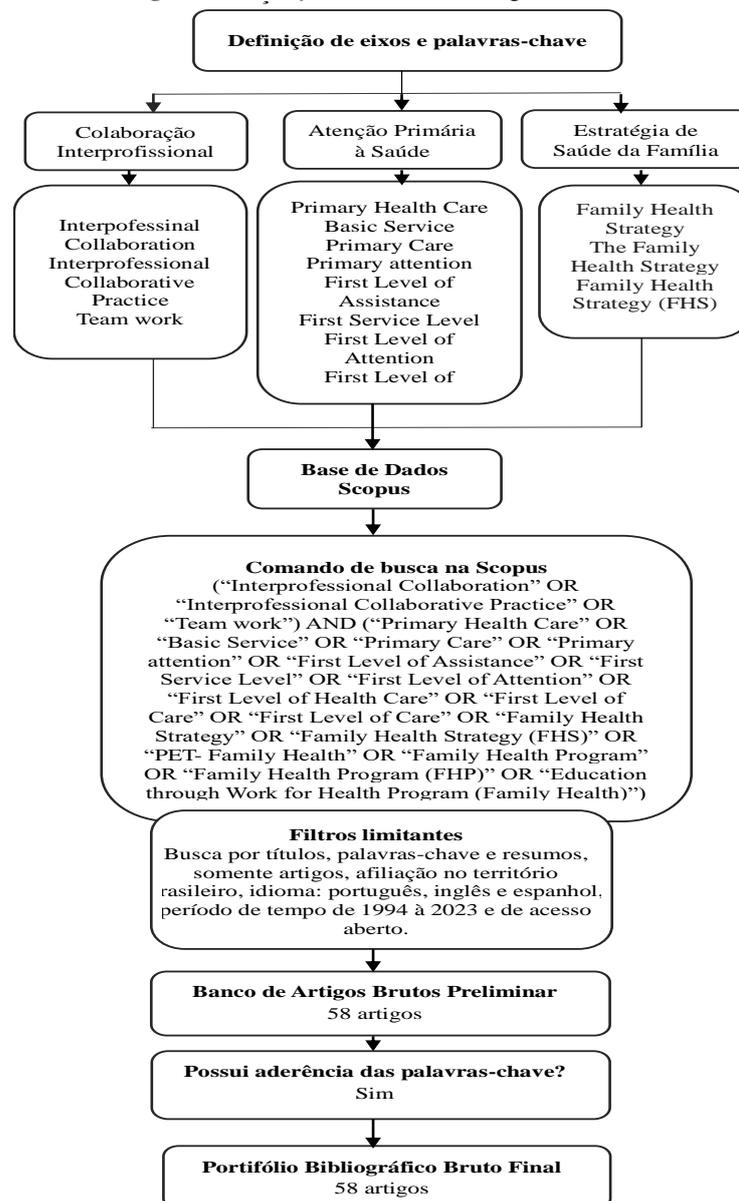
Fonte: Elaborada pela autora (2023).

A busca booleana foi a seguinte: (“Interprofessional Collaboration” OR “Interprofessional Collaborative Practice” OR “Team work”) AND (“Primary Health Care” OR “Basic Service” OR “Primary Care” OR “Primary attention” OR “First Level of Assistance” OR “First Service Level” OR “First Level of Attention” OR “First Level of Health Care” OR “First Level of Care” OR “First Level of Care”) OR (“Family Health Strategy” OR “Family Health Strategy (FHS)” OR “PET- Family Health” OR “Family Health Program” OR “Family Health Program (FHP)” OR “Education through Work for Health Program (Family Health)”).

Nesse primeiro momento, foi realizada uma busca geral com as palavras-chave já delimitadas e foram identificados 773 documentos na base, compondo o banco bruto preliminar de documentos.

Em um segundo momento, além da busca booleana na *Scopus*, foram definidos alguns filtros limitantes da pesquisa na base de dados para que fosse melhor refinada. Foram eles: pesquisa feita com as palavras-chave do título, no resumo e nas palavras-chave dos artigos; artigos publicados em periódicos científicos; filiação no território brasileiro; idioma: português, inglês e espanhol; período de tempo de 1994 a 2023; e acesso aberto. Após essa filtragem, foram selecionados 58 artigos, formando o banco de artigos brutos preliminar que seguiu para o teste de aderência das palavras-chave (Figura 12). Essa busca foi realizada no mês de março de 2023.

Figura 12. Seleção Portfólio Bibliográfico Bruto



Fonte: Elaborada pela autora (2023).

d) Teste de aderência das palavras-chave

A etapa seguinte consistiu na aplicação do Teste de Aderência das palavras-chave, visando à validação das palavras-chave contidas no Portfólio Bibliográfico Bruto Preliminar. Com essa análise, foi possível verificar se as palavras-chave utilizadas na pesquisa estavam alinhadas com as palavras-chave utilizadas pela comunidade científica. Nesse teste, dois artigos foram selecionados aleatoriamente no banco que continha 58 artigos, e suas palavras-chave foram comparadas com as utilizadas na busca. Por meio da comparação, verificou-se que as palavras-chave dos artigos selecionados estavam presentes no conjunto de palavras-chave utilizadas na busca na base de dados. Posto isso, essa etapa foi concluída com a seleção de 58 artigos, compondo assim o Portfólio Bibliográfico Bruto Final (Figura 12).

5.1.2. Filtragem do Banco de Artigos Bruto

A segunda etapa, filtragem do banco de artigos, foi subdividida em cinco fases, que são:

- a) eliminação de artigos repetidos/redundantes;
- b) alinhamento com o tema pela leitura do título;
- c) verificação do reconhecimento científico dos artigos;
- d) verificação do alinhamento com o tema pela leitura dos resumos;
- e) reavaliação dos artigos menos citados pelos critérios: atualidade e relevância do autor;
- f) alinhamento pela leitura integral dos artigos.

a) Eliminação de artigos repetidos/redundantes

Para um efetivo gerenciamento desses artigos, eles foram exportados da base de dados *Scopus* para o *Mendeley* e com o auxílio dessa ferramenta, pode-se identificar dentre os 58 artigos se havia algum que estivesse duplicado. Dentre esses artigos não foram encontrados nenhum artigo duplicado, desse modo, o Portfólio continuou com 58 artigos não repetidos.

b) Alinhamento com o tema pela leitura do título

A atividade seguinte foi verificar o alinhamento dos títulos dos artigos não repetidos com o tema da pesquisa em que se fez necessária a leitura dos títulos dos 58 artigos e a avaliação destes. Após este processo chegou-se a 26 artigos não repetidos e alinhados com o título/tema, sendo excluídos 32 artigos não alinhados.

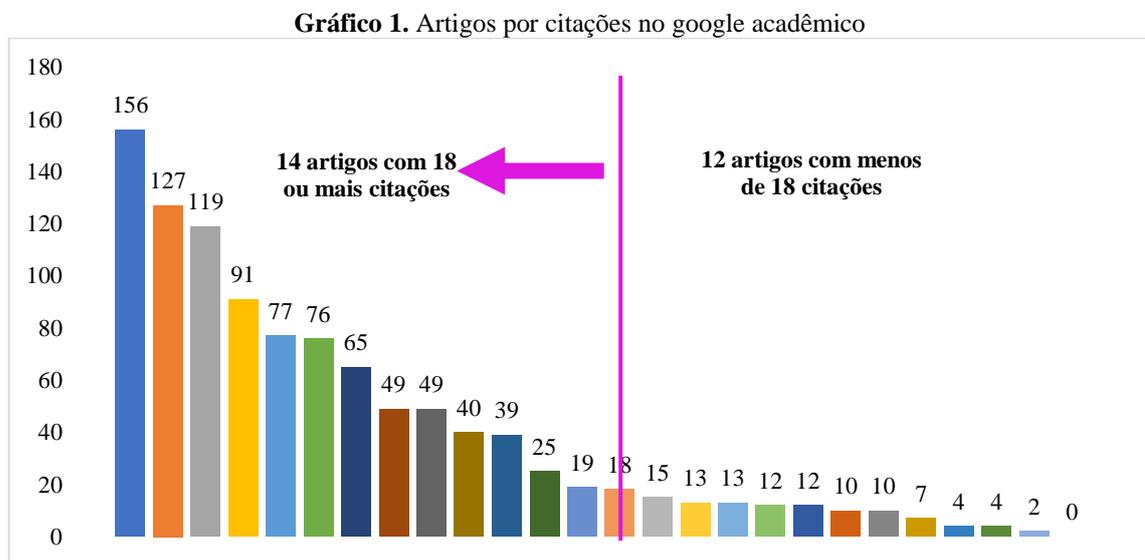
c) Verificação do reconhecimento científico dos artigos

Os 26 artigos que, pelos seus títulos, se alinhavam com o tema de pesquisa, foram analisados pela relevância científica, por meio do número de citações no Google Acadêmico. Esses artigos foram ordenados de forma decrescente de acordo com as citações. A partir destes resultados, estabeleceu-se um valor de corte para os artigos mais citados. Foi definido como

artigos significativos aqueles com até 90% das citações, o que resultou em 14 artigos que continham 18 citações ou mais

Esse valor representou a seleção dos artigos mais citados até que suas citações somadas representassem um valor igual a 90% de todas as citações obtidas pelos 26 artigos. Somando todas as citações dos 26 artigos analisados, obteve-se o número de 1052 citações. Assim, os artigos que, individualmente, foram citados 18 vezes ou mais, representaram 950 citações, ou seja, 90% de todas as citações das 26 referências selecionados. Dessa forma, o ponto de corte para aprovar artigos no que se referiu ao reconhecimento científico, foi definido com 18 citações ou mais para esta pesquisa. Com essa identificação do valor de corte, 14 artigos foram selecionados pelo número de citações, compondo o repositório A.

O gráfico 1 mostra as citações por pares dos 26 artigos. Na abscissa, mostra-se cada artigo definido pelas cores, e na ordenada a quantidade de citações por pares, conforme contabilidade do Google Acadêmico em março de 2023. Destaca-se em rosa no gráfico o valor de corte em 18 ou mais citações.



Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Evidenciou-se ainda que os 12 artigos, que representaram 10% das citações, foram considerados como trabalhos que precisavam ter sua relevância científica confirmada e ficaram em suspenso para posterior análise no Repositório Z.

d) Verificação do alinhamento com o tema pela leitura dos resumos

Após conhecer os artigos com maior reconhecimento científico, realizou-se a análise destes de acordo com o alinhamento do resumo (*abstract*) ao tema da pesquisa que correspondeu a etapa seguinte. Analisando-se os 14 resumos, percebeu-se que todos estavam alinhados com o tema de pesquisa e representaram o novo repositório B (Banco de Autores)

sendo ele um banco de artigos que possui título e resumo alinhados, além de ter reconhecimento científico comprovado pela quantidade de citações.

e) Reavaliação dos artigos menos citados pelos critérios: atualidade e relevância do autor

Realizou-se a leitura dos títulos e resumos dos 12 artigos não selecionados na etapa de verificação do reconhecimento científico das publicações, com o propósito de identificar aqueles que podiam apresentar uma contribuição para esta pesquisa, ao estarem obrigatoriamente, alinhados com o tema de pesquisa e ao mesmo tempo atender pelo menos um dos critérios:

- I. Artigos publicados em 2020 e após, com a consideração que esses não tiveram tempo para ser reconhecidos e citados;
- II. Para os artigos publicados em 2019 e anteriormente, os artigos devem ter sido escritos, por pelo menos um autor que conste no grupo de artigos com relevância científica confirmada do repositório B (Banco de Autores).

Entre os 12 artigos avaliados no processo chamado de reanálise, 5 artigos foram publicados no ano de 2020 ou após, e seguiram para a próxima fase, que corresponde a leitura dos resumos de forma que se alinhem com o tema de pesquisa. Dos 7 artigos restantes da amostra publicados em 2019 ou antes, 2 artigos eram de autores presentes no portfólio dos artigos do repositório B (Banco de Autores), ou seja, artigos alinhados e com reconhecimento científico confirmado, podendo assim seguir para o próximo filtro. Os outros 5 artigos, anteriores a 2019 e que seus autores não estavam no banco de autores do repositório B foram eliminados.

De posse dos 7 artigos selecionados pelo processo de reanálise, nenhum foi eliminado após a leitura dos seus resumos, pois houve alinhamento dos artigos ao tema de pesquisa. Assim os 7 artigos estavam alinhados com o tema de pesquisa, compondo o novo repositório X, fazendo parte do banco de artigos aceito na reanálise, ou seja, aqueles que não são repetidos, estão alinhados ao tema/resumo e com reconhecimento científico.

Com os procedimentos da reanálise dos artigos menos citados, estes foram somados aos 14 artigos mais citados no repositório B obtido anteriormente, formando o novo repositório no total de 21 artigos, intitulado repositório C.

f) Alinhamento pela leitura integral dos artigos

A partir disso, a última fase de filtragem propôs testar o alinhamento dos artigos a partir de sua leitura integral. Assim, o conjunto de 21 artigos que compõem o Repositório C (os 14 mais citados e com resumo alinhado, e os 7 da reanálise) foram submetidos à leitura integral.

Como parâmetros para considerar nessa fase, foi proposto pela pesquisadora selecionar artigos que preenchessem os seguintes critérios.

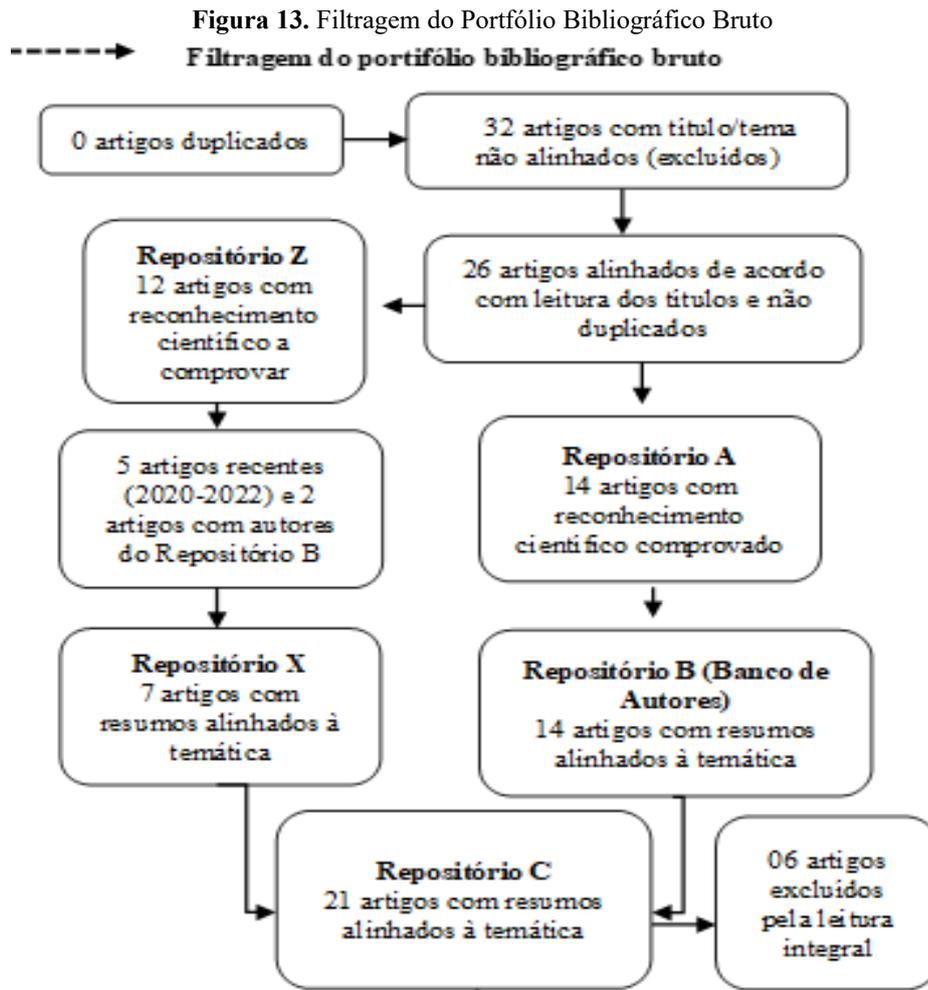
▪ **Critérios de Inclusão de artigos:**

1. Pesquisas relacionadas à Colaboração Interprofissional/Prática Colaborativa Interprofissional e/ou Trabalho em Equipe entre profissionais de saúde envolvendo na atenção básica;
2. Pesquisas em que os profissionais façam parte de uma equipe interprofissional de pelo menos três indivíduos de pelo menos duas profissões diferentes na área da saúde;
3. Pesquisas relacionadas à Colaboração Interprofissional/Prática Colaborativa Interprofissional e/ou Trabalho em Equipe em um contexto de educação interprofissional, mas apenas quando os alunos envolvidos forem profissionais de saúde.

▪ **Critérios de exclusão de artigos:**

1. Referiam-se à Colaboração Interprofissional/Prática Colaborativa Interprofissional e/ou Trabalho em Equipe entre profissionais de saúde e pacientes;
2. Referiam-se à Colaboração Interprofissional/Prática Colaborativa Interprofissional e/ou Trabalho em Equipe apenas entre profissionais de saúde da mesma disciplina;
3. Relacionavam-se à Colaboração Interprofissional/Prática Colaborativa Interprofissional e/ou Trabalho em Equipe entre apenas dois profissionais de saúde individuais (por exemplo, um médico individual e apenas uma enfermeira individual, ou outras díades);
4. Relacionavam-se à Colaboração Interprofissional/Prática Colaborativa Interprofissional e/ou Trabalho em Equipe em um contexto de educação interprofissional, em que os alunos envolvidos não eram profissionais de saúde qualificados.

A partir da leitura integral desses artigos foram selecionados 15 artigos que foram considerados alinhados ao tema pela leitura integral, sendo 6 não alinhados e excluídos (Figura 13).



Fonte: Elaborada pela autora (2023).

5.1.3. Teste de Representatividade dos Artigos do Portfólio Bibliográfico Preliminar

A terceira etapa da seleção do PB foi o Teste de Representatividade do Portfólio Bibliográfico Preliminar. Essa etapa foi responsável por resgatar possíveis artigos relevantes que foram descartados em processos anteriores, por meio da análise das referências dos artigos anteriormente selecionados.

O processo proposto pelo *ProKnow-C* entende que se existe algum artigo de destaque acerca do tema, este deve ter sido utilizado por alguma das referências dos artigos do portfólio bibliográfico. Assim, o teste de representatividade se refere a etapa de analisar as referências bibliográficas (RB) citadas nos artigos do portfólio bibliográfico preliminar e repetir novamente todo o processo de verificação com esses artigos (ENSSLIN *et al.*, 2022).

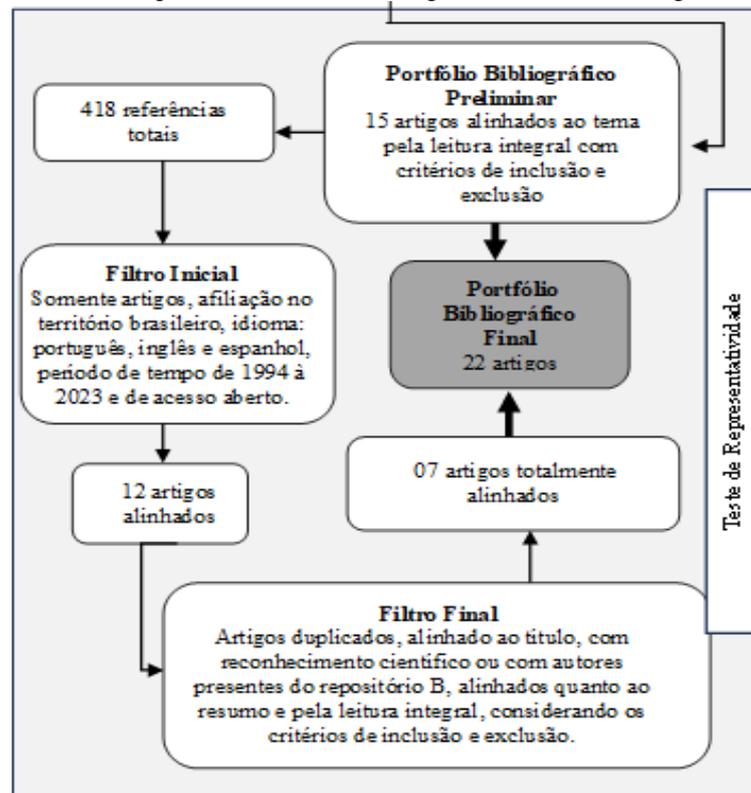
Esta seleção permite realizar a composição de um Portfólio Bibliográfico Final, constituído dos artigos considerados mais relevantes na área de conhecimento relativa ao tema da Colaboração Interprofissional na APS no Brasil.

Foi realizado o teste de representatividade dos 15 artigos que compuseram o Portfólio Bibliográfico Preliminar considerando as 418 referências bibliográficas contidas nesses artigos. Foi estabelecido os mesmos filtros utilizados, anteriormente, na seleção do PB preliminar, no entanto, de forma mais sintética. Esse processo foi classificado em filtro inicial (somente artigos, filiação no território brasileiro, idioma: português, inglês e espanhol, período de tempo de 1994 à 2023 e de acesso aberto) e filtro final (artigos duplicados, alinhado ao título, com reconhecimento científico (18 ou mais citações ou com autores presentes do repositório B ou de 2019 para frente), alinhados quanto ao resumo e pela leitura integral, considerando os critérios de inclusão e exclusão.

A partir do primeiro filtro chegou-se a 12 artigos. Na sequência, esses 12 artigos foram submetidos ao filtro final e verificou-se que 7 artigos estavam dentro do critério estabelecido para esse segundo momento. Esses artigos foram somados aos 15 artigos contemplados no Portfólio Bibliográfico preliminar, totalizando 22 artigos que agora compreendem o Portfólio Bibliográfico Final.

Assim, ao final da primeira etapa do *ProKnow-C*, foram selecionados 22 artigos cientificamente relevantes, de acordo com as percepções e delimitações da pesquisadora, cujos títulos, resumos e textos estavam alinhados ao tema da Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde no Brasil (Figura 14)

Figura 14. Teste de Representatividade dos Artigos do Portfólio Bibliográfico Preliminar



Fonte: Elaborada pela autora (2023).

O portfólio bibliográfico final¹⁵, definido por meio da primeira etapa do método *ProKnow-C*, está detalhado no Quadro 9. A partir do portfólio bibliográfico final, que constitui o fragmento teórico da pesquisa, partiu-se para as análises bibliométricas das publicações selecionadas.

Quadro 9. Portfólio Bibliográfico Final

Portfólio Bibliográfico Final	
1.	ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva , [S.L.], v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007.
2.	SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bomfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface - Comunicação, Saúde, Educação , [S.L.], v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005.
3.	CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. Revista Brasileira de Enfermagem , [S.L.], v. 53, n. , p. 143-147, dez. 2000.
4.	PEDUZZI, Marina <i>et al.</i> Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. Physis [Internet] , Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p. 629-646, jul. 2011.
5.	MATUDA, Caroline Guinoza <i>et al.</i> Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. Ciência & Saúde Coletiva , [S.L.], v. 20, n. 8, p. 2511-2521, ago. 2015.
6.	SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; PEDUZZI, Marina; ORCHARD, Carole; LEONELLO, Valéria Marli. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde*. Revista da Escola de Enfermagem da Usp , [S.L.], v. 49, n. 2, p. 16-24, dez. 2015.
7.	AGRELI, Heloise Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. Interface - Comunicação, Saúde, Educação , [S.L.], v. 20, n. 59, p. 905-916, 13 maio 2016.
8.	KELL, Maria do Carmo Gomes; SHIMIZU, Helena Eri. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? Ciência & Saúde Coletiva , [S.L.], v. 15, n. 1, p. 1533-1541, jun. 2010.
9.	PAVONI, Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem , [S.L.], v. 62, n. 2, p. 265-271, abr. 2009.
10.	MATUDA, Caroline Guinoza; AGUIAR, Dulce Maria de Lucena; FRAZÃO, Paulo. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. Saúde e Sociedade , [S.L.], v. 22, n. 1, p. 173-186, mar. 2013.
11.	ARAÚJO, Eliezer Magno Diógenes; GALIMBERTTI, Percy Antonio. A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. Psicologia & Sociedade , Ceará, v. 2, n. 25, p. 461-468, jan. 2013.
12.	ELLERY, Ana Ecilda Lima; PONTES, Ricardo Jose Soares; LOIOLA, Francisco Antonio. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. Physis: Revista de Saúde Coletiva , [S.L.], v. 23, n. 2, p. 415-437, jun. 2013.
13.	FURTADO, Juarez Pereira. Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health , [S. l.], v. 1, n. 1, p. 178-189, 2011.
14.	ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Saúde da família: mudando práticas? estudo de caso no município de natal (rn). Ciência & Saúde Coletiva , [S.L.], v. 14, n. 1, p. 1439-1452, out. 2009.
15.	AGRELI, Heloise F.; PEDUZZI, Marina; BAILEY, Christopher. The relationship between team climate and interprofessional collaboration: preliminary results of a mixed methods study. Journal Of Interprofessional Care , [S.L.], v. 31, n. 2, p. 184-186, 9 fev. 2017.
16.	PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem , [S.L.], v. 39, p. 1-9, 2 ago. 2018.

¹⁵ O Portfólio Bibliográfico final com os 22 artigos que foram selecionados na etapa de seleção foi armazenado no Mendeley para posterior uso.

17. ROCHA, Francisca Alanny Araújo; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; MOREIRA, Ana Ester Maria Melo. Colaboração Interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. Interface - Comunicação, Saúde, Educação , [S.L.], v. 20, n. 57, p. 415-426, 16 fev. 2016.
18. BISPO JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. Physis: Revista de Saúde Coletiva , [S.L.], v. 28, n. 3, p. 1-20, 8 out. 2018.
19. ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares <i>et al.</i> O desenvolvimento da Colaboração Interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. Interface - Comunicação, Saúde, Educação , [S.L.], v. 22, n. 1, p. 1309-1323, 2018.
20. BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha <i>et al.</i> Integração de instituições de ensino superior com sistemas municipais de saúde à luz de uma tipologia da Colaboração Interprofissional. Interface - Comunicação, Saúde, Educação , [S.L.], v. 22, n. 1, p. 1365-1376, 2018.
21. FIGUEIRA, Maura <i>et al.</i> Fluvial family health: work process of teams in riverside communities of the brazilian amazon. Rural And Remote Health , [S.L.], p. 1-9, 17 jul. 2020.
22. SCHIMITH, Maria Denise <i>et al.</i> Communication in health and inter-professional collaboration in the care for children with chronic conditions. Revista Latino-Americana de Enfermagem , [S.L.], v. 29, p. 1-9, 2021.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

5.2. ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DO PORTFÓLIO BIBLIOGRÁFICO

A presente seção mostra a Análise Bibliométrica, dos 22 artigos que compõem o Portfólio Bibliográfico selecionado sobre o tema da Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Dessa forma, como mostra o Quadro 10, pode ser observado o resultado da primeira etapa do *ProKnow-C*, representada pelos 22 artigos científicos que formam o PB, sendo incluídas as informações acerca do periódico de publicação, ano e o número de citações, por ordem decrescente, obtidas no mês de abril de 2023, no Google Acadêmico.

Quadro 10. Portfólio Bibliográfico (PB) e citações

Autores	Artigos	Periódico Científico	Ano	Citações
ARAÚJO, Marize Barros de Souza ROCHA, Paulo de Medeiros	Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família.	Ciência & Saúde Coletiva	2007	491
SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da TRAD, Leny A.	O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais.	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	2005	244
CIAMPONE, Maria Helena Trench PEDUZZI, Marina	Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família.	Revista Brasileira de Enfermagem	2000	167
PEDUZZI, Marina CARVALHO, Brígida Gimenez MANDÚ, Edir Nei Teixeira SOUZA, Geisa Colebrusco de SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da	Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional.	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2011	167

MATUDA, Caroline Guinoza PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva MARTINS, Cleide Lavieri FRAZÃO, Paulo	Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho.	Ciência & Saúde Coletiva	2015	156
SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da. PEDUZZI, Marina ORCHARD, Carole LEONELLO, Valéria Marli	Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2015	131
AGRELI, Heloíse Fernandes PEDUZZI, Marina SILVA, Mariana Charantola	Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa.	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	2016	127
KELL, Maria do Carmo Gomes SHIMIZU, Helena Eri	Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família?	Ciência & Saúde Coletiva	2010	91
PAVONI, Daniela Soccoloski MEDEIROS, Cássia Regina Gotler	Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família.	Revista Brasileira de Enfermagem	2009	77
MATUDA, Caroline Guinoza AGUIAR, Dulce Maria de Lucena FRAZÃO, Paulo	Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde.	Saúde e Sociedade	2013	76
ARAÚJO, Eliezer Magno Diógenes GALIMBERTTI, Percy Antonio	A Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família.	Psicologia & Sociedade	2013	65
ELLERY, Ana Ecilda Lima PONTES, Ricardo Jose Soares LOIOLA, Francisco Antonio	Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção.	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2013	60
FURTADO, Juarez Pereira	Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade.	Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health	2011	58
ARAÚJO, Marize Barros de Souza ROCHA, Paulo de Medeiros	Saúde da família: mudando práticas? estudo de caso no município de natal	Ciência & Saúde Coletiva	2009	49
AGRELI, Heloíse F. PEDUZZI, Marina BAILEY, Christopher	The relationship between team climate and interprofessional collaboration: preliminary results of a mixed methods study.	Journal Of Interprofessional Care	2017	49
PREVIATO, Giselle Fernanda BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi	Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde.	Revista Gaúcha de Enfermagem	2018	25
ROCHA, Francisca Alanny Araújo BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha	Colaboração Interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	2016	19

MOREIRA, Ana Ester Maria Melo	e profissionais de saúde da família.			
BISPO JÚNIOR, José Patrício MOREIRA, Diane Costa	Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas.	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2018	18
ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha RIBEIRO, Kelen Gomes FROTA, Amanda Cavalcante	O desenvolvimento da Colaboração Interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família.	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	2018	15
BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha RIBEIRO, Kelen Gomes MOREIRA, Ana Ester Maria Melo GOYA, Neusa DIAS, Maria Socorro de Araújo ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de	Integração de instituições de ensino superior com sistemas municipais de saúde à luz de uma tipologia da Colaboração Interprofissional.	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	2018	12
FIGUEIRA, Maura MARQUES, Dalvani VILELA, Maria PEREIRA, Jéssica de BASÍLIO, Jennifer SILVA, Eliete	Fluvial family health: work process of teams in riverside communities of the brazilian amazon.	Rural And Remote Health	2020	10
SCHIMITH, Maria Denise CEZAR-VAZ, Marta Regina XAVIER, Daiani Modernel CARDOSO, Leticia Silveira	Communication in health and inter-professional collaboration in the care for children with chronic conditions.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2021	0

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

A análise bibliométrica do Portfólio Bibliográfico delimitada para esta pesquisa foi realizada em quatro diferentes etapas:

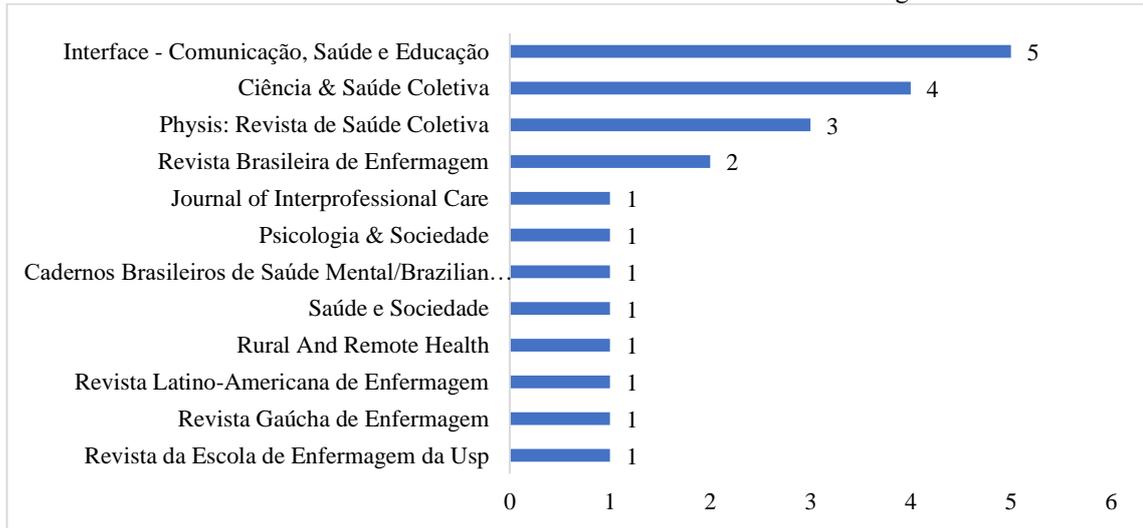
- i. análise dos periódicos;
- ii. análise dos artigos;
- iii. análise dos autores; e
- iv. análise das palavras-chave.

As etapas dessa parte do processo do *ProKnow-C* foram detalhadas nas seções a seguir.

5.2.1. Análise dos Periódicos

A análise inicial realizada visou identificar quais foram os periódicos mais relevantes presentes no Portfólio Bibliográfico, com base na contagem do número de publicações do conjunto de 22 artigos.

Em relação a origem dos artigos, identificou-se um total de 12 periódicos distintos no portfólio. A distribuição dos artigos por periódico pode ser visualizada no Gráfico 2.

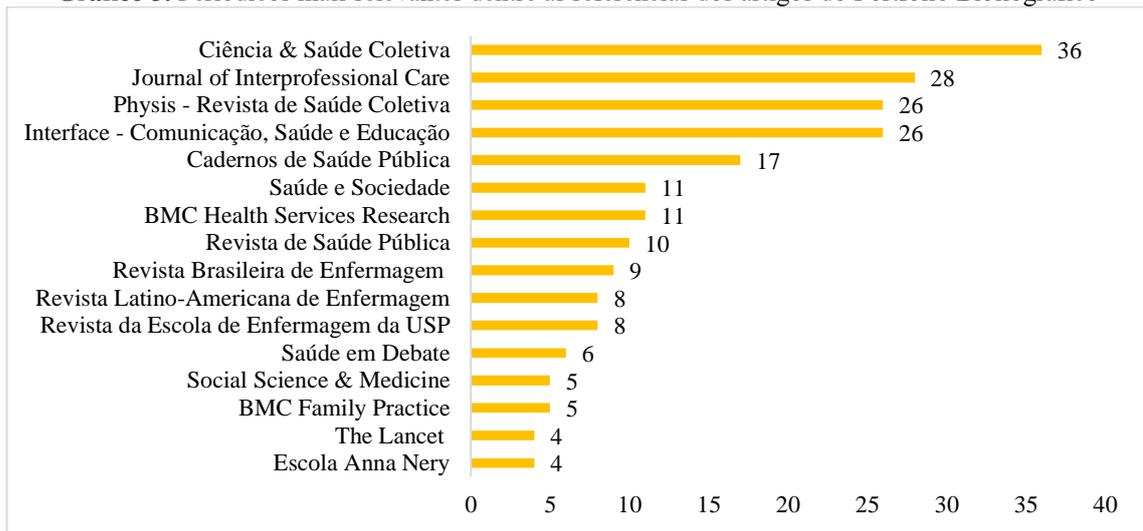
Gráfico 2. Periódicos mais relevantes no Portfólio Bibliográfico

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Ficou evidenciado que o periódico *Interface - Comunicação, Saúde e Educação* foi o que se destacou com maior grau de relevância, com cinco publicações, seguido pelo *Ciência & Saúde Coletiva* com 4 publicações e cabe ressaltar, pelo Quadro 10, que os dois artigos com maior número de citações foram publicados nesses dois periódicos. Após vem o *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, com 3 publicações e, por fim, a *Revista Brasileira de Enfermagem* com 2 publicações. Os demais periódicos contaram com apenas uma publicação.

Como ponto de destaque entre os periódicos estão o *Journal of Interprofessional Care* e o *Rural And Remote Health*, como duas revistas internacionais, sendo que o *Journal of Interprofessional Care* tem o professor Scott Reeves como editor-chefe, que é uma proeminência em pesquisas direcionados a educação e as práticas interprofissionais.

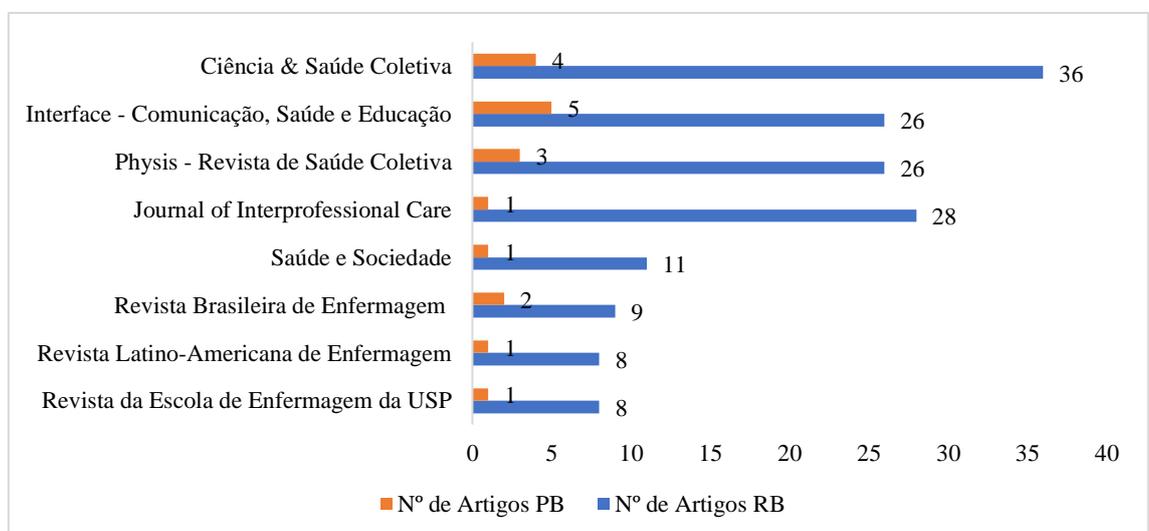
Uma segunda análise visou identificar quais periódicos constantes nas referências das publicações do Portfólio Bibliográfico apresentaram maior relevância. Nessa análise foram identificados os periódicos com o maior número de artigos dentre as referências do Portfólio Bibliográfico (Gráfico 3).

Gráfico 3. Periódicos mais relevantes dentre as referências dos artigos do Portfólio Bibliográfico

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

As referências dos artigos do Portfólio Bibliográfico foram publicadas em 99 periódicos distintos, no qual apenas 16 periódicos tiveram 4 ou mais artigos. O periódico mais citado nas referências do portfólio foi o *Ciência & Saúde Coletiva* com 36 artigos, seguido pela *Journal of Interprofessional Care*, com 28 artigos. Em terceiro lugar, com 26 artigos, estavam o *Physis - Revista de Saúde Coletiva* e o *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, e o quarto lugar foi ocupado pelo periódico *Cadernos de Saúde Pública*, com 17 artigos.

A última análise comparava a relevância entre os periódicos dos artigos que formavam o Portfólio Bibliográfico e os periódicos das Referências Bibliográficas (RB) do mesmo conjunto. O resultado foi apresentado no Gráfico 4.

Gráfico 4. Relevância dos periódicos presentes nos artigos e nas referências da pesquisa

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Na busca realizada, os periódicos *Interface - Comunicação, Saúde e Educação* e *Ciência & Saúde Coletiva* se destacaram no portfólio bibliográfico, com 5 e 4 artigos, respectivamente.

Porém, na análise das referências, a posição se inverteu, e *Ciência & Saúde Coletiva* apresentando um maior número, com 36 artigos referenciados, enquanto *Interface - Comunicação, Saúde e Educação* teve 26 artigos nas referências.

Outros periódicos relevantes que apareceram na análise foram *Physis - Revista de Saúde Coletiva* com 3 artigos no portfólio e 26 nas referências, *Revista Brasileira de Enfermagem* com 2 artigos no portfólio e 9 nas referências; *Journal of Interprofessional Care* com 1 artigo no portfólio e 28 nas referências, e *Saúde e Sociedade* com 1 artigo no portfólio e 11 nas referências.

A evidenciação dos periódicos mais relevante para o tema apresenta à pesquisadora e a todos os pesquisadores, possíveis alvos para publicações de materiais referentes a Colaboração Interprofissional na APS e se traduzem ainda em potenciais fonte de dados para futuras pesquisas.

Com base nesta análise, é possível identificar os cinco periódicos de maior relevância na área da Saúde Coletiva, os quais apresentam um quadro editorial alinhado com o escopo da pesquisa. Dentre eles, destaca-se o *Journal of Interprofessional Care* como o único que se concentra de maneira específica no tema de pesquisa, como indicado na Tabela 3.

Tabela 3. Quadro editorial dos periódicos com maior relevância no meio acadêmico

Nome do periódico	Informações sobre os periódicos
<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>	Editada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva/Abrasco, a Revista Ciência & Saúde Coletiva – criada ao final de 1996 - é um espaço científico para discussões, debates, apresentação de pesquisas, exposição de novas ideias e de controvérsias sobre a área.
<i>Interface - Comunicação, Saúde e Educação</i>	O periódico é uma publicação interdisciplinar, de acesso aberto, exclusivamente eletrônica, editada pela Universidade Estadual Paulista – Unesp (Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu). Tem como missão publicar artigos originais e outros materiais relevantes sobre a Educação e a Comunicação nas práticas de Saúde, a formação de profissionais de Saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes, as Ciências Sociais e Humanas, que contribuam para o avanço do conhecimento nessas áreas. Prioriza abordagens críticas e inovadoras e a pesquisa qualitativa.
<i>Physis - Revista de Saúde Coletiva</i>	O periódico é uma publicação trimestral do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ). Sua orientação editorial é aberta para a produção na área de Saúde Coletiva, enfatizando abordagens interdisciplinares críticas e inovadoras nas áreas de Ciências Humanas e Sociais e de Política, Planejamento e Administração em Saúde
<i>Journal of Interprofessional Care</i>	O periódico divulga pesquisas e novidades no campo científico dos estudos interprofissionais em saúde e assistência social, abrangendo a educação interprofissional (EIP) e a prática colaborativa. Desde a sua criação, o Journal manteve a missão social de promover a colaboração na educação, prática e pesquisa em todo o mundo, e a responsabilidade de promover desenvolvimentos interprofissionais em regiões estabelecidas e emergentes.
<i>Saúde e Sociedade</i>	O periódico divulga a produção científica crítica e reflexiva relacionada ao campo da Saúde Pública/Coletiva e à interface entre a saúde e as ciências sociais e humanas; divulgar novas abordagens da dimensão social da saúde e da saúde como objeto de análise social (incluindo as ciências da saúde e a saúde pública); acolher

a produção técnica com resultados relevantes e inovadores para o progresso e melhoria dos sistemas de saúde; estimular debate sobre temas desafiadores da saúde.

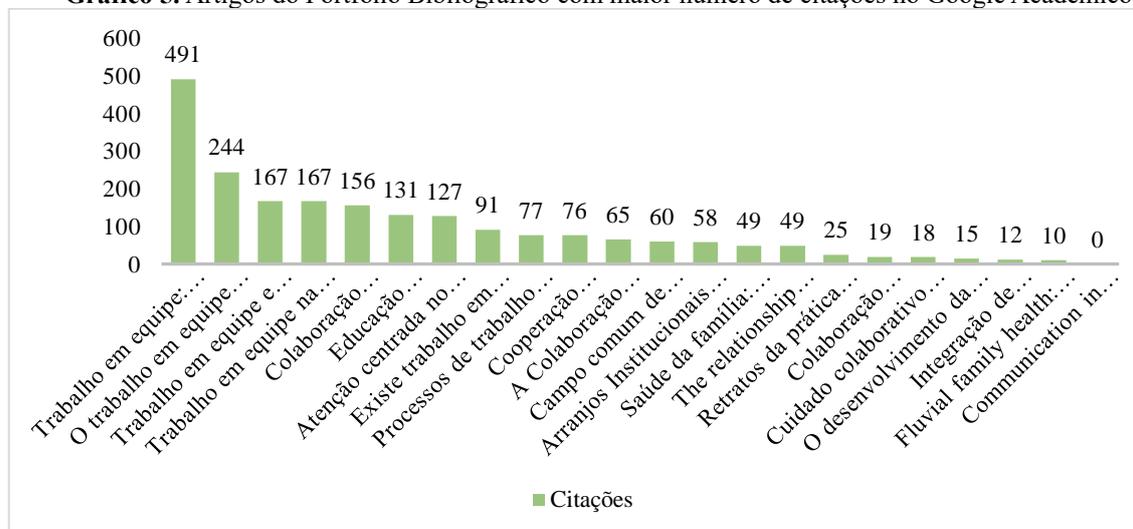
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

5.2.2. Análise dos artigos

O entendimento da relevância dos artigos para a sociedade acadêmica foi feito através do levantamento do número de citações em outros trabalhos acadêmicos utilizando o *Google Acadêmico*. O último levantamento da quantidade de citações no *Google Acadêmico* foi realizado em consulta feita em abril de 2023.

Essa análise visava estimar o reconhecimento científico dos artigos do Portfólio Bibliográfico com o objetivo de destacar quais eram os artigos mais relevantes. Em um primeiro momento, os artigos foram analisados quanto ao número de citações no *Google Acadêmico* (2023), conforme Gráfico 5.

Gráfico 5. Artigos do Portfólio Bibliográfico com maior número de citações no Google Acadêmico



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Com base nessa análise se evidenciou que o artigo mais relevante quanto ao reconhecimento científico foram: (ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. *Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família*. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007), com 491 citações, o que refletiu o reconhecimento científico desse artigo. O segundo mais citado foi o artigo (SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bomfim. *O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005) com 244 citações.

Ele foi seguido do artigo (CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. *Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 53, p. 143-147, dez. 2000) e (PEDUZZI, Marina et al. *Trabalho em*

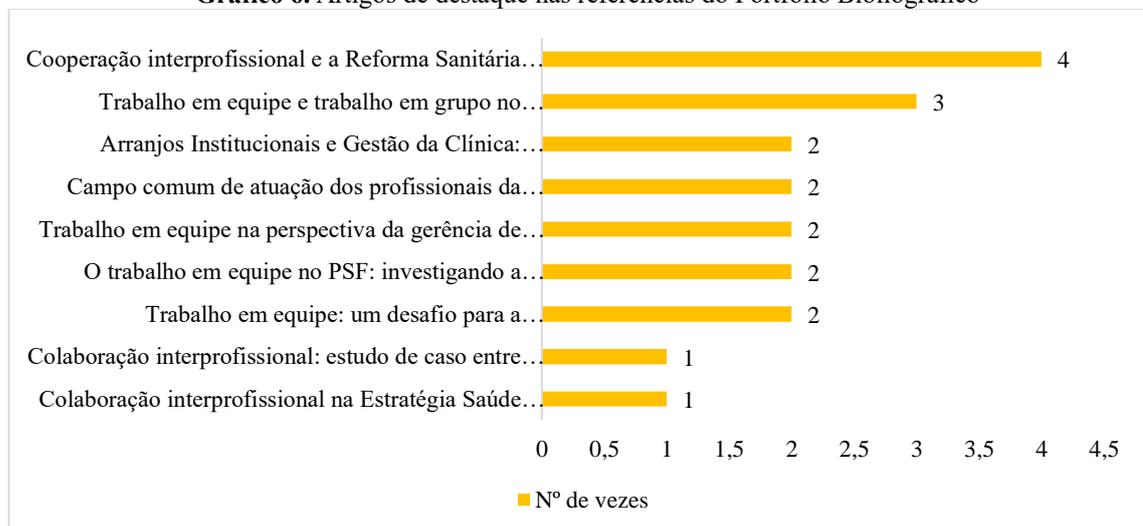
equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis [Internet]*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p. 629-646, jul. 2011), ambos com 167 citações.

E, por fim, o artigo (MATUDA, Caroline Guinoza et al. *Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.]*, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, ago. 2015), com 156 citações até a data da última busca (abril de 2023). Além disso, foi possível aferir também que os quatro artigos mais citados do Portfólio Bibliográfico representaram 58% das citações das publicações levantadas no *Google Acadêmico*.

No outro extremo, estavam dois destaques por apresentarem citações abaixo do padrão do portfólio, foram os artigos (FIGUEIRA, Maura et al. *Fluvial family health: work process of teams in riverside communities of the brazilian amazon. Rural And Remote Health, [S.L.]*, p. 1-9, 17 jul. 2020) com 10 citações e (SCHIMITH, Maria Denise et al. *Communication in health and inter-professional collaboration in the care for children with chronic conditions. Revista Latino-Americana de Enfermagem, [S.L.]*, v. 29, p. 1-9, 2021) com 0 citações. Estes artigos se tornaram parte do portfólio por serem as publicações resgatadas na fase de reavaliação, já que são artigos recentes (publicados nos últimos três anos) em conjunto com o alinhamento verificado com tema de pesquisa.

Uma segunda análise objetivava aferir os destaques nas publicações do Portfólio Bibliográfico, dentre as referências desse conjunto. Isso ocorreu pelo número de vezes que os artigos do PB constavam nas próprias referências bibliográficas. O intuito era o de evidenciar as publicações mais relevante entre os 22 títulos selecionados, conforme Gráfico 6.

Gráfico 6. Artigos de destaque nas referências do Portfólio Bibliográfico

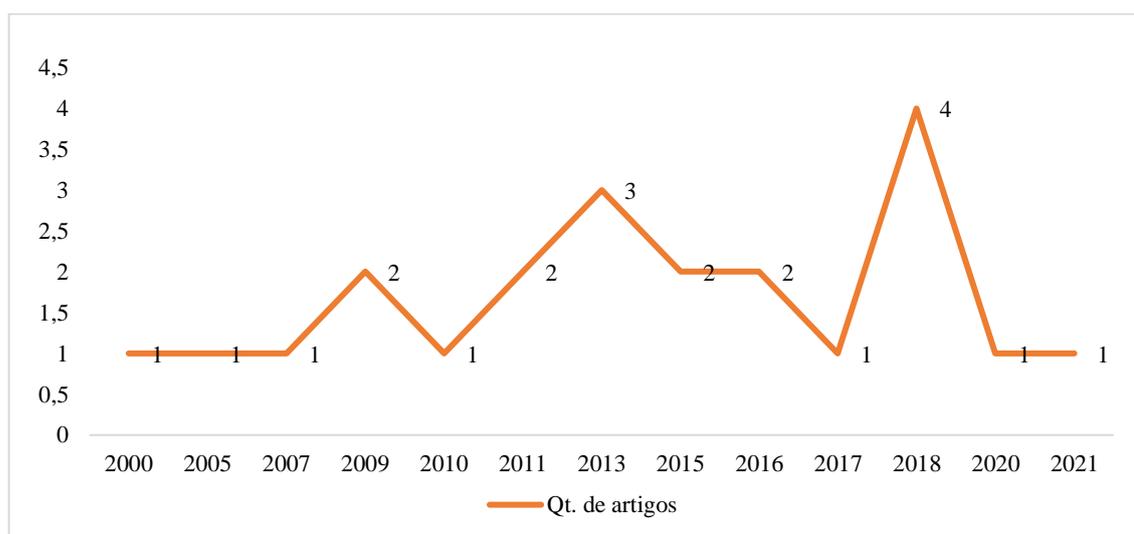


Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Como destaque nas referências há que se mencionar o artigo (MATUDA, Caroline Guinoza; AGUIAR, Dulce Maria de Lucena; FRAZÃO, Paulo. *Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. Saúde e Sociedade, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 173-186, mar. 2013*), com 4 menções, seguido pelo artigo (CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. *Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. Revista Brasileira de Enfermagem, [S.L.], v. 53, p. 143-147, dez. 2000*), com 3 menções e que está entre os quatro mais citados dos artigos do PB.

A última análise em relação aos artigos referiu-se as quantidades anuais de artigos publicados sobre o tema da Colaboração Interprofissional na APS no Brasil (Gráfico 7).

Gráfico 7. Quantidade de artigos por ano de publicação



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Verificou-se que a partir dos critérios de busca estabelecidos, os anos das publicações variaram entre 2000 e 2021 e não há um padrão linear ou constante de crescimento. O ano de 2018 foi o ano com o maior número de publicações (4 artigos), seguido por 2013 com 3 artigos publicados. Os dados obtidos no contexto desta pesquisa indicaram que as publicações sobre o tema da Colaboração Interprofissional são recentes e ainda em processo de consolidação.

Com base nessas análises pode-se chegar aos cinco artigos com maior destaque no Portfólio Bibliográfico (Tabela 4).

Tabela 4. Características dos artigos com maior destaque no Portfólio Bibliográfico

Título do artigo	Análise do escopo do artigo	Análise dos autores	Análise dos autores
<i>Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família</i>	O artigo defende que para a construção do projeto de Saúde da Família, é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um projeto assistencial comum e que os agentes desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade. Para	Seus autores estão entre os 9 autores de destaque do PB.	Publicado no <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> periódico mais importante do PB e das RB.

	tanto, é imprescindível o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo (ARAÚJO; ROCHA, 2007).		
<i>O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais</i>	Este estudo analisou a experiência de uma equipe de PSF em um município baiano, buscando identificar evidências de articulação entre ações e interação entre os profissionais da equipe de saúde da família, com vistas à construção de um projeto assistencial comum. Pressupõe mudanças na organização do trabalho e nos padrões de atuação individual e coletiva, favorecendo uma maior integração entre os profissionais e as ações que desenvolvem (SILVA; TRAD, 2005).	Seus autores não estão nos destaques no PB.	Publicado no Interface - Comunicação, Saúde, Educação é o segundo periódico mais importante do PB e das RB.
<i>Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família</i>	Este relato de experiência reflete sobre o escopo da proposta do Programa Saúde da Família pensando a forma que tem sido operacionalizada, possibilitando levantar alguns questionamentos e pontos para discussão no que se refere às estratégias de trabalho em equipe e de trabalho em grupo, segundo os estudos e pesquisas que as pesquisadoras vêm desenvolvendo sobre a temática (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).	Possui uma das autoras de maior referência entre os autores.	Publicado na Revista Brasileira de Enfermagem é o quarto periódico mais importante do PB.
<i>Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional</i>	Este artigo estuda a contribuição da ação gerencial para a promoção da prática interprofissional. E, para promover o trabalho em equipe, os gerentes lançam mão dos instrumentos: comunicação, construção do compromisso das equipes e dos trabalhadores com o projeto institucional, estímulo à autonomia das equipes, definição de responsabilidades e accountability, promoção de mudança da cultura institucional e supervisão externa (PEDUZZI <i>et al.</i> , 2011).	Possui autoras que são destaque no PB e nas RB.	Publicado na Physis: Revista de Saúde Coletiva É o terceiro periódico mais importante do PB.
<i>Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho</i>	O artigo traz que a Colaboração Interprofissional vem sendo apontada como um recurso para o enfrentamento dos problemas do modelo de atenção e da força de trabalho. O objetivo do estudo foi captar a percepção de profissionais que atuam na atenção primária à saúde sobre o trabalho compartilhado e a Colaboração Interprofissional (MATUDA <i>et al.</i> , 2015).	Possui autoras que são destaque no PB e nas RB.	Publicado no Ciência & Saúde Coletiva periódico mais importante do PB e das RB.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Percebeu-se que esses artigos estavam alinhados com a temática da Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde trazendo importantes contribuições para o campo

da pesquisa ao sinalizar que esse novo modelo de equipe, em que as práticas são compartilhadas, é um recurso para reorganizar o processo de trabalho nas equipes.

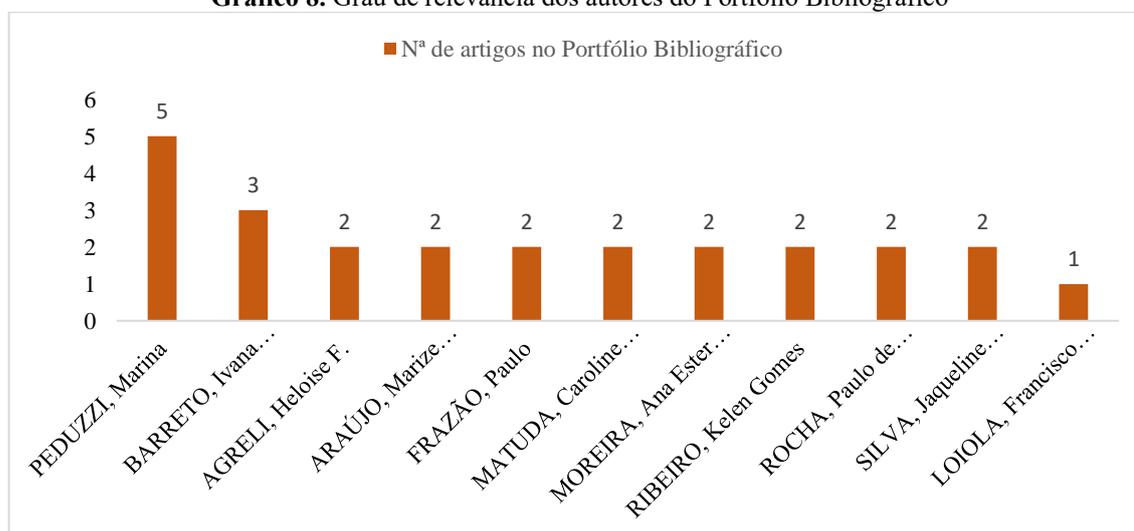
Ao passo que se percebeu ainda a presença, na maioria dos artigos, de um trabalho voltado para área da interprofissionalidade na APS no Brasil, com publicações nas principais revistas que versam sobre a saúde coletiva e interprofissionalidade. Portanto, o recorde da literatura em relação aos artigos está congruente com o tema pesquisado.

5.2.3. Análise dos autores

Essa etapa da análise procurava identificar os autores com maior relevância científica com uma trajetória consolidada sobre a temática ao longo de suas carreiras profissionais. Os 22 artigos do PB foram escritos por 53 autores.

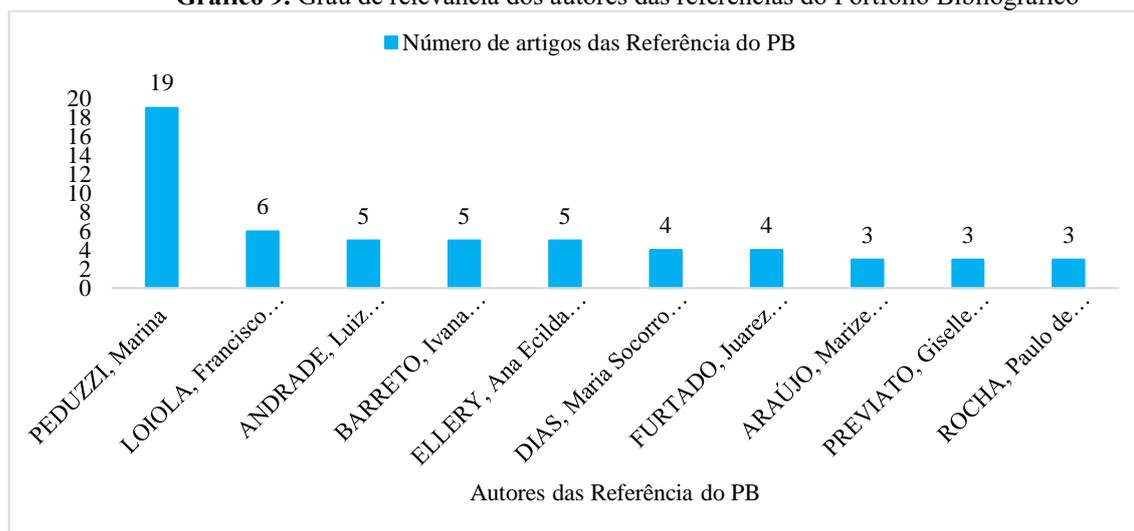
Através desta análise, verificou-se que apenas duas autoras exibem mais de dois artigos dentre as contribuições ao Portfólio Bibliográfico. Essas autoras são *Marina Peduzzi*, com um total de 5 artigos, e *Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto*, com 3 artigos, conforme demonstrado no Gráfico 8.

Gráfico 8. Grau de relevância dos autores do Portfólio Bibliográfico



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

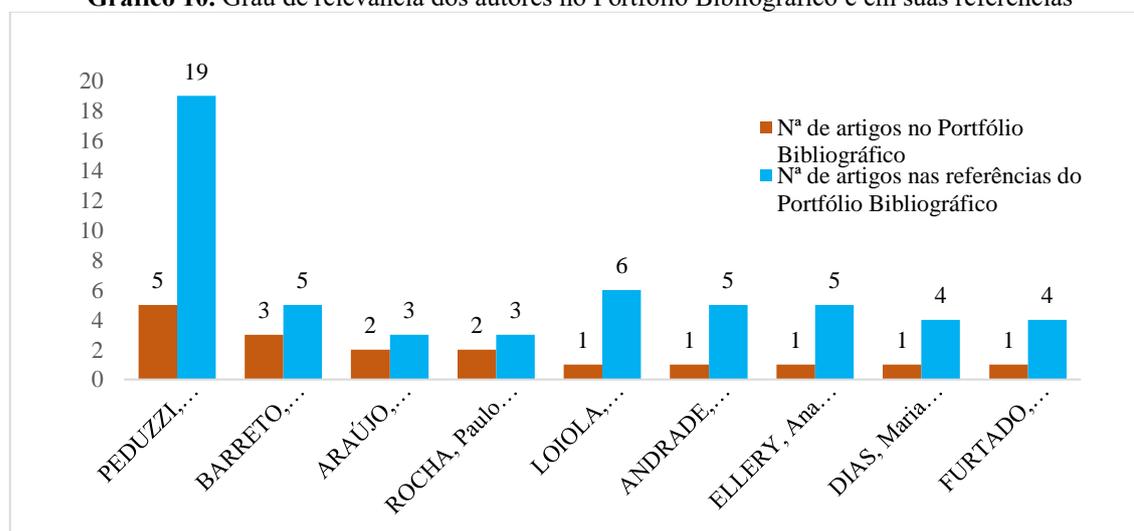
A análise seguinte visava demonstrar quais foram os autores de maior relevância entre as referências dos artigos do Portfólio Bibliográfico, conforme gráfico 9.

Gráfico 9. Grau de relevância dos autores das referências do Portfólio Bibliográfico

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Com base na análise realizada, *Marina Peduzzi* liderou com 19 artigos, seguida por *Francisco Antonio Loiola*, que contribuiu com 6 artigos. *Luiz Odorico Monteiro de Andrade*, *Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto* e *Ana Ecilda Lima Ellery*, todos tiveram um total de 5 artigos nas referências do PB. Além desses, *Maria Socorro de Araújo Dias* e *Juarez Pereira Furtado* tiveram 4 artigos cada seguidos de *Marize Barros de Souza Araújo*, *Giselle Fernanda Previato* e *Paulo de Medeiros Rocha* todos com 3 artigos. Os demais autores contribuíram com menos de 3 artigos ou não tiveram nenhum nas referências.

A próxima análise visou identificar o grau de relevância dos autores no Portfólio Bibliográfico (PB) e nas suas referências, conforme apresentado no Gráfico 10. A análise foi realizada pelo número de vezes que o pesquisador aparece, como autor, no Portfólio Bibliográfico (PB) e nas referências.

Gráfico 10. Grau de relevância dos autores no Portfólio Bibliográfico e em suas referências

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Desses autores, pode-se destacar os 5 autores mais proeminentes. A pesquisadora *Marina Peduzzi* se destacou como a autora mais proeminente, com 5 artigos no portfólio bibliográfico e 19 artigos nas referências do PB. Logo depois vem *Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto*, com 3 artigos no portfólio bibliográfico e 5 artigos nas referências do PB. O autor *Francisco Antônio Loiola* destacou-se com 6 artigos listados nas referências do PB, aparecendo com 1 artigo do PB. Na sequência, apareceu *Luiz Odorico Monteiro de Andrade* e *Ana Ecilda Lima Ellery*, ambos com 5 artigos nas referências do PB e 1 artigo no PB.

A tabela 5 traz informações importantes sobre esses principais autores.

Tabela 5. Autores de destaque do PB e nas RB com suas informações¹⁶

Nome dos Autores	Informações importantes sobre os autores ¹⁶
<i>Marina Peduzzi</i>	Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1978), mestrado em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (1987), doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (1999) e pós-doutorado em prática e educação interprofissional no Kings College London, London University (2010-2011). Professora Associada Senior do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, líder do Grupo de Pesquisa Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem na perspectiva Colaborativa Interprofissional, orientadora do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem e Coordenadora da Estação de Trabalho da Escola de Enfermagem da USP da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde, Brasil. Tem experiência na área de Enfermagem e de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: gestão do trabalho e educação na saúde, trabalho em equipe, educação interprofissional, trabalho em saúde, trabalho em enfermagem e ocupações em saúde.
<i>Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto</i>	Médica, Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo em 2008. Atualmente é Pesquisadora Especialista em Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz no Ceará. Possui estágio Pós-Doctor no Departamento de Ciências da Educação na Universidade de Montreal no Canadá. Mestre em Saúde Pública pela UFC. Atua como docente nos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará e de Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF. Foi Superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará no período de 2011 a 2014, quando foram criados os Programas de Residência Médica de Pediatria e Obstetrícia em Rede, a Residência Integrada em Saúde, que engloba onze ênfases comunitárias e hospitalares de Residência Multiprofissional. Integrou o grupo de professores que implantou a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará no município de Sobral a partir de 2001. Em 2015 editou em parceria com Francisco Antônio Loiola, o livro Comunidades de Prática e Saúde, Editora Saberes-São Paulo, e, em 2007 em co-autoria com Luiz Odorico Monteiro de Andrade, publicou o Livro SUS Passo a Passo: normas, gestão e financiamento, Editora HUCITEC. Atua na área de Saúde Pública e Medicina, com ênfase em Saúde da Família, saúde Digital e Educação Permanente em Saúde.
<i>Francisco Antônio Loiola</i>	Francisco A. Loiola, é professor da Universidade de Montreal (Québec, Canadá). Desde setembro 2003 é o professor responsável, pelo Seminário multidisciplinar destinado à estudantes de mestrado e doutorado bem como docentes que desejam se preparar para o ensino universitário. Em colaboração com outros colegas, realiza atualmente um projeto de pesquisa sobre «Les étudiants récemment immigrés : mieux comprendre le processus d'acculturation et d'adaptation institutionnelle pour soutenir efficacement la persévérance aux études universitaires», financiado pelo Fonds de recherche sur la société et la culture du Québec ? FQRSC - (2011-2014). Apoiado na

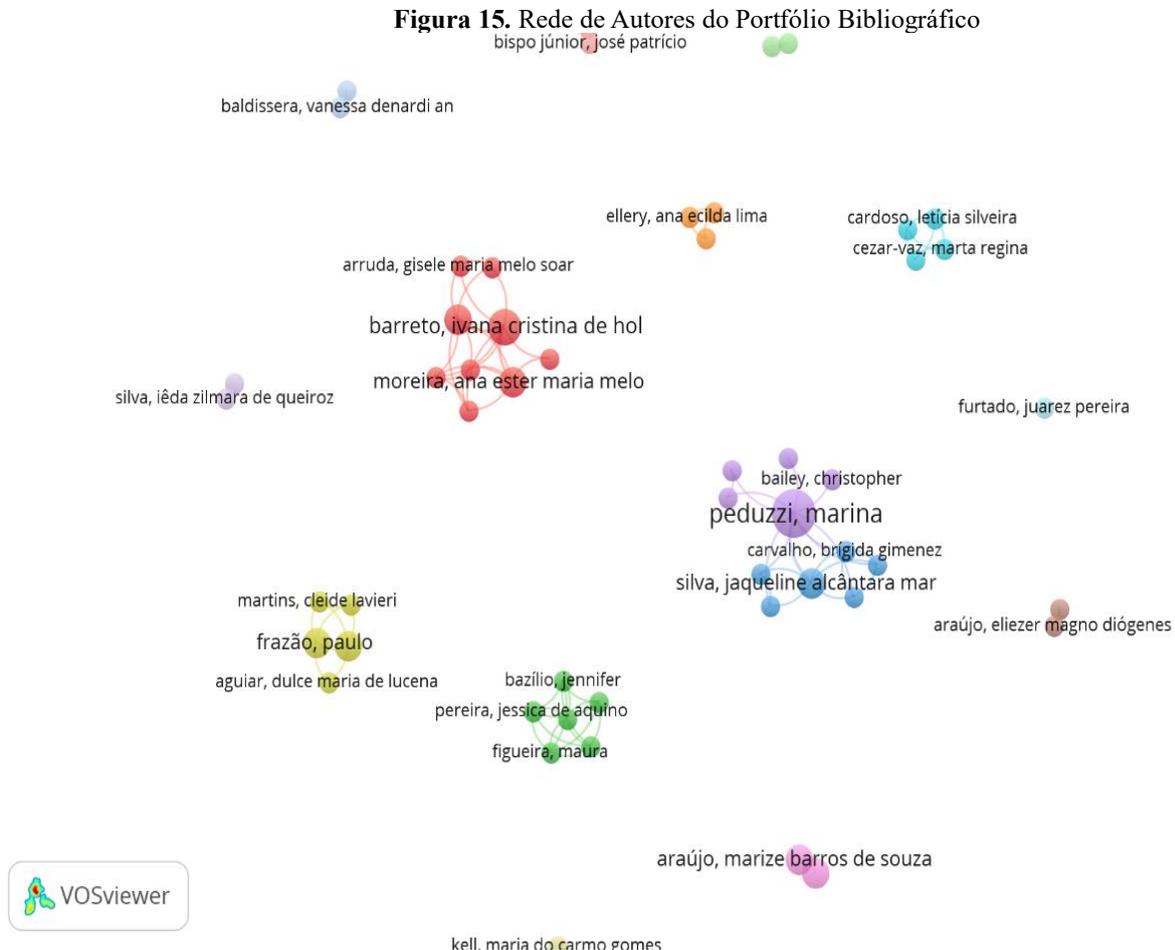
¹⁶ Essas informações foram retiradas do Currículo Lattes dos professores e está disponível na Plataforma Brasil, através do site: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do?metodo=apresentar>.

	<p>análise da atividade real do trabalho segundo a perspectiva da ergonomia de tradição francesa, desenvolve pesquisas sobre a atividade docente através da implantação e validação de dispositivos pedagógicos visando o desenvolvimento de competências pedagógicas no âmbito do ensino superior. Nesse sentido, trabalha igualmente na consolidação de uma rede de valorização do ensino em contexto universitário através da supervisão de estagiários universitários através do programa «Regroupements stratégiques» financiado pelo FQRSC (2012-2017). Francisco A. Loiola tem um PhD em psicopedagogia pela Université Laval (Québe, Canada), um mestrado em educação pela Universidade Federal do Ceará (Brasil) e é bacharel em filosofia, pela Faculdade de filosofia de Fortaleza (Ceará, Brasil). Ele trabalhou 13 anos na Universidade Federal do Ceará (em Fortaleza), no campo da didática geral e didática do ensino superior.</p>
<p><i>Luiz Odorico Monteiro de Andrade</i></p>	<p>Médico; Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP); Pós-Doutor (Universidade de Montreal no Canadá); Pesquisador em Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública da Fiocruz; Professor Adjunto do Curso de Medicina; Professor do Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará/Sobral; Professor do Mestrado e Doutorado Profissional em Saúde da Família/Fiocruz; Coordenador do Laboratório de Redes Integradas e Inteligentes de Sistemas de Saúde (LARIISA); Deputado Federal pelo Ceará de 2015-2018 e no ano 2021; Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (2011-2014); Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza (2005-2008); Secretário Municipal de Saúde de Sobral-CE (1997-2004); Secretário Municipal de Saúde de Quixadá-CE (1993-1996); Secretário Municipal de Saúde de Icapuí-CE (1989-1992); Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (2003-2005). Tem catalogado no currículo mais de 300 publicações bibliográficas; 572 produções técnicas, 38 orientações de mestrado/doutorado e pós-doutorado, além de 250 participações em eventos. Entre prêmios e títulos o número ultrapassa 60. Na área de saúde digital coordena e integra 08 projetos de P&D ligados a covid-19, além dos projetos de pesquisa na área da saúde coletiva, com 03 softwares já registrados no INPI.</p>
<p><i>Ana Ecilda Lima Ellery</i></p>	<p>Psicóloga Clínica. Doutora em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal do Ceará, em abril de 2012. Estágio de doutorado sanduíche na Universidade de Montreal - Canadá, no período de julho de 2009 a janeiro de 2010. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (2004). Professora visitante da Universidade Federal do Ceará, como bolsista da CAPES, ministrando a disciplina: Educação para Profissionais de Saúde, para alunos de Mestrado e Doutorado (2015). Professora visitante da Universidade Federal do Ceará, em parceria com a Universidade Corporativa Unimed, ministrando as disciplinas de "Reforma brasileira da Atenção Hospitalar" e "Gestão Clínica e Hospitalar" no Curso de Especialização em Gestão Hospitalar e Organizações de Saúde (2013 / 2014). Professora visitante da Universidade Federal do Ceará, no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, ministrando disciplina sobre Tópicos Especiais em Saúde: Educação para profissões da Saúde, em 2015. Professora Visitante da Escola de Saúde Pública, na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (2011-2015). Tem experiência nas áreas de Psicologia Social e da Saúde, Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde, atenção em saúde mental, elaboração de projetos técnicos, cooperação internacional e docência de graduação e pós-graduação. Como pesquisadora, participa de projetos de pesquisa em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: educação e colaboração interprofissional, formação em saúde e saúde da população rural. Autora de 13 capítulos de livros, um livro completo e 07 artigos científicos. Orientadora de monografias de graduação e especialização de cursos da área da saúde. Atualmente é membro do Grupo de Pesquisa Avaliação dos riscos de profissionais de saúde que cuidam de pessoas com COVID-19, sob coordenação da Dra. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr, na Universidade Federal do Ceará.</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

E, a última parte da análise dos autores referiu-se a análise de redes em que foi possível identificar como pesquisadores se relacionavam de acordo com a quantidade de estudos que publicavam em conjunto. Para operacionalizar essa análise, optou-se pela utilização do software

VOSviewer, por se tratar de uma ferramenta de criação, visualização e exploração de mapas baseados em dados, cuja função é definir os nós e ligações de rede (COBO *et al.*, 2011, ORTIZ-DE-URBINA-CRIADO; NÁJERA-SÁNCHEZ; MORA-VALENTÍN, 2018, RAMBO *et al.*, 2021). A Figura 15 apresentou as redes de colaboração mapeadas entre os 53 autores dos 22 artigos.



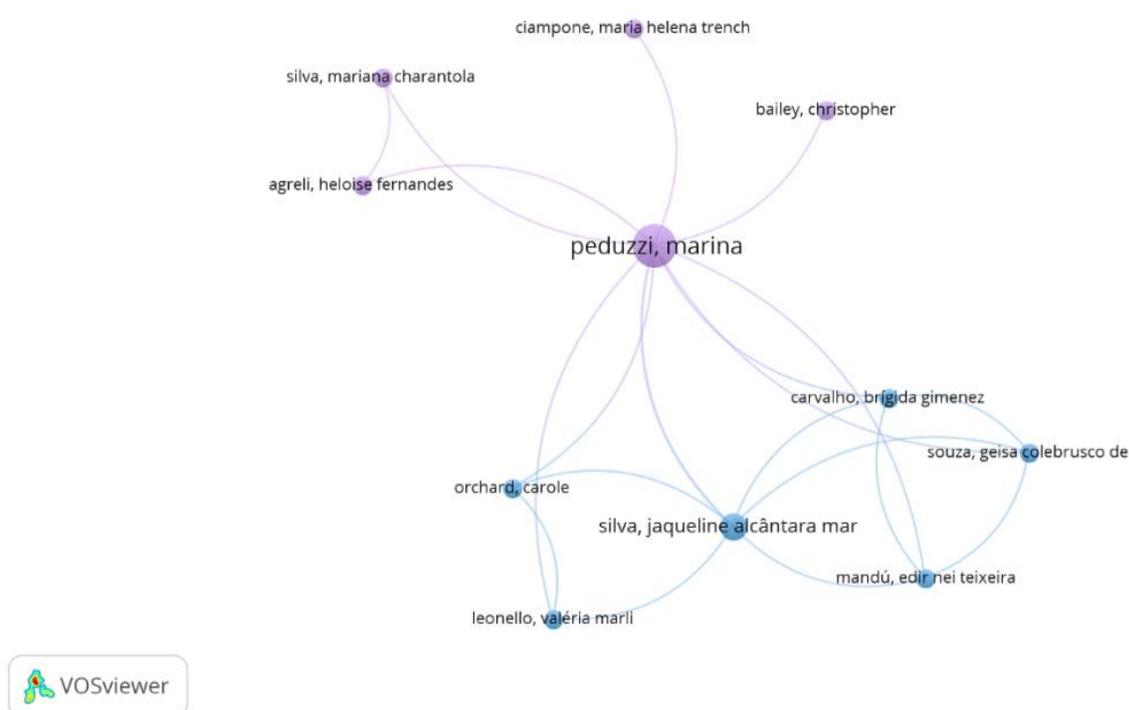
Na análise, foram considerados todos os autores que faziam parte do Portfólio Bibliográfico. Dessa forma, foi gerada uma rede com 53 nós (autores) que foram dispostos em 15 *clusters* (grupos). No mapa, os tamanhos dos círculos indicavam a força de ligação entre esses autores. As redes de coautoria mostravam os autores que colaboravam entre si, publicando artigos em conjunto.

Cada nó (círculo) representava um autor, o tamanho dos nós indicava a quantidade de documentos dos autores na amostra, ou seja, os autores com três ou mais publicações eram representados pelos círculos maiores, em seguida os autores com dois artigos representavam os círculos médios e, por último, os círculos menores indicavam autores com apenas um artigo. A proximidade entre os nós representava a frequência em que os autores publicavam juntos, ou seja, quanto mais próximos, mais artigos publicavam em conjunto.

Assim, analisando a rede (Figura 15), observou-se que os autores de destaque PB estavam concentrados em 5 diferentes *clusters*, indicados pelas cores vermelho, azul, roxo, amarelo e rosa que representavam, cada um, os grupos de autores que colaboram entre si. Para uma análise mais pormenorizada, como recurso do *VOSviewer*, os 5 *clusters* de destaque puderam ser vistos de forma mais específica um a um.

O primeiro *cluster* (Figura 16) que foi analisado, na verdade, foram dois, pois eles estavam conectados, congregava um total de 11 autores. Estavam nas cores roxo e azul e essas conexões indicavam que esses autores estavam publicando em conjunto sobre a temática, tendo como destaque, novamente, *Marina Peduzzi, Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva e Heloise Fernandes Agreli*.

Figura 16. Cluster Roxo e Azul



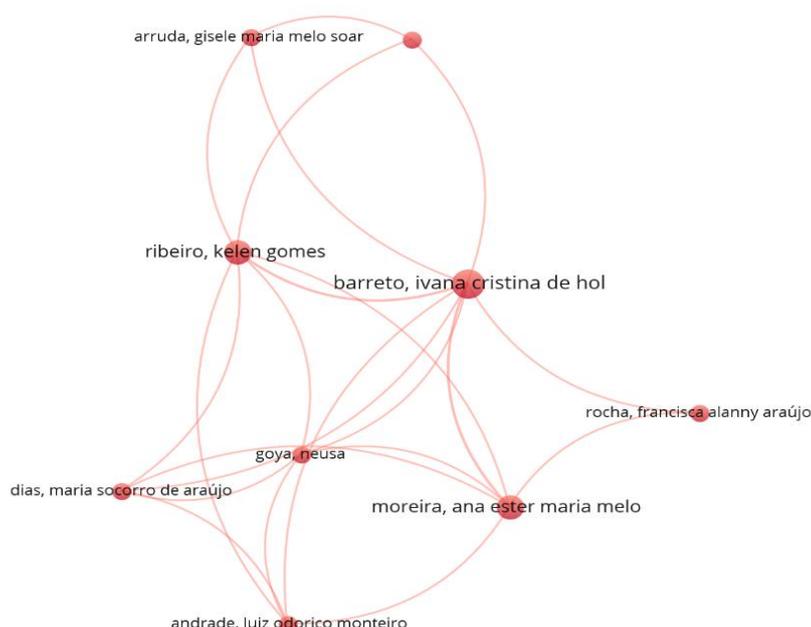
Fonte: Elaborado pela autora a partir do *VOSviewer* (2023).

O ponto mais significativo dessa análise foi a rede de ligações realizada entre o *cluster* azul e roxo. Essa observação destaca a existência de uma rede de colaboração robusta entre esses dois grupos de autores. Esses dois *clusters* apresentam uma co-ocorrência mais frequente, como evidenciado pela maior proximidade de seus nós na representação gráfica, indicando que eles conduziam investigações conjuntas com diversos outros autores em relação à temática da Colaboração Interprofissional.

Observando a Tabela 5 associada à Figura 16, é possível perceber a presença de um grupo de pesquisadores que demonstram uma notável coesão e têm a pesquisadora *Marina Peduzzi* como uma figura central, representada como o nó principal na Figura 16. Esses pesquisadores conduzem suas atividades de pesquisa a partir da Universidade de São Paulo (USP) e atuam como um ponto focal para outros pesquisadores, consolidando assim uma rede de colaboração significativa. Essa descoberta está alinhada com conclusões anteriores de estudos realizados por Sidone, Haddad e Mena-Chalco (2016) e com relatórios da FAPESP (2011), que também destacaram o papel central de pesquisadores localizados na região Sudeste do Brasil em colaborações científicas em todo o país. Embora sua importância relativa tenha diminuído ao longo do tempo, como vai ser observado mais a frente, São Paulo continua a se destacar como o epicentro das parcerias científicas no país.

O *cluster* identificado na cor vermelha na Figura 17 denota um grupo de autores de destaque, notando-se que todos eles mantêm conexões por meio de colaborações, refletidas na coautoria de artigos científicos. Notavelmente, os autores *Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto* e *Kelen Gomes Ribeiro* se destacam nesse subconjunto, contribuindo de maneira proeminente para a produção acadêmica. Vale ressaltar que *Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto* sobressai tanto no que diz respeito à autoria de artigos no contexto do PB quanto nas referências bibliográficas presentes nestes artigos.

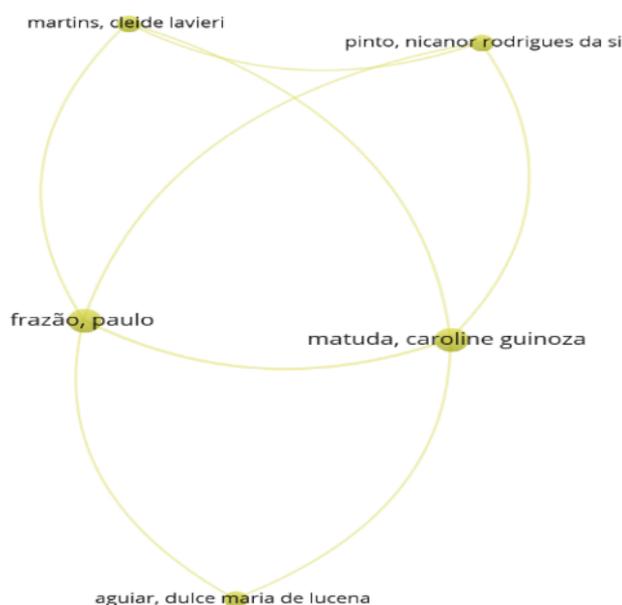
Figura 17. Cluster Vermelho



Fonte: Elaborado pela autora a partir do *VOSviewer* (2023).

O terceiro *cluster*, identificado pela cor amarela na Figura 18, foi representado pelos autores *Paulo Frazão* e *Caroline Guinoza Matuda*. A dimensão dos nós, nesta representação gráfica, evidenciou a proeminência desses autores dentro desse *cluster* em particular, indicando a importância de suas contribuições para o campo de estudo em questão.

Figura 18. *Cluster Amarelo*



Fonte: Elaborado pela autora a partir do *VOSviewer* (2023).

O quarto e último *cluster* investigado, identificado pela cor rosa na Figura 19, compreendia dois nós representados por dois autores distintos, a saber, *Marize Barros de Souza Araújo* e *Paulo de Medeiros Rocha*. A dimensão dos círculos que os representava refletiu o grau de destaque que esses autores possuem no contexto da temática analisada.

Figura 19. *Cluster Rosa*



Fonte: Elaborado pela autora a partir do *VOSviewer* (2023).

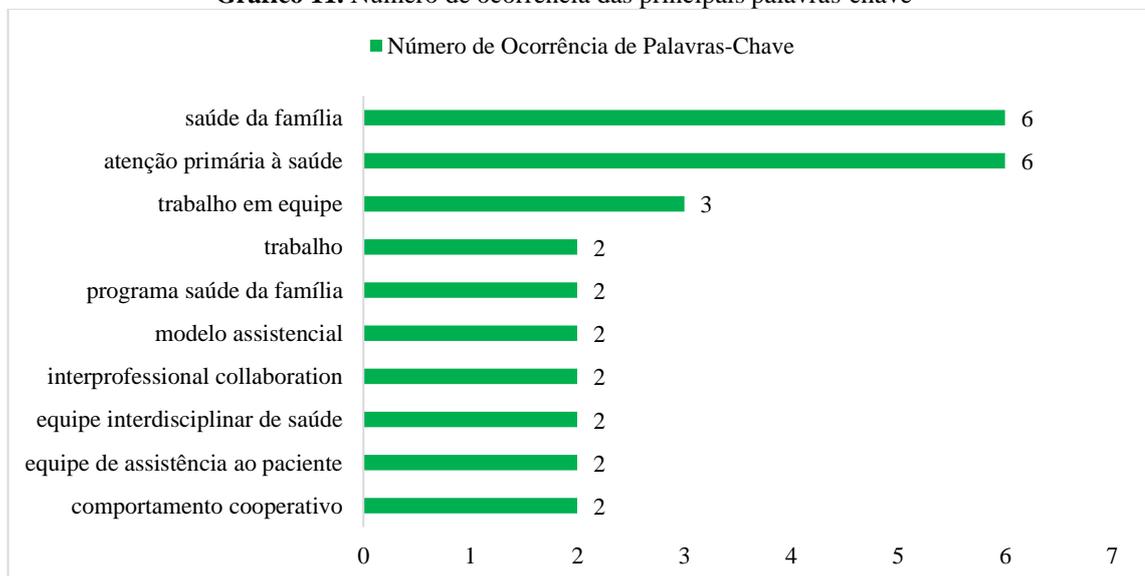
Revisitando a Figura 15, de maneira geral, constatou-se que diversos grupos de autores estão engajados na exploração da temática abordada nos artigos do Portfólio Bibliográfico (PB), muitas vezes em agrupamentos específicos. Essa observação indica que esses autores frequentemente colaboram dentro dos seus respectivos grupos de pesquisa, os quais são frequentemente definidos por filiações institucionais comuns. Essa dinâmica revela que existem poucas interações com outros grupos (*clusters*), uma característica de significativa relevância, já que pode influenciar a diversidade de perspectivas e abordagens no âmbito da Colaboração Interprofissional, conforme evidenciado pelos artigos.

Ao correlacionar as informações das Figuras 15 e 16, fica evidente que existe uma variação na intensidade das conexões entre alguns autores, enquanto a distância relativa se mantém entre outros. Isso se manifesta na distribuição espacial dos autores no Portfólio Bibliográfico (Figura 15) e na configuração das conexões estabelecidas entre outros autores (Figura 16), notadamente aqueles localizados nas regiões sul e sudeste do país. Essa observação aponta para a histórica concentração de atividades acadêmicas e de pesquisa nas regiões Sudeste e Sul do Brasil, que se beneficiam da presença de diversas universidades e institutos de pesquisa, além de contar com uma maior disponibilidade de recursos humanos e financeiros, influenciada pelas políticas implementadas por importantes agências de fomento (SIDONE; HADDAD; MENA-CHALCO, 2016).

5.2.4. Análise das palavras-chave

No total, foram identificadas 69 palavras-chave distintas, sendo que 11 delas foram empregadas duas vezes ou mais. O Gráfico 11 ilustra as palavras-chave que se destacam, aparecendo duas ou mais vezes nos artigos do Portfólio Bibliográfico.

Gráfico 11. Número de ocorrência das principais palavras-chave



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

A análise bibliométrica final teve por objetivo a identificação das palavras-chave mais frequentemente empregadas nos artigos contidos no Portfólio Bibliográfico. Para alcançar esse propósito, foi empregado o *VOSviewer*, que, a partir da análise dos 22 artigos, elaborou uma tabela classificando as palavras-chave em ordem decrescente com base na frequência de sua ocorrência nesses artigos.

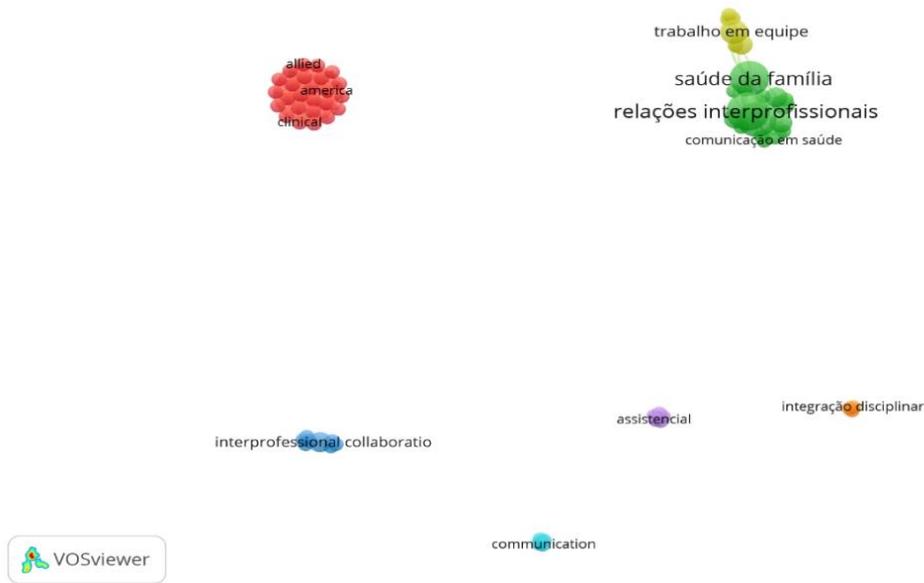
As palavras-chave que mais ocorreram foram: *relações interprofissionais*, que apareceram com 7 ocorrências, em seguida vieram os termos *atenção primária à saúde* e *saúde da família*, que surgiram com 6 ocorrências cada. Nessa análise foi possível verificar que as palavras-chave com mais aparições no Portfólio Bibliográfico coincidiram com as empregadas para a pesquisa dos artigos, observando que a escolha por elas foi acertada. Logo o portfólio contém artigos alinhados ao escopo da pesquisa, refletindo a significativa quantidade de estudos que se dedicam à análise da Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde no contexto brasileiro.

Adicionalmente, apareceram outras palavras-chave como *trabalho em equipe* com 3 ocorrências, *trabalho*, *programa saúde da família*, *modelo assistencial*, *interprofessional collaboration*, *equipe interdisciplinar de saúde*, *equipe de assistência ao paciente* e *equipe de assistência ao paciente* com 2 ocorrências cada.

Partindo para a análise de co-ocorrências¹⁷ das palavras-chave optou-se pela verificação de rede nos artigos do PB, através do *VOSviewer*. A rede de co-ocorrência de palavras-chave procura identificar o conjunto de tópicos sobre a Colaboração Interprofissional na APS no Brasil de forma a demonstrar as possíveis relações. A análise em questão denota as interações entre palavras-chave, examina a rede de tópicos de pesquisa em uma área específica e analisa as suas relações com as ideias apresentadas nas pesquisas. Logo, quanto mais vezes essa ocorrência é repetida, maior é a conexão. Assim, quanto mais artigos abordam dois assuntos simultaneamente, maior a intensidade do relacionamento (COBO *et al.*, 2011, ORTIZ-DE-URBINA-CRIADO; NÁJERA-SÁNCHEZ; MORA-VALENTÍN, 2018, VAN ECK; WALTMAN, 2018, RAMBO *et al.*, 2021).

O mapa foi formado por todas as palavras-chave dos documentos importados para o *VOSviewer*, bem como do título e resumo. A Figura 20 apresenta a rede de co-ocorrência das palavras-chave.

¹⁷ As relações de coocorrências entre palavras-chave é determinada pelo número de artigos em uma base de documentos em que ambas ocorrem em conjunto, seja no título, no resumo ou na lista de palavras-chave (VAN ECK; WALTMAN, 2018).

Figura 20. Rede de co-ocorrência de palavras-chave

Fonte: Elaborado pela autora a partir do *VOSviewer* (2023).

No mapa ilustrado na Figura 20, a magnitude dos círculos simboliza a frequência de ocorrência das palavras-chave, e a proximidade entre eles reflete a intensidade da associação. Na análise global do mapa, observou-se uma notável dispersão entre os *clusters* de cores distintas, que incluem o *cluster* azul escuro representado pela palavra-chave *interprofessional collaboration*, o *cluster* roxo associado à palavra-chave *assistencial*, o *cluster* laranja representado pela palavra-chave *integração disciplinar*, o *cluster* vermelho abrangendo as palavras-chave *allied*, *clinical* e *América*, o *cluster* azul claro vinculado à palavra-chave *communication*, além dos dois *clusters* principais. Estes últimos são o *cluster* verde, que inclui as palavras-chave *saúde da família*, *relações interprofissionais* e *comunicação em saúde*, e o *cluster* amarelo, que é representado pela palavra-chave *trabalho em equipe*.

Essa observação revela a complexa estrutura da rede de palavras-chave, que teve como destaque esses dois últimos *clusters* que apresentaram uma interação notável, evidenciando que os termos estão sendo investigados de forma conjunta, o que pode sinalizar um avanço significativo no campo da Colaboração Interprofissional. Esses dois *clusters* finais também refletem o conteúdo central dos artigos presentes no Portfólio Bibliográfico, pois relacionaram o conceito de trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a comunicação e as relações interprofissionais.

Além disso, em relação aos outros termos presentes em *clusters* distintos, observou-se que a produção científica ainda emprega esses termos de maneira dispersa e isolada. Isso pode ser atribuído, em parte, à ausência de um consenso consolidado sobre um termo claro e

unificado que designe a Colaboração Interprofissional, uma vez que esse conceito ainda está em processo de construção no contexto brasileiro.

Conforme ilustrado na Figura 20, o software utilizado dividiu o mapa em um total de 7 *clusters*. Entretanto, para uma análise mais abrangente, optou-se por considerar apenas três *clusters*. Especificamente, foram selecionados o *cluster* verde e o *cluster* amarelo devido à sua riqueza em relações, bem como o *cluster* azul escuro, por representar, diretamente, o eixo principal da pesquisa.

A representação da rede de co-ocorrência das palavras-chave foi disponibilizada na Figura 21 para uma compreensão visual mais clara dessas relações.

Figura 21. Rede de co-ocorrência de palavras-chave *clusters* verde e amarela



Fonte: Elaborado pela autora a partir do *VOSviewer* (2023).

Como resultado, a análise conduziu à identificação de três *clusters* que englobavam um conjunto de 30 palavras-chave recorrentes entre os artigos.

Os dois *clusters* identificados foram o *cluster* verde, que incluiu um total de 16 palavras-chave, e o *cluster* amarelo, contendo 6 palavras-chave. A interpretação da Figura 21 pode ser realizada ao examinar o *link* (linha entre um *cluster* e outro) entre os termos e as demais palavras que expressa a conexão entre *clusters*, sendo que a espessura dessas conexões reflete a força das associações (baseada na frequência de ocorrência).

No que tange ao tamanho do *cluster*, ele indica o grau de relevância de uma palavra-chave em relação às demais dentro desse *cluster*. Cada nó na figura representa uma palavra-chave, sendo que o tamanho dos nós é diretamente proporcional ao número de vezes em que essas palavras-chave ocorrem. A proximidade entre os nós reflete a frequência com que os

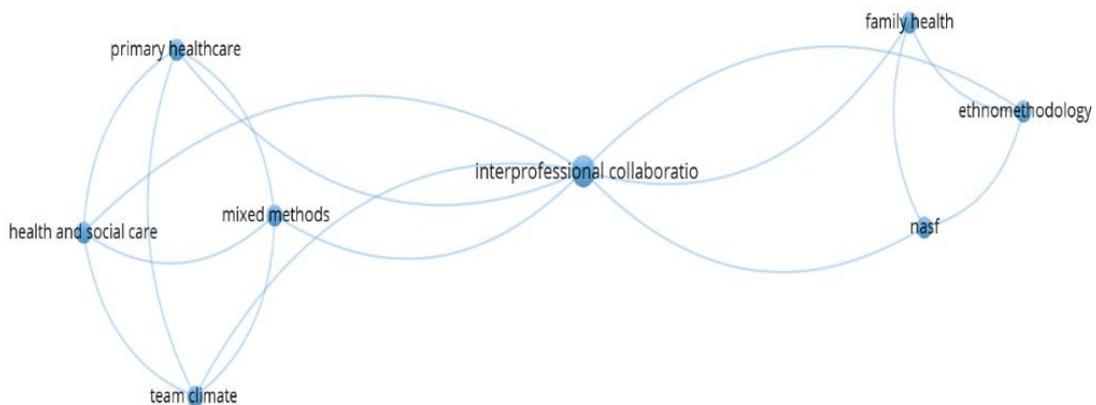
termos são mencionados conjuntamente, indicando palavras frequentemente associadas dentro do contexto da pesquisa.

O primeiro cluster, destacado em verde, aglomerou os termos diretamente relacionados aos eixos 1, 2 e 3 da pesquisa, nos quais as relações interprofissionais e a saúde da família se destacaram como termos de maior relevância. Esses termos estavam associados a conceitos como educação permanente em saúde, equipe interdisciplinar em saúde, comportamento cooperativo, assistência centrada no paciente e trabalho. A análise desses resultados permitiu a observação de que os documentos abordavam questões relacionadas às relações interprofissionais no contexto dos cuidados aos usuários, destacando a importância da cooperação em equipe e da educação permanente em saúde para promover a interdisciplinaridade.

Já o segundo *cluster*, na cor amarela, que se relacionava ao verde, agrupava palavras mais relacionadas com o primeiro eixo de pesquisa que era a Colaboração Interprofissional. Isso pode ser observado pelos termos *trabalho em equipe*, *articulação técnica* e *modelo assistencial*. Assim, percebeu-se um foco voltado mais para a formalização e governança, indicadores importantes discutidos por D'Amour *et al.* (2008) relacionados a Colaboração Interprofissional.

A próxima análise foi a do *cluster* na cor azul escuro (Figura 22), em que se pode observar palavras mais relacionadas ao eixo 1, sendo o termo *interprofessional collaboration* a palavra de maior peso, estando relacionada *nasf*, *primary healthcare*, *family health*, *team climate*, *ethnomethodology*, *mixed methods* e *health and social care*.

Figura 22. Rede de co-ocorrência de palavras-chave *cluster* azul escuro



Fonte: Elaborado pela autora a partir do VOSviewer (2023).

Percebeu-se, portanto, que os termos que mais retratam a Colaboração Interprofissional estavam na língua inglesa, visto que comumente é um termo muito utilizado para designar equipes de saúde que trabalham na APS fora do Brasil. Essa observação ressalta mais uma vez a natureza em desenvolvimento dos termos associados à temática da Colaboração Interprofissional.

No contexto brasileiro, os termos mais amplamente empregados são "trabalho em equipe" e "prática colaborativa interprofissional". Ambos os termos descrevem essencialmente a mesma abordagem, na qual profissionais de saúde, inseridos em uma equipe, compartilham conhecimentos e responsabilidades na prestação de cuidados ao usuário, com o objetivo de proporcionar um atendimento mais abrangente e eficaz. No entanto, observa-se uma falta de consenso em relação a uma terminologia unificada para o conceito de Colaboração Interprofissional no contexto brasileiro.

Essa falta de uniformidade terminológica pode prejudicar a implementação eficaz dessa abordagem e dificultar o diálogo entre a literatura nacional e internacional. Tal diálogo é essencial para compreender como as contribuições internacionais no campo da Colaboração Interprofissional se relacionam com os termos usados no Brasil. Além disso, esse diálogo contribui para o desenvolvimento contínuo dessa temática, tanto no âmbito das pesquisas quanto na prática dos profissionais de saúde, com vistas a aprimorar a colaboração interprofissional.

5.3. ANÁLISE SISTÊMICA DA LITERATURA

A visão de mundo apresentada originou-se a partir de 7 lentes de avaliação que foram apresentadas na Tabela 2. Os 22 artigos que fazem parte do Portfólio Bibliográfico, foram analisados sob a filiação teórica e as lentes da Ação Coletiva representado pelo Modelo Quadridimensional de Colaboração Interprofissional desenvolvidos por D'Amour *et al.* (2008) e assumida por esta pesquisadora, com o intuito de extrair seus destaques, e, principalmente, as lacunas (oportunidades para contribuir) existentes para propor uma agenda de pesquisa.

Uma vez definidas as lentes para que se examinem os artigos selecionados, as seções a seguir descrevem os resultados encontrados na análise sistêmica dos artigos para cada lente de análise, podendo assim discuti-los.

Após a determinação dos critérios de análise a serem aplicados na avaliação dos artigos selecionados, as seções subsequentes apresentam os resultados da análise sistêmica desses artigos sob cada lente de análise, possibilitando, desse modo, a realização de discussões pautadas nos resultados obtidos.

5.3.1. Primeira Lente - Abordagem e Técnicas

As abordagens são visões de mundo que atuam como filtros para aproximar quem pesquisa da realidade observada fazendo-os ver certas coisas do contexto em que atuam e ignorar outras. Cada abordagem carrega consigo um conjunto de premissas que condiciona o modo que o problema é entendido e tratado. Já a forma de coleta de dados age de modo mais específico e considera o ambiente em que são coletados os dados e as formas de controle das variáveis envolvidas (MINAYO; SANCHES, 1993, GIL, 2002).

O Quadro 12 mostrou o enquadramento dos artigos do Portfolio Bibliográfico à luz da primeira lente, em decorrência das análises realizadas sobre a abordagem e forma de coleta com os seus respectivos recursos.

Quadro 11. Primeira Lente - Abordagem e Técnicas

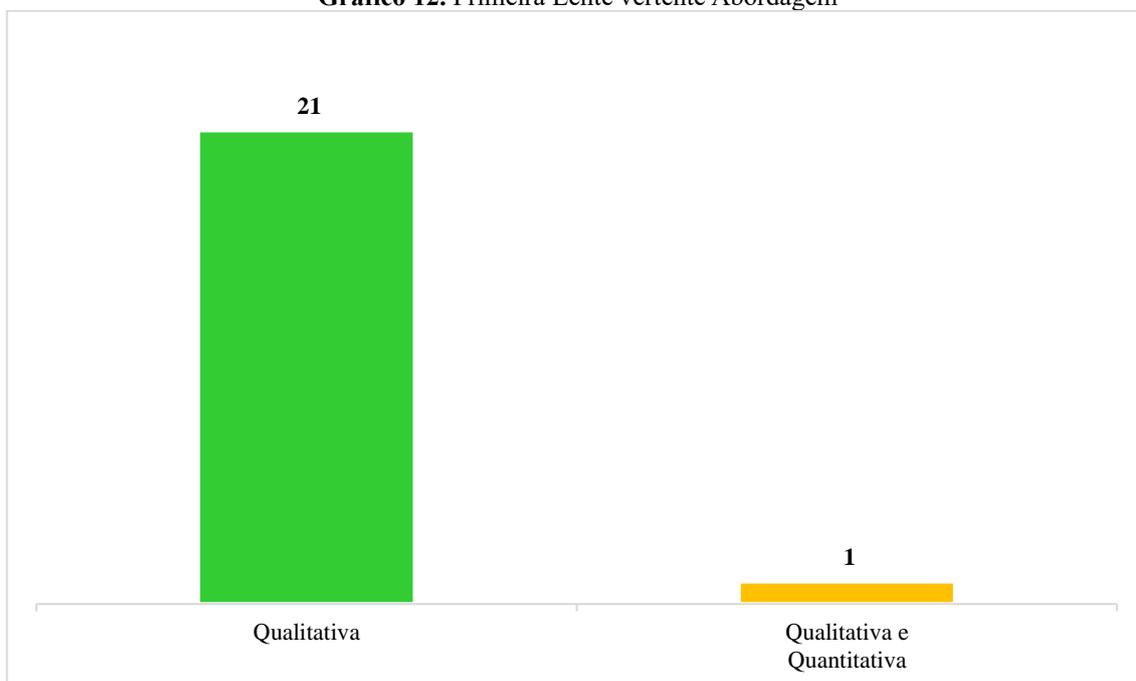
Artigo		Primeira Lente - Abordagem e Técnicas		
Nº	Forma de Citar	Abordagem	Procedimentos Técnicos (forma de coleta dos dados)	Recursos para coleta
1.	(ARAÚJO; ROCHA, 2007)	Qualitativa	Revisão da Literatura	A partir de outros artigos
2.	(SILVA; TRAD, 2005)	Qualitativa	Estudo de caso	Grupos focais, observação participante e Entrevista semiestruturada
3.	(CIAMPONE; PEDUZZI, 2000)	Qualitativa	Relato de Experiência	-
4.	(PEDUZZI <i>et al.</i> , 2011)	Qualitativa	Pesquisa de Campo	Entrevista Semiestruturada
5.	(MATUDA <i>et al.</i> , 2015)	Qualitativa	Pesquisa de Campo	Entrevistas em profundidade
6.	(SILVA <i>et al.</i> , 2015)	Qualitativa	Pesquisa de Campo	Entrevista Semiestruturada e grupos focais
7.	(AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016)	Qualitativa	Revisão da literatura	Artigos de bases de dados nacionais e internacionais
8.	(KELL; SHIMIZU, 2010)	Qualitativa	Pesquisa de campo	Observação participante, grupos focais e Entrevista Semiestruturada em grupo
9.	(PAVONI; MEDEIROS, 2009)	Qualitativa	Estudo de caso	Observação simples e Entrevista Semiestruturada
10.	(MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013)	Qualitativa	Revisão da Literatura	Artigos de bases nacionais e internacionais
11.	(ARAÚJO; GALIMBERTI, 2013)	Qualitativa	Estudo de Caso	Observação participante
12.	(ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013)	Qualitativa	Pesquisa de Campo	Entrevistas abertas e oficinas de produção de conhecimento
13.	(FURTADO, 2011)	Qualitativa	Revisão da Literatura	A partir de outros artigos

14.	(ARAÚJO; ROCHA, 2009)	Qualitativa	Estudo de caso	Entrevista Semiestruturada
15.	(AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017)	Qualitativa e Quantitativa	Pesquisa de Campo	Team Climate Inventory, Entrevistas em profundidade e Entrevista Semiestruturada
16.	(PREVIATO; BALDISSERA, 2018)	Qualitativa	Pesquisa Participante	Questionário e <i>Photovoice</i>
17.	(ROCHA, BARRETO; MOREIRA, 2016)	Qualitativa	Estudo de caso	Diário de campo, revisão de documentos e entrevistas abertas
18.	(BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018)	Qualitativa	Pesquisa de Campo	Entrevista Semiestruturada
19.	(ARRUDA <i>et al.</i> , 2018)	Qualitativa	Estudo de casos múltiplos (dois casos)	Observação participante e Entrevista Semiestruturada
20.	(BARRETO <i>et al.</i> , 2018)	Qualitativa	Estudo de caso múltiplos (dois casos)	Análise documental e Entrevista Semiestruturada
21.	(FIGUEIRA <i>et al.</i> , 2020)	Qualitativa	Pesquisa-ação	Grupos focais, Entrevista Semiestruturada e observação participante
22.	(SCHIMITH <i>et al.</i> , 2021)	Qualitativa	Pesquisa multicêntrica	Entrevista Semiestruturada e observação participante

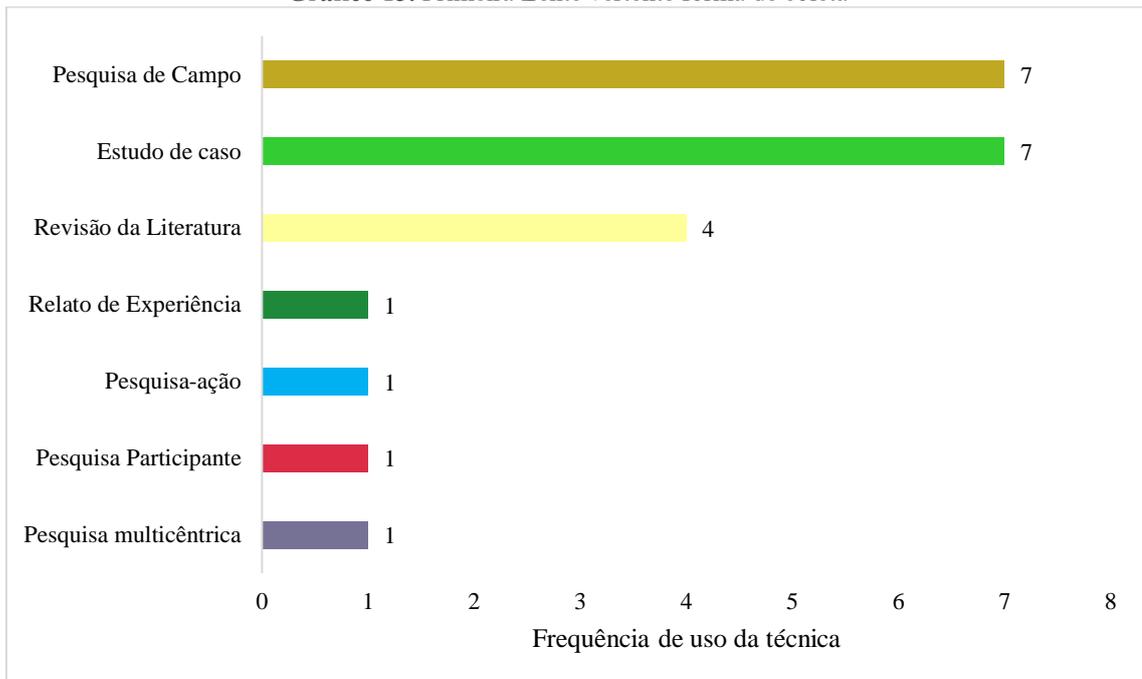
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Para fins ilustrativos, os resultados da Primeira Lente foram apresentados nos gráficos 12, 13 e 14.

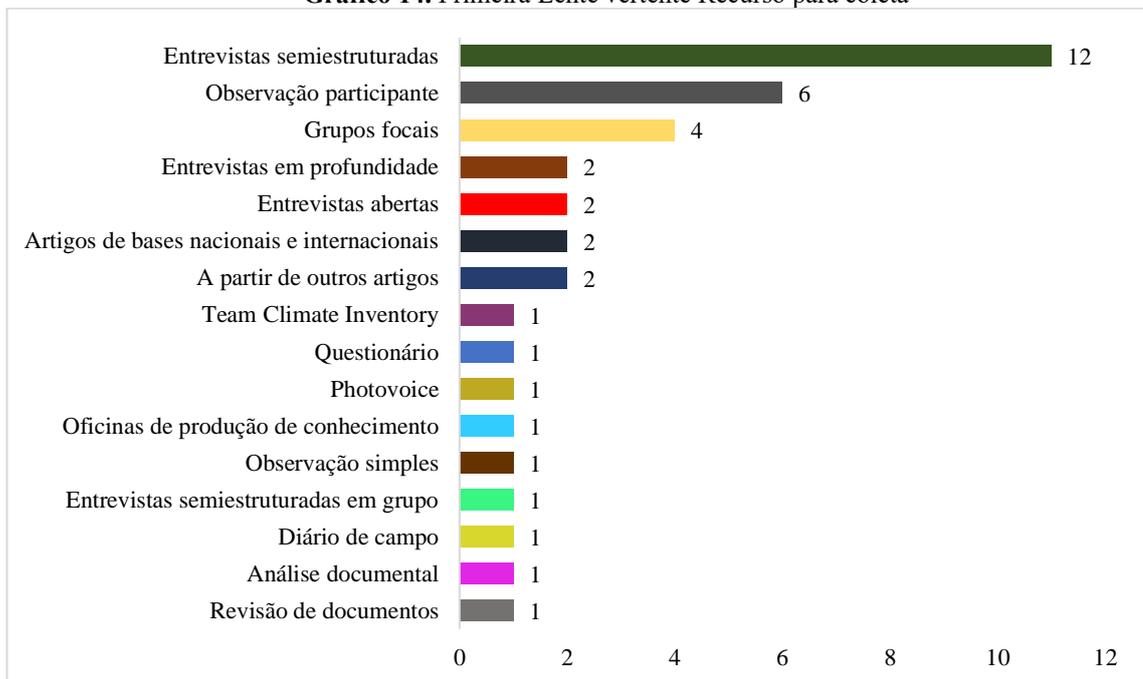
Gráfico 12. Primeira Lente vertente Abordagem



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 13. Primeira Lente vertente forma de coleta

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 14. Primeira Lente vertente Recurso para coleta

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

As evidências comprovaram que a abordagem mais utilizada pelos autores do PB foi a qualitativa com 95% dos artigos (21 artigos) e, somente 5% (1 artigo) foi representada pela pesquisa qualitativa e quantitativa (mista) (Gráfico 12). Assim, a pesquisa qualitativa se apresentou como uma orientação cada vez mais difundida no âmbito da saúde coletiva. À vista disso, entender e utilizar a abordagem mais apropriada que a ciência dispõe para atender aos

desafios em determinado contexto é parte do processo de entender o problema pesquisado e ofertar uma contribuição efetiva para o conhecimento de uma determinada realidade (MINAYO; SANCHES, 1993; CRESWELL, 2007, MINAYO, 2012, BOSI, 2012).

Nesse sentido, o que se percebeu foi que os autores concebem a forma mais apropriada de apreender o fenômeno pesquisado a partir da pesquisa de abordagem qualitativa, pois podem se aprofundar na complexidade dos fenômenos, de forma a perceber suas particularidades e especificidades com o objetivo principal de desenvolver temas a partir dos significados produzidos (MINAYO; SANCHES, 1993; CRESWELL, 2007).

(...) trabalho qualitativo caminha sempre em duas direções: numa, elabora suas teorias, seus métodos, seus princípios e estabelece seus resultados; noutra, inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e toma direções privilegiadas. Ela compartilha a ideia de “devir” no conceito de cientificidade (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 245).

Interessante notar que somente um artigo (AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017) foi realizado a partir de pesquisa mista (qualitativa e quantitativa). No que diz respeito à vertente qualitativa, a pesquisa usou como recursos de coleta, as entrevistas em profundidade e as entrevistas semiestruturadas buscando compreender os significados atribuídos pelos próprios atores sociais (SUASSUNA, 2008, TAQUETTE; MINAYO, 2016).

Na vertente quantitativa, utilizou-se uma escala de mensuração do clima organizacional *Team Climate Inventory (TCI)*, como forma de lançar luz sobre a temática que gostariam de conhecer tornando-a inteligível também através de variáveis quantitativas que, no caso, era sobre o clima da equipe. O que é importante ressaltar sobre a pesquisa que usa abordagem mista é poder analisar um fenômeno a partir de duas vertentes e, a partir disso, gerar um conhecimento sobre algo (MINAYO; SANCHES, 1993).

(...) relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não se reduz a um *continuum*, ela não pode ser pensada como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos” e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247)

Já em relação a forma de coleta desses dados (Gráfico 13), que é primordial para acessar o fenômeno do ponto de vista empírico, de modo a confrontar a visão teórica com os dados da realidade, observou-se que os artigos utilizaram mais comumente, como forma de coleta de dados, as pesquisas de campo.

Essas pesquisas de campo foram representados por (PEDUZZI *et al.*, 2011), (MATUDA *et al.*, 2015), (SILVA *et al.*, 2015) (KELL; SHIMIZU, 2010), (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013), (AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017) e (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018), juntamente aos estudos de caso compostos por (SILVA; TRAD, 2005), (PAVONI;

MEDEIROS, 2009), (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013), (ARAÚJO; ROCHA, 2009), (ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016) (ARRUDA *et al.*, 2018) e (BARRETO *et al.*, 2018), ambos com 7 ocorrências cada. Cabe ressaltar que a pesquisa-ação (FIGUEIRA *et al.*, 2020) com 1 ocorrência e pesquisa participante (PREVIATO; BALDISSERA, 2018), também com 1 ocorrência são entendidas, a partir da divisão de Gil (2002) em relação aos procedimentos técnicos, como dados são fornecidos por pessoas.

Logo, pode-se dizer que estas pesquisas fazem parte de um mesmo grande grupo (pesquisa de campo, estudos de caso, pesquisa-ação e pesquisa participante), que são as pesquisas *in loco* com pessoas que compõem a maior parte das pesquisas do recorte da literatura estudada. Então, compreende-se que pesquisas de abordagem qualitativa que utilizam esses métodos de coleta *in loco* se traduzem em uma forma de estar mais próximo do fenômeno estudado de forma a tentar ser o máximo fidedigno sobre aquela realidade estudado, de maneira a capturá-la (mesmo que não completamente).

(...) o trabalho de campo não é um exercício de contemplação. Tanto na observação como na interlocução com os atores o investigador é um ator ativo, que indaga, que interpreta, e que desenvolve um olhar crítico (...) de forma que os diversos interesses e as várias visões tenham lugar e possibilidade de expressão (MINAYO, 2012, p. 624).

Ainda a partir da definição de Gil (2002) os artigos que tiveram como referência outros estudos foram os artigos de revisão da literatura (ARAÚJO; ROCHA, 2007), (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016), (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013) e (FURTADO, 2011) com ocorrência em 4 artigos, e aqui se englobou o relato de experiência (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000) com 1 ocorrência. Observou-se que esses artigos foram construídos por autores que já tinham um vasto conhecimento sobre a temática da Colaboração Interprofissional na APS possibilitando congregar o conhecimento sobre a temática, a partir desse formato de pesquisa, que visa fornecer um estado da arte sobre esse tópico, evidenciando, dessa forma, ideias novas, métodos, críticas, visto que revisar significa olhar novamente, retomar os discursos de outros pesquisadores, mas não no sentido de visualizar somente, mas de criticar (MOREIRA, 2004).

Logo, os artigos de revisão da literatura possuem dois importantes papéis que estão inter-relacionados, que são: “constituem-se em parte integral do desenvolvimento da ciência: função histórica; e fornecem aos profissionais de qualquer área, informação sobre o desenvolvimento corrente da ciência e sua literatura: função de atualização” (MOREIRA, 2004, p. 23).

Nesse aspecto, a partir de dessas diversas forma de coletas de dados, foi possível criar uma relação entre teoria, método e técnicas de forma que se relacionassem mutuamente e com harmonia. E, esse modo de fazer depende, em grande medida, da demanda do objeto e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados (MINAYO; SANCHES, 1993, OLIVEIRA *et al.*, 2012, MINAYO, 2012; BOSI, 2012, TAQUETTE; MINAYO, 2016).

Outro aspecto importante foram os recursos utilizados (Gráfico 14) por esses pesquisadores para a coleta de dados. Em relação a isso, foram utilizados as entrevistas semiestruturadas (SILVA; TRAD, 2005), (PEDUZZI *et al.*, 2011), (SILVA *et al.*, 2015), (KELL; SHIMIZU, 2010), (PAVONI; MEDEIROS, 2009), (ARAÚJO; ROCHA, 2009), (AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017), (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018), (ARRUDA *et al.*, 2018), (BARRETO *et al.*, 2018), (FIGUEIRA *et al.*, 2020) e (SCHIMITH *et al.*, 2021) são, com 12 ocorrências; seguida da observação participante (SILVA; TRAD, 2005), (KELL; SHIMIZU, 2010), (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013), (ARRUDA *et al.*, 2018), (FIGUEIRA *et al.*, 2020), (SCHIMITH *et al.*, 2021) com 6 ocorrências e os grupos focais (SILVA; TRAD, 2005), (SILVA *et al.*, 2015), (KELL; SHIMIZU, 2010) e (FIGUEIRA *et al.*, 2020) com 4 ocorrências.

Essas técnicas de coleta de dados são conhecidas por propiciar maior aproximação com o campo. Com isso, pode ser observado que a Colaboração Interprofissional na APS é uma temática que precisa ser conhecida, a partir de quem produz esse saber/fazer, de forma a conhecer o que se faz no ambiente de trabalho. E, quem melhor que os próprios produtores desse fazer para melhor falar sobre isso? Portanto, essa forma de coleta privilegia a escuta ao sujeito, dá importância ao seu testemunho, visto estes serem os protagonistas do seu falar em ato (MINAYO; SANCHES, 1993, GIL, 2008, MINAYO, 2012, BOSI, 2012).

No caso da entrevista semiestruturada o pesquisador realiza uma entrevista mais flexível, com perguntas abertas e fechadas apoiadas em uma sequência de questões, pois possui um roteiro prévio, no entanto, abre espaço para que o participante/entrevistado e o pesquisador/entrevistador façam perguntas fora do que tenha sido planejado, dessa forma, o diálogo se torna mais natural e dinâmico (MINAYO, 2007, 2012, TAQUETTE; MINAYO, 2016).

Na observação participante o pesquisador participa da vida da comunidade, grupo ou situação a ser pesquisada estabelecendo, dentro do possível, um senso de pertencimento ao grupo. Este interage por longos períodos com os participantes da pesquisa, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação. Nesse sentido, a observação participante assume duas formas: natural, quando o pesquisador pertence ao grupo a ser pesquisado, ou artificial, quando o pesquisador/observador se integra ao grupo como forma de conhecê-lo (QUEIROZ *et al.*, 2007, GIL, 2008).

No caso do grupo focal este visa obter uma variedade de dados através de um pequeno grupo, sobre determinado tema em que o próprio grupo é a unidade de análise e que as interações do grupo é parte do método de coleta de dados. Os dados do grupo focal refletem as

noções coletivas compartilhadas e negociadas pelo grupo e leva em conta o processo grupal, que é bem maior que as percepções individuais de cada participante. No grupo focal, os dados são produzidos mediante as trocas entre os participantes realizadas em um clima de informalidade, possibilitando a livre expressão de experiências e opiniões sendo os significados e as respostas que surgirem durante os grupos focais construídos em conjunto e não individualmente (KIND, 2004, LUNE; BERG, 2017).

Percebeu-se ainda que a maior parte dos autores do PB utilizaram em seus artigos diferentes recursos para a coleta de dados em um mesmo estudo (SILVA; TRAD, 2005), (SILVA *et al.*, 2015), (KELL; SHIMIZU, 2010), (PAVONI; MEDEIROS, 2009), (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013), (AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017), (PREVIATO; BALDISSERA, 2018), (ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016), (ARRUDA *et al.*, 2018), (BARRETO *et al.*, 2018), (FIGUEIRA *et al.*, 2020) e (SCHIMITH *et al.*, 2021), lançando mão da triangulação metodológica que é o uso de duas ou mais estratégias diferentes de coleta de dados (FLICK, 2012).

Essa técnica visa combinar vários métodos qualitativos¹⁸ em que diferentes perspectivas metodológicas se complementam para o estudo de determinada temática. Dessa forma busca-se compensar as deficiências e pontos obscuros que podem surgir na aplicação de um método isolado possibilitando o confronto de informações, de maneira a minimizar vieses resultantes de uma única perspectiva. Nesse aspecto, cabe salientar que nenhum dos métodos é superior ao outro, conservando a sua autonomia estabelecendo lado a lado e tendo como ponto de encontro o tema a ser estudado (FLICK, 2012, SANTOS *et al.*, 2020).

Devido às características que constituem a pesquisa qualitativa, esta é alvo de constantes questionamentos com relação ao seu rigor científico (...) A pesquisa qualitativa não se baseia em métodos estatísticos para garantir fidedignidade e validade de dados e resultados, mas é possível a utilização de estratégias metodológicas que asseguram transparência, metodicidade e fidelidade às evidências, garantindo o refinamento dos dados produzidos, bem como credibilidade e confiabilidade durante o planejamento e realização dessa metodologia investigativa. A triangulação é uma dessas estratégias de aprimoramento dos estudos qualitativos envolvendo diferentes perspectivas (...) (SANTOS *et al.*, 2020, p. 656).

Com o conceito de triangulação tem-se a possibilidade de trabalhar diversas perspectivas de compreensão da realidade, sobretudo na perspectiva da abordagem qualitativa. Nesse caso, diferente da pesquisa quantitativa que tem sua validade assegurada pela possibilidade de mensurar, quantificar e generalizar, a pesquisa qualitativa é validada a partir do planejamento, execução de maneira criteriosa e confiável, na qual os procedimentos metodológicos utilizados e os resultados do estudo são condizentes e consistentes com os

¹⁸ A triangulação também se aplica a combinação de métodos qualitativos e quantitativos (FLICK, 2012).

objetivos propostos. Logo, a triangulação é extremamente importante nesse processo, pois considera os diferentes níveis de profundidade que o desvelamento de um fenômeno exige (FLICK, 2012; SANTOS *et al.*, 2020).

Com isso, percebeu-se que essa primeira lente foi útil, pois analisa os artigos a partir da harmonia que há entre as teorias e as técnicas utilizadas, comumente fonte de muitas discussões, em se tratando de pesquisa qualitativa, uma vez que é necessário um rigor entre esses dois fatores para melhor compreender o fenômeno. E, no campo da pesquisa na Saúde Coletiva e, mais especificamente, no contexto da Colaboração Interprofissional é perceptível uma necessidade desse rigor metodológico, visto ser um campo ainda muito novo de discussão em que conceitos estão sendo estruturados e um caminho de pesquisa bem fundamentado auxilia na melhor compreensão do objeto de maneira a gerar uma cientificidade e um reconhecimento dessa temática como relevante para o campo do conhecimento (SUASSUNA, 2008, OLIVEIRA *et al.*, 2012, TAQUETTE; MINAYO, 2016, SANTOS *et al.*, 2020). Portanto, uma “pesquisa qualitativa de qualidade” será aquela que apresentar coerência e consistência simultaneamente em três níveis: *ontológico, metodológico e ético*” (BOSI, 2012, p. 580).

5.3.2. Segunda Lente - Atores

A Segunda Lente vislumbrou os sujeitos, atores, participantes da pesquisa dos artigos do PB, enfim, estes que se dispuseram a participar de uma pesquisa mostrando sua rotina, contradições, relacionamentos, pensamentos, ou seja, mostrando a micropolítica das equipes de saúde na APS, no contexto do ambiente colaborativo de trabalho.

Dessa forma, buscou-se identificar quais foram as categorias profissionais as quais se referem os artigos a fim de compreender quem foram os produtores desse saber/fazer sobre a Colaboração Interprofissional no APS no Brasil, a partir da análise do recorte da literatura representado pelo Portfólio Bibliográfico.

Quadro 12. Segunda Lente - Atores

Artigo		Segunda Lente – Atores
Nº	Forma de Citar	Atores
1.	(ARAÚJO; ROCHA, 2007)	Não específica OBS: Por se tratar de uma revisão da literatura, de forma genérica se aplica aos profissionais que trabalham ESF nas equipes de Saúde da Família – eSFs.
2.	(SILVA; TRAD, 2005)	Médico, Enfermeiro, Odontólogo, Agente Comunitário de Saúde, Auxiliar de Enfermagem e Assistente de Consultório Dentário OBS: Equipe de PSF Se aplica aos profissionais que trabalham ESF nas equipes de Saúde da Família – eSFs.
3.	(CIAMPONE; PEDUZZI, 2000)	Relato de Experiência que fala sobre o PSF (atualmente ESF) e se aplica aos profissionais que trabalham nas equipes de Saúde da Família – eSFs.

4.	(PEDUZZI <i>et al.</i> , 2011)	Médico, Assistente Social, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Enfermeiro, Fonoaudiólogo e Odontólogo OBS: Gerentes (diretores) de serviços.
5.	(MATUDA <i>et al.</i> , 2015)	Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico, Enfermeiro OBS: Profissionais do NASF-AB e das eSFs.
6.	(SILVA <i>et al.</i> , 2015)	Enfermeiro, Médico, Psicólogo, Farmacêutico, Odontólogo, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta e Assistente Social OBS: Docentes, trabalhadores da saúde eSFs e estudantes de residência.
7.	(AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016)	Não específica OBS: Por se tratar de uma revisão da literatura faz referência a Atenção Primária relacionando a Prática Colaborativa.
8.	(KELL; SHIMIZU, 2010)	Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde OBS: fala sobre o PSF (atualmente ESF) e se aplica aos profissionais que trabalham nas equipes de Saúde da Família – eSFs
9.	(PAVONI; MEDEIROS, 2009)	Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Odontólogo, Auxiliar de Consultório Dentário e Agente Comunitário de Saúde OBS: fala sobre a EPSF e se aplica aos profissionais que trabalham nas equipes de Saúde da Família – eSFs.
10.	(MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013)	OBS: Por se tratar de uma revisão da literatura, de forma genérica fala sobre a ESF e se aplica aos profissionais que trabalham nas equipes de Saúde da Família – eSFs e do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB).
11.	(ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013)	Se aplica aos profissionais que trabalham nas equipes de Saúde da Família – eSFs e do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB) de forma genérica, pois compreende somente um olhar sobre as equipes que os profissionais fazem parte.
12.	(ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013)	Agente Comunitário de Saúde (ACS), Auxiliar de Enfermagem, Odontólogo, Enfermeiro, Médico, Médico da Residência em Família e Comunidade, Psicólogo, Profissional de Educação Física, Assistente Social da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e Nutricionista. OBS: Se aplica aos profissionais que trabalham nas equipes de Saúde da Família – eSFs e do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB) e os profissionais das residências médica e multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.
13.	(FURTADO, 2011)	Por se tratar de uma revisão da literatura, de forma genérica se aplica aos profissionais que trabalham nas equipes de Saúde da Família – eSFs e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB).
14.	(ARAÚJO; ROCHA, 2009)	Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Odontólogo, Auxiliar de Consultório Dentário e Agente Comunitário de Saúde OBS: Fala sobre o PSF (atualmente ESF) e se aplica aos profissionais que trabalham nas equipes de Saúde da Família – eSFs.
15.	(AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017)	Enfermeiro, clínico geral, Odontólogo, Agente Comunitário de Saúde e gerentes de serviços de saúde. OBS: se aplica aos profissionais que trabalham nas equipes de Saúde da Família – eSFs.
16.	(PREVIATO; BALDISSERA, 2018)	Agente Comunitário de Saúde (ACS), Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico, Técnico em Saúde Bucal, Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, fonoaudiólogo, Nutricionista, Profissional de Educação Física, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional OBS: fala sobre a ESF e se aplica aos profissionais que trabalham nas equipes de Saúde da Família – eSFs e do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB).

17.	(ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016)	Profissionais do nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte, diretores das Instituições de Nível Superior, gerentes de unidades de saúde da família, coordenadores de cursos de graduação e professores/preceptores de estágio
18.	(BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018)	Fisioterapeuta, Nutricionista, psicólogo, Profissional de Educação Física, Assistente Social, Farmacêutico, Médico e Enfermeiro OBS: fala sobre a ESF e se aplica aos profissionais que trabalham nas equipes de Saúde da Família – eSFs e do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB).
19.	(ARRUDA <i>et al.</i> , 2018)	Enfermeiro, Odontólogo, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Psicólogo, Nutricionista Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Profissional de Educação Física e Médico OBS: Programa com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da com coordenadores do programa, preceptores e residentes.
20.	(BARRETO <i>et al.</i> , 2018)	Diretores de IES, coordenadores de cursos de graduação em saúde, professores que desenvolviam atividades práticas de ensino nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e gerentes destas unidades.
21.	(FIGUEIRA <i>et al.</i> , 2020)	Agente Comunitário de Saúde, Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Odontólogo e Técnico em Saúde Bucal. OBS: fala sobre a ESF e se aplica aos profissionais que trabalham nas ESF Fluvial - eSFF e do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB).
22.	(SCHIMITH <i>et al.</i> , 2021)	Enfermeiro, Médico, Agente Comunitário de Saúde OBS: fala sobre a ESF e se aplica aos profissionais que trabalham nas equipes de Saúde da Família – eSFs.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Os artigos enfocaram, em grande maioria, as Equipes de Saúde da Família em 17¹⁹ artigos (ARAÚJO; ROCHA, 2007), (SILVA; TRAD, 2005), (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000), (MATUDA; PINTO, MARTINS; FRAZÃO, 2015), (SILVA *et al.*, 2015), (KELL; SHIMIZU, 2010), (PAVONI; MEDEIROS, 2009), (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013), (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013), (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013), (FURTADO, 2011), (ARAÚJO; ROCHA, 2009), (AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017), (PREVIATO; BALDISSERA, 2018), (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018), (FIGUEIRA *et al.*, 2020) e (SCHIMITH *et al.*, 2021), seguido pelas Equipes de Saúde Bucal em 8 artigos (SILVA; TRAD, 2005), (PEDUZZI *et al.*, 2011), (PAVONI; MEDEIROS, 2009), (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013), (ARAÚJO; ROCHA, 2009), (AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017), (PREVIATO; BALDISSERA, 2018) e (FIGUEIRA *et al.*, 2020), e, por fim o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)²⁰ mencionado em 7 artigos (MATUDA *et al.*, 2015), (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013), (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013), (ELLERY; PONTES;

¹⁹O artigo (FIGUEIRA *et al.*, 2020) refere-se as Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) que nesse trabalho será equivalente as Equipes de Saúde da Família. Já o artigo (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016) por fazer uma análise da Atenção Primária à Saúde de forma ampla e não especificar as equipes da ESF não será contabilizado para discussão desta lente.

²⁰ Os artigos trazem a nomenclatura antiga do NASF-AB.

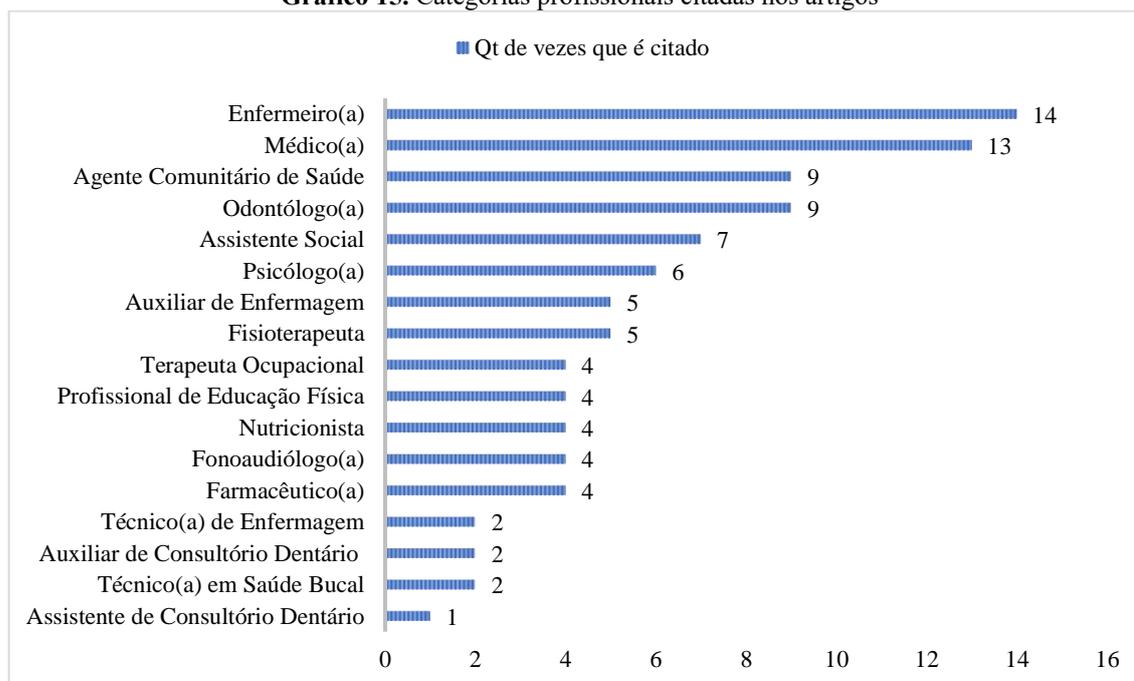
LOIOLA, 2013), (FURTADO, 2011), (PREVIATO; BALDISSERA, 2018) e (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018) (Quadro 13).

O primeiro ponto de discussão ressoou sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e suas diversas equipes. A ESF incorpora e reafirma princípios básicos do SUS e foi concebida como estratégia prioritária para reorganização da APS, de forma a ampliar o acesso da população à saúde (BRASIL, 2017, GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Ao pensar a partir das principais equipes citadas no Portfólio Bibliográfico, que foram as Equipes de Saúde da Família (eSF), as Equipes de Saúde Bucal (eSB) e os Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), percebe-se que elas são referência para constituição da AB no Brasil. E, diante de grandes mudanças, oriundas de crises multifacetadas ocorridas no cenário nacional e internacional, há uma necessidade de novos modos de organizar essas equipes demandando - uma nova *práxis* em saúde, no sentido freiriano da palavra, em que o fazer é ação e reflexão. E, para isso, compreende-se que há a necessidade de uma sinergia entre seus diversos atores, através de uma abordagem que seja interdisciplinar e interprofissional (FREIRE, 1994; SILVA; RAMOS; DEVID, 2021, GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Diante disso, o Enfermeiro, o Médico, o Agente Comunitário de Saúde e o Odontólogo, representam as categorias mais citadas nos artigos e eles fazem parte da eSF e eSB que são as equipes mais comuns na ESF, realidade de muitos municípios brasileiros que, por vezes, têm assistência apenas da APS. Além desses profissionais, essas equipes podem ser compostas pelo Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem e o Técnico e/ou Auxiliar em Saúde Bucal. Também foram citadas as seguintes categorias profissionais: Assistente Social, Psicólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Profissional de Educação Física, Nutricionista, Fonoaudiólogo e Farmacêutico. Estes profissionais compõem os Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ao todo, 17 categorias de profissionais da área da saúde apareceram no Portfólio Bibliográfico.

Houve um ponto importante que apareceu nesses artigos e referiu-se a figura do Gerente de Atenção Básica que, mesmo não sendo uma categoria profissional (não será contabilizado como tal), é um ator importante para a compreensão desses diversos sujeitos que compõem a ESF. O Gráfico 15 melhor ilustra essa distribuição.

Gráfico 15. Categorias profissionais citadas nos artigos

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

É notável constatar, com base nas contribuições de Pavoni e Medeiros (2009) e Figueira *et al.* (2020), que esses estudos enfatizaram a relevância do papel do enfermeiro que além de desempenhar suas funções específicas na área de enfermagem, o enfermeiro também assume a função de coordenador e, possivelmente, organizador do processo de trabalho das equipes. Essa realidade é uma prática comum em muitas ESF no Brasil, em que a figura do enfermeiro concentra a maioria das atribuições (MATUMOTO *et al.*, 2011, FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

A PNAB (BRASIL, 2017) especifica as atribuições dos enfermeiros, nos seguintes termos:

- I. Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II. Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III. Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

- IV. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V. Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII. Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII. Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS;
- IX. Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Nesse contexto, mesmo a PNAB distribuído as atribuições desse profissional de maneira a contemplar as dimensões assistencial e gerencial, o enfermeiro tem suas atividades cada vez mais direcionadas para as ações gerenciais vinculados à organização do serviço, à supervisão das atividades exercidas pelos ACS, ACE²¹ (Agentes de Combate a Endemias) e Técnico/Auxiliar de Enfermagem. E, mesmo a lei dispendo o que são atribuições compartilhadas entre os diversos membros da equipe como: planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe (são atribuições compartilhadas entre o próprio ACS, o Odontólogo, o Médico e Enfermeiro), este ainda detém essa e outras atribuição de forma muito particular contribuindo para uma maior sobrecarga do trabalho (MATUMOTO *et al.*, 2011, FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

(...) o cotidiano do enfermeiro da APS no SUS é marcado pelo conflito de responsabilizar-se pelo conjunto de atividades que compõem a dinâmica de funcionamento do serviço de saúde e o trabalho específico preconizado pelo novo modelo de atenção (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018, p. 754).

Já na dimensão assistencial, a consulta de enfermagem, como prática clínica, vista como importante por este, permanece atrelada a lógica da atenção clínica individual, curativista, sem ampliar a compreensão do processo saúde/doença como produção social. Associado a isso, há uma sobrecarrega de trabalho direcionada a esse profissional, fruto dessas diversas demandas, ao passo que também há uma precarização do seu trabalho que acaba por afetar diretamente o seu processo de trabalho (MATUMOTO *et al.*, 2011, FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

²¹ O Agentes de Combate a Endemias (ACE) não aparece na composição das equipes dos artigos do PB, isso demonstra que mesmo com a recomendação da incorporação através de PORTARIA Nº 1.007, DE 4 DE MAIO DE 2010 na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família, tal feito ainda não vigora. Cabe uma observação que atualmente essa profissão é regulamentada pela LEI Nº 14.536, DE 20 DE JANEIRO DE 2023 (BRASIL, 2010c, 2023a).

Algumas mudanças estão em curso, principalmente, após ser sancionado o piso salarial, através da Lei Nº 14.434, DE 4 DE AGOSTO DE 2022²², que se configura como o primeiro passo, de vários, que devem ser dados e que podem contribuir para uma melhor estabilidade e reconhecimento deste profissional enquanto categoria, de forma a gerar maior satisfação profissional. Isso pode contribuir para a consolidação de mudanças tão almejadas no modelo de assistência à saúde da APS e no SUS, uma vez que essa categoria profissional é de extrema importância para esse processo (MATUMOTO *et al.*, 2011, FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018, BRASIL, 2022b).

Da mesma forma, o papel do médico na Atenção Básica é bastante amplo. Esses profissionais atuam no primeiro nível de atenção ao lado de outros profissionais de uma equipe de saúde. O seu fazer compreende deste o atendimento individual, passando pelo familiar, de modo a abarcar a comunidade de um determinado território (CAPOZZOLO, 2003). De forma mais específica (BRASIL, 2017), as atribuições do médico na Atenção Básica são as seguintes:

- I. Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;
- II. Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;
- III. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- IV. Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;
- V. Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;
- VI. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

²² A Lei Nº 14.434, DE 4 DE AGOSTO DE 2022 altera a Lei Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986, para instituir o piso salarial nacional do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira sendo viabilizada pela LEI Nº 14.581, DE 11 DE MAIO DE 2023 (BRASIL, 2022b, 2023b).

Tendo como base essas atribuições, observa-se que o profissional médico enfrenta grandes desafios para se inserir na equipe, estando, muitas vezes, distanciado do fazer em comum, característica típica das equipes. Isso subsiste, na maior parte das vezes, associado a uma formação que pouco preparou este profissional para a atuação interprofissional e para lidar com a realidade que se mantém no território com suas diversas nuances. Logo, se torna um grave empecilho para sua fixação nas equipes de saúde da APS (REIS *et al.*, 2018, BARBOSA *et al.*, 2019).

Além disso, é o profissional que melhor representa o modelo biomédico, muito valorizado ainda pelo setor privado, que sustenta a saúde como mercadoria, base do capitalismo. Isso reflete na sua remuneração, visto esta ser a categoria profissional da saúde com maiores remunerações, tanto no setor público como no setor privado. No entanto, no setor público, é duramente criticado por essa atuação que reproduz e mantém o capitalismo, com pouca valorização e reconhecimento de algum mérito no seu trabalho individual, visto, somente, pela ótica da financeirização (REIS *et al.*, 2018, BARBOSA *et al.*, 2019).

Neste movimento paradoxal tem sobrado pouco espaço real de diálogo sobre o trabalho médico tanto com os próprios, quanto a seu respeito na sociedade (...) com isto existe o risco, na verdade, de uma aproximação da missão da atenção básica das ações de saúde que prescindem do médico. Sob um discurso aparentemente progressista estreita-se o caminho para não se implantar o SUS e, de fato, perpetuar a predominância do sistema privado. Para completar o quadro podemos diagnosticar, lado a lado deste discurso hipercrítico do trabalho médico, uma certa expectativa de adesão da categoria médica ao SUS por meio de uma conversão a um certo “espírito missionário” (CAMPOS *et al.*, 2008, p.138).

Essas críticas levaram o médico a ocupar uma posição de vilão, visto como um dos principais responsáveis pelas dificuldades para a viabilização da Atenção Básica como se almeja. E como resolver esse impasse?

A APS possui arranjos tecnológicos que podem contribuir para alterar os padrões hegemonicamente encontrados nos serviços de atenção básica. Nesse sentido, a clínica ampliada seria um desses arranjos que podem propiciar, deste a formação, um trabalhador coletivo capaz de lidar com a singularidade dos sujeitos sem abrir mão da atenção a doença e suas possibilidades de diagnóstico e intervenção. Essa proposta estimula a responsabilização e o comprometimento dos médicos face à sua prática podendo permitir ou incentivar o pleno uso de suas competências técnico-científicas em prol do usuário (CAPOZZOLO, 2003, CAMPOS *et al.*, 2008, REIS *et al.*, 2018, BARBOSA *et al.*, 2019).

Além disso, destacam-se a vinculação do médico a uma equipe com clara corresponsabilização e com o reconhecimento da equipe como aliada importante para uma prática mais resolutiva (e gratificante) tendo como foco comum o usuário; períodos

destinados a outras atividades (grupos, visitas domiciliares), além da consulta médica; espaços coletivos para discussão e organização do trabalho e ainda instrumentos que possibilitem avaliar o seu trabalho (CAPOZZOLO, 2003, CAMPOS *et al.*, 2008, REIS *et al.*, 2018, BARBOSA *et al.*, 2019).

E, para isso, a formação médica deve ser voltada para interdisciplinaridade e para a interprofissionalidade é um dos passos primordiais para ter um futuro profissional capaz de compatibilizar a autonomia médica com modelos de organização do trabalho mais solidários com os demais trabalhadores e com os usuários. E, aqui percebe-se que o modelo de Colaboração Interprofissional está adaptado a esse novo profissional, pois, congrega a percepção de uma equipe integrada, que compartilha saberes e práticas entre os diferentes profissionais tendo, como objetivo, os usuários (CAPOZZOLO, 2003, CAMPOS *et al.*, 2008, REIS *et al.*, 2018, BARBOSA *et al.*, 2019).

Outra categoria profissional que apareceu nos artigos do PB, foi o Agente Comunitário de Saúde, categoria muito debatido na atualidade. É um dos integrantes da Equipe de Saúde da Família e possui importante papel junto às famílias e comunidades de um território. Este deve ser capaz de encontrar soluções para problemas de saúde dos usuários junto com sua equipe de saúde e/ou auxiliar na prevenção destes problemas (SILVA *et al.*, 2020).

As atribuições do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2017) são assim descritas:

- I. Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II. Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- III. Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;
- IV. Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
- V. Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

- VI. Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;
- VII. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Essas são as principais atribuições do ACS, que se integra pelo papel de vinculador entre a população e a equipe de saúde, formando o elo entre o serviço e a comunidade. Este realiza um intercâmbio de experiências, principalmente, entre os saberes populares de saúde e os conhecimentos científicos, utilizando a comunicação como principal ferramenta de trabalho e desta forma, a população assume um papel mais ativo no processo de construção das práticas em saúde para seu autocuidado (BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2014, SILVA *et al.*, 2020).

Os ACS assumem ainda papel de educadores, pois orientam e incentivam os cuidados com saúde, geralmente, em ambiente extramuros, ou seja, o mais perto possível do usuário. Mesmo isso sendo um ponto forte de seu trabalho, pode ser mal interpretado pela população que pode vê-lo como alguém que tem a obrigatoriedade de favorecer-lhes em marcações de consultas médicas ou que tenham competência para interpretar exames e prescrever medicamentos. Além disso, por muitos Agentes Comunitários de Saúde residirem no local em que trabalham, há uma confusão por parte dos moradores entre o profissional e a pessoa que mora na comunidade (BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2014, SILVA *et al.*, 2020).

Outra dificuldade que o ACS enfrenta é relacionada a própria equipe e a gestão, que muitas vezes, acaba por sobrecarregar esse profissional com demandas que estão fora do seu escopo de trabalho e para que não foram devidamente qualificados. Associado a isso, há uma precarização do trabalho do ACS podendo gerar grande sofrimento (BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2014).

Com isso, o que se percebe na atuação do ACS é que este encontra-se sempre ENTRE e DENTRO da equipe e da comunidade, o que o torna o eixo fundamental da equipe de saúde, pois, pode dar notícia sobre o que acontece em dois pontos distintos e os conecta.

(...) estes profissionais são uma força de trabalho indispensável e de extrema importância para a consolidação dos princípios norteadores do SUS, ampliando e garantindo maior acesso da população aos serviços e ações de saúde, resgatando assim, a integralidade do cuidado (BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2014, p. 20).

Em relação aos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, estes têm suas histórias, na enfermagem brasileira, associadas as atendentes de enfermagem, que, no contexto da APS, foram denominadas “auxiliares de saúde pública”. O Ministério da Saúde em parceria com Ministério da Educação começou a capacitar esses profissionais, como no Projeto Larga Escala (PLE) (XIMENES NETO *et al.*, 2008, CARDOSO *et al.*, 2011, MONEZI *et al.*, 2020).

Em 1981, o PLE atuou em âmbito nacional para solucionar a falta de qualificação e aumentar o quantitativo de profissionais de enfermagem, profissionalizando essa categoria por meio de formações em serviço regulares de auxiliar e/ou técnica de enfermagem ou por prova de suplência profissional, proporcionando fundamentação científica aos cuidados de enfermagem (MONEZI *et al.*, 2020, p. 4).

Outro projeto importante foi o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae). O Profae foi criado em 2000 e fez parte da estratégia do Ministério da Saúde para formar e qualificar esses profissionais de forma que pudessem atuar no sistema de saúde, visando melhorar a qualidade dos serviços (XIMENES NETO *et al.*, 2008).

Atualmente, as duas profissões existentes, auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem, encontram-se em atual transição e constituem um contingente significativo de trabalhadores nos serviços de saúde, no entanto, existem poucos estudos sobre suas práticas e seu papel na consolidação do SUS e da APS (XIMENES NETO *et al.*, 2008, CARDOSO *et al.*, 2011, MONEZI *et al.*, 2020).

De acordo com PNAB (BRASIL, 2017) o Auxiliar e do Técnico de Enfermagem tem as seguintes atribuições:

- I. Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- II. Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação;
- III. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem, aparentemente executam as mesmas atividades e isso ocorre por diferentes motivos, dentre eles: a construção histórica e social do trabalho da enfermagem na APS e a carga excessiva de atividades no cotidiano de cada trabalhador. Logo, esses profissionais apesar de serem a maioria nos serviços de saúde, têm pouca voz para falar o que fazem de fato e o que os diferencia, permanecendo subordinados e alienados no contexto em que estão inseridos. Essa realidade é refletida na literatura, com poucas publicações que discutam sobre o trabalho desses profissionais (MONEZI *et al.*, 2020).

Na ESF o Técnico e o Auxiliar de enfermagem encontram um novo campo de práticas, bem diferente das práticas exercidas nos hospitais, passando a atuar com famílias, sujeitos e comunidades sendo os profissionais de maior contato com o público ou mesmo

de primeiro contato na APS. Também é o profissional que primeiro faz o acolhimento, com escuta do usuário em relação às suas queixas, mesmo que todos os profissionais da equipe tenham essa atribuição, são estes profissionais que primeiro o fazem. Essas ações que envolvem seu trabalho, que não estão explicitadas na PNAB, se encontram subjacentes ao explícito da política e indicam a potência do trabalho desses profissionais com inserção em várias frentes e com permeabilidade no contexto da APS (XIMENES NETO *et al.*, 2008, CARDOSO *et al.*, 2011, MONEZI *et al.*, 2020).

(...) um profissional com perfil para atuar de modo diferenciado a fim de realizar uma mudança de modelo assistencial necessita ser empoderado tanto na formação em si como no processo de trabalho, ressaltando-se como um dos desafios para a Enfermagem na APS a qualificação e formação de profissionais de enfermagem com autonomia e respeito por seu próprio trabalho e com os usuários (MONEZI *et al.*, 2020, p. 5).

Estas foram as categorias profissionais que apareceram no PB relacionadas as Equipes de Saúde da Família (eSF). Além desses, apareceram os profissionais da Equipe de Saúde Bucal (eSB) que são os Odontólogos e os Técnicos(as) e Auxiliares em Saúde Bucal.

Os Odontólogos, que na PNAB são denominados cirurgiões-dentistas, têm sua inserção na atenção básica, através de duas portarias: a PORTARIA N.º 1444/GM EM 28 DE DEZEMBRO DE 2000 e a PORTARIA N.º 267, DE 06 DE MARÇO DE 2001. A primeira estabeleceu o financiamento para equipe de saúde bucal e a segunda regulamentou a portaria anterior. Associado a isso, foi estabelecida uma mudança curricular nos cursos de odontologia, reflexo das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação na área de saúde, das Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que contribuíram para a construção do campo da saúde coletiva na odontologia (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

Inicialmente, os profissionais da equipe de saúde bucal não foram incluídos na equipe mínima e, somente depois de algumas pressões estes foram inseridos. Outro fator que auxiliou na fixação das equipes de Saúde Bucal foi o Programa Brasil Sorridente, lançado em 2004, e que, recentemente, através da LEI N.º 14.572, DE 8 DE MAIO DE 2023, foi instituído enquanto Política Nacional de Saúde Bucal, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), alterando a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Isso permite maior robustez legal, sustentação e capilaridade para que a política chegue a mais pessoas (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015, BRASIL, 2023c).

Voltando as atenções a prática do Cirurgião-Dentista, estas são definidas na PNAB (BRASIL, 2017), a partir das seguintes ações:

- I. Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- II. Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;
- III. Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);
- IV. Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- V. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;
- VI. Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);
- VII. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VIII. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- IX. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Percebe-se que o Odontólogo na APS precisa conciliar o seu trabalho dito técnico, com o trabalho em equipe visando um olhar ampliado em relação aos usuários de um determinado território. Com isso, este profissional deve objetivar, não somente o sujeito na sua condição clínica, mas também na sua condição psicossocial e espiritual. Isso se mostra um grande desafio, pois apesar das mudanças curriculares e as diversas legislações não se consegue ter um efeito mais ampliado sobre essa categoria, que mantém uma conduta curativista (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015, BRASIL, 2023c).

Portanto, o Odontólogo tem um grande caminho pela frente para que possa se aproximar do que foi recomendado pelas diversas políticas implementadas, demandando que este possa sair da sua solidão profissional e consiga se conectar com o restante da equipe. Uma das possibilidades é fortalecer a Colaboração Interprofissional que pode ser vista como um norte a ser experimentado por todos os sujeitos da equipe durante suas práticas, devendo ser incorporado no cotidiano dos processos de trabalho em equipe (FARIAS; SAMPAIO, 2011, REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015)

O (re)construir da prática odontológica no Programa de Saúde da Família é um desafio que envolve não só os trabalhadores de saúde, mas também a política de saúde, os centros formadores e as sociedades adscritas em cada território, entendido nas dimensões demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e histórico-culturais (FARIAS; SAMPAIO, 2011, p. 113).

Em relação aos Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal, oficialmente regulamentado em 2008, pela Lei N° 11.889/2008, houve a definição clara das atribuições, direitos e deveres desses profissionais (BRASIL, 2008a). Essa lei incorpora ao SUS esses dois profissionais possibilitando definir competências e campos de atuação para o exercício da profissão com maior ética e técnica, ao passo que faz também uma distinção entre as duas profissões.

Com a PNAB (BRASIL, 2017) as atividades dos dois estão melhor descritas e distintas:

a) Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

- I. Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II. Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- III. Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;
- IV. Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- V. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VI. Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- VII. Processar filme radiográfico;
- VIII. Selecionar moldeira;
- IX. Preparar modelos em gesso;
- X. Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

- XI. Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e
 - XII. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.
- b) Técnico em Saúde Bucal (TSB):**
- I. Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
 - II. Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
 - III. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
 - IV. Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
 - V. Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
 - VI. Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
 - VII. Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
 - VIII. Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
 - IX. Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
 - X. Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
 - XI. Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
 - XII. Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;
 - XIII. Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;
 - XIV. Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
 - XV. Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

- XVI. Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- XVII. Processar filme radiográfico;
- XVIII. Selecionar moldeiras;
- XIX. Preparar modelos em gesso;
- XX. Manipular materiais de uso odontológico.
- XXI. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Comparando auxiliares e técnicos em relação as atribuições assinaladas pela PNAB de 2017, não existem diferenças marcantes entre essas categorias profissionais no que diz respeito ao conjunto e natureza de ações. O que se percebe é uma maior quantidade de atribuições direcionadas ao Técnico de Saúde Bucal (ESPOSTI *et al.*, 2012, SANGLARD-OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Outro ponto importante, refere-se a grande desproporção entre a quantidade de Odontólogos (maior quantidade) e Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal (menores quantidades), sendo esse fato associado a um processo tardio de introdução dessas duas profissões na rotina das equipes da APS, atribuída a recente regulamentação dessas profissões. Outra possibilidade seria o fato de o Odontólogo deter a maior parte da centralidade na atenção à saúde, com monopolização do lugar de saber com medo de perder este lugar (KOVALESKI; BOING; FREITAS, 2005, ESPOSTI *et al.*, 2012, SANGLARD-OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Por outro lado, a formação também é um fator relevante que ocorre, em sua maior parte, pelo e para o setor público de forma desigual entre as regiões do país. Outra razão que impacta o trabalho desses profissionais são os baixos salários e a baixa visibilidade social atribuídos a essas funções, despertando pouco interesse nas pessoas em investir nesta formação (KOVALESKI; BOING; FREITAS, 2005, ESPOSTI *et al.*, 2012, SANGLARD-OLIVEIRA *et al.*, 2013, WARMLING; CIPRIANI; PIRES, 2016).

Warmling, Cipriani e Pires (2016) cometam ainda que esses profissionais permanecem dentro do consultório odontológico, tendo as atividades de promoção da saúde bucal e prevenção de agravos como preconiza a PNAB deixada em segundo plano. Logo, eles se distanciam da equipe de Saúde, bem como da comunidade, realizando apenas funções do campo técnico.

Diante desse contexto, não tão auspicioso, percebe-se que o investimento no trabalho em equipe é uma das formas de combater diversas agruras uma vez que o cirurgião-dentista não

existe isoladamente, requer a força de trabalho de auxiliares e técnicos, bem como todas as outras equipes que compõem a Atenção Básica.

A outra equipe que mais apareceu no Portfólio Bibliográfico, através das diversas categorias profissionais (Assistente Social, Psicólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Profissional de Educação Física, Nutricionista, Fonoaudiólogo e Farmacêutico (Ver Gráfico 15) é o NASF-AB, que nos artigos eram ainda denominados de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi implementado em 2008, através da PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008 com o nome de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e tendo como objetivo reforçar e complementar as Equipe de Saúde da Família fortalecendo a Atenção Básica, propondo uma nova uma nova perspectiva dos processos de trabalho e da clínica ampliada (BRASIL, 2008b, 2017).

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) é constituído por equipes que ofertam suporte clínico, sanitário e pedagógico às equipes de Atenção Primária (eAP) e de Saúde da Família (eSF). O Apoio Matricial é o organizador do processo de trabalho dessa estratégia, a qual envolve duas dimensões: clínico-assistencial (que corresponde à ação clínica realizada com usuários) e técnico-pedagógica (que se refere ao apoio educativo com e para as eAP e eSF (SANTOS; PENIDO, FERREIRA NETO, 2022, p. 2).

Nessa dissertação foi analisado, de forma mais profunda, a vertente técnico-pedagógica²³ do NASF-AB que é considerado uma equipe composta por profissionais com diferentes atuações que tem o potencial de aumentar a segurança dos profissionais diante dos desafios do trabalho ampliando a qualidade das ações da eSF e eAP e contribuindo com a integralidade dos cuidados oferecidos aos usuários.

A PNAB (2017) assim especifica as competências das Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB):

- a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;
- b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e

²³ A dimensão clínico-assistencial, no qual os profissionais do Nasf-AB ofertam atendimento clínico, individual ou coletivo, por originarem práticas muito específicas, principalmente, atrelados aos campos de cada profissão, não foi debatida nesse trabalho (BRASIL, 2014).

- c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.

A própria PNAB confere maior ênfase a dimensão técnico-pedagógica que tem maior relevância para as práticas do NASF-AB. No entanto, o que se observa são esses profissionais atuando, somente, a partir dos atendimentos clínicos em muitas cidades do Brasil com pouca ou nenhuma atuação na dimensão técnico-pedagógica (MAFFISSONI *et al.*, 2018, SANTOS; PENIDO, FERREIRA NETO, 2022).

Nesse sentido, o NASF-AB precisa reorientar suas ações, de forma a criar novos arranjos de gestão e processos de trabalho, capazes de reorientar o modo como se produz saúde na Atenção Básica, estabelecendo certo equilíbrio entre as práticas clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas. Isso é importante, pois pode prevenir e evitar que se mascare problemas da falta de resolutividade das equipes de AB, funcionando apenas como resolução paliativa de um problema que é bem maior, que é a reorientação de práticas para melhor resolutividade na AB (MAFFISSONI *et al.*, 2018, SANTOS; PENIDO, FERREIRA NETO, 2022).

Outro ponto descrito na PNAB é a definição das categorias profissionais que devem ser escolhidas para compor as equipes de NASF-AB e que estas devem ser escolhidas de acordo com as necessidades dos territórios. Sobre isso Carvalho *et al.* (2018) comentam:

(...) as categorias profissionais que podem compor as equipes NASF apresentaram crescimento muito superior aos enfermeiros e médicos, com taxas acima de 70%, como é o caso dos farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais de educação física e terapeutas ocupacionais. Já, os fonoaudiólogos e psicólogos cresceram em torno de 50%. Estes últimos, provavelmente também pela criação dos Consultórios de Rua (CARVALHO *et al.*, 2018 p. 300).

Com isso, percebe-se que os profissionais mais citados no PB são, em sua maioria, os perfis mais demandados pelos gestores (Gráfico 15) que, em teoria, são planejados seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais. No entanto, com avalia Carvalho, Santos e Campos (2013) os critérios, em sua maioria, estão:

(...) condicionados ao modelo vigente de atenção à saúde, à resistência ou ao apoio de determinados sujeitos e grupos de interesses relacionados ao tema, que conseguem fazer prevalecer suas concepções sobre quais necessidades serão priorizadas, além de estar condicionado a determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais, pois o número, o perfil e a distribuição de trabalhadores da saúde estão articulados a escolhas políticas e a valores e princípios a serem garantidos na organização dos sistemas de saúde (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013, p. 385).

O aumento da quantidade dos postos de trabalho nos estabelecimentos de saúde da APS pode ter impacto direto no crescimento e distribuição regional das profissões de nível superior, no entanto, sem prever a qualidade da atenção prestada e os vínculos empregatícios estabelecidos, demandando um olhar mais cuidadoso sobre esse crescimento (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

Esse desenlace, atualmente, ganhou mais uma página²⁴. Como já fora comentado, em 2020, após o lançamento do Previde Brasil, foi lançada uma Nota Técnica N° 3/2020-DESF/SAPS/MS, em que foram paralisados os novos credenciamentos de NASF-AB, bem como o seu custeio o que gerou um enfraquecimento do NASF -AB. Isso ocasionou extinção de equipes com demissões de profissionais de várias categorias (SAPORITO *et al.*, 2022).

Como argumentam Saporito *et al.* (2022) em um estudo realizado em uma região do Rio de Janeiro, esse desfinanciamento do NASF-AB diminuiu as equipes, que agora passaram a ser financiadas somente pelo município. Com isso, houve um aumento proporcional do número de equipes de saúde matriciadas por NASF-AB, não estando em conformidade com a quantidade de equipe sob sua responsabilidade, que já era indicada, por muitos autores, como excessiva.

Recentemente, foi publicado a PORTARIA GM/MS N° 635, DE 22 DE MAIO DE 2023, que institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Em outras palavras, o NASF-AB passa a se configurar com outra nomeação, agora equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde - eMulti²⁵ (BRASIL, 2023d).

Essas eMulti serão compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar complementando e integrando às demais equipes da Atenção Primária à Saúde - APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde - RAS. Serão organizadas em três modalidades que são: equipe Multiprofissional Ampliada - eMulti Ampliada; equipe Multiprofissional Complementar - eMulti Complementar; e equipe Multiprofissional Estratégica - eMulti Estratégica (BRASIL, 2023d).

Essas eMulti devem ter responsabilidade por - no mínimo 10 (dez) – e - no máximo - 12 (doze) equipes de saúde, tanto do mesmo município como em relação a um conjunto de municípios. O que se percebe é que essas equipes terão maior sobrecarga de trabalho, visto que,

²⁴ Ver Quadro 3, na equipe do NASF-AB e suas respectivas notas de rodapé.

²⁵ Até o presente momento da redação desse tópico o Ministério da Saúde não deixou claro se as equipes já existentes do NASF-AB permanecem ou serão transformadas em eMulti e nem foram ofertados maiores esclarecimentos.

até então o que era preconizado eram até nove equipes de saúde sob responsabilidade de um NASF-AB, por exemplo (SAPORITO *et al.*, 2022, BRASIL, 2023d).

Não se pretende destrinchar a nova portaria, até porque é muito recente, e terá ainda muitos desdobramentos, mas sim questionar como serão inseridos esses profissionais nesse novo cenário de trabalho, que incluirá também o atendimento a um conjunto de outros municípios e o atendimento remoto. A questão que fica é que essas equipes, antes NASF-AB e agora eMulti e seus profissionais, já estão sobrecarregados e dependem de fatores externos e estruturais para se manterem nas equipes (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013, MAFFISSONI *et al.*, 2018, SAPORITO *et al.*, 2022, BRASIL, 2023d).

Além disso, esses profissionais têm práticas de atenção à saúde que demonstram existir uma distância considerável entre o saber e o fazer, mesmo que o discurso sobre o modo como as atividades devem ser desenvolvidas estava presente no ideário dos profissionais, quais sejam servir como apoio, oferecendo cuidado compartilhado, clínica ampliada, executando a cogestão e compartilhando responsabilidades com as equipes de saúde (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013, MAFFISSONI *et al.*, 2018, SAPORITO *et al.*, 2022, BRASIL, 2023d).

Diante de tão grandes desafios, há a necessidade de sustentar um trabalho em equipe, no qual seja possível estabelecer um equilíbrio entre as práticas clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas que tem direcionado teoricamente o trabalho do Nasf-AB que agora é eMulti? E, de que forma essa visão será a base dessas novas equipes que virão? E, essas equipes terão apoio para de fato apoiar as equipes de saúde da atenção básica?

Para finalizar o tópico categorias profissionais, mesmo não sendo uma categoria profissional, o Gerente de Atenção Básica se mostra hoje com um ator importante na ESF, sendo cada vez mais relevante nos artigos que remetem a atenção básica, como nos do Portfólio Bibliográfico (PEDUZZI *et al.*, 2011), (AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017), (ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016) e (BARRETO *et al.*, 2018).

O objetivo do Gerente de Atenção Básica é contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. Este foi incluído somente na atualização de 2017 da PNAB tendo as seguintes atribuições (BRASIL, 2017):

- I. Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na

- Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;
- II. Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;
 - III. Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;
 - IV. Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
 - V. Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;
 - VI. Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;
 - VII. Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;
 - VIII. Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;
 - IX. Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;
 - X. Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;
 - XI. Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;
 - XII. Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

- XIII. Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;
- XIV. Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e
- XV. Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

Percebe-se pelas atribuições do gerente da AB, que este tem a função de ser articulador por excelência com posição de liderança, tanto no âmbito interno quanto externo às unidades de saúde. Para isso, ele deve ser devidamente preparado para essa função, que é tão estratégica. E, uma das formas de prepará-lo é através da educação permanente, com possibilidade de abordar tanto os aspectos organizacionais e funcionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e, mais especificamente da APS, quanto também relacionado a questões da gestão da clínica e do cuidado, diretamente ligada a comunidade, pois esta também é vista como parceira no processo (NUNES *et al.*, 2018, DANTAS; ABRAHÃO; SOUZA, 2019).

A portaria ainda comenta que o gerente deve ter, preferencialmente, nível superior, não ser integrante das equipes vinculadas à UBS e possuir experiência na atenção básica. Deve assumir essa função, também, com o intuito de desafogar outros trabalhadores da área clínica de atividades gerenciais, como os enfermeiros, visto que a maior parte dos gerentes de AB são enfermeiros também (NUNES *et al.*, 2018, DANTAS; ABRAHÃO; SOUZA, 2019). Percebe-se ainda que no Brasil fazer a gerência da AB tem como maiores desafios os fatores externos a instituição.

(...) “externos” à governabilidade da própria unidade, tais como falta de recursos humanos, espaço físico e “inadequação” na postura dos usuários em seguir as normas e limites de serviços que dificultem o acesso. (NUNES *et al.*, 2018, p. 6).

Como forma de enfrentar tais desafios a gerência da AB precisa está alinhada com a gestão municipal, com o conhecimento e com o compromisso de todos os envolvidos com a efetivação de ações da APS. Nesse cenário, um novo perfil gerencial é demandado, o que pressupõe uma melhor avaliação, programação e operação da unidade. Isso permite conhecer a realidade da área onde a unidade está inserida e planejar ações que atendam às necessidades de saúde da população, com aumento da resolutividade (ALVES; PENNA; BRITO, 2004, CARVALHO *et al.*, 2014, OHIRA; CORDINO JUNIOR; NUNES, 2014, NUNES *et al.*, 2018).

Além disso, estimular a comunidade e os outros profissionais para participar do processo gerencial auxilia no planejamento participativo que pode ser fortalecido, através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde. Outra estratégia importante é o maior

envolvimento das instâncias Estadual e Federal, em apoio, principalmente, aos pequenos municípios, com atuação estratégica na gestão do trabalho no SUS, com formulação de políticas orientadoras de gestão, formação e qualificação gerencial. Essas e outras possibilidades podem auxiliar os gerentes de Atenção Básica a ter melhor capacidade de administração das Unidades (CARVALHO *et al.*, 2014, OHIRA; CORDINO JUNIOR; NUNES, 2014, NUNES *et al.*, 2018).

No contexto atual, faz-se necessário (re)investir na formação de gestores como estratégia para o desenvolvimento de processos de trabalho coerentes com os princípios de uma APS integral e com capacidade de dar respostas às necessidades de saúde. Cabe à gerência local, com apoio técnico e político da gestão municipal, o papel de articular recursos e necessidades, em conjunto com a equipe e com a participação dos usuários, para efetivação de um trabalho capaz de promover a saúde como direito e condição de cidadania (NUNES *et al.*, 2018 p. 7).

Ao apresentar esses diversos profissionais, a partir da segunda lente da Análise Sistêmica, ainda se observa uma atuação fragmentada, centrada muitas vezes na doença e não no usuário, em grande medida, reflexo do contexto em que inserem. Cabe, aqui destacar que a APS ainda possui muitas fragilidades, como: subfinanciamento histórico e agora, também, desfinanciamento, má gestão dos recursos, formação dos profissionais com incentivo ao individualismo profissional, dificuldade de trabalhar de forma colaborativa e interprofissional e avanço do gerencialismo na APS (MELO *et al.*, 2019, MASSUDA, 2020, MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

O subfinanciamento histórico e agora desfinanciamento e a má gestão desses recursos são pontos importantes, pois comprometem de forma estrutural o trabalho em equipe dos profissionais de saúde da APS. Isso é reforçado desde o Ministério da Saúde, com a abertura para emendas parlamentares para custeio de ações que deveriam ser da responsabilidade do Ministério da Saúde, até as prefeituras, que ao receberem os já poucos recursos são ineficientes na aplicação deles na área da saúde. Um marco disso é a nova política de financiamento da APS, Previne Brasil e tantas outras portarias recentemente publicadas (MELO *et al.*, 2019, MASSUDA, 2020, MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

A formação destes profissionais, é outro desafio, pois não conseguem ainda prepará-los para o desenvolvimento de habilidades para trabalhar de forma colaborativa e interprofissional, constituindo barreiras para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Logo, esses vários núcleos de saberes e fazeres na ESF, geram tensões entre o trabalho em colaboração *versus* o trabalho especializado, mais individualizado (PERUZZO *et al.*, 2018, ANDREAZZI; BRAVO, 2014, NOGUEIRA, 2019, MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Outro ponto importante é o processo constante de precarização social do trabalho que ocorre pelo avanço do gerencialismo no setor saúde. Nesse sentido, há o incentivo de práticas

de saúde individuais em detrimento das coletivas ratificando o modelo de atenção biomédico, em especial, em situações que envolvem Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Organizações Sociais (OSs) que hoje detêm o controle sobre os processos de trabalho na APS e em muitos estados do país e vêm ganhando cada vez mais espaço, fruto de uma lógica gerencialista na saúde (PERUZZO *et al.*, 2018, ANDREAZZI; BRAVO, 2014, NOGUEIRA, 2019, MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Percebe-se que para que haja uma efetiva Colaboração Interprofissional entre esses profissionais das equipes de ESF, há a necessidade de um olhar atento para examinar os fatores que influenciam ou não a sua efetivação, que são os fatores macro (sistemas socioculturais, político e econômico) meso (nível organizacional das relações, inclusive entre instituições de ensino e de saúde) e micro (relações entre os sujeitos) (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Os métodos de pesquisa utilizados devem ser capazes de cruzar todos os determinantes nos níveis macro, meso e micro para garantir que as respostas necessárias para avançar a interprofissionalidade sejam abordadas. Os principais tomadores de decisão e formuladores de políticas podem usar os resultados da pesquisa para desenvolver políticas que, em última análise, melhorarão a colaboração ao impactar todos os três níveis identificados na estrutura (D'AMOUR; OANDASAN, 2005, p. 19).

E, o que se percebeu é que mesmo com os diversos desencontros e desencantos, esses profissionais têm revolucionado nas suas práticas fazendo o possível para melhor prover o cuidado tendo como base fundamental a integralidade na atuação. Com essa lente não se pretendeu fechar a amplitude em que se estrutura o fazer dessas várias categorias profissionais, pelo contrário, buscou-se compreender esse fazer a partir do que se apresentou no Portfólio Bibliográfico (PERUZZO *et al.*, 2018).

O modelo proposto para a ESF é constituído por equipes multiprofissionais, a princípio, mas, a depender dos recursos, podem vir a se tornar interprofissionais. Fato é que, as diversas instâncias, que sustentam essas equipes, federal, estadual e municipal, precisam instrumentalizar esses profissionais para que tenham a capacidade de desenvolver e sustentar o senso de equipe ao longo de todo o processo de trabalho. Isso só é possível sendo +um e não somente um, como diz a jornalista Eliane Brum ao escrever para o El País.

(...) ser +um é saber que todos os outros importam. O um constrói fronteiras e muros. O +um derruba cercas para alcançar a mão do outro, mas negocia limites mútuos porque sabe que não pode nem quer viver sozinho (...) você é +um, mas este um+ que é você só você é. No neoliberalismo que nos governa, o um é sempre substituível. No um+um, cada +um é insubstituível e singular. Mas é preciso um outro que o reconheça, é preciso o + que marca a relação entre dois, entre muitos (BRUM, E., 2019, “não paginado”).

5.3.3. Terceira Lente - Contexto

Com essa lente buscou-se conhecer o contexto de aplicação da pesquisa e o contexto de filiação institucional dos pesquisadores, a partir de uma divisão por regiões e estados, buscando mapear a distribuição nacional das pesquisas sobre a temática (Quadro 14).

Quadro 13. Terceira Lente - Contexto

Artigos		Terceira Lente - Contexto	
Nº	Forma de Citar	Contexto de Aplicação	Contexto de filiação ²⁶
1.	(ARAÚJO; ROCHA, 2007)	Brasil	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
			Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
2.	(SILVA; TRAD, 2005)	Município baiano de grande porte	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DAB/SESAB)
			Universidade Federal da Bahia (UFBA)
3.	(CIAMPONE; PEDUZZI, 2000)	Brasil	Universidade de São Paulo (USP)
			Universidade de São Paulo (USP)
4.	(PEDUZZI <i>et al.</i> , 2011)	Uma região do município de São Paulo	Universidade de São Paulo (USP)
			Universidade Estadual de Londrina (UEL)
			Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
			Universidade de São Paulo (USP)
			Universidade de São Paulo (USP)
5.	(MATUDA <i>et al.</i> , 2015)	Município de São Paulo	Universidade de São Paulo (USP)
			Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
			Universidade de São Paulo (USP)
			Universidade de São Paulo (USP)
6.	(SILVA <i>et al.</i> , 2015)	Município de São Paulo	Universidade de São Paulo (USP)
			Universidade de São Paulo (USP)
			Western University
			Universidade de São Paulo (USP)
7.	(AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016)	Brasil	Universidade de São Paulo (USP)
			Universidade de São Paulo (USP)
			Secretaria de Saúde, Campinas, SP
8.	(KELL; SHIMIZU, 2010)	Município de Santo Antônio do Descoberto (GO)	Ministério da Saúde
			Universidade de Brasília (UnB)
9.	(PAVONI; MEDEIROS, 2009)	Município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul (RS)	Universidade do Vale do Taquari (Univates)-RS
			Universidade do Vale do Taquari (Univates)-RS
10.	(MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013)	Brasil	Universidade de São Paulo (USP)
			Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE)

²⁶ O contexto da filiação refere-se à vinculação institucional do pesquisador e, nesta dissertação, está condicionada ao período da pesquisa e confecção do artigo.

			Universidade de São Paulo (USP)
11.	(ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013)	Em um município do Ceará	Universidade Federal do Ceará (UFC), Sobral
			Universidade Federal do Ceará (UFC) Sobral
12.	(ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013)	Município de Fortaleza	Universidade Federal do Ceará (UFC)
			Universidade Federal do Ceará (UFC)
			Université de Montreal, Canadá
13.	(FURTADO, 2011)	Brasil	Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
14.	(ARAÚJO; ROCHA, 2009)	Município de Natal (RN)	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
			Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
15.	(AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017)	Embu das Artes, cidade da região metropolitana de São Paulo	Universidade de São Paulo (USP)
			Universidade de São Paulo (USP)
			University of Nottingham (UK)
16.	(PREVIATO; BALDISSERA, 2018)	Município localizado na região Noroeste do Estado do Paraná	Universidade Estadual de Maringá (UEM)- PR
			Universidade Estadual de Maringá (UEM)- PR
17.	(ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016)	Juazeiro do Norte-CE	Instituto Superior de Teologia Aplicada (UNINTA) – Sobral - CE
			Fundação Oswaldo Cruz - Fortaleza, CE
			Universidade Federal do Piauí (UFPI) -Parnaíba-PI
18.	(BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018)	Vitória da Conquista, Guanambi, Brumado, Poções, Barra do Choça e Belo Campo Seis municípios da macrorregião de saúde do Sudoeste da Bahia	Universidade Federal da Bahia (UFBA)- Vitória da Conquista-BA
			Universidade Federal da Bahia (UFBA)- Vitória da Conquista-BA
19.	(ARRUDA <i>et al.</i> , 2018)	Municípios de Maracanaú e Aracati - Ceará	Centro Universitário Católica de Quixadá - CE
			Universidade Federal do Ceará (UFC)
			Universidade Federal do Ceará (UFC)
			Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE)
20.	(BARRETO <i>et al.</i> , 2018)	Sobral e Juazeiro do Norte - Ceará	Fundação Oswaldo Cruz -CE
			Universidade Federal do Ceará (UFC)
			Universidade Federal do Piauí (UFPI) Parnaíba
			Centro Universitário Christus - Unichristus - CE
			Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, CE
			Fundação Oswaldo Cruz -CE
21.	(FIGUEIRA <i>et al.</i> , 2020)	Município de Santarém, no oeste do estado do Pará, norte do Brasil	Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
			Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

			Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
			Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
			Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
			Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
22.	(SCHIMITH <i>et al.</i> , 2021)	Dois municípios do Estado do Rio Grande do Sul	Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - RS
			Universidade Federal do Rio Grande (FURG)-RS
			Universidade Federal do Pampa (Unipampa) Uruguaiana, RS

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

A análise da distribuição estadual das produções científicas brasileiras (Figura 23) evidenciou características importantes sobre a Colaboração Interprofissional na APS no Brasil, a partir do recorte da literatura.

Os estados que tiveram projeção na coleta dos dados foram: o Ceará com 5 artigos (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013), (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013), (ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016), (ARRUDA *et al.*, 2018) e (BARRETO *et al.*, 2018), seguido por São Paulo com 4 artigos (PEDUZZI *et al.*, 2011), (MATUDA *et al.*, 2015), (SILVA *et al.*, 2015) e (AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017) e Bahia (SILVA; TRAD, 2005), (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018) e Rio Grande do Sul ((PAVONI; MEDEIROS, 2009), (SCHIMITH *et al.*, 2021) com 2 artigos cada e, por fim, Rio Grande do Norte (ARAÚJO; ROCHA, 2009), Paraná (PREVIATO; BALDISSERA, 2018), Pará (FIGUEIRA *et al.*, 2020) e Goiás (KELL; SHIMIZU, 2010) com 1 artigo cada.

Figura 23. Mapa por estados dos locais em que foram realizadas as coletas de dados dos artigos²⁷



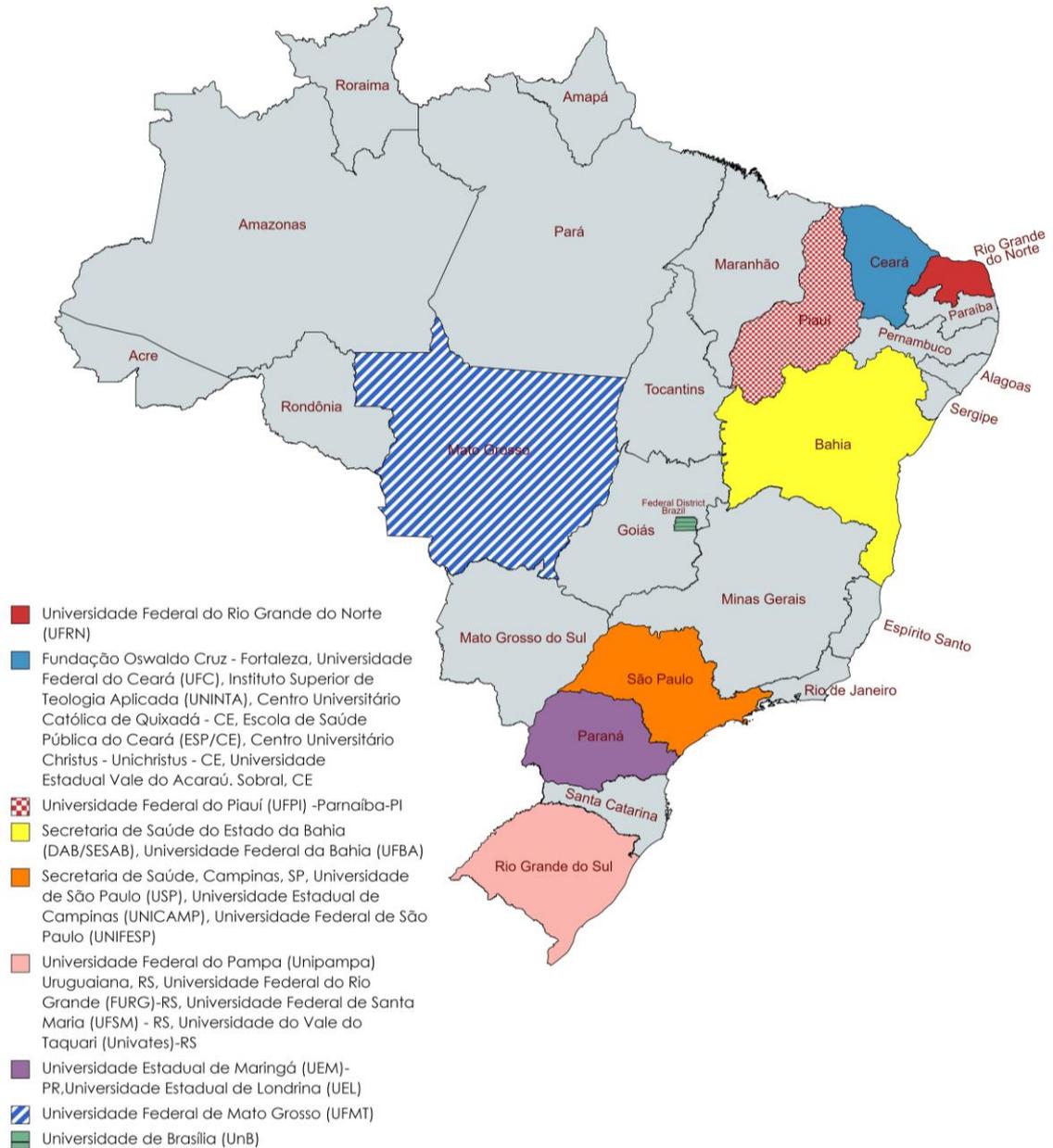
Fonte: Elaborado pela autora a partir do MapChart (2023).

O que se observou, a partir dos principais resultados, foi a heterogeneidade espacial tanto em relação a produção quanto em relação a colaboração científica sobre a temática (retornar a Figura 15), com maior concentração na região Nordeste, com destaque para o Ceará e na Região Sudeste, com destaque para São Paulo.

Quando se observou, a partir dos locais de filiação institucional desses pesquisadores (Figura 24).

²⁷ Alguns artigos não coletaram dados *in loco*, foram eles: (ARAÚJO; ROCHA, 2007), (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016), (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013) e (FURTADO, 2011) que são revisões da literatura e (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000) que é um relato de experiência dos autores, mas citam ou discutem sobre a Colaboração Interprofissional na APS no Brasil.

Figura 24. Mapa por estados dos locais de filiação institucional dos pesquisadores dos artigos²⁸



Fonte: Elaborado pela autora a partir do MapChart (2023).

A região Nordeste do Brasil se destacou mais uma vez, com a participação de 10 instituições envolvidas em pesquisas sobre a Colaboração Interprofissional na APS no Brasil. O estado do Ceará se sobressaiu, sendo responsável por 7 dessas instituições. Em seguida, a região Sul contou com 6 instituições participantes, com destaque para o Rio Grande do Sul, que

²⁸ Apresentação em forma de mapa do local de filiação institucional dos pesquisadores por menção da instituição (basta uma menção para constar no mapa). Também nesse mapa não foram considerados para análise instituições que não eram universidades e autores que fizeram colaboração com autores brasileiro, mas as suas filiações institucionais eram de instituições de outro país.

teve 4 instituições envolvidas. Já a região Sudeste teve a participação de 3 instituições, todas localizadas em São Paulo.

Esses dados contrariam as pesquisas de Kanan *et al.* (2018) e Mallmann e Toassi (2019) que analisaram a produção científica nacional em relação à educação e trabalho interprofissional, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), estabelecendo o Sudeste com primeiro eixo de pesquisa sobre a temática, seguido do Nordeste. Isso foi de encontro aos achados desse trabalho que trouxe o Nordeste com maior quantidade de artigos, seguidos pelo Sudeste e Sul.

E, nesse sentido ao relacionar a Figura 24 com a Figura 23 percebeu-se, claramente, que o local em que as pesquisas ocorreram estavam diretamente relacionadas aos locais de filiação institucional dos pesquisadores, com exceção de (FIGUEIRA *et al.*, 2020) que possuíam filiação institucional na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e realizaram a coleta no estado do Pará²⁹ e (PEDUZZI *et al.*, 2011) que tinham autores vinculados a Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e Universidade Estadual de Londrina (UEL) e que fizeram colaboração com autores vinculados a Universidade de São Paulo sendo a coleta *in loco* em um município de São Paulo.

Isso pode ser reflexo de um padrão regional de distribuição das publicações atrelado a filiação institucional dos pesquisadores, com uma alta concentração na região Sudeste, sendo a cidade de São Paulo a referência na produção científica brasileira. Nesse caso, a concentração espacial está diretamente relacionada à localização dos *campi* das universidades públicas, primordialmente, as estaduais e federais, uma vez que essas são responsáveis pela maioria das atividades científicas, o que se percebeu pela quantidade de pesquisas encabeçadas pelas universidades públicas em São Paulo, com destaque para a Universidade de São Paulo (USP) (SIDONE; HADDAD; MENA-CHALCO, 2016, KANAN *et al.*, 2018, MALLMANN; TOASSI, 2019).

Como aponta a literatura especializada, a desigualdade regional na produção científica está estreitamente associada às acentuadas disparidades na distribuição dos recursos científicos e tecnológicos. Nesse ponto, as regiões Sudeste e Sul são favorecidas pela concentração de universidades e institutos de pesquisa historicamente consolidados e pela maior disponibilidade de recursos humanos e financeiros devido a políticas implementadas por importantes agências de fomento (SIDONE; HADDAD; MENA-CHALCO, 2016, p. 22-23).

Por outro lado, a partir dos resultados, se observou o protagonismo do Nordeste nas pesquisas sobre Colaboração Interprofissional na APS e isso pode ser explicado pelo surgimento de novas Universidades Federais (UF) na região, ocasionado a partir da

²⁹ Não foi esclarecido no método do artigo a intencionalidade em relação ao local da coleta de dados.

intensificação do processo de democratização do ensino superior ocorrido a partir dos anos 2000. Para exemplificar os programas que buscaram fomentar a expansão do ensino superior público: o PROUNI (Programa Universidade para Todos), o REUNI (Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais) e o Programa Expandir (Programa de Expansão da Educação Superior Pública) (PEREIRA; BARROS, 2022).

Mesmo com muitas críticas às propostas de expansão, que deixaram muito a desejar, esse processo de estruturação e expansão das Instituições Públicas de Ensino (IPS) tiveram reverberações em estudos de áreas distintas contribuindo, inclusive, para a interiorização das pesquisas, como pode ser visto no contexto de aplicação dos estudos de (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013), (ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016), (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018), (ARRUDA *et al.*, 2018) e (BARRETO *et al.*, 2018) no Quadro 14 e na Figura 23 desta dissertação. Logo, à semelhança do Sudeste, o envolvimento de instituições de ensino e pesquisa foram de primordial importância para a produção científica na região (RIBEIRO; SCATENA, 2019, PEREIRA; BARROS, 2022).

Outros impactos mensuráveis referem-se a nova reorganização existente nos pequenos e médios municípios que foram agregados com *campi* de Universidades Federais. A dinâmica urbana está diretamente ligada aos processos sociais e políticos, e, nesse sentido, com a incidência de novas instituições e notadamente novos arranjos dessa logística urbanística. (...) as construções de espaços físicos destinados ao ensino superior alteram limites, isto é, a relação sócio espacial da UF concede aos espaços públicos uma dinamização nos processos (PEREIRA; BARROS, 2022, p. 4618-4619).

Outro ponto importante, atrelado a vanguarda da região Nordeste, coincidiu com o fato de que esta é a região em que está a maior quantidade de equipes de ESF em todo o país. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o Nordeste tem 16.273 equipes que cobrem 82,33% da população, seguido do Sudeste com 13.953 equipes e cobertura de 50,99%, o Sul com 5.993 equipes com 63,66% de cobertura, o Norte com 3.780 equipes com cobertura de 64,69% e, por fim, o Centro-Oeste com 3.288 equipes e cobertura de 65,29% (BRASIL, 2020). Isso favorece uma maior quantidade de pesquisas, a partir do cenário da Atenção Primária à Saúde.

Ao refletir sobre o estado do Ceará, este tem uma história exitosa de implantação da ESF, tendo sido um dos primeiros a adotar essa estratégia no âmbito da APS. Tem como balaústre do processo de reorganização da Atenção Primária o RENASF (Rede Nordeste de Saúde da Família), criado em 2009, fruto de uma mobilização de instituições de ensino superior do Nordeste e encabeçado pela Fiocruz no Ceará que tinha sido implantada em 2008, com o objetivo de fortalecer e qualificar a Atenção Primária em Saúde (RENASF, 2023).

Com isso, um campo frutífero de desenvolvimento de novas tecnologias surgiu e isso promoveu a geração de novos conhecimentos que possibilitaram desenvolver uma massa crítica de atores na área profissional, ensino em cursos de graduação e pós-graduação de profissões da saúde, tendo como núcleo central a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que se constitui como área de estudo em expansão (NUTO *et al.*, 2021, RENASF, 2023).

Os trabalhos da RENASF são desenvolvidos através de uma intensa articulação institucional com a colaboração ativa de 30 entidades partícipes, localizadas em sete estados diferentes, sendo seis estados da região nordeste (AL, CE, MA, PB, PI e RN) e um estado da região norte (AC) do Brasil (RENASF, 2023, não paginado).

Percebeu-se, uma intensa mobilização do Nordeste para fazer colaboração de maneira a articular uma rede entre pesquisadores e os campos de pesquisa e, nesse processo, a Atenção Primária e suas equipes são prioridade, uma vez que AB não existe sem o processo de trabalho em equipe que se constitui em um solo fértil para a produção de conhecimentos e práticas para o fortalecimento da APS que se constitui como um espaço privilegiado para tratar sobre a temática da Colaboração Interprofissional.

2.1.1. Quarta Lente – Conceitos

A Quarta Lente (Conceitos) buscou conhecer os diversos conceitos sobre Colaboração Interprofissional dos 22 artigos do Portfólio Bibliográfico e se eles convergiam ou divergiam com a filiação teórica adotada pela pesquisadora, não no sentido simplificante (de separação ou unificação) de compreensão do objeto, mas buscando possíveis diálogos para melhor compreender a Colaboração Interprofissional de forma a produzir um saber mais complexo sobre esse objeto.

(...) é evidente que a ambição da complexidade é prestar contas das articulações despedaçadas pelos cortes entre disciplinas, entre categorias cognitivas e entre tipos de conhecimento. De fato, a aspiração à complexidade tende para o conhecimento multidimensional. Ela não quer dar todas as informações sobre um fenômeno estudado, mas respeitar suas diversas dimensões (MORIN, 2005, p. 176-177).

Nesse sentido, a filiação teórica da pesquisadora teve como base a Teoria da Ação Coletiva da Sociologia das Organizações em que a ação coletiva é produzida pelas ações e comportamentos de vários atores que interagem entre si.

E, com base nessa teoria, D'Amour *et al.* (2008) desenvolveu um modelo com dimensões e indicadores que poderiam ser usados para melhor compreender a colaboração nas organizações de saúde, podendo ainda analisar as diversas interações entre os atores de um sistema organizacional. Esse modelo foi denominado de modelo Quadridimensional de Colaboração Interprofissional.

Com base no Quadro 15, percebeu-se as diversas definições de Colaboração Interprofissional, partindo das linhas teóricas que os autores dos artigos do PB seguem. É

importante ressaltar que essas linhas teóricas apresentadas nos artigos, na maior das vezes, estão em conjunto com outras, no entanto, preferiu-se nessa pesquisa, dividi-las, para melhor compreender o fenômeno.

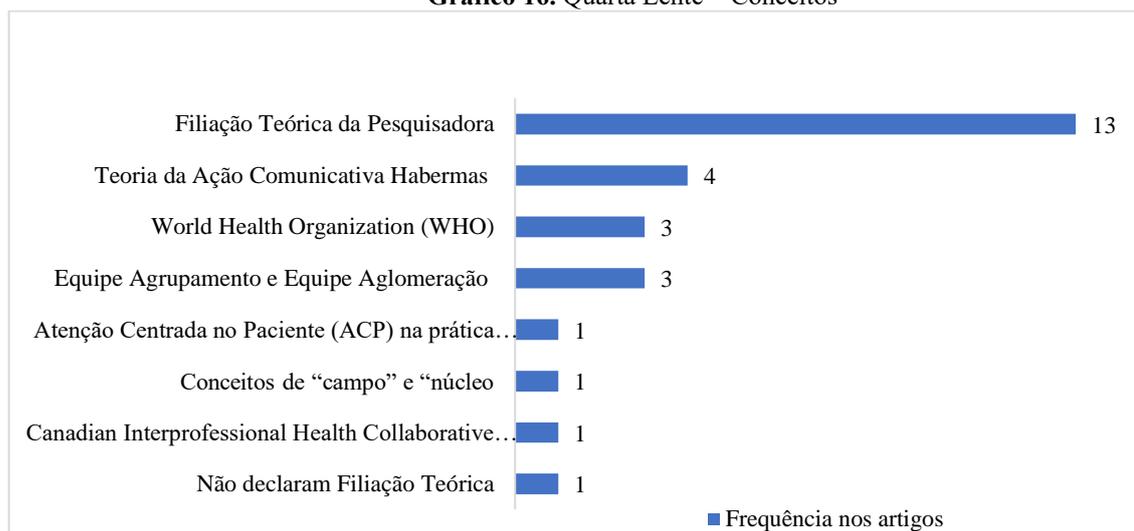
Quadro 14. Quarta Lente – Conceitos

Artigo		Quarta Lente - Conceitos
Nº	Forma de Citar	Definições de Colaboração Interprofissional
1.	(ARAÚJO; ROCHA, 2007)	Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. OBS: A Colaboração Interprofissional é definida aqui como Trabalho em Equipe.
2.	(SILVA; TRAD, 2005)	Os autores articulam alguns autores como Peduzzi, Merhy e Schraiber que trabalham conceitos de equipes de forma variadas. OBS: A Colaboração Interprofissional é definida como Trabalho em Equipe.
3.	(CIAMPONE; PEDUZZI, 2000)	Teoria de Grupos de Pichon e Teoria da Ação Comunicativa Habermas. OBS: A Colaboração Interprofissional é definida aqui como Trabalho em Equipe.
4.	(PEDUZZI <i>et al.</i> , 2011)	Teoria da Ação Comunicativa Habermas como base em outros autores. OBS: A Colaboração Interprofissional é definida aqui como Trabalho em Equipe.
5.	(MATUDA <i>et al.</i> , 2015)	As definições de Colaboração Interprofissional de D'Amour <i>et al.</i> (2008) além de trazer definições da World Health Organization (WHO). OBS: Utilizou-se o termo Colaboração Interprofissional para definição.
6.	(SILVA <i>et al.</i> , 2015)	Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, as definições de Colaboração Interprofissional de D'Amour <i>et al.</i> (2008) e da Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). OBS: A Colaboração Interprofissional é definida aqui como Prática Colaborativa.
7.	(AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016)	As definições de Colaboração Interprofissional de D'Amour <i>et al.</i> (2008) além de trazer definições da World Health Organization (WHO). OBS: A Colaboração Interprofissional é definida aqui como Prática Interprofissional Colaborativa (PIC).
8.	(KELL; SHIMIZU, 2010)	Os conceitos de Trabalho em Equipe são os de equipe agrupamento e equipe integração de Peduzzi (2001). OBS: A Colaboração Interprofissional é definida aqui como Trabalho em Equipe.
9.	(PAVONI; MEDEIROS, 2009)	Os conceitos de Equipe são os de equipe agrupamento e equipe integração de Peduzzi (2001). OBS: A Colaboração Interprofissional é definida aqui como Trabalho em Equipe.
10.	(MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013)	As definições de Colaboração Interprofissional de D'Amour <i>et al.</i> (2008). OBS: A Colaboração Interprofissional é definida como cooperação interprofissional.
11.	(ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013)	As definições de Colaboração Interprofissional de D'Amour <i>et al.</i> (2008). OBS: Utilizou-se o termo Colaboração Interprofissional para definição.
12.	(ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013)	As definições de Colaboração Interprofissional de D'Amour <i>et al.</i> (2008). Também tem definição a partir de Campos e seus colaboradores (1997) e Campos (2000) para análise das equipes a partir das categorias teóricas de análise os conceitos de “campo” e “núcleo.

		OBS: A Colaboração Interprofissional é definida como Trabalho Interprofissional.
13.	(FURTADO, 2011)	As definições de Colaboração Interprofissional de D'Amour <i>et al.</i> (2008). OBS: Utilizou-se o termo Colaboração Interprofissional para definição.
14.	(ARAÚJO; ROCHA, 2009)	Os conceitos de Trabalho em Equipe são os de equipe agrupamento e equipe integração de Peduzzi (2001). OBS: A Colaboração Interprofissional é definida aqui como Trabalho em Equipe.
15.	(AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017)	As definições de Colaboração Interprofissional de D'Amour <i>et al.</i> (2008). OBS: Utilizou-se o termo Colaboração Interprofissional para definição.
16.	(PREVIATO; BALDISSERA, 2018)	As definições de Colaboração Interprofissional de D'Amour <i>et al.</i> (2008). OBS: A Colaboração Interprofissional é definida aqui como Prática Interprofissional Colaborativa (PIC).
17.	(ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016)	As definições de Colaboração Interprofissional de D'Amour <i>et al.</i> (2008). OBS: Utilizou-se o termo Colaboração Interprofissional para definição.
18.	(BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018)	As definições de Colaboração Interprofissional de D'Amour <i>et al.</i> (2008). OBS: A Colaboração Interprofissional é definida aqui como Cuidado Colaborativo.
19.	(ARRUDA <i>et al.</i> , 2018)	As definições de Colaboração Interprofissional de D'Amour <i>et al.</i> (2008). OBS: Utilizou-se o termo Colaboração Interprofissional para definição.
20.	(BARRETO <i>et al.</i> , 2018)	As definições de Colaboração Interprofissional de D'Amour <i>et al.</i> (2008). OBS: Utilizou-se o termo Colaboração Interprofissional para definição.
21.	(FIGUEIRA <i>et al.</i> , 2020)	Os conceitos apresentados nesse artigo não declaram a filiação teórica, se discute a partir de autores variados com foco na Atenção Primária à Saúde.
22.	(SCHIMITH <i>et al.</i> , 2021)	As definições são da World Health Organization (WHO). OBS: Utilizou-se o termo Colaboração Interprofissional para definição.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Para melhor ilustrar essa lente foi delineado o Gráfico 16 que condensa as principais filiações teóricas dos autores abordadas nos artigos do Portfólio Bibliográfico.

Gráfico 16. Quarta Lente – Conceitos

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

A primeira análise partiu da compreensão da Colaboração Interprofissional, a partir da Filiação Teórica da pesquisadora, que é baseado em D’Amour *et al.* (2008), mas não somente nesse artigo, como também em outros trabalhos em que foi sendo criado e estruturado o conceito de Colaboração Interprofissional criando condições para que ela possa existir nas equipes de APS (D’AMOUR, 1997, D’AMOUR, SICOTTE; LÉVY, 1999, D’AMOUR; OANDASAN, 2005, D’AMOUR *et al.*, 2008).

No recorte da literatura estudado a maioria dos artigos usou essa teoria para embasar suas pesquisas sobre o trabalho das equipes do contexto da APS no Brasil, foram eles: (SILVA *et al.*, 2015), (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016), (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013), (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013), (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013), (FURTADO, 2011), (AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017), (PREVIATO; BALDISSERA, 2018), (ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016), (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018), (ARRUDA *et al.*, 2018), (BARRETO *et al.*, 2018) e (MATUDA *et al.*, 2015). Alguns artigos usaram de forma isolada esse aporte teórico e outros artigos usaram essa filiação em conjunto com outras teorias que foram melhor delineadas mais adiante.

Como resgate, segue alguns recortes dos artigos que versavam sobre o conceito de Colaboração Interprofissional.

(...) A colaboração, o trabalhar juntos executando ações cuja lógica envolva a busca de respostas às necessidades dos usuários, remete à esfera das interações sociais e comunicação entre profissionais e com os usuários (SILVA *et al.*, 2015, p. 22).

(...) A prática interprofissional colaborativa centrada no paciente, que é definida como a contínua interação entre dois ou mais profissionais ou disciplinas, organizadas em um esforço comum para resolver ou explorar questões comuns, incluindo, ao máximo, a participação do paciente (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016, p. 911).

(...) A cooperação interprofissional pode ser definida como o conjunto de relações e interações que acontecem entre profissionais que trabalham juntos, no âmbito de equipes de saúde. É um processo complexo, de múltiplos determinantes, voluntário e dinâmico, que implica constante negociação (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013, p. 179).

(...) A Colaboração Interprofissional (CIP) 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, sobretudo nos serviços de saúde (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013, p. 462).

(...) Um trabalho interprofissional, com integração de saberes e colaboração entre os trabalhadores da saúde, implica certo número de práticas compartilhadas, potencializando a atuação profissional(...) essencialmente, em função dos interesses e das necessidades dos usuários, e não dos interesses corporativos, marca da lógica da profissionalização (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013, p. 433-434).

(...) Colaboração Interprofissional é essencialmente co-laboração, ou seja, é trabalho com e entre muitos, portanto ação em equipe – o que não é algo simples. (FURTADO, 2011, p. 4).

(...) A Colaboração Interprofissional eficaz (CIP) entre os prestadores de cuidados de saúde tem sido considerada essencial para a prestação de cuidados de alta qualidade (AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017, p. 1).

(...) A PICS pode ser definida de modo geral como uma parceria entre uma equipe de profissionais de saúde de diferentes campos do conhecimento e um cliente, em uma abordagem participativa, colaborativa e coordenada de tomada de decisão compartilhada em torno da saúde e problemas sociais (PREVIATO; BALDISSERA, 2018, p. 2).

(...) Equipes interprofissionais, por definição, são constituídas por duas ou mais categorias profissionais que compartilham conhecimentos e práticas para o planejamento e execução de projetos e atividades no seu contexto de trabalho (ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016, p. 416).

(...) Por cuidado colaborativo entende-se o desenvolvimento do trabalho em saúde, a partir da interação entre profissionais de diferentes núcleos de saber, com foco prioritário nas necessidades dos usuários (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018, p. 20).

(...) A Colaboração Interprofissional (CIP) tem sido considerada mundialmente como fundamental para o enfrentamento dos complexos problemas sociais e sanitários, uma vez que amplia a resolubilidade e a qualidade da atenção em Saúde (...) a CIP, pois organiza o trabalho em equipes, valoriza o uso de tecnologias leves, promove atuação intersetorial e orienta as práticas a partir das necessidades de saúde do território (ARRUDA *et al.*, 2018, p. 1310).

(...) Tipologia da Colaboração Interprofissional (TIPCI), entendida como um processo humano intersubjetivo, e ainda como uma articulação que envolve colaboração inter-relacional de gestores e profissionais em sistemas de saúde dentro de um contexto definido para a qualificação da atenção (BARRETO *et al.*, 2018, p. 1367).

(...) Colaboração Interprofissional é um termo utilizado para descrever a natureza da interação entre profissionais de diferentes campos do conhecimento, proporcionando uma atenção à saúde mais abrangente (MATUDA *et al.*, 2015, p. 2512).

Percebeu-se que há diferentes nomeações para Colaboração Interprofissional, mas todas as definições se referiam a mesma prática em que os componentes das equipes devem trabalhar juntos em constante processo de negociação e comunicação, tendo como objetivo o usuário. Logo, essas definições coadunam com a definição a partir da filiação teórica da pesquisadora que traz a Colaboração Interprofissional baseada na concepção de que os profissionais querem

trabalhar juntos para melhorar a atenção à saúde, ao passo que têm seus próprios interesses e almejam reter algum grau de autonomia no trabalho, permitindo por meio da negociação e participação, construir objetivos comuns da equipe centrados na atenção às necessidades de saúde dos usuários (D'AMOUR *et al.*, 2008).

Como foi descrito, anteriormente, têm artigos que utilizam outras filiações teóricas, além da definição da D'Amour *et al.* (2008), para melhor compreender o fenômeno da Colaboração Interprofissional. A Teoria da Ação Comunicativa de Habermas é outra filiação teórica que foi estabelecida em 4 artigos (ARAÚJO; ROCHA, 2007), (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000), (PEDUZZI *et al.*, 2011) e (SILVA *et al.*, 2015). Alguns recortes são apresentados abaixo para melhor visualização das descrições dos autores.

(...) A importância do diálogo na busca do consenso constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Isso aponta à possibilidade do desenvolvimento de uma prática comunicativa. O trabalho em equipe “provoca” a escuta do outro. O que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 463).

(...) A ação comunicativa é contrária a qualquer tipo de repressão dos direitos à liberdade do sujeito. Torna-se essencial que os profissionais se relacionem em um ambiente livre de coações, para que juntos se comuniquem, estabelecendo interação, possibilitando assim a construção de um novo modelo de saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 463).

(...) O trabalho em equipe caracteriza-se pela relação recíproca, de dupla mão, entre trabalho e interação, visto que a comunicação entre profissionais faz parte do exercício cotidiano de trabalho e lhes permite articular as inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, p. 631).

(...) com base no processo de trabalho em saúde e na teoria do agir comunicativo de Habermas, é justamente a relação recíproca entre estas duas dimensões complementares - trabalho e interação - que caracteriza o que denominamos de trabalho em equipe. Assim, o trabalho em equipe constituiria uma prática em que a comunicação entre os profissionais faz parte do exercício cotidiano do trabalho e os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da mediação simbólica da linguagem. Neste sentido, há que se considerar duas dimensões inerentes ao trabalho em equipe: a articulação das ações e a interação dos profissionais (PEDUZZI *et al.*, 2011, p. 144).

(...) A interação é, aqui, entendida como uma prática comunicativa por meio da qual os envolvidos colocam-se de acordo quanto a um projeto comum. Os sujeitos constroem consensos sobre um plano de ação por meio de uma modalidade de comunicação dialógica - de dupla mão, em que os envolvidos partilham os enunciados que proferem e as normas e valores que subjazem esses proferimentos. Ou seja, colocam-se de acordo quanto ao que dizem e aos valores pressupostos - compartilhando valores éticos (PEDUZZI *et al.*, 2011, p. 145).

(...) O encontro dialógico entre trabalhadores e usuários à luz do agir comunicativo de Habermas, pode ser compreendido como um espaço orientado pela busca do entendimento, construído pela interação democrática, no qual um acordo comum é almejado e pressupõe o compartilhamento intersubjetivo de um horizonte ético comum, normas e convicções (SILVA *et al.*, 2015).

Percebe-se, através dos vários recortes dos artigos, que a teoria da ação comunicativa de Habermas é bem desenvolvida, levando em consideração as equipes de ESF. E, nesses artigos a Colaboração Interprofissional é definida como Trabalho em Equipe, que é uma prática

comunicativa (comunicação dialógica) em que se “provoca” a escuta do outro. Para isso é essencial um ambiente livre de coações em que os profissionais possam se comunicar podendo, assim, interagir com os outros componentes da equipe. Portanto, o trabalho em equipe tem na comunicação o instrumento de articulação entre os profissionais para construir acordos e executar suas ações (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, ARAÚJO; ROCHA, 2007, PEDUZZI *et al.*, 2011, SILVA *et al.*, 2015).

Nesse sentido, ao articular a comunicação de acordo com a visão de Habermas, apresentada pelos autores dos artigos do PB, com uma das dimensões organizacionais do Modelo Quadridimensional da Colaboração relacionada a comunicação que é o intercâmbio/troca de informações, pode-se afirmar que:

(...) a troca de informações refere-se à existência e ao uso adequado de uma infraestrutura de informação que permita trocas rápidas e completas de informações entre os profissionais. Os achados sugerem que os profissionais usam sistemas de informação para reduzir a incerteza em seus relacionamentos com parceiros que não conhecem bem. O feedback fornece aos profissionais as informações de que precisam para acompanhar os pacientes, bem como para avaliar seus parceiros com base na qualidade das trocas escritas e feedback. É aspecto importante do estabelecimento de relações de confiança (D’AMOUR *et al.*, 2008, p. 6).

A interlocução entre o agir comunicativo e a troca de informações apontou a comunicação como um fator indispensável a Colaboração Interprofissional ou ao trabalho em equipe, uma vez que, os profissionais de diferentes áreas que ofertam o cuidado aos usuários devem perceber a necessidade do diálogo, que pode se limitar a uma rápida e informal troca de informação, ou pode ter vários níveis, a depender do grau colaboração da equipe (D’AMOUR *et al.*, 2008, PEDUZZI *et al.*, 2020).

Outra filiação teórica que apareceu ao longo dos artigos do PB foi da World Health Organization (WHO) sobre Colaboração Interprofissional, foram eles: (MATUDA *et al.*, 2015), (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016) e (SCHIMITH *et al.*, 2021).

(...) a Colaboração Interprofissional tem sido apontada como um recurso que pode ser mobilizado para enfrentar problemas do modelo de atenção e da força de trabalho, e contribuir para elevar a efetividade dos sistemas de saúde (MATUDA *et al.*, 2015, p. 1412).

(...) A proposta de analisar a atenção centrada no paciente (ACP) na prática interprofissional colaborativa (PIC) é motivada por duas questões. A primeira decorre da ênfase das políticas de saúde e dos centros de pesquisa voltados para a PIC na ACP como um dos domínios essenciais para a Colaboração Interprofissional (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016, p. 906).

(...) a Colaboração Interprofissional, caracteriza-se pelo compartilhamento de informações em saúde, ou seja, pela comunicação entre profissionais com o intuito de favorecer o atendimento às singularidades daqueles que se inserem em um serviço em busca da assistência à saúde (SCHIMITH *et al.*, 2021, p. 2).

Esses recortes dos artigos do PB apontaram para compreensão da Colaboração Interprofissional, além dos níveis micro (dimensões relacionais) e meso (dimensões

organizacionais) para o nível macro (determinantes externos e estruturais), sinalizando para o ângulo da OMS que direciona o olhar a partir dos Sistemas de Saúde (SS).

O Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa relaciona uma série de mecanismos no nível da prática e de sistema que podem ajudar os formuladores de políticas a implementar e manter o progresso na Colaboração Interprofissional (...) este Marco foi elaborado para auxiliar os formuladores de políticas no mundo todo a aplicar mecanismos e ações essenciais conforme as necessidades de suas localidades específicas (OMS, 2010, p. 15).

Percebeu-se que a OMS, nesse documento, mostra uma visão mais macro da Colaboração Interprofissional, visto que é uma organização que orienta as políticas relacionadas à saúde em todos os SS do mundo, logo através desse documento a Colaboração Interprofissional está direcionada, diretamente, aos líderes e formuladores de políticas dos países (OMS, 2010). Essa visão da OMS que está relacionada a percepção da Colaboração Interprofissional ao nível macro (fatores sistêmicos ou os determinantes externos e estruturais), ou seja, estão ligados aos sistemas políticos, sistemas socioeconômicos, culturais e educacionais e partem da premissa de que para que haja a Colaboração Interprofissional, há a necessidade de mudanças nos Sistemas de Saúde (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Outro conceito discutido relacionado a Colaboração Interprofissional foi o de equipe agrupamento e equipe integração que aparecem nos artigos de (KELL; SHIMIZU, 2010), (PAVONI; MEDEIROS, 2009) e (ARAÚJO; ROCHA, 2009). Neles é descrito que as equipes podem assumir duas modalidades, como se segue abaixo:

(...) Na área da saúde, são identificadas, comumente, duas modalidades de trabalho em equipe: a que se caracteriza como agrupamento, em que ocorre a justaposição de ações e o agrupamento entre agentes, e a equipe integração, na qual ocorre a articulação das ações e interação dos agentes, na busca da construção de um projeto assistencial comum (KELL; SHIMIZU, 2010, p. 1534).

(...) Tomando essa distinção como base, construiu-se uma tipologia referente à duas modalidades de trabalho em equipe: equipe agrupamento, em que há justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, e equipe integração, que desenvolve a articulação das ações e interação dos agentes. Em ambas se fazem presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos (PAVONI; MEDEIROS, 2009, p. 276).

(...) duas modalidades de equipe: a integração e o agrupamento. A primeira está caracterizada pela articulação consoante a proposta da integralidade das ações de saúde e a segunda, pela fragmentação das práticas (ARAÚJO; ROCHA, 2009, p. 1442).

Essas duas tipologias de equipes foram cunhadas por Peduzzi (2001) e tem como base teórica a Teoria do Agir Comunicativo de Habermas. São tipologias que são largamente utilizadas para definir o trabalho em equipe em que há a distinção entre as duas noções que recobrem a ideia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração. A primeira noção é caracterizada pela fragmentação, e a segunda, pela articulação mediante à proposta da integralidade das ações de saúde (PEDUZZI, 2001).

Ao relacionar a tipologia de equipes de D'Amour *et al.* (2008) e a tipologia de Peduzzi (2001), as primeira também define formatos de equipes, só que não a partir de dois formatos, mas de três que são: a colaboração ativa (em que há total integração de saberes/ práticas entre os profissionais das equipes, e têm condições de resolver os conflitos que possam surgir), a colaboração em desenvolvimento (não há ainda uma total integração entre os saberes/práticas entre os profissionais das equipes, pois têm conflitos que ainda devem ser resolvidos) e a colaboração potencial (não há integração de saberes/práticas entre os profissionais das equipes e sim uma fragmentação, em que os conflitos são tão sérios que não se pode resolvê-los).

Constatou-se ainda que nas duas tipologias pode ou não haver uma passagem gradual de um formato de equipe para outro, isso vai depender das dimensões relacionais, organizacionais e os determinantes externos estruturais a que estão submetidas. Ao passo que as duas tipologias se assemelham, pois trazem o momento que uma equipe pode ou não se encontrar no processo de Colaboração Interprofissional, conseguindo auxiliar na construção de estratégias para estabelecer e sustentar a Colaboração Interprofissional em uma equipe de saúde na APS (PEDUZZI, 2001, D'AMOUR *et al.*, 2008).

Além dessas filiações teóricas apresentadas apareceram outras que, mesmo que em menor frequência nos artigos, têm relevância e podem ser articuladas com a filiação teórica da pesquisadora, são elas:

Os conceitos de “campo” e “núcleo no artigo de (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013) que traz:

(...) institucionalização dos saberes e sua organização em práticas fossem processadas mediante a conformação de “núcleos” e de “campos” de atuação (...) propõe a definição de núcleos de atuação específicos, demarcando “a identidade de uma área de saber e de prática profissional”. Por outro lado, o “campo” é um espaço com limites imprecisos, onde cada disciplina e profissão busca apoio para responder às demandas que se apresentam no seu cotidiano profissional (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013, p. 417-418).

(...) A construção de uma atenção integral e resolutiva requer a integração de saberes e colaboração entre os profissionais, em que progressivamente “os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe” (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013, p. 433).

A ideia de domínios da *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) na prática colaborativa de (SILVA *et al.*, 2015):

(...) O grupo *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) estabeleceu seis domínios de competências essenciais para a prática interprofissional colaborativa: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente, cliente, família e comunidade; clarificação de papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa (SILVA *et al.*, 2015, p. 21).

E, por fim, a Atenção Centrada no Paciente (ACP) na prática interprofissional colaborativa (PIC) apresentado no artigo de (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016) em que:

(...) À medida que os profissionais centram atenção no usuário e suas necessidades de saúde em todo processo de trabalho, construindo a ACP na prática de cuidado, operam, simultaneamente, um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional, que se restringe ao âmbito da profissão e da especialidade. Este deslocamento dirige-se à prática compartilhada com profissionais de outras áreas (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016, p. 911).

Todos têm em comum necessidade de centrar sua atenção no usuário, como objetivo principal e, para isso os profissionais precisam construir um campo comum de atuação como forma de ampliar o escopo de atuação da equipe. Sobre isso, D'Amour *et al.* (2005) ao falar sobre os conceitos importantes para Colaboração Interprofissional traz o conceito de interdependência que está presente quando se fala nas dimensões relacionais da Colaboração Interprofissional (dimensão micro) em que a colaboração requer que os profissionais sejam interdependentes em vez de autônomos e sua interdependência surge de um desejo comum de atender às necessidades do usuário.

Interdependência implica dependência mútua. Quando os membros da equipe se conscientizam dessas interdependências, surge a sinergia e as contribuições individuais são maximizadas; a saída do todo torna-se muito maior do que a soma das entradas de cada parte. Essa interdependência deve eventualmente levar à ação coletiva (...) a interiorização (sentimento de pertença) refere-se à tomada de consciência por parte dos profissionais da sua interdependência e da importância de gerir a interdependência, e traduz-se num sentimento de pertença, conhecimento mútuo dos valores e dos enquadramentos disciplinares e relações de confiança (D'AMOUR *et al.*, 2005, p.119-120-123).

Essa Quarta Lente possibilitou fazer uma ligação entre os diversos conceitos de colaboração apresentados dos artigos do PB, com a filiação teórica da autora, em que com a diversas nomenclaturas conceituais, próprias de cada filiação, se pode dialogar e melhor compreender o fenômeno da Colaboração Interprofissional na sua complexidade.

No entanto, mesmo com a diversidade de filiações teóricas, que complexificam a compreensão da Colaboração Interprofissional, há a necessidade de assumir uma terminologia do que seja a Colaboração Interprofissional na pesquisa brasileira, dado que pode facilitar pesquisas como essa, em bases de dados, ao passo que pode propiciar melhor diálogo entre os autores (nacional e internacional) visto que a variação terminológica,³⁰ se apresenta como dificultadora das pesquisas em conjunto com os autores e para a implementação de políticas voltadas para a área.

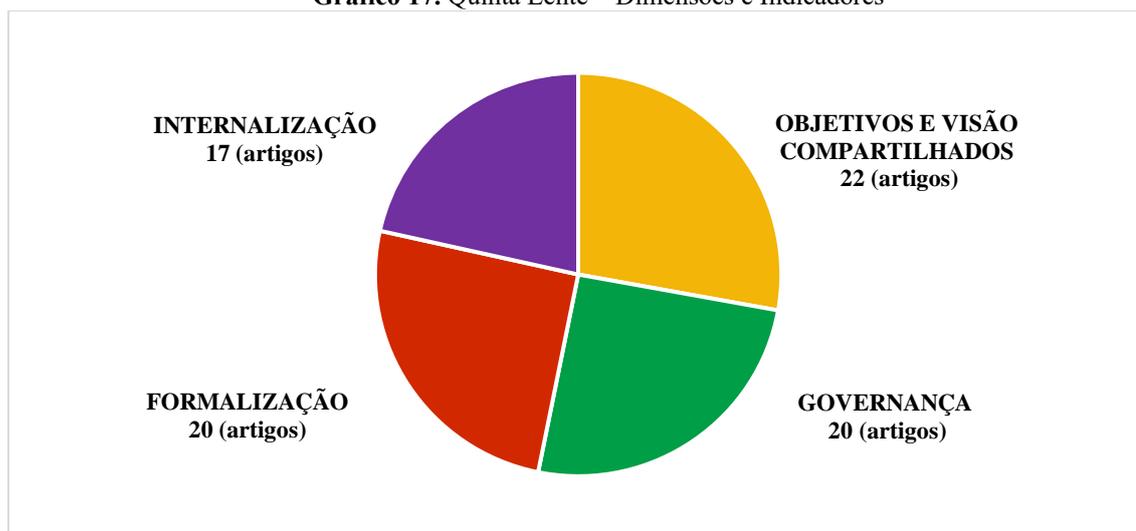
³⁰ A variação terminológica é aqui entendida como a utilização de formas lexicais diferentes para referir o mesmo conceito ou expressar a mesma função no contexto discursivo da comunicação especializada. Nessa ampla perspectiva, a variação terminológica de combinatórias léxicas abrange não somente mudanças morfológicas e sintáticas, mas também inserção de itens e ocorrência de sinonímia (MACIEL; REUILLARD, 2015, p. 224).

2.1.2. Quinta Lente - Dimensões e Indicadores

A Quinta Lente (Dimensões e Indicadores) buscou conhecer quais as dimensões e indicadores que mais apareceram no texto dos artigos do Portfólio Bibliográfico e os resultados foram apresentados em termos das quatro dimensões e dos dez indicadores do modelo de Colaboração Interprofissional.

O Gráfico 17 ilustra melhor a ocorrência dessas dimensões a partir da análise dos artigos e que se percebeu foi que as quatro dimensões apareceram na maioria dos artigos, ou seja, os autores estavam discutindo as temáticas relacionadas a essas dimensões.

Gráfico 17. Quinta Lente – Dimensões e Indicadores



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Sobre isso, foi interessante perceber que o processo da Colaboração Interprofissional está em curso nas pesquisas e nos serviços, tendo em vista que a maioria dos artigos são pesquisa de campo. Isso vem evidenciar possíveis avanços na incorporação de práticas colaborativas no âmbito da atenção básica. Para isso, uma nova configuração de trabalho deve ser posta em prática e deve estar alinhada com essas dimensões, visto que compreender a Colaboração Interprofissional possibilita estabelecer mudanças concretas na atenção primária estando alinhada, cada vez mais, com os princípios da universalidade, equidade da atenção e da integralidade das ações. Além disso, para os pesquisadores representa um importante nicho de pesquisa (D'AMOUR; SICOTTE; LÉVY, 1999, D'AMOUR *et al.*, 2005, BRASIL, 2000).

Logo, compreender e estruturar a Colaboração Interprofissional possibilita uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, e permite maior diversidade das ações na busca permanente do consenso, sendo visto ainda como uma das possíveis formas de superar o modelo biomédico. Nesse sentido, cada dimensão com seus

indicadores permite extrair muitos aprendizados (D'AMOUR; SICOTTE; LÉVY, 1999, D'AMOUR *et al.*, 2005, BRASIL, 2000).

A primeira dimensão que foi analisada foi a Objetivos e Visão Compartilhados que é representada por dois indicadores, que são: Objetivos Comuns e Orientação centrada no usuário *versus* outros interesses. Essa dimensão faz parte das dimensões relacionais do modelo de colaboração e refere-se à existência de objetivos comuns e sua apropriação pela equipe, o reconhecimento de motivos divergentes e múltiplas lealdades, e a diversidade de definições e expectativas em relação à colaboração (D'AMOUR *et al.*, 2005, BRASIL, 2000). Alguns recortes dos artigos melhores expressaram essa dimensão.

(...) a equipe como um conjunto de pessoas que além de um objetivo comum pretendem alcançá-lo de forma compartilhada (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 459).

(...) Saúde da Família requer a construção de um projeto assistencial comum com complementaridade dos trabalhos especializados, em que os agentes envolvidos estabeleçam interação entre si e com os usuários (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 460).

(...) É preciso observar, também, como os diversos profissionais interagem entre si e se essa interação possibilita a construção de um projeto que seja compartilhado por todos (SILVA; TRAD, 2005, p.27).

(...) Mas a adesão dos trabalhadores ao projeto institucional pode configurar-se num ambiente em que predomina a ação estratégica, seja por parte do gerente ou dos trabalhadores, em defesa de interesses próprios e de resultados que buscam produzir na condução do trabalho (PEDUZZI *et al.*, 2011, p. 637).

(...) os resultados observados mostram que ainda persistem visões de trabalho individualizado e pouco integrado (MATUDA *et al.*, 2015, p. 2517).

(...) Quanto ao compartilhamento de objetivos comuns, os achados revelam que os profissionais não possuem perspectivas de trabalho compartilhado. Tampouco demonstrou-se existir um processo de construção da colaboração entre os profissionais, com predomínio da lógica do trabalho individualizado (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018, p. 9-10).

(...) Constatou-se a frágil orientação ao usuário. Os interesses e precisões dos usuários não se mostraram como fatores orientadores da prática profissional e como elementos capazes de favorecer o contato, a troca de experiências e a pactuação de responsabilidades entre os profissionais das duas equipes (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018, p.10).

Percebeu-se que a dimensão Objetivos e Visão Compartilhados busca integrar os diversos componentes da equipe de forma que estes possam construir um projeto compartilhado com foco no usuário. No entanto, ainda há uma tendência ao trabalho mais individualizado da ESF, com foco em interesses pessoais, principalmente, relacionado ao núcleo profissional de cada um, gerando um processo muito comum que é a fragmentação dos sujeitos (D'AMOUR; SICOTTE; LÉVY, 1999, BRASIL, 2000).

Diante disso, é urgente que se tenham ações voltadas ao redirecionamento dos profissionais de saúde das equipes de ESF, com vistas à construção de equipes como uma verdadeira unidade, em que há o compartilhamento de serviços. Logo, a especificidade das

responsabilidades de cada membro jamais deverá ofuscar a missão comum da equipe que é colocar o usuário de volta ao centro das decisões considerando-o como corresponsável, ou seja, reconhecendo-o com o significativo poder de decisão sobre sua própria situação de saúde (D'AMOUR; SICOTTE; LÉVY, 1999, D'AMOUR *et al.*, 2005, BRASIL, 2000).

A outra dimensão que apareceu nos artigos do Portfólio Bibliográfico foi a Internalização que possui dois indicadores, que são: Conhecimento mútuo e Confiança. Essa dimensão se traduz num sentimento de pertença, conhecimento mútuo dos valores e dos enquadramentos disciplinares e relações de confiança (D'AMOUR *et al.*, 2005). O recorte abaixo melhor expressa essa dimensão que também faz parte das dimensões relacionais do modelo de Colaboração.

(...) articulação das ações ou dos trabalhos requer que cada agente tenha um dado conhecimento do trabalho do outro e o reconhecimento de sua necessidade para a atenção integral à saúde (SILVA; TRAD, 2005, p.30).

(...) O apoio a Colaboração Interprofissional favorece trocas entre os profissionais e a corresponsabilização dos casos (MATUDA *et al.*, 2015, p. 2514).

(...) A articulação no cuidado possibilita que um profissional conheça a ação do outro e agregue novos saberes à sua prática (SILVA *et al.*, 2015, p.18).

(...) Articulação entre os profissionais da equipe pode desencadear a corresponsabilização pelas necessidades dos usuários, bem como o compartilhamento entre equipe e usuário sobre os objetivos e resultados do cuidado (SILVA *et al.*, 2015, p. 19).

(...) Equipes integradas tem como atributos: respeito mútuo e confiança, reconhecimento do papel profissional das diferentes áreas, interdependência e complementaridade dos saberes e ações (SILVA *et al.*, 2015, p. 20).

(...) Trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalho envolvidos, com base em certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados (PAVONI; MEDEIROS, 2009, p. 270).

(...) A análise do indicador Conhecimento mútuo revelou o incipiente domínio sobre a própria atuação e a atuação do outro na perspectiva do Apoio Matricial. Esse desconhecimento constituiu-se em dificultador por restringir as possibilidades de atuação e o próprio escopo do trabalho colaborativo (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018, p. 11).

(...) Foram percebidas situações de descrédito e desconfiança dos médicos e enfermeiros sobre o trabalho do NASF. Por sua vez, os profissionais do NASF sentem-se desrespeitados e subutilizados no desempenho de suas atribuições (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018, p. 11).

A internalização leva em conta que todos os profissionais de uma equipe devem conhecer o trabalho um do outro de forma a estabelecer a confiança e essas duas vertentes possibilitam a corresponsabilização pelas necessidades dos usuários, em que estes últimos, como já fora falado, também são corresponsáveis. O que se constata é a compreensão da importância dessa dimensão na construção de um trabalho de equipe, no entanto, ainda tem muito a se construir, pois se percebe que em muitos casos há desconfiança no trabalho do outro e, muitas vezes, sem o real engajamento para buscar conhecer o que o outro está fazendo. Para

isso, há a necessidade de criar e/ou estabelecer espaços de discussão em que a equipe possa se conhecer melhor (D'AMOUR; SICOTTE; LÉVY, 1999, D'AMOUR *et al.*, 2005, VALENTIM; KRUEL, 2007, D'AMOUR *et al.*, 2008).

Quando o trabalho realizado envolve aspectos de importância extrema, como a saúde dos cidadãos, a responsabilidade do resultado aumenta ainda mais, exigindo a maior dedicação possível por parte dos envolvidos. Neste caso, a cooperação entre os indivíduos em prol de um objetivo comum ganha destaque. A confiança e a cooperação estão ligadas, em parte, com o prazer no trabalho e, sem a primeira, não pode existir nem cooperação nem coletividade no trabalho (...) o trabalho tende ser muito mais frutífero quando existe confiança entre os indivíduos (VALENTIM; KRUEL, 2007, p. 779).

Outra dimensão referenciada no Portfólio Bibliográfico foi a dimensão Governança que possui quadro indicadores que são: Centralidade, Liderança Local, Apoio à inovação e Conectividade (espaços de discussão). Já essa dimensão faz parte das dimensões organizacionais do modelo de Colaboração Interprofissional. Os recortes abaixo esclarecem essa dimensão e seus indicadores.

(...) exige dos gestores comprometimento com a política e com a legislação, institucionalizando ações de integração dos serviços e dos cuidados longitudinais (SCHIMITH *et al.*, 2021, p. 7). Nas reuniões com as equipes para a elaboração de propostas a implementar de forma a melhorar o uma liderança formal envolvida seria capaz de promover maior participação dos profissionais (ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016, p. 424).

(...) Destaca-se que o espaço de trabalho parece não ser visto como campo efetivo de ação coletiva para professores e profissionais de saúde (ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016, p. 424).

(...) Esse indicador aparece no artigo apontando uma mudança de um modelo em que a hegemonia da abordagem clínica é centrada no cuidado individual e na assistência médica para um modelo assistencial em que as intervenções são de diferentes naturezas, com destaque para a participação dos sujeitos - população, usuária dos serviços ou não, e agentes do trabalho (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, p. 143).

(...) Assim, ressalta-se a importância de espaços em que as pessoas tomem consciência do quanto se conhece e do quanto devem lançar-se na busca de um novo conhecer, num processo constante e contínuo de fazer e refazer o próprio conhecimento (PREVIATO; BALDISSERA, 2018, p. 5).

(...) a adesão e o apoio institucional mostraram-se insatisfatórios, o que representa uma ameaça ao êxito dessa estratégia. Torna-se imprescindível, portanto, uma ação político-institucional mais efetiva no apoio às equipes para o fortalecimento e a consolidação dessa estratégia como política de saúde municipal (ARAÚJO; ROCHA, 2009, p. 1448).

(...) Os conflitos presentes no dia-a-dia são mediados pela prática do diálogo nas reuniões de equipe como espaço privilegiado de encontro no ambiente de trabalho (ARAÚJO; ROCHA, 2009).

(...) a enfermeira assume nitidamente um papel de coordenação da equipe, embora isto não tenha sido formalizado (SILVA; TRAD, 2005, p. 33).

(...) a responsabilidade da atenção passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, considerado o centro da equipe no modelo hospitalocêntrico, sendo dividida entre os membros da equipe (SILVA; TRAD, 2005, p. 463).

A partir da análise de alguns recortes dos artigos foi possível perceber que a governança se refere a necessidade de estabelecer um direcionamento claro e explícito para as ações das

equipes, no sentido de fortalecer a colaboração. Para isso, há a necessidade de comprometimento dos gestores e formuladores (centralidade) de políticas das três esferas de governo, posto que estes têm o papel estratégico e político para promover uma estruturação para a colaboração nas equipes de saúde (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, SILVA; TRAD, 2005, ARAÚJO; ROCHA, 2009, ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016, PREVIATO; BALDISSERA, 2018, SCHIMITH *et al.*, 2021).

Paralelamente é indispensável uma liderança (liderança local) mais dinâmica que deve se apresentar de diversas formas, a depender do contexto, e não deve estar atrelada a questão da posição ou hierarquia profissional. Também não se deve ser uma liderança que sobrecarregue um único profissional da equipe, como exemplo, o enfermeiro, mas deve ser descentralizada entre os componentes da equipe. Portanto, o poder deve ser dividido entre os vários componentes e todos devem expressar suas opiniões e participar das decisões (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, SILVA; TRAD, 2005, ARAÚJO; ROCHA, 2009, ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016, PREVIATO; BALDISSERA, 2018, SCHIMITH *et al.*, 2021).

(...) a colaboração como uma verdadeira parceria, é caracterizada pelo empoderamento simultâneo de cada participante cujo respectivo poder é reconhecido por todos. Além disso, esse poder é baseado em conhecimento e experiência, e não em funções ou títulos. É, por sua própria natureza, um produto do relacionamento e interações entre os membros da equipe. A fim de manter a simetria real e percebida nas relações de poder, a interação colaborativa é necessária. Consequentemente, o poder não pode ser separado da relação através da qual é exercido (D'AMOUR *et al.*, 2005, p. 119).

E, para que isso aconteça, além da liderança e da centralidade desenvolvidas, há a necessidade de buscar inovações em relação as práticas clínicas e na partilha das responsabilidades entre os profissionais (Apoio à inovação). Nessa mudança, os profissionais da equipe compreendem que existem um novo processo de trabalho em curso, principalmente, no que se refere as equipes de saúde da APS, com inovações reais a serem desenvolvidas e executadas (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, SILVA; TRAD, 2005, ARAÚJO; ROCHA, 2009, ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016, PREVIATO; BALDISSERA, 2018, SCHIMITH *et al.*, 2021).

Logo, os profissionais e equipes podem buscar criar espaços de mudança para engendrar novas necessidades e correspondentes modos de organizar os serviços de saúde, o trabalho e as interações, na perspectiva da colaboração. E, para que todas essas ações aconteçam urge a necessidade de espaços de discussão (conectividade) que permitam criar condições de construção e fortalecimento de vínculos (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, SILVA; TRAD, 2005, ARAÚJO; ROCHA, 2009, ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016, PREVIATO; BALDISSERA, 2018, SCHIMITH *et al.*, 2021).

E, por fim, a última dimensão visualizada nos artigos foi a Formalização que é representada por dois indicadores que são: Acordos Formais Firmados e Intercâmbio de informações. Na Formalização, são estabelecidas regras destinadas a regular a ação coletiva dos profissionais por meio do fortalecimento de ferramentas que visem esclarecer os vários parceiros das suas responsabilidades e pactuar como estas práticas serão compartilhadas (D'AMOUR *et al.*, 2005).

Para isso, o processo de troca de informações é de extrema importância para estabelecer esses acordos, pois deve estabelecer sempre feedback entre todos que participam do processo. O recorde de alguns artigos do PB demonstrou o que seja a Formalização.

(...) o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 460).

(...) O preenchimento dos instrumentos do SIAB serve muito mais para atender aos compromissos com a coordenação municipal do que para organizar a dinâmica da equipe, com readequação das atividades que venham responder às necessidades de saúde da população (SILVA; TRAD, 2005, p. 31).

(...) O trabalho em equipe constituiria uma prática em que a comunicação entre os profissionais faz parte do exercício cotidiano do trabalho e os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da mediação simbólica da linguagem (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, p.144).

(...) As dificuldades de operacionalização do trabalho da ESF e do NASF podem ser consideradas expressões dessa política de gestão centrada em metas de produção (quantitativa), que tem implicações para as relações de interação e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de um trabalho colaborativo (MATUDA *et al.*, 2015).

(...) as formas de comunicação e de interação entre os profissionais podem ser importante fonte de conflitos ou de cooperação interprofissional (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013, p. 175).

(...) São as ferramentas de formalização que garantem divisão de tarefas, o registro e o alinhamento de linguagem típicos da CIP (...) o Projeto Terapêutico Singular (PTS) apresenta-se como importante ferramenta de formalização, uma vez que tenciona para a CIP, ao mesmo tempo em que propõe a clara divisão de tarefas, bem como a sistematização das ações e dos prazos (ARRUDA *et al.*, 2018, p. 1319).

Quanto maior o grau de formalização maior a intensidade da colaboração e, nesse sentido, é importante salientar a necessidade de estabelecer as responsabilidades de todos e pactuar os acordos de forma conjunta, visto que o não alinhamento dos acordos entre os diversos membros participantes do processo gerará conflitos que podem inviabilizar a colaboração. E, para isso, a comunicação efetiva é importante para estabelecer tais acordos e evitar ou resolver conflitos que, por vezes, é inerente aos grupos (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, SILVA; TRAD, 2005, D'AMOUR *et al.*, 2005, ARAÚJO; ROCHA, 2007, MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013, MATUDA *et al.*, 2015, ARRUDA *et al.*, 2018).

No recorte analisado dois tipos de ferramentas de formalização foram apresentados: o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e PTS (Projeto Terapêutico Singular). O primeiro foi visto como um instrumento que dificulta o trabalho em equipe, pois de acordo com

os depoimentos, mais serve para burocratizar os serviços do que melhorar o processo de trabalho, gerando nas equipes de ESF pressões com relação à excessiva produção dos relatórios estatísticos que, muitas vezes, não são usados para melhorar os indicadores das próprias equipes (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, SILVA; TRAD, 2005, ARAÚJO; ROCHA, 2007, MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013, MATUDA *et al.*, 2015, ARRUDA *et al.*, 2018).

Já a segunda ferramenta exemplificada é o PTS (Projeto Terapêutico Singular) que é apresentado como importante ferramenta de trabalho, que se bem utilizada, auxilia a equipe no acompanhamento a longo prazo de pacientes com melhor previsão de que será feito, pois propõe a clara divisão de tarefas, bem como a sistematização das ações e dos prazos (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, SILVA; TRAD, 2005, ARAÚJO; ROCHA, 2007, MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013, MATUDA *et al.*, 2015, ARRUDA *et al.*, 2018).

Portanto, a Formalização é uma dimensão necessária a Colaboração Interprofissional, visto que em situações de incerteza, muitas vezes, tende-se a querer estabilizar a ação por meio de um maior recurso às regras que devem se fazer pela participação de todos com uma comunicação genuína (D'AMOUR *et al.*, 2005).

Os gestores devem ter o cuidado de minimizar a rigidez das regras, os conflitos em torno das regras e, ao contrário, estimular a negociação dos próprios profissionais em torno dessas regras para dinamizá-las (D'AMOUR *et al.*, 2005 p. 87).

Com a Quinta Lente (Dimensões e Indicadores) um panorama foi apresentado sobre como a Colaboração Interprofissional se apresenta, com as suas quatro dimensões e seus dez indicadores, em que foi possível compreender como a equipe constrói a sua ação coletiva, o contexto em que esta ação ocorre e a interação entre os dois aspectos.

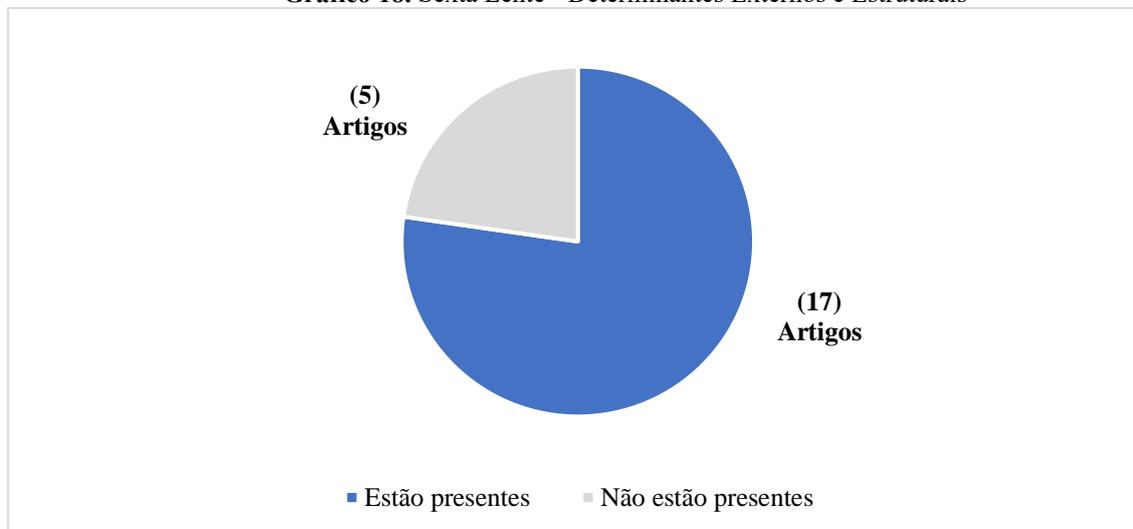
Portanto, a complexidade que se apresentou ao longo dessa lente auxiliou na compreensão da Colaboração interprofissional em se tratando nas equipes de saúde da APS no Brasil, visto ser um campo que tem suas próprias regras e merece um olhar mais atento sobre a dinâmica que se apresenta. Logo é um campo frutífero para que se desenvolvam futuras linhas de pesquisas que melhor ampliem esse conceito.

2.1.3. Sexta Lente - Determinantes Externos e Estruturais

Após compreender através dos recortes do PB os fatores micro (dimensões relacionais) e fatores meso (dimensões organizacionais) da Colaboração Interprofissional, agora parte-se por compreender os fatores externos as organizações, através da Sexta Lente (Determinantes Externos e Estruturais).

De forma a melhor ilustrar essa lente foi apresentado o Gráfico 18 que congrega os artigos que trazem os determinantes externos e estruturais da Colaboração Interprofissional de acordo com D'Amour *et. al.* (2008).

Gráfico 18. Sexta Lente - Determinantes Externos e Estruturais



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

O Gráfico 18, de forma geral, demonstrou que a maior parte dos artigos do PB trazem os fatores externos e estruturais como componente da Colaboração, foram eles: (ARAÚJO; ROCHA, 2007), (SILVA; TRAD, 2005), (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000), (PEDUZZI *et al.*, 2011), (MATUDA *et al.*, 2015), (SILVA *et al.*, 2015), (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016), (KELL; SHIMIZU, 2010), (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013), (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013), (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013), (FURTADO, 2011), (ARAÚJO; ROCHA, 2009), (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018), (ARRUDA *et al.*, 2018), (FIGUEIRA *et al.*, 2020) e (SCHIMITH *et al.*, 2021). E, somente uma pequena parcela não citou esses fatores, tais como: (PAVONI; MEDEIROS, 2009), (AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017), (PREVIATO; BALDISSERA, 2018), (BARRETO *et al.*, 2018) e (ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016), com isso percebeu-se que os autores focaram no processo interno de trabalho das equipes, seja os determinantes relacionais e/ou organizacionais e não chegaram a discutir ou mencionar os determinantes externos e estruturais.

Após a análise dos recortes dos artigos relacionados aos determinantes externos e estruturais, as ideias principais que surgiram podem assim ser listadas:

- a) Modelo Biomédico;
- b) Hierarquia Profissional subordinando as diferentes profissionais e usuários;
- c) O sistema educacional;
- d) Produtivismo na Saúde;
- e) Vínculos Trabalhistas.

Cada um desses fatores contribui para compreender como a colaboração pode ou não existir ou ser forte em uma organização, isso vai depender, além dos determinantes relacionais (fatores micro) e organizacionais (fatores meso), dos determinantes externos e estruturais (fatores macro) que podem tanto impedir como facilitar o processo.

O primeiro tema que apareceu como determinante externo e estrutural foi o Modelo ou Paradigma Biomédico (ou da normalidade-patologia).

(...) Importa lembrar que, embora a política pública de saúde do SUS proponha um modelo de atenção integral, o processo de trabalho em saúde tende a reproduzir a racionalidade do processo hegemônico em saúde - o modelo Biomédico (PEDUZZI *et al.*, 2011, p. 638).

(...) o foco das práticas ainda é no modelo biomédico e está em constante embate com a lógica de organização dos serviços de APS, pautada na ESF (SILVA *et al.*, 2015, p. 19).

Esse modelo ainda é visto como hegemônico sendo prevalente nas práticas dos profissionais de saúde. Esse modelo contribui para uma cultura médico-centrada (CUTOLO, 2006, FAQUIM, 2013, NASCIMENTO *et al.*, 2013, GUIMARÃES; BRANCO, 2020).

O paradigma biomédico enfatiza concepções materialistas, mecanicistas, centradas na doença e no controle do corpo biológico e social (...) A tecnologia é a ferramenta para a execução deste projeto. O complexo médico-industrial e a concepção de cura enquanto controle de doenças integram e ilustram esta trajetória (NASCIMENTO *et al.*, 2013, p. 3598).

Esse modelo permite uma abordagem direta sobre a doença, mas não sobre o sujeito em adoecimento, visto que o usuário se encontra como “paciente”, no sentido mesmo de conformado, resignado ao saber biomédico que tem o poder sobre a cura e não considera os usuários com corresponsáveis de seu processo. O Modelo Biomédico incide, principalmente, sobre o profissional médico que ainda é formato para ter uma compreensão de doença, a partir de uma visão reducionista, que não considera o contexto social, o psicológico e o espiritual em que o adoecimento pode ocorrer (CUTOLO, 2006, MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005, FAQUIM, 2013, NASCIMENTO *et al.*, 2013).

Visando superar esse modelo, tem-se a concepção de integralidade, tão presente na APS, e que pretende transformar as práticas dos profissionais, então fragmentadas, em práticas integradas que visem um usuário como um todo indivisível e não a partir de um órgão ou um membro adoecido. E, nesse cenário, a ESF na APS no Brasil tem possibilitado reorientar as práticas em saúde a partir de uma lógica interdisciplinar e interprofissional com vista a centrar suas intervenções no território e nas necessidades dos usuários (CUTOLO, 2006, MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005, FAQUIM, 2013).

Nesse sentido, a Colaboração Interprofissional vem ofertar uma possibilidade de enfretamento ao modelo biomédico nas práticas dos profissionais das equipes de ESF, através de uma reorganização do processo de trabalho das equipes com superação de práticas

fragmentadas e isoladas em prol de práticas que sejam colaborativas e interprofissionais. Concebe-se, a partir disso, que as relações devem ser horizontais com tomada de decisões compartilhadas entre os profissionais e entre estes e os usuários dos serviços, materializando a integralidade, através das mudanças para um modelo de atenção mais abrangente e integral (MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005, FAQUIM, 2013).

Já a hierarquia profissional, como um determinante externo e estrutural, está relacionada, historicamente, aos diferentes saberes que se constituíram como territórios próprios e foram legitimados e reconhecidos gerando prestígio social de forma a conferir posições de valor desigual pelas diferenças educacionais, no campo das ciências da saúde e, por conseguinte, no campo do trabalho (MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005, D'AMOUR *et al.*, 2005).

(...) Um aspecto comumente discutido no texto refere-se aos profissionais que compõem as equipes vêm de uma prática na qual predomina o poder do nível superior sobre o nível médio, da categoria médica sobre as demais (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p.462).

(...) A complexa conjugação entre especificidade, flexibilidade e articulação, torna-se ainda mais desafiadora a medida que, para além das diferenças técnicas entre as distintas áreas profissionais, expressa desigualdade entre os trabalhos especializados. Ou seja, evidencia a existência de valores sociais hierarquizando e disciplinando relações de subordinação entre as diferentes áreas de trabalho e seus respectivos agentes (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, p. 145).

(...) Regulamentação de uma atividade profissional implica reserva de mercado ou direito exclusivo de propriedade sobre campos de prática, concedido pelo Estado. A despeito dessa lógica da profissionalização, com delimitação estreita de territórios de atuação, os profissionais, nos espaços de trabalho, se deparam com situações complexas, sentindo-se impotentes para responder a elas sozinhos (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013, p. 416).

Dessa maneira, mesmo as equipes de ESF representando uma reorientação no modelo assistencial, em que o trabalho em equipe representa um divisor de águas, ainda persiste a compreensão dos lugares de poder relacionados a um saber superior ao outro. Exemplo disso é o caso de um saber academicamente adquirido, como os do nível superior em relação ao de ensino fundamental e médio. Outro é o saber estabelecido como absoluto como o do médico que foi influenciado pelo modelo biomédico. E o profissionalismo que é uma estratégia de retenção do conhecimento, em que poucos têm acesso e que garante reserva de mercado separando “quem sabe de quem não sabe” (MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005, D'AMOUR *et al.*, 2005; FURTADO, 2007, SILVA; ARANTES, 2017, GUIMARÃES; BRANCO, 2020).

Em todos os casos o que marca a hierarquia profissional é a relação de assimetria (superioridade e inferioridade) sendo observado como um determinante externo e estrutural que prejudica a construção da Colaboração Interprofissional que é uma prática em que o poder deve ser visto como circulante com a interação de todos os profissionais de maneira a superar as hierarquias nos processos de trabalho. Para isso, deve-se lançar mão de uma prática

comunicativa buscando vínculos respeitosos e colaborativos (D'AMOUR *et al.*, 2005; SILVA; ARANTES, 2017, GUIMARÃES; BRANCO, 2020).

Permitiu-se pensar que uma das vias mais permeáveis da ESF para agenciar mudanças esteja exatamente na abertura que cada um dos trabalhadores pode apresentar, inclusive enquanto possuidor de um corpo de conhecimento próprio, enxergando o poder como uma prática circulante que alterna de lugar, não se concentra em algum ou alguns e, por ser provisório, pode constituir-se numa manifestação instrumentalizadora na ESF, para cuidar de pessoas (SILVA; ARANTES, 2017, p. 613).

Ao falar sobre o sistema educacional, como um determinante externo e estrutural, pretendeu-se englobar desde a formação na graduação até os profissionais já formados.

(...) um dos desafios diz respeito à formação uniprofissional predominante na graduação em Saúde e a possibilidade da residência que seja interprofissional auxilia na mudança para a visão mais integral direcionado os objetivos comuns aos pacientes (ARRUDA *et al.*, 2018, p. 1315).

(...) Os depoimentos anteriores reforçam a necessidade de, na formação dos profissionais de saúde, ser oportunizada aos alunos a vivência de experiências de trabalho em equipe, sem a qual eles não vão responder às necessidades do SUS e à complexidade do cotidiano profissional na saúde (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013, p. 423).

O que se mostra ainda é uma formação deficitária que é reflexo de uma longa e intensa formação isolada e limitada a seu próprio campo de atuação. Isso vai repercutir sobre o futuro profissional que pode ter dificuldade de trabalhar em conjunto e, possivelmente, continuará executando as práticas apreendidas na graduação agora no campo do trabalho (MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005, BATISTA; GONÇALVES, 2011, PEDUZZI *et al.*, 2013, ALMEIDA *et al.*, 2016, RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019, OGATA *et al.*, 2021).

Nesse contexto, a incorporação da educação interprofissional (EIP) no currículo das graduações da área da saúde se mostra como uma possibilidade de mudança nesse padrão arraigado de formação uniprofissional, que pode ser implantado desde a graduação, com experiências de trabalho em equipe já nesse momento. Dessa forma, busca-se ultrapassar o processo de fragmentação, que ainda é realizado pelas instituições de ensino que possuem currículos acadêmicos, muitas vezes, voltados somente para a atuação isolada. Logo, a EIP contribui para a formação de profissionais de saúde melhor preparados para o trabalho em equipe em que a colaboração predomina frente à competição e à fragmentação (BATISTA; GONÇALVES, 2011, PEDUZZI *et al.*, 2013, ALMEIDA *et al.*, 2016, RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019, OGATA *et al.*, 2021).

No campo da interação entre profissionais já formados, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma abordagem de educação e formação profissional que ocorre em serviço com potência de transformação de práticas, a partir da reflexão do cotidiano do trabalho. A EPS propõe uma mudança nas práticas desses profissionais que tiveram uma formação acadêmica deficitária e voltada para uniprofissionalidade, e pode auxiliar nessa desconstrução e

reconstrução, visto que cada vez mais aumentam as demandas voltadas para práticas que sejam colaborativas e com foco dos usuários (BATISTA; GONÇALVES, 2011, PEDUZZI *et al.*, 2013, ALMEIDA *et al.*, 2016, RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019, OGATA *et al.*, 2021).

Ao relacionar a Educação Interprofissional (EIP) e a Educação Permanente em Saúde (EPS) percebe-se que:

Ambas constituem disparadores de processos de mudança do trabalho e da formação dos profissionais de saúde pela não reprodução de assujeitados que o modelo hegemônico de cuidado e de educação produz para o lugar de sujeitos que se desconfortam com as formas de produzir saúde-doença no cotidiano (seja como trabalhadores, estudantes, gestores, usuários, famílias e comunidade), de modo que os participantes se abram para novos caminhos e possibilidades, colocando-se em permanente reflexão e produção (OGATA *et al.*, 2021, p. 7)

Portanto, desde a graduação deve-se oportunizar aos estudantes a presença entre os diferentes, sejam eles profissionais ou estudantes de outras categorias profissionais. Exemplo disso, é o PET (Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde) voltado para o fortalecimento das ações de integração ensino-serviço-comunidade e as residências multiprofissionais em saúde que também visam integrar os diferentes saberes nos diversos serviços de saúde com profissionais e estudantes ocupando lugares que propiciem o diálogo com foco no usuário (BATISTA; GONÇALVES, 2011, PEDUZZI *et al.*, 2013, ALMEIDA *et al.*, 2016, RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019, OGATA *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a presença da universidade na APS desenvolvendo um trabalho que visa fortalecer a formação de novos profissionais para o trabalho em equipe na atenção básica aponta para uma mudança na formação dos profissionais de saúde migrando de uma lógica uniprofissional/multiprofissional para uma lógica da Colaboração Interprofissional (BATISTA; GONÇALVES, 2011, PEDUZZI *et al.*, 2013, ALMEIDA *et al.*, 2016, RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019, OGATA *et al.*, 2021).

Sendo assim, o sistema educacional se apresenta como um dos principais determinantes externos e estruturais para que haja a colaborativa interprofissional, pois representa o principal impulsionador para a promoção de valores colaborativos entre os futuros profissionais de saúde, ao passo que, também pode ser visto como impulsionador dos profissionais que desejam transformar suas práticas (MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005).

Tradicionalmente, os futuros profissionais têm sido socializados com uma forte identificação profissional que se enquadra nos limites das respectivas profissões. Tal socialização resulta em um conhecimento muito limitado dos demais profissionais da equipe. Os membros de cada profissão sabem muito pouco sobre as práticas, especialidades, responsabilidades, habilidades, valores e perspectivas teóricas dos profissionais de outras disciplinas. Este é considerado um dos principais obstáculos à prática colaborativa nas equipas de cuidados de saúde (MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005, p. 137).

Á vista disso, ter pessoas (sejam eles futuros profissionais em formação ou já formados) preparados para o SUS produz grande impacto na construção de políticas públicas voltadas para o setor saúde, pois serão os recursos humanos que levarão a frente as ideias e os princípios para um sistema de saúde mais justo, que se organize a partir de práticas colaborativas e que tenham o usuário como foco de suas ações (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Outro determinante externo e estrutural marcante para o desenvolvimento da Colaboração Interprofissional na Atenção Primária no Brasil é a concepção de Produtivismo no campo da saúde.

(...) concepção de trabalho em equipe, que toma os integrantes como insumo, enquanto recurso para aumento da produtividade e ausência de conflitos (...) favorece a competitividade, como consequência da valoração hierárquica e desigualdades sociais entre os trabalhos dos diferentes agentes (KELL; SHIMIZU, 2010, p. 1536).

(...) Uma cultura médico-centrada permanece orientando a organização do processo de trabalho das equipes, que tendem a operar sob a lógica da produção de procedimentos (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013, p. 178).

As crescentes reduções dos gastos públicos com políticas públicas, fruto das constantes crises do capitalismo e do avanço do gerencialismo no setor de saúde, ensejam ideologias produtivistas. Nelas, o trabalho em equipe é visto sob uma perspectiva utilitarista, ou seja, como um insumo que deve, cada vez mais, aumentar sua produtividade em prol do consumo desses serviços. Isso, por si só, não implica em melhor qualidade de saúde para a população (TESTON *et al.*, 2018).

Para compreender como o Produtivismo afeta os profissionais da APS, cabe refletir sobre a avaliação em saúde, que tem se estabelecido como espaço importante para a construção dessa lógica no SUS. Nela, acentua-se a produção por metas (Previne Brasil), e a rotina e a fragmentação do trabalho são vistas como espaço privilegiado, seguindo uma lógica de mercado (TESTON *et al.*, 2018, GONDIM *et al.*, 2018).

Isso porque a lógica marcada pelo capital financeiro leva em consideração resultados em termos quantitativos, ou seja, quantidade de serviços e produtos médico-hospitalares consumidos traduzidos, por exemplo, na quantidade de consultas realizadas independentemente da qualidade dessas consultas, na quantidade de medicamentos consumidos em uma lógica que desfavorece a proteção e a prevenção das doenças, bem como na quantidade de exames realizados em uma perspectiva que prioriza a média e a alta complexidade (TESTON *et al.*, 2018, p. 236).

E, associado a isso, tem-se a questão dos vínculos trabalhistas, que também se mostram com um determinante externo e estrutural importante para a consecução da Colaboração Interprofissional, visto que:

(...) alta rotatividade de trabalhadores e a flexibilização das relações de trabalho, dificultam o trabalho em equipe, que requer certa estabilidade à continuidade do projeto de trabalho e da participação dos trabalhadores (PEDUZZI *et al.*, 2011, p. 639).

Com a lógica produtivista de exploração, tem-se vivenciado um aumento do trabalho mais flexível, com diminuição dos vínculos trabalhistas e uma considerável rotatividade de trabalhadores na saúde, refletindo também na diminuição dos salários. Com isso, esses profissionais acabam por ter múltiplos vínculos a fim de obter uma remuneração capaz de prover sustento, ou mesmo o mínimo para sua subsistência (TESTON *et al.*, 2018; GONDIM *et al.*, 2018).

Além dos baixos salários, há uma discrepância salarial entre categorias profissionais, favorecendo a competitividade entre as diferentes profissões que tendem a fortalecer a hierarquia profissional em termos de melhor e pior. Como consequência de todas essas agruras, o trabalhador é forçado a se submeter a jornadas extensas de trabalho, competindo com os colegas de sua própria equipe e com outros profissionais de sua categoria para poder sobreviver, gerando um grande sofrimento e adoecimento, com conseqüente diminuição da qualidade da assistência prestada aos usuários, gerando um colapso no sistema de ponta a ponta, ou seja, do trabalhador da saúde ao usuário (TESTON *et al.*, 2018; GONDIM *et al.*, 2018).

Nesse sentido, ao compreender os passos que se delinearam a partir da concepção de produtivismo, percebeu-se que há uma estreita ligação com os vínculos trabalhistas desses profissionais e que quanto mais precários são esses vínculos, mais intensa é a exploração do trabalhador, o que gera muitos prejuízos, tanto em nível socioeconômico como físico e psíquico (TESTON *et al.*, 2018; GONDIM *et al.*, 2018).

E, ao associar essa discussão com a Colaboração Interprofissional, percebeu-se que o trabalho não é fácil, pois é uma temática deveras complexa, mas é viável. Para pensar em uma nova cultura institucional em que o baluarte é a Colaboração Interprofissional, deve-se, primeiramente, atentar aos formuladores de políticas na vertente macro ou sistêmica, visto que é nas mãos destes que estão as decisões que impactam as ações das equipes, servindo, portanto, de fundamental importância para os determinantes organizacionais e relacionais da colaboração (GONDIM *et al.*, 2018).

Consoante à literatura – que enfatiza como imprescindível que o empregado tenha boas condições no seu local de trabalho, além de saúde, segurança e retorno financeiro para que haja produtividade e resultados –, há muito ainda que se avançar em busca dessa condição também em relação à efetivação tanto dos direitos dos trabalhadores da saúde quanto do trabalhador em geral (GONDIM *et al.*, 2018, p. 71).

Portanto, a partir da sexta lente, o que se trouxe como determinantes externos e estruturais compreendeu os principais pontos abordados pelos artigos do PB. Estes determinantes podem atrapalhar ou ajudar na Colaboração Interprofissional, compreendendo que não se resumem somente a esses que foram aqui discutidos. Esses determinantes sobredeterminam a Colaboração Interprofissional e sustentam e articulam-se às demais

problemáticas relacionadas aos determinantes relacionais e organizacionais, não estando, na maioria das vezes, ao alcance direto dos trabalhadores da saúde (DUTRA; LEMOS; GUIZARDI, 2020).

Aqui é importante salientar que, mesmo os determinantes externos e estruturais não estando diretamente sob a governabilidade dos trabalhadores da saúde, eles são uma força importante para mudanças estruturais no país, como foi, por exemplo, a criação do próprio SUS e muitas outras estruturas são referências dentro e fora do próprio país.

5.3.7. Sétima Lente - Resultados

A última lente analisada foi a sétima (Resultados), que buscou compreender quais foram os achados em relação a Colaboração Interprofissional que podem contribuir para o desenvolvimento desta na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Os resultados apresentados pelos artigos do PB revelaram que a Colaboração Interprofissional ocorre quando os profissionais, de forma conjunta, buscam executar ações cuja a lógica envolva a busca de respostas às necessidades dos usuários, sendo este parceiro no processo. Com isso, um deslocamento é efetuado em que o olhar dos profissionais começa a contemplar um horizonte em que se vai além da sua própria atuação uniprofissional, devendo se tornar interprofissional. Nesse sentido, deve-se levar em conta a maior distribuição das funções, com maior divisão de tarefas, em que não haja sobrecarga de atividade sobre uma ou algumas categorias profissionais. Logo, as ações nas equipes devem ser compartilhadas para que haja um trabalho integrado (PAVONI; MEDEIROS, 2009, SILVA *et al.*, 2015, AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

A Colaboração Interprofissional requer a interação dos profissionais de saúde, componente da equipe de ESF, e isso é um processo complexo atravessado por interesses heterogêneos e compreensões divergentes das diversas profissões. Para tal objetivo, há a necessidade de superar a hierarquia das profissões que é marcada por construções arcaicas e passar a ofertar condições para sua efetivação possibilitando construir um campo comum de práticas na ESF. Isso implica um debate democrático em que haja pactuação entre as diversas categorias profissionais (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013, ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013).

Além dessas mudanças no campo das práticas, também deve haver mudanças por parte dos gestores e formuladores de políticas que precisam ter a responsabilidade de promover uma transição de cuidados de saúde fragmentados para uma prática colaborativa (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013, ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016, BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018).

O trabalho em equipe produz espaços de transformação contribuindo para a mudança de perspectiva em torno da compreensão do que seja uma ação em saúde. E, compreender as dimensões relacionais, organizacionais e os determinantes externos e estruturais podem subsidiar a formulação de estratégias para melhorar a produção do cuidado ao paciente no âmbito do sistema de saúde no Brasil (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

Outro ponto significativo analisado foi a necessidade da compreensão, por todos os componentes da equipe, sobre o que seja Colaboração Interprofissional e quais ferramentas que podem desenvolvê-la. Uma dessas ferramentas é a comunicação que é apontada como fundamental para que haja Colaboração Interprofissional na ESF. Essa comunicação deve ser efetiva, propositiva e com diálogo na busca de consenso. Outro ponto relevante é a construção histórica e política do território, pois são fatores que podem tanto facilitar quanto dificultar o desenvolvimento da Colaboração Interprofissional (ARAÚJO; ROCHA, 2007, PEDUZZI *et al.*, 2011, SCHIMITH *et al.*, 2021).

Além desses aspectos supracitados, é necessário compreender a interdisciplinaridade e interprofissionalidade, pois são fatores importantes para que se consiga analisar as limitações nas práticas em saúde na atualidade. Para isso, o Sistema Educacional deve integrar os sistemas de formação profissional e os sistemas de saúde para o alinhamento das necessidades de ambos de modo que consigam trabalhar de forma colaborativa. A Educação Interprofissional sinaliza para mudanças que vão impactar diretamente a prática colaborativa (SILVA *et al.*, 2015, BARRETO *et al.*, 2018).

Para isso, maiores investimentos devem ser realizados na articulação do ensino-serviço, pois percebeu-se que a Colaboração Interprofissional tem o maior desenvolvimento a depender da dinâmica da Educação Interprofissional em que se deve fortalecer cursos de residência, estágios na APS, preceptoria em serviço, capacitações, educação permanente em saúde, dentre outras para garantir uma colaboração ativa e sustentada ao longo do tempo (ARRUDA *et al.*, 2018).

E, nesse sentido, a ESF é um espaço privilegiado para construção e sustentação da Colaboração Interprofissional, em que a ação comum (planos e objetivos), comunicação/interação, bem como o trabalho coletivo e o perfil para o trabalho Interprofissional (formação interdisciplinar), são fatores decisivos que materializam a integralidade, um dos princípios doutrinários do SUS (SILVA; TRAD, 2005, PEDUZZI *et al.*, 2011, PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

As Equipes de Estratégia de Saúde da Família que se encontram em territórios geograficamente mais remotos têm maior necessidade de reorganização do seu processo de trabalho, ao passo que deve haver mais investimento na reestruturação das equipes com capacitação profissional, ações de educação permanente, saúde do trabalhador e melhoria das condições de trabalho (estrutura física, materiais e insumos) para que os profissionais permaneçam vinculados, compreendendo que propiciará maior colaboração entre os diversos membros da equipe e resolutividade na atenção ao usuário (FIGUEIRA *et al.*, 2020).

Reforça-se, portanto, a necessidade da Colaboração Interprofissional em que haja a articulação das ações e a interação dos agentes nos processos colaborativos, uma vez que tem ainda potencial para fazer reformas, tanto na gestão do trabalho quanto nos modelos de atenção. Para esse propósito, a Colaboração Interprofissional precisará fazer parte da agenda estratégica das transformações do SUS. Mais especificadamente, estar na agenda da APS, devendo ser reconhecida e implementada no processo de trabalho das equipes para melhoria das relações entre os profissionais e na melhoria no cuidado em saúde que coloquem as necessidades das pessoas no centro da produção do cuidado (KELL; SHIMIZU, 2010, ARAÚJO; ROCHA, 2009, MATUDA *et al.*, 2015).

5.4. AGENDA DE PESQUISA: contribuições para a área da Atenção Primária à Saúde no Brasil a luz da Colaboração Interprofissional

Os resultados encontrados na análise bibliométrica e análise sistêmica demonstraram a existência de lacunas que demandam investigações. Essas carências identificadas são entendidas como oportunidades e, diante disso, são transformadas em uma agenda de pesquisa que pode nortear avanços na área da Colaboração Interprofissional na APS no Brasil.

A Tabela 6, a seguir, sintetiza as oportunidades para os pesquisadores e gestores que desejam investigar e contribuir para a temática.

Tabela 6. Oportunidades para pesquisadores e gestores para avanço na área

Origem da Lacuna	Oportunidades para pesquisadores	Oportunidades para gestores
Análise Bibliométrica	Propõe-se fortalecer as publicações científicas sobre a Colaboração Interprofissional na área da Saúde Coletiva.	Propõe-se facilitar estudos sobre a Colaboração Interprofissional nos estabelecimentos de saúde.
	Propõe-se estabelecer uma rede de colaboração entre autores de todo o Brasil que abordem a temática da Colaboração Interprofissional.	
	Propõe-se integrar as terminologias relacionadas à Colaboração Interprofissional na produção científica nacional, visando facilitar novas pesquisas e promover um melhor diálogo entre autores nacionais e a literatura internacional.	Propõe-se utilizar as proposições dos estudos para incorporar a Colaboração Interprofissional como prática comum nos estabelecimentos de saúde, visando promover a compreensão dessa abordagem por todos os membros da equipe.

Análise Sistêmica	Propõe-se atentar para o rigor metodológico das pesquisas sobre Colaboração Interprofissional, considerando que é um campo em desenvolvimento, em que conceitos estão sendo estabelecidos, e uma abordagem bem fundamentada contribui para uma compreensão aprofundada do tema, aumentando a cientificidade e o reconhecimento da sua relevância para a saúde coletiva e outras áreas.	Propõe-se utilizar rigor metodológico dos estudos para fortalecer as práticas de Colaboração Interprofissional nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de documentos, portarias e medidas legislativas.
	Propõe-se desenvolver pesquisas mistas sobre a Colaboração Interprofissional, analisando tanto seus determinantes quantitativamente mensuráveis quanto explorando seus significados essenciais em maior profundidade.	Propõe-se a criação de uma agenda estratégica no SUS, com foco na Atenção Primária à Saúde, para promover a Colaboração Interprofissional e melhorar as relações e o cuidado em saúde, colocando as necessidades dos pacientes no centro da produção do cuidado.
	Propõe-se realizar pesquisas que integrem os determinantes externos e estruturais e as dimensões relacionais e organizacionais, a fim de obter mais respostas para o avanço da Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde no Brasil.	
	Propõe-se fortalecer a Colaboração Interprofissional nos currículos dos cursos da área da saúde, visando atender à necessidade de formação de profissionais de saúde de forma interdisciplinar.	
	Propõe-se o estabelecimento contínuo de grupos de pesquisa e estudos em Educação Interprofissional e Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde, tanto nos cursos universitários da área da saúde quanto nas instituições de formação técnica para profissionais que atuarão na APS.	

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Acredita-se que, por mais completa que seja uma pesquisa, ela sempre deixará lacunas e está justamente nelas a justificativa para o desenvolvimento de trabalhos futuros. E, com base, no conhecimento adquirido, a partir conhecimento das lacunas (oportunidades) foi possível propor uma agenda de pesquisa que pode nortear, tanto futuras pesquisas quanto aos gestores e legisladores em relação a adoção da Colaboração Interprofissional como prática corrente na Atenção Primária à Saúde e, quem sabe, no Sistema Único de Saúde como um todo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o estudo cumpriu com seu objetivo principal que foi analisar as características das produções científicas que abordavam o tema da Colaboração Interprofissional na Atenção Primária no Brasil, visando responder à pergunta de pesquisa que era: como se delineia a Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde no Brasil?

Para tanto, utilizou-se o *Knowledge Development Process – Constructivist (ProKnow-C)* que é um processo estruturado para seleção e análise da literatura científica com perspectiva construtivista que auxilia no processo de busca pela construção de conhecimento sobre um tema, que resultou em 22 artigos que representou o fragmento de literatura estudado, denominado Portfólio Bibliográfico (PB).

Nesse processo, além da seleção do Portfólio Bibliográfico, foi feita a Análise Bibliométrica, a Análise Sistêmica e Agenda de Pesquisa configurando-se nos quatro passos do *ProKnow-C*. Logo, a partir desse processo foi possível analisar a produção científica, em que se identificou o processo da Colaboração Interprofissional na APS no Brasil. E, com isso, foi possível propor uma agenda de pesquisa que pudesse contribuir com o desenvolvimento da pesquisa na área, bem como para os gestores e formuladores de políticas que devem incentivar a Colaboração Interprofissional como uma prática corrente nas equipes de ESF da APS devendo ser estabelecida desde a formação dos futuros trabalhadores de saúde.

E, diante do que foi apresentado, argumenta-se que a análise bibliométrica, a análise sistêmica e a proposição da agenda de pesquisa, desenvolvidas nesta pesquisa, atendeu ao objetivo do trabalho, uma vez que procedeu à avaliação crítica dos artigos do PB, selecionados mediante um processo estruturado e científico fornecendo, assim, subsídios venham a contribuir para a área de conhecimento da Colaboração Interprofissional na APS no Brasil.

Foi possível ainda, compreender que a maior variedade de profissionais na equipe de saúde pode modificar a estrutura do trabalho, mas não garante, por si só, a mudança requerida no processo de trabalho e a qualificação da assistência. E, para isso, se faz necessário avançar na compreensão dos processos colaborativos, olhando para o trabalho e a maneira como os profissionais se relacionam.

E, ante ao exposto, demanda-se cada vez mais que as equipes sejam integradas e tenham os usuários como principal objetivo, para isso se reconhece que a colaboração não depende, somente dos determinantes organizacionais ou relacionais, mas está intimamente ligada ao contexto maior, que envolve todo o processo de trabalho destes e está ligado aos determinantes externos e estruturais. Soma-se a isso, o processo de luta para a efetivação do Sistema Único de Saúde que é de fundamental importância para a construção de um Sistema equânime, universal e integral (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Destaca-se que essa dissertação contribuiu para o avanço do conhecimento científico a respeito do tema Colaboração Interprofissional na APS no Brasil, já que destacou os preciosos elementos da Colaboração Interprofissional gerando um conhecimento relevante, inédito e original sobre essa temática que se mostra tão complexa.

Quanto às limitações, cita-se a utilização de apenas uma base de dados e como sugestão para pesquisas futuras, indica-se que sejam incluídas, na seleção do PB, outras bases de dados.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 499-518, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/qTrtsRNKV5WJbMVrghXN93q/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2023.

ALMEIDA, Janaína Rocha de Sousa *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista da Abeno**, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 7-15, 12 jul. 2016. Associação Brasileira de Ensino Odontológico ABENO. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/248/209>. Acesso em: 18 maio 2023.

ALVES, Marília; PENNA, Cláudia Maria de Mattos; BRITO, Maria José Menezes. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 57, n. 4, p. 441-446, ago. 2004. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YQMTVLNWsp6rWDrWZT5sjys/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2023.

AFONSO, Michele Hartmann Feyh *et al.* Como construir conhecimento sobre o tema de pesquisa? Aplicação do processo *ProKnow-C* na busca de literatura sobre avaliação do desenvolvimento sustentável. **Revista de Gestão Social e Ambiental**, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 47, 27 fev. 2011. Disponível em: https://rgsa.emnuvens.com.br/rgsa/article/view/424/pdf_13. Acesso em: 23 fev. 2023.

AGUILLAR, Arthur; ALCOFORADO, Flavio. A expansão da Atenção Primária deve ser prioridade nas eleições do próximo dia 15. **Folha de S. Paulo: SAÚDE EM PÚBLICO** Políticas de saúde no Brasil em debate, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://saudeempublico.blogfolha.uol.com.br/2020/11/12/a-expansao-da-atencao-primaria-deve-ser-prioridade-nas-eleicoes-do-proximo-dia-15/>. Acesso em: 17 dez. 2020.

ARAÚJO, Eliezer Magno Diógenes; GALIMBERTTI, Percy Antônio. A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/vFKZFXT58XWLj6sdKXhDP3w/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

ARAÚJO, Eliezer Magno Diógenes; ARAÚJO JÚNIOR, José Luiz do Amaral Corrêa de. USUÁRIO, FAMÍLIA E COMUNIDADE COMO PARTE DA EQUIPE DE SAÚDE NA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL. **SANARE**, Sobral, v. 15, n. 02, p. 120-12, 13 dez. 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1046/592>. Acesso em: 27 jan. 2022.

ARRUDA, Liziene de Souza; MOREIRA, Carlos Otávio Fiúza. Colaboração Interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ). **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 199-210, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100199&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 nov. 2020.

- AZEVEDO, Rogério Cabral de; ENSSLIN, Leonardo. **Metodologia da Pesquisa para Engenheiros**. Belo Horizonte: Cefet-Mg, 2020. 196 p. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Rogério-Azevedo/publication/345778299_METODOLOGIA_DA_PESQUISA_PARA_ENGENHARIAS/links/5fb3e5ca299bf10c3686ab20/METODOLOGIA-DA-PESQUISA-PARA-ENGENHARIAS.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.
- BARR, Hugh. INTERPROFESSIONAL EDUCATION: Today, Yesterday and Tomorrow. **Centre for the Advancement of Interprofessional Education**, Reino Unido, p. 1-47, 17 jul. 2002. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h>. Acesso em: 26 maio 2022.
- BARBOSA, Simone de Pinho *et al.* Aspectos que Compõem o Perfil dos Profissionais Médicos da Estratégia Saúde da Família: o caso de um município polo de minas gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 43, n. 11, p. 395-403, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/WVHymdJBDzmFSm4f7pGLtS/>. Acesso em: 16 mar. 2023.
- BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 884-899, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9QMxSsmqMcqQPjXP9fbthCn/?lang=pt>. Acesso em: 5 abr. 2023.
- BORTOLUZZI, Sandro César; ENSSLIN, Sandra Rolim; ENSSLIN, Leonardo. Avaliação de desempenho multicritério como apoio à gestão de empresas: aplicação em uma empresa de serviços. **Gestão & Produção**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 633-650, 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/gp/a/vDCZ9NGMd4MZWVmvmtMGY9S/?lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2023.
- BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 575-586, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <https://www.scielo.br/j/csc/a/8NZjBqQKHGdkMW3TkVYWkVg/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, 1997. 36 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 23 jun. 2022.
- BRASIL. MILTON MENEZES DA COSTA NETO. (org.). **Cadernos de Atenção Básica Programa Saúde da Família: caderno 1 a implantação da unidade de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde - Sps Departamento de Atenção Básica - Dab, 2000. 44 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf. Acesso em: 11 maio 2023.
- BRASIL. **Parecer N°. Cne/Ces 1.133/2001**: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, 2001. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – CNE. Disponível em:

https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_pces113301.pdf?query=FAM%C3%8DLIA. Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008**: Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Brasília, 2008a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111889.htm. Acesso em: 12 mar. 2023

BRASIL. **Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008**: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008b Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 12 mar. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010a. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. [internet]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 24 fev. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 80p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTI3NQ==>. Acesso em: 24 fev. 2021.

BRASIL. **Portaria Nº 1.007, de 4 de maio de 2010**. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família, Brasília, 2010c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010_comp.html. Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1**: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. 39. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 21 mar. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 2016. ed. atual. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 jul. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.539, de 26 de setembro de 2019**. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada, Brasília, 2019a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2539_27_09_2019.html. Acesso em: 29 jul. 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previner Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2019b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 12 mar. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. E-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. Brasília, 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> > Acesso em: 09 de ago. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conheça a Una-SUS 2022a. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/institucional/unasus>. Acesso em: 23 jun. 2022a.

BRASIL. **Lei Nº 14.434 de 04 de agosto de 2022**. Instituir o piso salarial nacional do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. BRASIL. 2022b. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14434&ano=2022&ato=bd1ETWU5kMZpWT482>. Acesso em: 12 mar. 2023. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14434&ano=2022&ato=bd1ETWU5kMZpWT482>. Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023**: Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Considera os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica. Brasília, 2023a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14536.htm. Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 14.581 de 11/05/2023**. Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor do Ministério da Saúde. 2023b. Disponível em: [https://legis.senado.leg.br/norma/37041362#:~:text=Abre%20ao%20Or%C3%A7amento%20da%20Seguridade,para%20o%20fim%20que%20especifica.&text=CREDITO%20ESPECIAL%20%2C%20OR%C3%87AMENTO%20DA%20SEGURIDADE,MINISTERIO%20DA%20SAUDE%20\(MS\)%20](https://legis.senado.leg.br/norma/37041362#:~:text=Abre%20ao%20Or%C3%A7amento%20da%20Seguridade,para%20o%20fim%20que%20especifica.&text=CREDITO%20ESPECIAL%20%2C%20OR%C3%87AMENTO%20DA%20SEGURIDADE,MINISTERIO%20DA%20SAUDE%20(MS)%20). Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 14.572 de 08/05/2023**: Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2023c. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/37030635#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,campo%20de%20atua%C3%A7%C3%A3o%20do%20SUS>. Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. **Portaria Gm/Ms Nº 635, de 22 de maio de 2023**: Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2023d. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em: 10 mar. 2023.

BRITO, Rosineide Santana de; FERREIRA, Nathaly Ellen Maria Silva; SANTOS, Danyelle Leonettearaujo dos. Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **Saúde & Transformação Social**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 16-21, maio 2014. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1976/3643>. Acesso em: 23 fev. 2023.

BRUM, Eliane. **EU + UM + UM + UM+**: a responsabilidade de cada um na luta contra a destruição do Brasil. A responsabilidade de cada um na luta contra a destruição do Brasil. 2019. Coluna - EL PAÍS. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/05/15/politica/1557921007_146962.html. Acesso em: 03 mar. 2023.

CARVALHO, Brígida Gimenez *et al.* Management of basic health units in municipalities of different size: profile and management instruments. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 48, n. 5, p. 907-914, out. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/XZCWXQTZxcYqk9VmPpnQJJj/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2023.

CARVALHO, Marselle Nobre de. *et al.* Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 295-302, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DJFdsSxtpnwZwT7SHvNQnzR/?lang=pt>. Acesso em: 5 maio 2023.

CARVALHO, Manoela de; SANTOS, Nelson Rodrigues dos; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: reve trajetória histórica. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 37, n. 98, p. 372-387, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YgmHSdNrqr6LNCQV4rdq8P/#>. Acesso em: 5 jan. 2023.

CARDOSO, Tauani Zampieri *et al.* Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 64, n. 6, p. 1087-1093, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CGhVfPqSqTwCfw3dvdCYf3c/?lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2023.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida. **No olho do furacão**: trabalho médico e o programa saúde da família. 2003. 297 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/ct/PDF/ANGELA%20APARECIDA_tese.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius

Pires (org.). **Manual de Práticas em Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 417. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/43319/manual_das_praticas_de_atencao_basica.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 20 mar. 2023.

CASTRO, Cláudio de Moura. **A prática da pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1978.

CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION. Interprofessional Education: What, How & When? **UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education**: CAIPE Boletim, Reino Unido, ed. 13, p. 1-42, 1997. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/archived-publications/caipe-bulletin-nos-13-1997-interprofessional-education-what-how-when>. Acesso em: 25 maio 2022.

CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION. Statement of Purpose. **Centre for the Advancement of Interprofessional Education**: CAIPE, Reino Unido, p. 1-2, 16 jun. 2016. Disponível em: <https://www.caipe.org/resource/CAIPE-Statement-of-Purpose-2016.pdf>. Acesso em: 18 maio 2022.

COMMITTEE ON MEASURING THE IMPACT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION ON COLLABORATIVE PRACTICE AND PATIENT OUTCOMES; GLOBAL HEALTH; INSTITUTE OF MEDICINE. **Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes**. Washington, DC: National Academies Press, 2015. 150 p. ISBN 978-0-309-37282-4. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338360/pdf/Bookshelf_NBK338360.pdf. Acesso em: 13 abr. 2022.

COBO, Manuel J. *et al.* Science mapping *software* tools: review, analysis, and cooperative study among tools. **Journal Of The American Society For Information Science And Technology**, [S.L.], v. 62, n. 7, p. 1382-1402, 2 maio 2011. Wiley. Disponível em: <http://150.214.190.154/sites/default/files/files/ScientificImpact/mjcobo-softwareReview-2011.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2023.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [s. l.], v. 35, n. 4, p. 16-24, dez. 2006. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2023.

CHAVES, Leonardo Corrêa *et al.* Sistemas de apoio à decisão: mapeamento e análise de conteúdo. **Revista Eletrônica de Ciência Administrativa**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 6-22, 30 abr. 2013. IBEPES (Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sociais). Disponível em: <https://www.periodicosibepes.org.br/index.php/recadm/article/view/1202>. Acesso em: 23 abr. 2023.

CHANLAT, Jean-François. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. **VII Congreso Internacional del Clad Sobre La Reforma del Estado y de La Administración Pública**. Lisboa, p. 8-11. out. 2002. Disponível em: <https://doczz.com.br/doc/529818/o-gerencialismo-e-a-%C3%A9tica-do-bem-comum--a-quest%C3%A3o-da-moti...>. Acesso em: 7 abr. 2023.

CHIAVEGATO FILHO, Luiz Gonzaga; NAVARRO, Vera Lucia. A ideologia gerencialista no Sistema Único de Saúde (SUS): a organização do trabalho de médicos. **Psicologia em Revista**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 96-115, 30 jul. 2014. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682014000100007. Acesso em: 5 abr. 2023.

CRESWELL, John W. **PROJETO DE PESQUISA: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p. Luciana de Oliveira da Rocha. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/696271/mod_resource/content/1/Creswell.pdf. Acesso em: 03 jan. 2023.

CROZIER, Michel; FRIEDBERG, Erhard. **El actor y el sistema: Las restricciones de la acción colectiva**. 1. ed. México: Alianza Editorial Mexicana, 1990. Disponível em: <https://pt.b-ok.lat/book/11737469/d54b5d>. Acesso em: 23 jun. 2022.

DANTAS, Stéphanie Gonçalves Macêdo Rosa; ABRAHÃO, Ana Lúcia; SOUZA, Andrea Cardoso de. O Gerente de Unidade de Saúde da Família: reflexão teórica sobre o uso da cipeesc. **Enferm. Foco**, [s. l.], v. 16, n. 10, p. 188-192, nov. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1099643>. Acesso em: 23 mar. 2023.

D'AMOUR, Danielle. **Structuration de la Collaboration Interprofessionnelle dans les Services de Sante de Premiere Ligne au Québec**. 434 p. Thèse (Philosophie Doctor - Ph-D) - Université de Montréal, Quebec, Canadá, 1997. Disponível em: https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/tape17/PQDD_0003/NQ32608.pdf. Acesso em: 23 mar. 2022.

D'AMOUR, DANIELLE; SICOTTE, Claude; LEVY, Ron. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. **Sciences Sociales et Santé [online]**, [S. l.], v. 17, n. 13, p. 67-94, 8 set. 1999. Disponível em: https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1999_num_17_3_1468. Acesso em: 25 nov. 2021.

D'AMOUR, Danielle; OANDASAN, Ivy. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, 2005. Taylor & Francis, p. 8 – 20. Disponível em: <http://ipls.dk/pdf-filer/Interprofessionalismasthefieldofinterprofessionalpracticeandinterprofessionaleducation.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2020.

D'AMOUR, Danielle *et al.* The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, v.19 supl. 1, p. 116 – 131, 2005. Taylor & Francis, p. 8 – 20. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16096150/>. Acesso em: 16 jul. 2020.

D'AMOUR, Danielle *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Serv Res**, v. 8, n. 188, p. 1-14, 2008. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-8-188.pdf>. Acesso em: 16 set. 2020.

DINH, Ngoan Thi; HAI, Luong Dinh; PHAM, Hiep-Hung. A bibliometric review of research on employability: dataset from scopus between 1972 and 2019. **Higher Education, Skills And Work-Based Learning**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 1-21, 8 jul. 2022. Emerald. Disponível em:

<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/HESWBL-02-2022-0031/full/html?skipTracking=true>. Acesso em: 16 mar. 2023.

DUTRA, Evelyn de Britto; LEMOS, Ana Sílvia Pavani; GUIZARDI, Francini Lube. Trabalho em equipe para a construção de práticas colaborativas na saúde. In: PASSOS, Maria Fabiana Damásio (Org.). **Em mar aberto: colaboração e mediações tecnológicas na educação permanente em saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 183-215. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46107>. Acesso em: 22 ago. 2022.

ESPOSTI, Carolina Dutra Degli *et al.* O processo de trabalho do técnico em saúde bucal e suas relações com a equipe de saúde bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 372-385, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/fBNndKxq5ZWQSM6tFj8dYLw/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

ENSSLIN, Leonardo *et al.* Avaliação do desempenho de empresas terceirizadas com o uso da metodologia multicritério de apoio à decisão - construtivista. **Pesquisa Operacional**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 125-152, abr. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pope/a/ctQV3SRr5dQCsYYB8DNfRPL/?lang=pt>. Acesso em: 16 mar. 2023.

ENSSLIN, Leonardo *et al.* MODELO MULTICRITÉRIO PARA AVALIAÇÃO E SELEÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO EM UMA EMPRESA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA. **Revista Gestão Industrial**, Paraná, v. 8, n. 1, p. 164-198, 03 abr. 2012. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/revistagi/article/view/718/784>. Acesso em: 23 fev. 2023.

ENSSLIN, Leonardo; ENSSLIN, Sandra Rolim; PACHECO, Giovanni Cardoso. Um estudo sobre segurança em estádios de futebol baseado na análise bibliométrica da literatura internacional. **Perspectivas em Ciência da Informação**, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 71-91, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pci/a/6BRDBwfJVgGF37zWPZkFjTp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2023.

ENSSLIN, Sandra Rolim *et al.* EVIDENCIAÇÃO DO ESTADO DA ARTE DO TEMA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NA REGULAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS SEGUNDO A PERCEPÇÃO DOS PESQUISADORES. **Revista Gestão Pública: Práticas e Desafios**, Recife, v. 4, n. 7, p. 121-147, jul. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/gestaopublica/article/view/899/686>. Acesso em: 16 jun. 2023.

ENSSLIN, Leonardo; ENSSLIN, Sandra Rolim; PINTO, Hugo de Moraes. Processo de investigação e análise bibliométrica: avaliação da qualidade dos serviços bancários. **Revista de Administração Contemporânea**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 325-349, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/W3zfSfLkty8W9H3kt8zJTyw/>. Acesso em: 30 mar. 2023.

ENSSLIN, Sandra Rolim *et al.* Processo de mapeamento das publicações científicas de um tema: portfólio bibliográfico e análise bibliométrica sobre avaliação de desempenho de

cooperativas de produção agropecuária. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, [S.L.], v. 52, n. 3, p. 587-608, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/resr/a/tTH344D54nVgqMpQQS6RFNp/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2023.

ENSSLIN, Leonardo *et al.* Processo para evidenciação do estado da arte aplicado ao tema gestão de produção científica. **Transinformação**, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 219-228, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tinf/a/S6F75sK7gyVfwggwpr4Dcc/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2023.

ENSSLIN, Leonardo *et al.* BPM governance: a literature analysis of performance evaluation. **Business Process Management Journal**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 71-86, 3 fev. 2017. Emerald. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/BPMJ-11-2015-0159/full/html>. Acesso em: 23 fev. 2023.

ENSSLIN, Leonardo *et al.* Organisational management: a study of a company of distribution services. **International Journal Of Applied Decision Sciences**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 168, 2018. Inderscience Publishers. Disponível em: <https://www.inderscienceonline.com/doi/pdf/10.1504/IJADS.2018.090930>. Acesso em: 23 fev. 2023.

ENSSLIN, Leonardo *et al.* Mapa da Literatura e Oportunidades de Pesquisas para o Tema Gestão de Riscos de Acidentes de Trabalho na Indústria da Construção Civil. **Revista Brasileira de Gestão e Inovação**, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 48-71, 20 jan. 2022. Universidade Caxias do Sul. Disponível em: <https://sou.ucs.br/revistas/index.php/RBGI/article/view/393>. Acesso em: 23 fev. 2023.

ESCALDA, Patrícia; PARREIRA, Clélia Maria de Sousa Ferreira. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface (Botucatu) [online]**, São Paulo, v. vol.22, p. 1717-1727, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Kg5M3YCMBKsbkx4QF6DJvJt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2021.

FAQUIM, Juliana Pereira da Silva. A produção do cuidado sob o enfoque da Colaboração Interprofissional. **Jmphc | Journal Of Management & Primary Health Care | Issn 2179-6750**, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 1-2, 20 abr. 2013. Lepidus Tecnologia. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/159/162>. Acesso em: 5 abr. 2023.

FARIAS, Mariana Ramalho de; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. **Rev. Gaúch. Odontol. (Online)**, [s. l.], v. 59, n. 1, p. 109-115, nov. 2011. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/pdf/rgo/v59n1/a16v59n1.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2023.

FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. **Pesquisadores no Brasil publicam 56% dos artigos científicos originados na América Latina**. São Paulo: Fapesp, v. 3, nov. 2011. Disponível em: <https://fapesp.br/indicadores/boletim3.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2023.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 1, p. 704-709, 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

FERLA, Alcindo Antônio; COLLAR, Janaina. Está lançada a Revista Saúde em Redes! [Editorial]. **Revista Saúde em Rede**. 2015, v. 1, n. 1, ed. Rede Unida. 94p. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/view/7>. Acesso em 18 jun. 2022.

FURTADO, Juarez Pereira. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2007, v. 11, n. 22, pp. 239-255. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/NMxT747jtM8xfpFsxWshvyt/?lang=pt#>. Acesso em 18 jun. 2022.

FLICK, UWE. **Uma introdução a pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. 312 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1994. 107 p. Disponível em: http://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf/pedagogia_do_oprimido.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997. 127 p. Disponível em: <https://www.finom.edu.br/assets/uploads/cursos/categoriasdownloads/files/20190628210617.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2023.

FREIRE FILHO, José Rodrigues; FORSTER, Aldáisa Cassanho. Sustaining Interprofessional Collaboration in Brazil. *In: FORMAN, Dawn; JONES, Marion; THISTLETHWAITE, Jill. Sustainability and Interprofessional Collaboration*. Palgrave Macmillan, 2020. cap. 13, p. 235-250. Disponível em: <https://pt.b-ok.lat/book/11224172/75e951>. Acesso em: 24 mar. 2022.

GABOURY, Isabelle *et al.* Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: key components. **Social Science & Medicine**, [S.L.], v. 69, n. 5, p. 707-715, set. 2009. Elsevier BV. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953609003566>. Acesso em: 30 abr. 2023.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas S. A., 2002. 175 p. ISBN 85-224-3169-8. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em: 11 ago. 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas S. A., 2008. 201 p. ISBN 978-85-224-5142-5. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9nicas-de-pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 11 maio 2022.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia, *et al.* (orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. ISBN 978-85-7541-349-4. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5477951/mod_resource/content/2/Untitled_28052019_140908.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 44, n. 4, p. 161-176, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxlLz5prtrLwWLzNJZfQRy/>. Acesso em: 16 abr. 2023.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2023.

GOMEDI, Gustavo; BOLSONI, Ludmila Lopes Maciel; SANTOS, Aliny de Lima. Percepção dos usuários do SUS a respeito da referência e contrarreferência dentro da Rede de Atenção à Saúde. **Experiência. Revista Científica de Extensão, [online.]**, v. 7, n. 2, p. 22–39, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/experiencia/article/view/68233>. Acesso em: 9 jun. 2022.

GOMES, Clarice Brito; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; SORANZ, Daniel. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1327-1338, 6 abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/w4j9dwRc4ysdfcdRzGnMrQg/?lang=pt#>. Acesso em: 25 maio 2022.

GONDIM, Andressa Alencar *et al.* O impacto do processo de precarização laboral em serviços de saúde. **Rev. Sbph**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 56-73, jun. 2028. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v21n1/v21n1a04.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2023.

GRENN, Cris. The making of the interprofessional arena in the United Kingdom: a social and political history. **Journal of Interprofessional Care [online]**, v. 28, n. 2, p. 116-122, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/259392917_The_making_of_the_interprofessional_arena_in_the_United_Kingdom_A_social_and_political_history. Acesso em: 24 fev. 2022.

GUIMARÃES, Bárbara Emanuely de Brito; BRANCO, Andréa Batista de Andrade Castelo. Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: pesquisa bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, [S.L.], p. 143-155, 7 fev. 2020. Universidade Católica Dom Bosco. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000100011. Acesso em: 23 abr. 2023.

HARZHEIM, Erno *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1361-1374, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/hqrbGPVd3vjDDbQ67WygLdQ/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2023.

JAPIASSU, Hilton. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: IMAGO, 1976.

JESUS, Viviana Jorge de; DUTRA, Ademar; ENSSLIN, Leonardo. Avaliação de desempenho de hospitais: revisão da literatura internacional. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 15, n. 1, p. 73-92, mar. 2021. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/rca/article/view/18030/11811>. Acesso em: 23 fev. 2023.

KANAN, Lilia Aparecida *et al.* **Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde: panorama da produção científica brasileira**. Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo, [S. l.], p. 1-20, nov. 2018. Disponível em: https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/11/educacao-trabalho-interprofissional.html#google_vignette. Acesso em: 12 abr. 2023.

KIND, Luciana. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista [online]**, v. 10, n. 15, p. 124-136, 22 jun. 2004. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/202>. Acesso em: 13 jan. 2021.

KOVALESKI, Douglas Francisco; BOING, Antonio Fernando; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. Recursos humanos auxiliares em saúde bucal: retomando a temática. **Rev Odontol Unesp**, [s. l.], v. 34, n. 4, p. 161-165, nov. 2005. Disponível em: <https://www.revodontolunesp.com.br/article/588017b17f8c9d0a098b485e/pdf/rou-34-4-161.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2023.

KOCH, Amanda Manes; GASPARETTO, Valdirene; ENSSLIN, Sandra Rolim. Avaliação de Desempenho em Cadeias de Suprimentos Agroalimentares: aplicação do processo *PROKNOW-C* para geração de conhecimento. **Sociedade, Contabilidade e Gestão**, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 1-20, 8 fev. 2022. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: https://revistas.ufrj.br/index.php/scg/article/view/43437/pdf_1. Acesso em: 23 jan. 2023

KRUGER, Silvana Dalmutt; PETRI, Sérgio Murilo. Avaliação da Sustentabilidade da Produção Suinícola sob o Enfoque das Externalidades. **Revista Universo Contábil**, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 137, 20 fev. 2018. Revista Universo Contábil. Disponível em: <https://bu.furb.br/ojs/index.php/universocontabil/article/view/7047/4108>. Acesso em: 16 jun. 2023.

LACERDA, Rogério Tadeu de Oliveira; ENSSLIN, Leonardo; ENSSLIN, Sandra Rolim. Uma análise bibliométrica da literatura sobre estratégia e avaliação de desempenho. **Gestão & Produção**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 59-78, 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/gp/a/sKh5wfCCGv68fdRP8GStLXC/>. Acesso em: 23 fev. 2023.

LUNE, Howard; BERG, Bruce L. **Qualitative Research Methods for the Social Sciences**. 9. ed. Pearson, 2017. 251 p. ISBN 9781292164403. Disponível em: <https://pt.b-ok.lat/book/2922956/d11955>. Acesso em: 23 fev. 2022.

LACERDA, Rogerio Tadeu de Oliveira; ENSSLIN, Leonardo; ENSSLIN, Sandra Rolim; DUTRA, Ademar. A Constructivist Approach to Manage Business Process as a Dynamic Capability. **Knowledge And Process Management**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 54-66, jan. 2014. Wiley. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/kpm.1428>. Acesso em: 23 fev. 2023.

LINHARES, João Eduardo *et al.* Capacidade para o trabalho e envelhecimento funcional: análise sistêmica da literatura utilizando o *PROKNOW-C* (knowledge development process - constructivist). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 53-66, jan. 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nztknxn9cKmWVcmvZfj9dbN/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2023.

MACIEL, Anna Maria Becker; REUILLARD, Patrícia Chittoni Ramos. Abordagem da variação terminológica em uma base de dados de combinatórias léxicas. **Tradterm**, [S.L.], v. 26, p. 223-240, 29 dez. 2015. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/tradterm/article/view/113393/111357>. Acesso em: 5 jan. 2023.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J. Brazil's Family Health Strategy: Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **Perspective International Health Care Systems**, [online.], v. 372, n. 23, p. 2177-2181, 4 jun. 2015. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1501140>. Acesso em: 14 jun. 2022.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate [online]**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, v. 42, n. (spe1), p. 18-37, 12 set. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/18-37/pt/#>. Acesso em: 15 jun. 2022.

MALLMANN, Fernanda Hilgert; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. EDUCAÇÃO E TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: análise da produção científica de 2010 a 2017. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, [S.L.], v. 3, n. 1, p. 70-84, 15 ago. 2019. Fundacao Medica. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/91962/53656>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 311 p. Disponível em: https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india. Acesso em: 20 fev. 2023.

MAFFISSONI, André Lucas *et al.* Função matriciadora dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 119, p. 1012-1023, out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SdgYSpM8vg6jt7NwvGXh4dL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MARQUES, Rosa Maria; FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen. O financiamento do SUS no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Brazilian Journal Of Political Economy**, [S.L.], v.

43, n. 2, p. 465-479, abr. 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rep/a/9cxF8wsr3PHBdxWyyJyc37D/#>. Acesso em: 7 abr. 2023.

MARTÍN-RODRÍGUEZ, Leticia San *et al.* The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. **Journal of Interprofessional Care** [online], v. 19, ed. 1, p. 132-147, 27 abr. 2005. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820500082677>. Acesso em: 20 jul. 2022.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1181-1188, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?lang=pt>. Acesso em: 7 jan. 2023.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França. **DICIONÁRIO da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. atual. Rio de Janeiro - RJ: EPSJV, 2009. 478 p. Disponível em:
<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>. Acesso em: 15 mar. 2022.

MATUDA, Caroline Guinoza *et al.* Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/JmKzRwJ4gpgxPP9YnMTQttS/?lang=pt#>. Acesso em: 30 out. 2019.

MATUMOTO, Silvia *et al.* Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 123-130, fev. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/cMqtYP4XYqDCyDw94qD4Bhb/?lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2023.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1181-1188, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?lang=pt>. Acesso em: 5 abr. 2023.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 5, p. 137-144, dez. 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:
<https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/137-144/pt/>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p. ISBN 978-85-8071-034-2. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3393643/mod_resource/content/2/MENDES-cap%201%20APS%20nas%20RAS.pdf. Acesso em: 23 jun. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 237-248, set. 1993.

FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/Bgpmz7T7cNv8K9Hg4J9fJDb/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2023.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p. Disponível em: <https://livrogratuitosja.com/wp-content/uploads/2022/04/O-DESAFIO-DO-CONHECIMENTO-ATUALIZADO.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2023.

MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920 (Lord Dawson of Penn). London, 1920. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>. Acesso em: 26 mai. 2022.

MINAS. **MapChart**. 2023. Disponível em: <https://www.mapchart.net/index.html>. Acesso em: 27 mar. 2023.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 9, p. 1-20, 4 set. 2020. FapUNIFESP (SciELO).

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2023.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o sistema único de saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018.

FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>. Acesso em: 7 jan. 2023.

MONEZI, Nathalia de Souza *et al.* Historical and social construction of the practices of auxiliary nurses and nurse technicians in Primary Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 74, n. 2, p. 1-6, 21 maio 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/cNDYhHxyvSz7nfp534mDfCn/?lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2023.

MORGAN, Sonya; PULLON, Susan; MCKINLAY, Eileen. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. **International Journal Of Nursing Studies**, [S.L.], v. 52, n. 7, p. 1217-1230, jul. 2015. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002074891500070X?via%3Dihub>. Acesso em: 23 fev. 2023.

MORIN, Edgar. **Ciência com Consciência**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005. 350 p. Tradução Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5760699/mod_resource/content/1/Edgar%20Morin-Ci%C3%Aancia%20com%20consci%C3%Aancia-Bertrand%20Brasil%20%281996%29.pdf. Acesso em: 03 mar. 2023.

MOREIRA, Walter. **Revisão de Literatura e Desenvolvimento Científico: conceitos e estratégias para confecção**. Janus, Lorena, ano 1, n. 1, 2º sem. 2004. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/19/o/Revis__o_de_Literatura_e_desenvolvimento_cient__fico.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do; BARROS, Nelson Filice de; NOGUEIRA, Maria Inês; LUZ, Madel Therezinha. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 18, n. 12, p. 3595-3604, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pc64qpYhDGL9QDZp9DnJWzc/?lang=pt>. Acesso em: 13 abr. 2023.

NOGUEIRA, Mariana Lima. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 309-323, set. 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3p3Hn8ywnG9GWL76FNW7TF/?lang=pt>. Acesso em: 7 jan. 2023.

NOBRE, Victor. Boletim n. 2/2023: monitoramento do orçamento da saúde emendas parlamentares. **Instituto de Estudos Para Políticas de Saúde: IEPS**. Rio de Janeiro, p. 1-8. jan. 23. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/boletim-2-monitoramento-orcamento-saude-ieps.pdf>. Acesso em: 5 maio 2023.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia, *et al.* (orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5477951/mod_resource/content/2/Untitled_28052019_140908.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

NUNES, Luceime Olivia *et al.* Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.L.], v. 42, p. 1-9, ago. 2018. Pan American Health Organization. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e175/#>. Acesso em: 5 jan. 2023.

NUTO, Sharmênia de Araújo Soares *et al.* Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no nordeste brasileiro: repercussões no exercício profissional dos egressos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 5, p. 1713-1725, maio 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tpNKQySkDCJhDbDQpChM9tn/?lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2023.

OGATA, Márcia Niituma *et al.* Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 55, p. 1-9, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/K89qghvK3WgSN3pzcdKsZgR/>. Acesso em: 17 jan. 2023.

OLIVEIRA, Lindomar Subtil de *et al.* Análise Bibliométrica e Principais Dimensões da Literatura sobre Open Innovation. **International Journal Of Knowledge Engineering And Management**, [S.L.], v. 5, n. 11, p. 116, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ijkem/article/view/81844/46507>. Acesso em: 23 fev. 2023.

OLIVEIRA, Ana Luiza de Oliveira e. Sobre fazer ciência na pesquisa qualitativa: um exercício avaliativo. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 46, n. 2, p. 392-394, abr. 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/wykGTmmNZXySsYDxMH63B8k/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

OHIRA, Regina Hitomi Fukuda; CORDONI JUNIOR, Luiz; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 393-400, fev. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XngkkkDd3cktmNjCrnzrZwq/?lang=pt>. Acesso em: 7 dez. 2022.

ORTIZ-DE-URBINA-CRIADO, Marta; NÁJERA-SÁNCHEZ, Juan-José; MORA-VALENTÍN, Eva-María. A Research Agenda on Open Innovation and Entrepreneurship: a co-word analysis. **Administrative Sciences**, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 34, 10 jul. 2018. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-3387/8/3/34>. Acesso em: 23 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da organização panamericana da saúde/ organização mundial da saúde (OPAS/OMS). Washington: Opas, 2007. 33 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra, 2010. Disponível em: <http://untref.edu.ar/uploads/Marco%20formacion%20interprofesional%20OMS-portugues.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020.

OMS, BIREME/OPAS. **Descritores em Ciências da Saúde: DeCS**. São Paulo: Ed. Rev. e Ampl., 2023. Color. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>. Acesso em: 20 fev. 2023.

PAIM, Jairnilson *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet Journal**, [online.], v. 377, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext). Acesso em: 28 jul. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia, *et al.* (orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5477951/mod_resource/content/2/Untitled_28052019_140908.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

PEREIRA, Monica Aparecida Tome; BARROS, Lucivando Costa. EXPANSÃO DAS UNIVERSIDADES FEDERAIS NA REGIÃO NORDESTE A PARTIR DOS ANOS 2000: um olhar para os pequenos e médios municípios. **Realize Editora**, Campina Grande, p. 4608-4625, 2 fev. 2022. Disponível em:

https://editorarealize.com.br/editora/anais/epepe/2021/TRABALHO_EV167_MD1_SA115_ID790_22092021224901.pdf. Acesso em: 5 jan. 2023.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública [online]**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 14 fev. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?lang=pt#>. Acesso em: 21 jun. 2022.

PEDUZZI, Marina *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 14 ago. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JwHsjBzBgrs9BCLXr856tzD/?lang=pt#>. Acesso em: 26 maio 2022.

PEDUZZI, Marina *et al.* Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: MARTINS, Milton de Arruda *et al.* **Clínica Médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria**. Barueri: Manole, 2016. v. 1. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf. Acesso em: 07 ago. 2022.

PEDUZZI, Marina. O SUS é interprofissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, [S. l.], v. 20, n. 56, p. 199-201, 16 mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/7MgQL4JM9dRYFDLYYzQVLHM/?lang=pt#>. Acesso em: 7 fev. 2022.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 22, p. 1525-1534, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em: 17 fev. 2021.

PEDUZZI, Marina *et al.* Trabalho em Equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde [online]**, Rio de Janeiro, v. 18, n. suppl 1, p. 1-20, 16 mar. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 ago. 2021.

PERUZZO, Hellen Emília *et al.* The challenges of teamwork in the family health strategy. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 1-9, 2 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/z3wYmgZ93bGtBMD8HVKRtVt/?lang=pt>. Acesso em: 7 abr. 2023.

PETRI, Sérgio Murilo. **Modelo para apoiar a avaliação das abordagens de gestão de desempenho e sugerir aperfeiçoamentos: sob a ótica construtivista**. 2005. 235 f. Tese (Doutorado) - Curso de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/101763/212255.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 fev. 2023.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903- 1914, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/?lang=pt>. Acesso em: 26 abr. 2020.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 255-276, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400852156005>. Acesso em jun. 2022.

QUEIROZ, Danielle Teixeira *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, ed. 2, p. 276-283, 2007. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2020779/mod_resource/content/1/Observa%C3%A7%C3%A3o%20Participante.pdf. Acesso em: 20 out. 2022.

RAMBO, Maurício Andrade *et al.* Planejamento da Gestão da Qualidade na Movimentação de Cargas Pelos Portos: análise da literatura internacional. **Revista Fsa**, [S.L.], v. 18, n. 6, p. 44-76, 1 jun. 2021. Revista FSA. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/2305/491492829>. Acesso em: 16 mar. 2023.

REEVES, Scott. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, Butucatu, v. 20, n. 56, p. 185-197, 16 mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VrvpZyszPQ6hrVp7SFhj6XF/?lang=pt#>. Acesso em: 22 jun. 2022.

REIS, Wagner Gomes; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; CARCERERI, Daniela Lemos. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 39, n. 104, p. 56-64, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GPvjRpdBr5CCZbZRJ6jJWqS/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2023.

REIS, Denizi de Oliveira *et al.* Nem herói, nem vilão: elementos da prática médica na atenção básica em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 8, p. 2651-2660, ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n8/2651-2660/>. Acesso em: 12 jan. 2023.

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (RENASF). **Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família**. Ceará, 2023. Disponível em: <https://renasf.fiocruz.br/quem-somos/>. Acesso em: 20 mar. 2023.

RIBEIRO, Lorena Araújo; SCATENA, João Henrique Gurtler. Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família em um município de porte médio. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 7, p. 126-140, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rHhZ7ykBCQ4H76BWPYq9GyG/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2023.

RICHARTZ, Fernando; BORGERT, Altair; ENSSLIN, Sandra Rolin. Comportamento dos Custos: mapeamento e análise sistêmica das publicações internacionais. **Sociedade, Contabilidade e Gestão**, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 92-108, 5 maio 2015. Programa de Pós-graduação em Ciências Contábeis da UFRJ. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/scg/article/view/13334/9156>. Acesso em: 23 mar. 2023.

RIOS, David Ramos da Silva; SOUSA, Daniel Andrade Barreto de; CAPUTO, Maria Constantina. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 23, p. 1-20, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Y5JFvLzLD3H8sWGLHgc9ZJz/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2023.

ROY, Bernard. Decision science or decision-aid science? **European Journal Of Operational Research**, [S.L.], v. 66, n. 2, p. 184-203, abr. 1993. Elsevier BV. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/037722179390312B>. Acesso em: 16 fev. 2023.

ROMERO, Luís Carlos. **O Sistema Único de Saúde: um capítulo à parte**. In: DANTAS, Bruno *et al.* Constituição de 1988: o Brasil 20 Anos Depois [online]. Brasília: Senado Federal, Instituto Legislativo Brasileiro, 2013. v.5. ISBN: 978-8587499-04-2. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidadada>. Acesso em: 28 jul. 2022.

RONCAROLO, Federico *et al.* What do we know about the needs and challenges of health systems? A scoping review of the international literature. **BMC Health Serv Res. [online]**, v. 17, ed. 636, p. 1-18, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5591541/>. Acesso em: 12 jul. 2022.

ROSA, Fabrícia Silva da *et al.* Gestão da evidenciação ambiental: um estudo sobre as potencialidades e oportunidades do tema. **Engenharia Sanitaria e Ambiental**, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 157-166, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/esa/a/W9Mh7KpR88Yr8N7z9hT7fmR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2023.

ROSA, Fabricia Silva da *et al.* Environmental disclosure management: a constructivist case. **Management Decision**, [S.L.], v. 50, n. 6, p. 1117-1136, 22 jun. 2012. Emerald. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/00251741211238364/full/html>. Acesso em: 16 fev. 2023.

SANTOS, Thayna Larissa Aguilar dos; PENIDO, Cláudia Maria Filgueiras; FERREIRA NETO, João Leite. A dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial no Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 26, p. 1-15, ago. 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2022.v26/e210810/>. Acesso em: 7 mar. 2023.

SANGLARD-OLIVEIRA, Carla Aparecida *et al.* Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 18, n. 8, p. 2453-2460, ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/swnYQnJ4BgtyhVSWQWxQp5g/?lang=pt>. Acesso em: 7 fev. 2023.

SANTOS, Karine da Silva *et al.* O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 655-664, 28 maio 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kvr3D7Q3vsYjrFGLNprpttS/#>. Acesso em: 19 maio 2022.

SAPORITO, Bruna Esteves *et al.* Análise da organização do trabalho nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica no Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 32, n. 2, p. 1-22, nov. 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/PLRXJWnRDpdF8BhNfg6xg8p/>. Acesso em: 5 jan. 2023.

SAVASTANO, Helena. Abordagem do binômio saúde-doença e do conceito de personalidade no ecossistema: implicações em saúde pública. **Revista de Saúde Pública [online]**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 137-142, 16 jul. 1980. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/rGkYMJ5txB49mmJmfzwWdMm/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2022.

ELSEVIER. *Scopus* Amsterdam: Elsevier, 2004. Material publicitário. Disponível em: <https://www.elsevier.com/pt-br/solutions/scopus>. Acesso em: 22 abr. 2022.

SERAPIONI, Mauro; TESSER, Charles Dalcanale. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. **Saúde em Debate [online]**, [S. l.], v. 43, n. (spe5), p. 44-57, 12 dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ft6GqmSCTyxGYkG33Lmm8FP/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SILVA, Daniel José da. O Paradigma Transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental. **Workshop sobre Interdisciplinaridade**. São José dos Campos, 1999. 18 p. Disponível em: <http://cetrans.com.br/assets/textos/o-paradigma-transdisciplinar.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2022.

SILVA, Elaine Santos da *et al.* Atuação do agente comunitário na promoção da saúde na atenção básica: revisão integrativa da literatura / community agent's performance in health promotion in basic care. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 5, p. 14878-14893, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/18586/14973>. Acesso em: 23 jan. 2023.

SILVA, Tarciso Feijó da; RAMOS, Tatiana Cabral da Silva; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Redes sociais e configurações de equipes em uma unidade da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 45, n. 130, p. 618-632, set. 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NWXcvRZGzqRYFtq7dJKmgHg/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2023.

SILVA, Maiara Sardá; ENSSLIN, Sandra Rolim; MENDES, Alcindo Cipriano Argolo. Avaliação de Desempenho sob a Perspectiva da Justiça Organizacional: revisão e agenda de pesquisa. **Contabilidade Gestão e Governança**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 370-388, 30 dez. 2021. Revista Contabilidade Gestao e Governanca. Disponível em: <https://revistacgg.org/index.php/contabil/article/view/2753>. Acesso em: 23 jan. 2023.

SILVA, Iramildes Souza; ARANTES, Cássia Irene Spinelli. Power relations in the family health team: focus on nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 70, n. 3, p. 580-587, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yrHLD76PtNLYxRG7Pxs5MyD/?lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2023.

SIDONE, Otávio José Guerci; HADDAD, Eduardo Amaral; MENA-CHALCO, Jesús Pascual. A ciência nas regiões brasileiras: evolução da produção e das redes de colaboração científica. **Transinformação**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 15-32, abr. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tinf/a/tvBDyptMBFSxRSt3VngySRC/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2023.

SUASSUNA, Livia. Pesquisa qualitativa em educação e linguagem: histórico e validação do paradigma indiciário. **Perspectiva**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 341-377, 22 abr. 2009. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795x.2008v26n1p341/9576>. Acesso em: 23 jan. 2023.

SOARES, Caroline Schilling. **Programa Previne Brasil**: análise da mudança do modelo de financiamento federal da atenção primária à saúde em municípios do estado de minas gerais. 2022. 189 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/47245/1/TCM%20Caroline%20Schilling%20Soares%20final%2023102022.pdf>. Acesso em: 21 maio 2023.

TAQUETTE, Stella Regina; MINAYO, Maria Cecília. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 417-434, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/sFGYqhpzR9wGbhJXz7wjvGv/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2023.

TASCA, Jorge Eduardo *et al.* An approach for selecting a theoretical framework for the evaluation of training programs. **Journal Of European Industrial Training**, [S.L.], v. 34, n. 7, p. 631-655, 31 ago. 2010. Emerald. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/03090591011070761/full/html>. Acesso em: 16 jun. 2023.

TESTON, Luci Maria *et al.* Avaliação no SUS: uma crítica à ideologia do produtivismo no capitalismo contemporâneo. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 3, p. 226-239, nov. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/wtcY5g8D3bJG3WYNLL7sDWD/>. Acesso em: 16 fev. 2023.

UGÁ, Maria Alicia D.; PORTO, Silvia Marta; PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lúgia, *et al.* (orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. ISBN 978-85-7541-349-4. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5477951/mod_resource/content/2/Untitled_28052019_140908.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

VALENTIM, Igor Vinicius Lima; KRUEL, Alexandra Jochims. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 777-788, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QjQt3stGbwRL9GHwR89yZTS/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2023.

VALMORBIDA, Sandra Mara Lesbik *et al.* Avaliação de Desempenho para Auxílio na Gestão de Universidades Públicas: análise da literatura para identificação de oportunidades de pesquisas. **Contabilidade, Gestão e Governança**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 4-28, dez. 2014. Disponível em: <https://revistacgg.org/index.php/contabil/article/view/520/pdf>. Acesso em: 23 fev. 2023.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; LIMA, Luciana Dias de. Distorções das emendas parlamentares à alocação equitativa de recursos federais ao PAB. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 56, p. 1123-14, 7 dez. 2022. Universidade de São Paulo, Agencia USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2022.v56/123/pt/>. Acesso em: 5 maio 2023.

WARMLING, Cristine Maria; CIPRIANI, Charlene Rosiris; PIRES, Fabiana Schneider. PERFIL DE AUXILIARES E TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL QUE ATUAM NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Revista de Aps**, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 592-601, nov. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15658/8202>. Acesso em: 7 jan. 2023.

VAN ECK, Nees Jan; WALTMAN, Ludo. **VOSviewer Manual**. Leiden: Universiteit Leiden, 2022. 54 p. Disponível em: https://www.vosviewer.com/documentation/Manual_VOSviewer_1.6.18.pdf. Acesso em: 03 fev. 2023.

VAN ECK, Nees Jan; WALTMAN, Ludo. Versão 1.6.19. Universidade de Leiden, 2023. Disponível em: <https://www.vosviewer.com/>. Acesso em: 23 fev. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Executive Board 101st Session: RESOLUTIONS AND DECISIONS ANNEXES**. Genebra: [s. n.], 1998. 114 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255587/EB101-1998-REC-1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes- WHO. Framework for Action**. Genebra: [s. n.], 2007. 56 p. ISBN 978 92 4 159607 7. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077_eng.pdf. Acesso em: 30 jun. 2022.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães *et al.* Auxiliares e técnicos de enfermagem na saúde da família: perfil sociodemográfico e necessidades de qualificação. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 51-64, jun. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/GkQD3w839HbBgr3tHtNPfTg/?lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2023.

ZWARENSTEIN, Merrick; REEVES, Scott; PERRIER, Laure. Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions. **Journal of Interprofessional Care [online]**, v. 19, n. suppl 1, p. 148-165, 6 jul. 2005. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820500082800>. Acesso em: 13 jul. 2022.

REFERÊNCIAS DO PORTÓFÓLIO BIBLIOGRÁFICO

AGRELI, Heloise Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 20, n. 59, p. 905-916, 13 maio 2016.

AGRELI, Heloise F.; PEDUZZI, Marina; BAILEY, Christopher. The relationship between team climate and interprofessional collaboration: preliminary results of a mixed methods study. *Journal Of Interprofessional Care*, [S.L.], v. 31, n. 2, p. 184-186, 9 fev. 2017.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Saúde da família: mudando práticas? estudo de caso no município de natal (rn). *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 1439-1452, out. 2009.

ARAÚJO, Eliezer Magno Diógenes; GALIMBERTTI, Percy Antonio. A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Psicologia & Sociedade*, Ceará, v. 2, n. 25, p. 461-468, jan. 2013.

ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares *et al.* O desenvolvimento da Colaboração Interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 1309-1323, 2018.

BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha *et al.* Integração de instituições de ensino superior com sistemas municipais de saúde à luz de uma tipologia da Colaboração Interprofissional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 1365-1376, 2018.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 1-20, 8 out. 2018.

CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 53, p. 143-147, dez. 2000.

- ELLERY, Ana Ecilda Lima; PONTES, Ricardo Jose Soares; LOIOLA, Francisco Antonio. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 415-437, jun. 2013.
- FIGUEIRA, Maura *et al.* Fluvial family health: work process of teams in riverside communities of the brazilian amazon. *Rural And Remote Health*, [S.L.], p. 1-9, 17 jul. 2020.
- FURTADO, Juarez Pereira. Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 178–189, 2011.
- KELL, Maria do Carmo Gomes; SHIMIZU, Helena Eri. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 1533-1541, jun. 2010.
- PEDUZZI, Marina *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis* [Internet], Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p. 629-646, jul. 2011.
- MATUDA, Caroline Guinoza *et al.* Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 20, n. 8, p. 2511-2521, ago. 2015.
- PAVONI, Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 62, n. 2, p. 265-271, abr. 2009.
- MATUDA, Caroline Guinoza; AGUIAR, Dulce Maria de Lucena; FRAZÃO, Paulo. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 173-186, mar. 2013.
- PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [S.L.], v. 39, p. 1-9, 2 ago. 2018.
- ROCHA, Francisca Alanny Araújo; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; MOREIRA, Ana Ester Maria Melo. Colaboração Interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 20, n. 57, p. 415-426, 16 fev. 2016.
- SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; PEDUZZI, Marina; ORCHARD, Carole; LEONELLO, Valéria Marli. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde*. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [S.L.], v. 49, n. 2, p. 16-24, dez. 2015.
- SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bomfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005.

SCHIMITH, Maria Denise *et al.* Communication in health and inter-professional collaboration in the care for children with chronic conditions. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.L.], v. 29, p. 1-9, 2021.

APÊNDICE A: Roteiro de perguntas para cada artigo de acordo com as lentes da pesquisadora

Título do Artigo:		Autores do artigo
Primeira Lente	Qual a abordagem do artigo?	Aspectos Relevantes
	Qual a forma de coleta de dados?	Recursos para a coleta de dados
Segunda Lente	Quais as categorias profissionais citadas no artigo?	Aspectos Relevantes
	E, por que estão presentes?	Aspectos Relevantes
Terceira Lente	Quais as regiões e estados em que foi aplicada a pesquisa?	Aspectos Relevantes
	Quais os locais de filiação institucional dos pesquisadores do artigo?	Aspectos Relevantes
Quarta Lente	Quais as definições de Colaboração Interprofissional apontadas no artigo?	Aspectos Relevantes
Quinta Lente	Quais dimensões e indicadores (Modelo Quadridimensional de Colaboração) são apresentados no artigo, considerando seus conceitos? (ver APÊNDICE B)	Aspectos Relevantes
Sexta Lente	O artigo cita ou discute fatores externos à organização, como os sistemas sociais, culturais, profissionais e educacionais (determinantes externos e estruturais) para construção da Colaboração Interprofissional?	Aspectos Relevantes
Sétima Lente	Quais os resultados apresentados nesse artigo?	Aspectos Relevantes

APÊNDICE B: Roteiro das perguntas em relação às dimensões e indicadores por artigo

	Indicador	Pergunta	Artigo	Aspectos Relevantes
DIMENSÃO OBJETIVOS E VISÃO COMPARTILHADOS	Objetivos Comuns	O artigo discute sobre compartilhamento de objetivos entre os membros das equipes estudadas?		
	Orientação centrada no usuário <i>versus</i> outros interesses	O artigo discute como as equipes lidam com os usuários dos serviços?		
DIMENSÃO INTERNALIZAÇÃO	Conhecimento mútuo	O artigo discute sobre a importância do conhecimento pessoal e profissional de cada membro pertencente à equipe?		
	Confiança	O artigo discute situações no trabalho relacionadas a confiança nas competências uns dos outros e na capacidade de assumir responsabilidades (confiança mútua)?		
DIMENSÃO GOVERNANÇA	Centralidade	O artigo discute sobre participação das instâncias superiores como meio de promover a Colaboração Interprofissional? Eles mostram acordos para oficializar a colaboração?		
	Liderança local	O artigo discute sobre as diversas lideranças estabelecidas no ambiente de trabalho?		
	Apoio à inovação	O artigo discute mudanças nas práticas clínicas e no compartilhamento de		

		responsabilidades (mudança no processo de trabalho)?		
	Conectividade (espaços de discussão)	O artigo discute sobre os espaços de discussão e de construção de vínculos entre os profissionais da equipe?		
DIMENSÃO FORMALIZAÇÃO	Acordos Formais Firmados	O artigo discute sobre regras específicas (protocolos combinados), ferramentas formalizadas: acordos intraorganizacionais, protocolos, sistemas de informação, etc. entre os membros das equipes estudadas?		
	Intercâmbio de informações	O artigo discute sobre compartilhamento de informações entre os profissionais?		

