

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CARLA CRISTINA DEL VALLE**

**Implicações das relações interprofissionais no  
trabalho da (o) enfermeira (o) da Atenção Primária à Saúde**

**São Carlos/ SP  
2024**

**CARLA CRISTINA DEL VALLE**

**Implicações das relações interprofissionais no trabalho da  
(o) enfermeira (o) da Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Trabalho e Gestão em Saúde.

**Orientadora:** Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

**São Carlos/ SP  
2024**



# UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

## Folha de Aprovação

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Carla Cristina Del Valle, realizada em 01/02/2024.

### Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva (UFSCar)

Prof. Dr. Flávio Adriano Borges Melo (UFSCar)

Profa. Dra. Geisa Colebrusco de Souza Gonçalves (UNIFESP)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

## RESUMO

**Introdução:** As relações interprofissionais no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) podem ser reconhecidas a partir da organização do processo de trabalho em saúde. A prática interprofissional é essencial para a atenção à saúde eficaz e integral, com o reconhecimento das necessidades de saúde e vulnerabilidades da população. Considera-se a atuação da (o) enfermeira (o) no trabalho em equipe, na articulação e coordenação do cuidado, na centralidade da atenção ao usuário e na identificação das necessidades de saúde e vulnerabilidades. **Objetivo:** Compreender, sob a perspectiva da (o) enfermeira (o), como ocorrem as relações interprofissionais no contexto da APS; como a (o) enfermeiro reconhece o trabalho interprofissional e como este influencia na sua atuação; investigar como a pandemia do coronavírus interferiu no trabalho interprofissional na APS. **Método:** Foi realizado um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, conduzido em um município de médio porte, localizado no estado de São Paulo, com enfermeiras (os) atuantes na APS. Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas, com posterior transcrição e análise de conteúdo temático à luz do referencial do processo de trabalho e dos atributos da prática interprofissional. Este estudo seguiu os preceitos éticos para pesquisa com seres humanos. **Resultados:** Foram realizadas entrevistas com doze enfermeiras (os), cujos dados possibilitaram a construção de três categorias temáticas: o trabalho da (o) enfermeira (o) e seu papel na gestão do cuidado integrada ou fragmentada: dimensões assistencial e administrativa; Interprofissionalidade e a APS: fragilidades e dificuldades que persistem; a pandemia do coronavírus afetando as relações interprofissionais de trabalho. **Conclusão:** No cuidado à saúde na APS, destaca-se a atuação da (o) enfermeira (o), com ênfase nas atividades administrativas em seu processo de trabalho. O trabalho interprofissional é manifestado por meio da parceria, apoio mútuo, vínculo e comunicação, contudo é dificultado pela falta de engajamento, atuação verticalizada e centralizadora. A pandemia da COVID-19 alterou as relações de trabalho, com adoecimento dos trabalhadores e sobrecarga no trabalho. Ressalta-se o destaque da colaboração interprofissional para fortalecimento das relações de trabalho durante a pandemia, aspecto que requer constantes investimentos para o avanço na direção de práticas mais integradas.

**Palavras-chave:** Relações Interprofissionais, Equipe de Assistência ao Paciente, Atenção Primária à Saúde, Trabalho, Enfermagem.

## ABSTRACT

**Introduction:** Interprofessional relationships in the context of Primary Health Care (PHC) can be recognized from the organization of the health work process. Interprofessional practice is essential for effective, comprehensive healthcare, recognizing the health needs and vulnerabilities of the population. The nurse's role is considered to be teamwork, the articulation and coordination of care, the centrality of patient care and the identification of health needs and vulnerabilities. **Objective:** To understand, from the nurse's perspective, how interprofessional relationships occur in the context of PHC; how nurses recognize interprofessional work and how it influences their work; to investigate how the coronavirus pandemic has interfered with interprofessional work in PHC. **Method:** A descriptive, qualitative study was carried out in a medium-sized municipality in the state of São Paulo, with nurses working in PHC. Semi-structured interviews were conducted and then transcribed and their thematic content analyzed in the light of the work process and the attributes of interprofessional practice. This study followed the ethical precepts for research with human beings. **Results:** Interviews were conducted with twelve nurses, whose data enabled the construction of three thematic categories: the work of nurses and their role in integrated or fragmented care management: care and administrative dimensions; Interprofessionality and PHC: persistent weaknesses and difficulties; the coronavirus pandemic affecting interprofessional working relationships. **Conclusion:** In PHC health care, the role of the nurse stands out, with an emphasis on administrative activities in their work process. Interprofessional work is manifested through partnership, mutual support, bonding and communication, but is hampered by a lack of engagement, vertical and centralized action. The COVID-19 pandemic has altered working relationships, with workers falling ill and becoming overworked. The interprofessional collaboration to strengthen working relationships during the pandemic stands out, an aspect that requires constant investment to move towards more integrated practices.

**Keywords:** Interprofessional Relations, Patient Care Team, Primary Health Care, Work, Nursing

## APRESENTAÇÃO

Nas próximas páginas, apresento um trabalho que procurou compreender como ocorrem as relações interprofissionais na perspectiva da (o) enfermeira (o). Esta investigação foi realizada no âmbito da APS do Sistema Único de Saúde, porta de entrada preferencial dos sistemas de saúde e instrumento de transformação do cuidado em saúde.

O interesse pelo tema está ligado à minha trajetória profissional. Atuei em Unidade de Saúde da Família, Pronto Socorro e em Unidade Especializada, tendo sempre a atenção em saúde como base. Enquanto profissional, foi possível estar em serviços diferentes e compreender a magnitude da importância da APS qualificada e atuante.

Na vivência como coordenadora do Programa Municipal de Infecções Sexualmente Transmissíveis/ Aids (IST/Aids), no município de Franca/SP, no período de 2008 a 2020, atuando em parceria com a Diretoria Regional de Saúde, foi possível aproximar e realizar o treinamento das equipes de saúde dos 22 municípios da região.

Estes treinamentos eram conduzidos por uma equipe de multiplicadores, da qual fiz parte. Tinha carga horária de vinte e oito horas e contava com a participação de profissionais de categorias diversas. Abordávamos não só os procedimentos para a execução dos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C, mas também a avaliação de risco e vulnerabilidades, a importância da atuação do profissional na revelação diagnóstica, entre outros. Eram realizados de forma contínua, conforme demanda dos serviços e a equipe também dava suporte para a implantação da testagem nos serviços de saúde.

Sempre chamou atenção a forma como cada profissional trabalha com o outro, como integrante da equipe de saúde, como ele enxerga o usuário e o seu papel para fortalecimento dos serviços.

O ingresso no mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de São Carlos, no ano de 2022, possibilitou transformar o questionamento inicial em objeto de estudo e ampliar a minha visão sobre o tema, com aprofundamento teórico obtido na orientação, nas disciplinas cursadas, leituras realizadas e no grupo de pesquisa.

Assim, a partir da experiência profissional e com o embasamento alcançado, considerando como pressuposto a falta de colaboração da (o) enfermeira (o) e o

reconhecimento de seu papel como articuladora do cuidado em saúde realizou-se este estudo.

Fica o agradecimento pelo caminho percorrido até aqui e a convicção de que a vivência e o aprofundamento teórico propiciado pela pesquisa reafirmam a necessidade de reflexão sobre a prática da (o) enfermeira (o) como integrante da equipe, a importância da participação do usuário e a necessidade de fortalecimento da APS.

## LISTA DE SIGLAS

<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisas
<b>CNE</b>	Conselho Nacional de Educação
<b>CES</b>	Câmara de Educação Superior
<b>COVID-19</b>	Doença do Coronavírus 2019 (Coronavirus Disease)
<b>DCN</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>DRS</b>	Direção Regional de Saúde
<b>eAB</b>	Equipe de Atenção Básica
<b>EACS</b>	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
<b>eMulti</b>	Equipe Multiprofissional na APS
<b>EPI</b>	Equipamentos de Proteção Individual
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>eSF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>eSB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>IST</b>	Infecção Sexualmente Transmissível
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>Nasf-AB</b>	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
<b>NOB 96</b>	Norma Operacional Básica do SUS – 1996
<b>SARS-CoV-2</b>	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PAB</b>	Piso de Atenção Básica
<b>PET</b>	Programa de Educação pelo Trabalho
<b>PNAB</b>	Política Nacional da Atenção Básica
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>24</b>
2.1. Processo de trabalho em saúde .....	24
2.2. Processo de trabalho em Enfermagem .....	27
2.3. Trabalho interprofissional .....	30
<b>3. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>32</b>
<b>4. OBJETIVOS .....</b>	<b>33</b>
4.1. Geral.....	33
4.2. Específicos .....	33
<b>5. METODOLOGIA.....</b>	<b>34</b>
5.1. Tipo de estudo.....	34
5.2. Cenário do estudo .....	34
5.3. Participantes do estudo .....	35
5.4. Coleta de dados .....	35
5.5. Instrumento .....	36
5.6. Análise dos dados .....	36
5.7. Aspectos éticos .....	37
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
<b>7. DISCUSSÃO .....</b>	<b>60</b>
<b>8. CONCLUSÃO.....</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>80</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O tema central deste estudo são as implicações das relações interprofissionais no trabalho da (o) enfermeira (o) da Atenção Primária à Saúde (APS). As relações interprofissionais no contexto da APS no Brasil podem ser reconhecidas a partir da organização do processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF).

A APS é o primeiro nível de atenção à saúde, caracterizando-se pelo conjunto de ações a nível individual, familiar e coletivo que incluem a promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Envolve, ainda, os cuidados paliativos e a vigilância em Saúde. Estas ações são desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado (Brasil, 2017).

A APS apresenta-se como estratégia de organização e reestruturação dos serviços de saúde (Starfield, 2002; Cecílio; Reis, 2018). À medida que forem fortalecidos, será possível reformar e regular os sistemas de saúde, garantir o acesso universal à saúde e à proteção social, atender às necessidades de saúde, promover comportamentos e estilos de vida e reduzir os riscos sociais e ambientais para a saúde (Cecílio; Reis, 2018).

Com a introdução de uma rede de serviços de saúde de APS, o centro de assistência à saúde pode passar de hospitais e serviços especializados para uma rede de unidades de saúde com uma base de clientela adscrita, cadastrada em áreas selecionadas, respeitando as diferenças regionais, as características dos municípios e a estrutura dos sistemas locais de saúde. Nessas unidades, atuam equipes multiprofissionais focadas no atendimento integral e humanizado, apoiadas por gestores comprometidos (Cecílio; Reis, 2018).

Para a implantação efetiva de uma rede de APS, algumas dificuldades precisariam ser superadas. Cecílio; Reis (2018) citam a complexidade das diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que levam à formulação de políticas ideais, sem relação com o mundo real das equipes; a inserção periférica e o isolamento da APS em relação ao sistema de saúde, dificultando a sua atuação como coordenadora do cuidado; a escassez de gestores, gerentes e trabalhadores preparados e atuantes no projeto transformador do modelo assistencial vigente.

Para superar as dificuldades acima, recomenda-se: coordenar o cuidado de forma mais sistemática, articulando o fortalecimento das ações locais de

microrregulação com a atuação dos centros de regulação e controle social; contar com atuação do SUS como centro de comunicação e coordenação; estabelecer processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) nos serviços; implementar um modelo de gestão mais participativo, alicerçado na filosofia da cogestão (Cecílio; Reis, 2018).

A APS, na sua organização, é direcionada por eixos que são denominados de atributos essenciais, como a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. Orienta-se, também, por atributos derivados, como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural (Starfield, 2002).

Considerando os atributos essenciais, pode-se dizer que a atenção no primeiro contato significa que os usuários podem acessar e usar os serviços de saúde para qualquer problema. Pode ser definida como a porta de entrada para os serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe reconhecem esse serviço como o primeiro recurso a ser procurado quando há uma necessidade ou problema de saúde (Starfield, 2002). Para que seja acessível, é preciso que o serviço elimine as barreiras físicas, geográficas, organizacionais e culturais, possibilitando a utilização por parte dos usuários (Giovanella *et al.*, 2012).

A longitudinalidade manifesta-se através da presença de uma fonte regular de cuidados, utilizada por um longo do tempo. Assim, mesmo que haja uma interrupção na continuidade do cuidado, isto não significa que o relacionamento pessoal de longo prazo entre as (os) profissionais de saúde e os clientes não exista ou esteja rompido (Starfield, 2002).

A integralidade é um dos pilares no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), possuindo quatro dimensões: priorização das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, conexão entre as ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem holística do indivíduo e das famílias (Starfield, 2002).

Os níveis de atenção e assistência – atenção primária, atenção secundária e terciária – são estabelecidos pela Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 e são usados para organizar os tratamentos e serviços oferecidos pelo SUS. A atenção primária envolve ações e atendimentos voltados à prevenção e promoção à saúde; a atenção secundária envolve a média complexidade e é composta por uma rede serviços especializados, encontrados em hospitais e ambulatórios; a atenção terciária representa a alta complexidade, com atendimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores (Brasil, 2010).

A coordenação entre os níveis de atenção é definida como o alinhamento de diferentes serviços e intervenções de saúde para que sejam sincronizados e visam atingir objetivos comuns, independentemente do local onde sejam prestados. Tem por finalidade proporcionar aos usuários um conjunto de serviços e informações que respondam às suas necessidades de saúde (física, psicológica e social) de forma integrada por meio de vários pontos da rede de saúde (Starfield, 2002).

Para existir coordenação do cuidado deve ocorrer a transferência de informações sobre os problemas de saúde e a atenção recebida, de modo a garantir a continuidade do cuidado. Vale considerar que a coordenação do cuidado se torna especialmente importante quando se considera o envelhecimento populacional, as mudanças no perfil epidemiológico e a diversidade tecnológica das práticas assistenciais (Giovanella *et al.*, 2012). A coordenação do cuidado apresenta-se como resultado da integração assistencial e pode ser definida como a conexão de todos os serviços e ações relacionados à atenção ao usuário. Assim, independentemente do local onde sejam ofertados, o objetivo comum poderá ser alcançado (Longest; Young, 2000). Considera as singularidades do indivíduo, em diferentes momentos de sua vida, visando a promoção do bem-estar, por meio do provimento ou disponibilização das tecnologias de saúde (Cecílio, 2011).

Na mesma direção dos atributos definidos por Starfield (2002), a aprovação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) traz como diretrizes a regionalização e hierarquização, a territorialização e adscrição, o trabalho com população adscrita, a longitudinalidade do cuidado, a coordenação do cuidado, ordenação das redes e a participação da comunidade (Brasil, 2017).

Para que os serviços sejam ofertados à população na APS, o SUS conta com tipos de equipes diferenciadas, constituídas por diferentes categorias profissionais, com objetivos gerais e específicos para a realização do trabalho. Estas equipes podem ser classificadas em: Equipe de Saúde da Família (eSF), Equipe da Atenção Básica (eAB), Equipe de Saúde Bucal (eSB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (Brasil, 2017).

O Nasf-AB, com a publicação da Portaria GM/MS nº635, é apontado como Equipe Multiprofissional na APS (eMulti), composta por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da APS (Brasil, 2023).

As equipes de saúde supracitadas exercem seu trabalho em diferentes unidades de saúde, como por exemplo: o Programa de Saúde da Família (PSF), a Unidade de Saúde da Família (USF), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Unidade Básica de Saúde (UBS).

O PSF foi implementado em 1993, pelo Ministério da Saúde (MS), como proposta de reorganização do modelo assistencial, com fortalecimento das ações preventivas. Foi incentivado pela Norma Operacional Básica do SUS, de 1996 (NOB 96), que trouxe, entre outros fatores, a mudança na alocação de recursos federais para estados e municípios, fortalecendo a capacidade gestora do Estado (Giovanella *et al.*, 2012).

Estabelece-se, então, o Piso de Atenção Básica (PAB), com as variantes fixo e variável. O PAB fixo constitui-se da transferência *per capita*, com valor fixo por habitante/ano. O PAB variável é composto por incentivos financeiros para adoção de programas estratégicos, estimulando, assim, que municípios organizassem sua assistência, intensificando o processo de municipalização da saúde, buscando a consolidação do SUS e a transformação das práticas sociais em saúde (Giovanella *et al.*, 2012).

A USF constitui-se porta de entrada preferencial dos serviços de saúde local e o primeiro nível de atenção resolutivo. Conta, na equipe, com médico generalista, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (Giovanella *et al.*, 2012).

A USF, com mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial, passa a constituir a eSF. Ocorre, então, a ampliação da atuação da equipe sobre os determinantes do processo saúde-doença. A eSF é composta por médico generalista, enfermeiro, um ou dois auxiliares/ técnicos de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde e, a ela, podem estar associadas equipe de saúde bucal (ESB) (Giovanella *et al.*, 2012).

Paralelamente à implantação das eSFs, a UBS tradicional mantinha o atendimento da demanda espontânea e à programas assistenciais específicos. Em 2006, com a edição da PNAB, a funcionalidade da UBS foi revista, considerando as modalidades segundo o modelo de atenção predominante – UBS com ou sem eSF (Giovanella *et al.*, 2012).

Assim, para o trabalho, as equipes de saúde estão lotadas em unidades de saúde organizadas de formas diferentes e, para este estudo, abordaremos a Estratégia de Saúde da Família e a Unidade Básica de Saúde tradicional.

Independente da forma que as equipes estão organizadas, cabe à APS a integração da rede de serviços, com a garantia de acesso, integralidade da assistência e cuidado contínuo à população (Giovanella *et al.*, 2012).

Com isso, reforçando a ideia de Cecílio; Reis (2018) sobre a complexidade PNAB, Giovanella (2018) aponta que são reconhecidos os avanços na APS, porém, com a reformulação da PNAB, em 2017, são estabelecidas ameaças ao SUS, por conta da definição de teto para gastos em saúde, com congelamento das despesas por vinte anos, reajustadas apenas pela inflação. Consequentemente, há o subfinanciamento, com a perda de recursos para o SUS, e aumento da pressão sobre os municípios.

Outra preocupação, apontada por Giovanella (2018), é a unificação dos termos atenção básica à saúde e atenção primária à saúde, o que representa um risco de retrocesso na saúde, com a oferta de atenção seletiva, restrita e focalizada, com dúvida sobre a significado de universalidade.

Em contraponto, o reconhecimento dos determinantes sociais, a participação social, a indissociabilidade da saúde e do desenvolvimento econômico - social, a garantia do acesso universal e primeiro ponto do sistema de saúde, com a concepção de atenção primária à saúde integral, fazem-se necessários para o fortalecimento do SUS (Giovanella, 2018).

Somando-se a esses fatores, Giovanella (2018) ainda aponta o descompasso entre a formulação política e a sua implementação real. A formulação de políticas ocorre de forma centralizadora, com regras padronizadas, sem considerar as diferenças sociodemográficas e características dos municípios, rompendo a prioridade da eSF e trazendo repercussões negativas para a APS.

Quanto ao financiamento das ações em saúde no âmbito do SUS, em 2019 foi publicada a Portaria nº 2.979/2019, que institui o Programa Previne Brasil. Isso estabeleceu um novo modelo de financiamento para os fundos da APS, mudando a forma como as remessas aos municípios são transferidas e distribuídas de acordo com três critérios: capitação ponderada (baseado no número de pessoas cadastradas), pagamento por desempenho (a depender dos resultados alcançados

no conjunto de indicadores monitorados e avaliados no trabalho das equipes) e incentivo para ações estratégicas, com base em critério populacional (Brasil, 2019).

Essa ação pode prejudicar ainda mais a oferta de serviços pelos municípios, colocando em perigo a disponibilidade desses.

Somando-se aos fatores apresentados, considera-se também a formação e atuação eficaz dos trabalhadores, influenciando na funcionalidade do SUS. Os trabalhadores da saúde precisam ser preparados e atualizados de modo permanente, superando os desafios impostos pela rotina de trabalho.

A Enfermagem tem seu processo formativo, baseado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), na Resolução CNE/CES Nº 3, que prevê a formação da enfermeira generalista, humanista, crítica e reflexiva. Indica, ainda, a necessidade da atuação ética e a capacidade de intervir nos processos saúde-doença, considerando seus determinantes biopsicossociais, atuando no desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, em nível individual ou coletivo, buscando a promoção da saúde integral (Brasil, 2001).

A formação do profissional deve ocorrer de maneira integrada, envolvendo a educação e o trabalho, devendo os serviços públicos integrantes do SUS constituir-se em campo de prática para o ensino. Tais serviços apresentam características específicas que possibilitam a atuação no cuidado individual e coletivo, considerando os determinantes sociais da saúde. Assim, tendo como referência as necessidades de saúde, há o fortalecimento do trabalho e da atuação técnica, política e cidadã das (os) enfermeiras (os) com visão crítica, reflexiva e comprometida com a ressignificação das práticas e inovações. O trabalho interprofissional, presente nas unidades de saúde, é essencial para a formação do profissional e o seu desenvolvimento é essencial para a saúde das pessoas, grupos sociais e populações (Brasil, 2018).

O investimento na qualificação, especialmente em APS, com a inclusão da unidade de saúde como integrante do processo formativo, e a oferta de condições dignas de trabalho, com o reconhecimento profissional são desafios a serem superados para o fortalecimento da Enfermagem e do SUS (Thumé *et al.*, 2018).

Para Giovanella (2018), o avanço na qualificação do profissional da APS e a desprecarização do trabalho, com o estabelecimento de carreira SUS e dedicação exclusiva reduziriam a fragmentação do processo de trabalho, fortalecendo a coordenação e, conseqüentemente, o SUS.

O fortalecimento do SUS é essencial para a superação de situações decorrentes de mudança epidemiológica e, na APS, a organização dos serviços na perspectiva interprofissional traz melhorias para o cuidado ao usuário e integridade da atenção e favorece o trabalho colaborativo da Enfermagem.

Pensando na prática interprofissional como estratégia de reorganização do processo de trabalho, ressalta-se que esta tem como dimensões-chave das relações os seguintes atributos: identidade de equipe compartilhada; papéis e objetivos claros; interdependência; integração; partilha de responsabilidades e tarefas de equipe. Considera ainda que há formas qualitativamente diferentes de trabalho interprofissional, que são operacionalizadas, de acordo com as necessidades específicas dos usuários e demandas de prática podem ser mais bem combinadas com um dos quatro tipos de atividade: trabalho em equipe, colaboração, coordenação ou trabalho em rede (Reeves *et al.*, 2010, 2017).

Reforçando esta ideia, Xyrichis e colaboradores (2017) afirma que, quando falamos de trabalho interprofissional, há uma dificuldade em delimitar o tema, que se apresenta com uma concepção diversificada. O ambiente em que o trabalho é realizado, o quantitativo de profissionais envolvidos e o tipo de problema de saúde abordado influenciam a forma como é percebido e definido.

A prática interprofissional requer o reconhecimento e respeito mútuos, comunicação, ética e clareza de papéis no trabalho em equipe, focando nos usuários. Apresenta-se como uma estratégia de superação dos problemas advindos da fragmentação do sistema de saúde e dos desafios dos processos de trabalho em saúde. A qualidade da produção do cuidado depende da capacidade da equipe de trabalhar com os conflitos e assumir denominadores comuns (Freitas *et al.*, 2022).

Substituindo o trabalho isolado de cada profissional, o trabalho em equipe traduz-se como uma unidade de produção do cuidado em saúde. É importante que cada profissional reconheça o trabalho e a sua interdependência com os outros profissionais. Isso permite articular as atividades desenvolvidas nas diversas áreas e enfatiza as características do trabalho em equipe e da colaboração interprofissional (Reeves *et al.*, 2010).

As equipes e o trabalho não devem ser vistos de forma sequencial e hierárquica de fraco e forte e, sim, com uma conceituação mais aprimorada, com compatibilidade do propósito do trabalho, atendendo às necessidades locais dos usuários (Reeves *et al.*, 2010). O trabalho em equipe é considerado mais integrado em relação a outras

formas de trabalho interprofissional, pois no trabalho em equipe as tarefas são imprevisíveis, urgentes e complexas. A integração e a interdependência entre as demais formas de trabalho, ocorrem de forma mais previsível, menos urgente e complexas (Reeves *et al.*, 2018).

Na colaboração interprofissional, a interação entre objetivo e visão compartilhada, interesses centrados no usuário, coexistência e confiança mútua, troca de informações e governança (centralização, liderança, suporte à inovação e comunicação) capturam os processos colaborativos em desenvolvimento, essenciais para fornecer atendimento de qualidade na APS (Freitas *et al.*, 2022).

O trabalho em rede, por sua vez, aumenta a flexibilidade e reduz a interdependência das atividades. As situações de atendimento são mais previsíveis e menos urgentes e complexas (Peduzzi *et al.*, 2018). Dow e colaboradores (2017) afirmam que é preciso expandir a noção da prática interprofissional, que tem sido exclusivamente baseada no trabalho em equipe, incluindo o trabalho em rede. Para que este trabalho seja efetivo, acrescenta-se também a colaboração e coordenação, a fim de descrever as diferentes formas de prática interprofissional que existem.

Deve-se levar em consideração que o cotidiano da saúde exige que as equipes se alternem entre diferentes formas de trabalho interprofissional (Reeves *et al.*, 2010).

O trabalho interprofissional interfere na qualidade do serviço. É necessário, e, o seu fortalecimento é elemento central para melhorias na APS. É parte estratégica da organização de serviços e serviços complexos de saúde e sistemas de saúde em rede (Peduzzi *et al.*, 2020).

A necessidade de trabalho interprofissional decorre de estudos que mostram que a colaboração efetiva entre diferentes profissionais de saúde é um pré-requisito para um tratamento eficaz e integral. Problemas de comunicação e colaboração entre diferentes profissionais de saúde e assistência social permanecem preocupantes, pois podem levar a diferentes entendimentos sobre o atendimento ao usuário (Reeves, 2016).

Investigando a realidade observada e relatada por profissionais na APS, Ribeiro e colaboradores (2022) afirmam que os profissionais reconhecem a importância do trabalho colaborativo e apontam que fatores individuais, interpessoais e organizacionais, influenciam o cuidado em saúde interprofissional. Como dificultadores, cita-se a infraestrutura das unidades, as condições de trabalho

desfavoráveis, com foco no modelo de saúde assistencial fragmentado e a organização rígida do trabalho.

A integração assistencial será importante, uma vez que os problemas de saúde estão se tornando mais complexos, levando a mudanças nos cenários epidemiológicos (Frenk *et al.*, 2010). Observa-se um aumento das doenças crônicas não transmissíveis; aumento da população urbana, com concentração de pessoas em espaços com menos condições sanitárias; novos riscos de infecção, riscos ambientais e riscos comportamentais; necessidade de racionalizar o custo dos serviços de saúde. Estes aspectos podem incorporar uma nova dinâmica ao trabalho em saúde.

A atuação da (o) enfermeira (o) na APS é uma ferramenta de mudança da prática de atenção à saúde no SUS, equivalendo a propor um modelo de atenção que não seja centrado na clínica ou cura, mas sobretudo na integralidade do cuidado, na intervenção em fatores de risco, prevenção de doenças, promoção da saúde e qualidade de vida (Ferreira *et al.*, 2018)

A atenção integral ao usuário requer um vínculo entre pensamento e comportamento em saúde, desenhado por interações coletivas na política, na administração, nos processos técnicos e na prestação de cuidados. A prática da Enfermagem deve estar alicerçada na construção das relações de conhecimento e na intersubjetividade como parte do mundo das necessidades do usuário (Silva *et al.*, 2017).

Como uma ferramenta para mudar as práticas de atenção à saúde, buscando o cuidado integral ao usuário, a enfermeira (o) atua tanto na dimensão assistencial quanto na gerencial. Na assistência, o foco está nas necessidades de saúde. Na gestão, desenvolve ações orientadas à organização do trabalho e dos recursos humanos, buscando condições adequadas ao cuidado dos usuários e da equipe de Enfermagem (Bica *et al.*, 2020).

Para Felli e Peduzzi (2016), a (o) enfermeira (o) está envolvida em ações de gestão nos serviços de saúde e no gerenciamento do cuidado. O trabalho gerencial é apontado como um instrumento para chegar-se à assistência, a possibilidade de mudanças e instituição de ações efetivas. Assim, com o trabalho ativo, centrado no cuidado aos usuários e interprofissional colaborativo, a (o) enfermeira (o) busca a organização do processo assistencial e contribui para o desenvolvimento do sistema de saúde. O gerenciamento do cuidado, centrado no indivíduo e em suas necessidades, pode ser entendido como uma prática ampla, que envolve ações de

cuidado, administrativas, educativas e de pesquisa, que tragam algum benefício para o usuário.

Para Sanna (2007), a Enfermagem tem um processo coletivo de trabalho. Utilizando de um saber específico, integrado com os membros da equipe no contexto político-social, executa o seu trabalho, que envolve as dimensões assistencial, gerencial, de ensino, pesquisa e participação política. Tais dimensões são detalhadas durante a abordagem do processo de trabalho da Enfermagem.

A (o) enfermeira (o) atua na resolução dos problemas da equipe e da comunidade e utilizam estratégias de organização, processos de trabalho, diálogo e negociação para garantir o bom funcionamento dos serviços. Deve ser capaz de liderar equipes de saúde e de enfermagem, atender às expectativas do usuário e capacitar-se continuamente, manter o equilíbrio e o discernimento (Silva *et al.*, 2017).

Considerando a liderança como uma competência da Enfermagem, Bica e colaboradores (2020) apontam que a (o) enfermeira (o), enquanto líder da equipe, é capaz de influenciar os integrantes da equipe, atuando como facilitador e motivador do trabalho, afetando a qualidade da assistência prestada. Para os autores, a liderança da (o) enfermeira (o), na APS, deveria envolver os princípios e diretrizes do SUS, significando uma gestão compartilhada, com base nas necessidades de saúde do indivíduo e das comunidades onde atua.

A (o) enfermeira (o), na sua atuação, é protagonista na coordenação do cuidado (Silva *et al.*, 2017; Bica *et al.*, 2020).

Nessa direção as (os) enfermeiras (os) desenvolvem múltiplas ações, como atenção relacionada ao cuidado direto em diferentes intervenções e processos educativos, por meio da construção do conhecimento e integração dos serviços na busca da qualidade assistencial. O gerenciamento do cuidado é a prática fundamental da (o) enfermeira (o) e o espaço onde se exerce a liderança, sendo que o exercício da liderança interage com a tomada de decisão e a comunicação, atributos fundamentais no processo de produção da enfermagem (Silva *et al.*, 2017).

O gerenciamento do cuidado, para a (o) enfermeira (o), refere-se ao atendimento de qualidade e à busca de condições favoráveis de trabalho para os profissionais, articulando as dimensões gerencial e assistencial no processo de trabalho, tendo como foco os usuários e a assistência à saúde, com uma abordagem técnica e a busca pelo atendimento integral. O gerenciamento é construído

reconhecendo-se as características da equipe de saúde e do território, modificando-se de acordo com as vulnerabilidades (Bica *et al.*, 2020).

A gestão do cuidado em saúde é feita a partir de várias dimensões: a. individual, onde se considera a subjetividade e autonomia do indivíduo, respondendo às adversidades da vida e produzindo novas normatividades; b. familiar; c. profissional, ressaltando a competência técnica, atitude ética e a capacidade de construir vínculos; d. organizacional, com a divisão social e técnica do trabalho; e. sistêmica, com a construção de conexões formais entre serviços de saúde, construindo as redes de cuidado; f. societária, com a participação da sociedade e do Estado na formulação de políticas de saúde (Cecílio, 2011).

Outro fator a ser considerado na coordenação do cuidado é a vulnerabilidade. A lógica do conceito de vulnerabilidade está em abordá-la de maneira interdisciplinar e buscar a confirmação de suas propostas conceituais - técnicas, éticas e políticas (Ayres, 2002).

A vulnerabilidade está atrelada a fatores que necessitam de atenção, pois limitam as chances de acesso ou interferem na qualidade e quantidade de recursos disponíveis aos indivíduos (Brovosi *et al.*, 2021). É preciso considerar que as situações de agravo ou ameaça à saúde são determinadas pelas dimensões individual, social e programática ou institucional, que estão interligadas e não devem ser analisadas de forma isolada. Considera-se sempre a singularidade do sujeito, em suas circunstâncias, condições e momentos de vida (Ayres, 2002).

No plano pessoal, a vulnerabilidade está relacionada a comportamentos que oferecem oportunidades para adoecer. É determinado pelo nível e qualidade das informações que os indivíduos têm sobre o assunto, sua capacidade de organizar essas informações e incorporá-las ao seu repertório diário e as maneiras eficazes pelas quais eles mudam sua prática (Ayres, 2002). A dimensão individual considera as informações recebidas pela família sobre um determinado agravo (Brovosi *et al.*, 2021).

No plano social, a vulnerabilidade está relacionada a uma combinação de dimensões sociopolíticas e culturais, como acesso à informação, nível de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais e poder de influenciar decisões políticas. Reflete, portanto, nas condições de bem-estar social, como acesso à moradia, bens de consumo e grau de liberdade de pensamento e expressão. Quanto maior a vulnerabilidade, menor a probabilidade de você ser protegido. Assim, a

adoção de práticas prejudiciais e não humanizadas pelos profissionais, por exemplo, remete a uma concepção idealizada do ser humano fora da história e da cultura, interferindo no atendimento de suas necessidades (Ayres, 2002).

Quando há vulnerabilidade programática, a capacidade de respostas dos serviços às necessidades de saúde não está plenamente voltada para um cuidado integral. Envolve, entre outros fatores, compromisso das autoridades com o enfrentamento das necessidades de saúde; as ações efetivamente propostas e implantadas; o planejamento e gerenciamento das ações; o financiamento adequado (Ayres, 2002).

Para superar riscos e a vulnerabilidade, o trabalho colaborativo tem papel importante na troca de informações e no fortalecimento de vínculo com a população por meio de um atendimento integral (Brovosi *et al.*, 2021).

Superar as desigualdades em saúde, operacionalizar as necessidades em um território nacional heterogêneo, transpor a restrição acentuada dos recursos no financiamento da saúde e os problemas de gestão pública na saúde são desafios a serem ultrapassados no intuito de garantir políticas públicas efetivas (Carnut; Ferraz, 2021).

Considerando a gestão do cuidado e as vulnerabilidades, podemos apontar, na atualidade, o processo de adoecimento causado pelo coronavírus.

O vírus SARS-CoV-2 foi identificado na China em 2019, causando uma síndrome respiratória aguda altamente contagiosa. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou surto de novas infecções pelo Coronavírus (COVID-19) e, em março de 2020, a OMS a declarou uma pandemia (Saúde, 2020).

A partir daí, enfrentar o Coronavírus representou um novo desafio global para o manejo de doenças infecciosas, uma vez que nenhum tratamento antiviral foi recomendado e a aplicação de medidas preventivas para controlar a infecção é o meio mais eficaz (Santos *et al.*, 2021).

No SUS, a pandemia do COVID-19 comprometeu significativamente a operacionalização dos princípios do SUS e atributos da APS, especialmente a integralidade e a longitudinalidade devido medidas necessárias isolamento social.

A pandemia da COVID-19 trouxe uma mudança epidemiológica e, conseqüentemente, uma maior exposição de riscos infecciosos. Santos e colaboradores (2021) apontam que, para a equipe de saúde, há um aumento de

pressão psicológica e do número de horas trabalhadas, cansaço físico intenso, dificuldade no acesso a equipamento de proteção e, somando-se a isso, precisam tomar de decisões eticamente difíceis sobre a distribuição de cuidados, o que pode afetar o seu bem-estar físico e mental. Consequentemente, o processo de trabalho da equipe pode ser alterado.

Fernandes e colaboradores (2021) sinalizam que a pandemia exigiu uma resposta rápida e eficaz para garantir a prestação de serviços de saúde mais abrangentes, resolutivos e seguros, o que é possível por meio da cooperação e colaboração interprofissional. Para os autores, as instituições de saúde reorganizadas numa perspectiva interprofissional, conseguiram atuar com mais flexibilidade e capacidade de resposta clínica, desenvolvendo suportes mais qualificados, treinando os profissionais de saúde da linha da frente, garantindo uma assistência livre de danos e segura para o outro e para si.

Assim, considerando o contexto da APS, o processo de trabalho da (o) enfermeira (o) e as relações interprofissionais, como proposta de organização dos serviços com base neste, especialmente na APS, fica o questionamento: Na percepção da (o) enfermeira (o), como ocorrem as relações interprofissionais na APS e como interferem na sua atuação profissional? Como a pandemia da COVID-19 interferiu no trabalho interprofissional?

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. Processo de trabalho em saúde

O referencial do processo de trabalho em saúde está baseado nos estudos e conceitos desenvolvidos por Mendes - Gonçalves.

Médico, professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, trouxe importantes contribuições à Saúde Coletiva no Brasil. Com seus estudos, propôs a Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, buscando conhecer as dimensões sócio históricas das práticas e saberes em saúde, no âmbito da Reforma Sanitária. Buscou valorizar o humano, na sua constituição de valor histórico definido e, também, na sua construção intersubjetiva (Ayres, 2015).

Durante o período da ditadura militar, na década de 70, houve a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que traduzia a insatisfação de intelectuais e profissionais da saúde. O cerceamento das liberdades democráticas e a perseguição política traduziam-se no quadro sanitário, mostrando muitas desigualdades e dificuldades. Assim, a organização da vida social (política, econômica e cultural) e as condições de saúde estão intimamente relacionadas (Ayres, 2015).

Para assistir à população, a medicina e as tecnociências precisariam posicionar-se, mostrando-se como práticas sociais e, para isso, fazia-se necessário a reconstrução da vida social, compreendendo o sujeito historicamente determinado, com interesses concretos, temporal e geograficamente definidos e com possibilidades material e ideologicamente estabelecida (Ayres, 2015).

Produzindo e usando saberes racionais e objetivos, objetivando o bem comum, Ricardo Bruno buscou um bem abstrato chamado saúde, contribuindo para o estudo e aprimoramento das práticas em saúde. Materialismo e história não são apenas formas de expressar posição política, mas possibilidade de pesquisa teórica e podem ter aplicabilidade reconstrutiva (Ayres, 2015).

Na Medicina, considerando a sociedade capitalista, Ricardo Bruno aponta a duplicidade da função do médico: a. Elite intelectual, que detém o poder das ciências médicas, desenvolvendo projetos sociais hegemônicos; b. Trabalhadores que produzem serviços e são dominados pelas relações de produção que definem o modo

do trabalho e da vida e o poder das tecnologias no valor das ciências e o lugar dos profissionais nos processos de trabalho (Ayres, 2015).

Nessa contradição, Ricardo Bruno busca estabelecer relação entre as ciências da saúde e seus sujeitos, buscando práticas de saúde inclusivas e emancipadoras e, estudando a organização tecnológica do trabalho, propõe a Teoria do Processo de Trabalho em Saúde (Ayres, 2015).

Com a aplicação prática da teoria, constatou-se que o contexto social, político e acadêmico muda com o tempo, assim como as necessidades de saúde e a demanda de atenção e resposta dos serviços de saúde (Ayres, 2015).

Peduzzi e Schraiber (2009) apontam que as mudanças no mundo do trabalho, especialmente, na década de 70, trouxeram a incorporação tecnológica, desemprego estrutural, flexibilização e precarização do trabalho, repercutindo também no trabalho em saúde. Assim, o estudo do processo de trabalho em saúde permite abordar aspectos estruturais e aqueles relacionados a agentes e sujeitos da ação, em estudos em saúde, trabalho em equipe, entre outros (Peduzzi; Schraiber, 2009; Alvarenga; Sousa, 2022).

O processo de trabalho em saúde envolve a relação entre seus componentes – objeto de trabalho, instrumento, finalidades e os agentes (Mendes – Gonçalves, 1992). Pode ser compreendido como a prática dos trabalhadores inseridos no dia-a-dia da produção e consumo dos serviços de saúde. Tem, como referência, a sociabilidade e historicidade do trabalho em equipe, com articulação social e teórica, apresentando-se como prática social (Peduzzi; Schraiber, 2009).

Assim, no processo de trabalho, considerando a teoria marxista, trabalho define-se pela interação entre homem e natureza. A ação humana é a mediadora do processo de trabalho e o objeto de trabalho é transformado de acordo com a finalidade. O processo de trabalho é composto por trabalho (ação orientada para a superação de uma necessidade), material ou objeto do trabalho e ferramentas de trabalho, como os meios de produção (Mendes - Gonçalves, 1992; Alvarenga; Sousa, 2022).

O objeto de trabalho representa o que será transformado. Em saúde, a ação do trabalhador incidirá sobre as necessidades humanas em saúde. Os instrumentos são naturais, moldadas historicamente pelos sujeitos, ampliando as chances de intervenção sobre o objeto. Os instrumentos de trabalho aparecem como um conjunto

de coisas que o trabalhador insere em si e no objeto de trabalho, e dirige sua atividade para o objeto.

O instrumento pode ser material (como equipamentos, materiais de consumo e instalações) ou imaterial – saberes que são as ferramentas principais do trabalho intelectual, que permitem ao indivíduo compreender o objeto do trabalho. Os saberes vinculam os sujeitos e os instrumentos materiais em determinados arranjos (Peduzzi; Schraiber, 2009).

Para Mendes – Gonçalves (1992), a integração das necessidades de saúde com a forma como os serviços se organizam para atendê-las cria novas necessidades e, conseqüentemente, processos de trabalho e modelos de organização dos serviços. É, portanto, dinâmico.

Hino *et al.* (2009) reforçam a ideia de que, para a realização do trabalho, faz-se necessário o reconhecimento das necessidades de saúde, que são produzidas em contextos sociais e determinadas historicamente. Estas não são apenas necessidades médicas, mas também necessidades e vulnerabilidades que exprimem os modos de vida e identidades (Carnut; Ferraz, 2021). Expressam um elo, um processo de determinação, que envolve questões sociais como política, economia, meio ambiente, condições educacionais e leva à geração de saúde e doença na população (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

As necessidades de saúde são reconhecidas por meio da escuta, que se opera pelas articulações serviço de saúde - população, reconhecendo e definindo quais são as carências, considerando a realidade local e a subjetividade dos sujeitos (Hino *et al.*, 2009). Devem ser interpretadas de forma mais abrangente e contextual e negociadas entre usuários e profissionais (Reeves *et al.*, 2010).

Quando o serviço de saúde apresenta objetividade e clareza do seu papel, o profissional consegue escutar e reconhecer as necessidades da população e estabelece ações para o atendimento destas, tornando-se mais eficiente (Hino *et al.*, 2009). Quando há o reconhecimento das necessidades, é possível elaborar políticas de saúde que irão beneficiar a população. Assim, desenvolver ações tendo o foco nas necessidades de saúde, leva, também, à economia de recursos, favorece a organização entre a oferta e demanda e, conseqüentemente, a implementação dos princípios do SUS (Carnut; Ferraz, 2021).

Para a atuação sobre os determinantes sociais da saúde é importante desenvolver políticas e intervenções que promovam a mudança de comportamento; a

construção de redes de apoio para melhorar a participação das pessoas e das comunidades; a atuação sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham; a atuação sobre macrodeterminantes, por meio da política macroeconômica e do mercado de trabalho, da proteção ambiental e da promoção de uma cultura de paz e solidariedade voltada para a promoção do desenvolvimento sustentável (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Superar as desigualdades em saúde, atender às necessidades de uma região heterogênea do país, superar as severas restrições de recursos para o financiamento da saúde e os problemas de gestão pública na saúde são desafios a serem superados para garantir políticas públicas eficazes (Carnut; Ferraz, 2021).

Sobre o instrumento do trabalho, Merhy (1997) estende as contribuições teóricas de Mendes-Gonçalves (1992) para a organização técnica do trabalho, classificando as tecnologias em saúde em dura, leve-dura e leve. A tecnologia dura refere-se a equipamentos complexos como um todo, incluindo equipamentos para tratamento, exame e organização de informações. A tecnologia leve-dura abrange os saberes profissionais – a clínica, a epidemiologia e outros profissionais que compõem a equipe. A tecnologia leve produz-se no trabalho vivo, em ato, em um processo relacional, no encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário. Neste momento de fala e escuta, criam-se cumplicidades, relações de vínculo, aceitação e produz-se a responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado (Merhy, 1997).

## 2.2. Processo de trabalho em Enfermagem

A Enfermagem tem como essência o cuidado ao ser humano. Por meio do cuidado do indivíduo, da família ou da comunidade, desenvolve-se ações de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde. Em quantidade, representa o maior número de profissionais de saúde (Rocha; Almeida, 2000).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (2023), em junho/ 2023, a Enfermagem apresenta 2.873.064 profissionais inscritos. Considerando o quantitativo por categoria profissional da enfermagem, temos: 458.412 são auxiliares de enfermagem, 1.708.684 técnicos de enfermagem, 361 obstetrizas e 705.607 enfermeiros.

Constituída como profissão em meados do século XIX, a Enfermagem fundamenta-se no conhecimento científico e conserva o caráter de racionalidade que domina a esfera produtiva da sociedade (Rocha; Almeida, 2000). Em sua constituição, caracteriza-se pela divisão do trabalho entre diversos agentes – enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem, entre outros. Esta divisão considera as modalidades de trabalho auxiliar (que fica a cargo do pessoal auxiliar, realizando atividades de assistência) e atividades de planejamento, supervisão e avaliação do cuidado, administração e ensino, sob responsabilidade da (o) enfermeira (o). Apesar da divisão, o trabalho dos diferentes agentes não acontece de forma isolada e independente, mas sim por meio de um processo articulado (Peduzzi; Anselmi, 2002).

O processo de trabalho em Enfermagem é evidenciado nos estudos de Cecília Puntel de Almeida, que aponta a Enfermagem como prática social e parte do processo de divisão do trabalho em saúde, articulada com outras práticas organizacionais da sociedade capitalista (Alvarenga; Sousa, 2022).

A Enfermagem, para a produção de ações de cuidado voltadas aos indivíduos, às famílias e à comunidade, integra um processo coletivo de trabalho. Para a execução do seu trabalho, que envolve as dimensões assistencial, gerencial, do ensino, pesquisa e da participação política, utiliza-se do saber específico da categoria, integrado com os membros da equipe no contexto político e social. Estes processos ou dimensões podem ser executados de forma concomitante ou podem ser focados, a depender do percurso do profissional. Os processos de trabalho se complementam nas atividades diárias da (o) enfermeira (o) e são inerentes a qualquer atividade que venha a assumir (Sanna, 2007).

Para Sanna (2007), o Assistir representa-se pelo cuidado realizado pela equipe de Enfermagem em todas as fases da vida do indivíduo, da família e da comunidade. Este cuidado envolve ações de prevenção, promoção, manutenção da saúde ou recuperação da saúde, tendo como base conhecimentos, habilidades e atitudes do assistir em Enfermagem. Andrade e colaboradores (2017) ressaltam que o trabalho assistencial requer e expressa a autonomia do profissional e envolve uma complexidade de saberes e fazeres.

O Administrar ou Gerenciar em Enfermagem considera os agentes e recursos necessários para o cuidado. Envolve o planejamento, a tomada de decisão, a supervisão e a auditoria (Sanna, 2007). O trabalho gerencial engloba os recursos humanos e a organização do trabalho, realizando-se por meio de diversas ferramentas

(planejamento, dimensionamento, recrutamento e seleção, educação continuada, supervisão, avaliação). Inclui também os materiais, instalações, equipamentos e a força de trabalho, produzindo cenários favoráveis para a realização do cuidado integral (Andrade *et al.*, 2019).

Na articulação assistencial – gerencial, a (o) enfermeira (o) assume a gestão do cuidado. Cabe a ela (e) a viabilidade do cuidado, estabelecendo, para isso, condições estruturais e processuais favoráveis para a sua execução (Andrade *et al.*, 2019).

A supervisão é uma ferramenta potente, que influencia a interatividade dos profissionais da enfermagem e outras categorias, impactando as dimensões assistencial, gerencial e educativa do trabalho. É um instrumento de trabalho da (o) enfermeira (o), que envolve processos sociais interativos (Silva; Mininel; Silva, 2022).

Quanto às dimensões do ensino, vale considerar que o processo de trabalho do ensinar envolve o professor e o aluno, utilizando-se de teorias, métodos e recursos de ensino – aprendizagem, para formar, treinar ou aperfeiçoar a equipe de Enfermagem. Na dimensão pesquisar, ressalta-se que processo de pesquisar cabe especificamente à (o) enfermeira (o) que, utilizando-se dos saberes disponíveis e das lacunas de conhecimento, produz de novos conhecimentos que, ao serem aplicados, modificam a prática profissional. Já a participação política traz o envolvimento moral e as atitudes, entre a força de trabalho do profissional, sua representatividade e os atores sociais envolvidos no processo de trabalho. Significa organizar-se para discutir, negociar e buscar melhores condições para o processo de trabalho (Sanna, 2007).

Considerando o processo de trabalho e retomando a concepção Mendes - Gonçalves (1992), de que as necessidades de saúde são dinâmicas e que os serviços de saúde devem se organizar para atendê-las, cabe a reflexão sobre a constituição e trabalho conjunto da equipe.

O trabalho em equipe consiste em organizar práticas que atendam às necessidades de saúde na perspectiva do cuidado integral. Na Enfermagem, a discussão sobre trabalho em equipe iniciou em 1950, com o objetivo de reduzir a fragmentação da assistência e os problemas de dimensionamento. No entanto, a prática permaneceu fragmentada entre o planejamento como atribuição da (o) enfermeira (o), e a execução, delegada principalmente a auxiliares e técnicos de enfermagem (Souza *et al.*, 2016).

### 2.3. Trabalho interprofissional

Com o “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, são discutidas estratégias inovadoras que motivam a força de trabalho mundial, incentivando o trabalho em equipe colaborativo e a consolidação da educação interprofissional em saúde e a prática colaborativa (OMS, 2010).

Com a articulação da equipe, a colaboração entre profissionais de diferentes áreas, a centralidade no usuário, adota-se a definição de prática interprofissional colaborativa. Assim, a comunicação, a confiança e o vínculo, o respeito mútuo, o reconhecimento do trabalho do outro e a colaboração são enfatizados como componentes qualificantes do trabalho em equipe e os conflitos constituem-se em barreira para sua efetivação (Souza *et al.*, 2016).

No trabalho interprofissional colaborativo, a Enfermagem é uma das áreas que compõem a equipe e a (o) enfermeira (o) é capaz de articular o cuidado com as demais áreas e categorias profissionais, favorecendo a centralidade do cuidado no usuário (Souza *et al.*, 2016).

A (o) enfermeira (o) é uma das pessoas chave em todas as equipes colaborativas, que serão formadas de acordo com as necessidades de saúde do usuário, dependendo do contexto e ambiente. As (os) enfermeiras (os) são o maior número de profissionais nos sistemas de saúde e trazem tanto seu conhecimento único de Enfermagem quanto a capacidade de trabalhar com outros profissionais. Tem a capacidade de abordar criticamente as práticas e transformá-las em cuidado em saúde (Orchard, 2010).

Em estudo realizado por Propp e colaboradores (2010), os membros da equipe de saúde apontam que as práticas específicas de comunicação enfermeira-equipe melhoram os resultados do usuário. Mostram que as (os) enfermeiras (os) contribuem como os membros centrais e consistentes da equipe de saúde, atuando na garantia de decisões de qualidade e na sinergia da equipe. Desempenham um papel crítico na busca e fornecimento de informações necessárias à equipe, atuam na promoção da sinergia, criando um ambiente de trabalho produtivo e gerenciam conflitos de forma construtiva. Por meio da escuta ativa, ajudam a construir a coesão da equipe e a criação de um ambiente participativo com contribuições substanciais para o cuidado do usuário (Propp *et al.*, 2010).

Embora o trabalho no contexto da APS seja marcado pelo potencial para o avanço do trabalho interprofissional em equipe, a divisão social do trabalho traz diferenças técnicas, com desigualdade social dos profissionais, como exemplo: a remuneração; as condições de trabalho e a carga horária semanal (Peduzzi, Agreli, 2018).

### 3. JUSTIFICATIVA

A (o) enfermeira (o), em sua atuação, trabalha de forma integrada com os membros da equipe em contextos políticos e sociais, executando seu processo de trabalho, com a produção de cuidados voltados à atenção aos indivíduos, famílias e comunidades (Paula *et al.*, 2014).

Na APS, a equipe de saúde reconhece a (o) enfermeira (o) como uma trabalhadora potente para promover movimentos de intervenção e reflexão para buscar a integralidade da atenção, com a abordagem holística do usuário. Utilizando-se de um saber específico, é capaz de planejar, executar, integrar e otimizar cuidados (Rodríguez *et al.*, 2020).

A (o) enfermeira (o), nas unidades de saúde, atua como membro da equipe de saúde, realizando a articulação do cuidado e a identificação das necessidades de saúde e vulnerabilidades, tornando evidente a sua importância profissional.

Estudos apontam para a potencialidade do enfermeiro em articular o cuidado com as demais áreas e categorias profissionais e priorizar o cuidado centrado no usuário. Destacam também para a necessidade de novas pesquisas para melhor compreensão sobre a contribuição da Enfermagem para a colaboração interprofissional (Freitas *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2021; Souza *et al.*, 2016). A perspectiva do profissional de enfermagem sobre o trabalho em equipe e a ênfase na dimensão interativa são temas que podem subsidiar a formação profissional e potencializar a prática colaborativa (Souza *et al.*, 2016).

Estudos como os Santos e colaboradores (2021) e Freitas e colaboradores (2022) apontam o trabalho interprofissional na percepção da equipe. De forma semelhante, Souza e colaboradores (2016), abordam a percepção da equipe de Enfermagem. O presente estudo propõe a investigação sobre a percepção da (o) enfermeira (o).

Considerando que a profundidade do trabalho interprofissional é importante para a efetividade do cuidado, qualidade da atenção à saúde e para o bem-estar do profissional e que a interação entre as equipes ocorre de diferentes maneiras, refletindo sempre a realidade atual vivenciada, é possível compreender que, em momentos em que há uma situação adversa, como ocorreu na pandemia do COVID-19, há uma exigência maior da atuação dos profissionais e da equipe como um todo.

Em meio à pandemia de COVID-19, as equipes de saúde testaram a preparação para emergências, a capacidade de resposta e a tomada de decisão dos profissionais. Destaca-se o papel e as contribuições das equipes de Enfermagem na gestão e prestação de cuidados intensivos. Faz-se necessário que as (os) enfermeiras (os) trabalhem com todo o seu potencial, de forma colaborativa, usando o máximo possível de sua formação teórica e prática (Souza; Rossit, 2020).

#### **4. OBJETIVOS**

##### 4.1. Geral

- Compreender, sob a perspectiva da (o) enfermeira (o), como ocorrem as relações interprofissionais no contexto da APS.

##### 4.2. Específicos

- Compreender como a (o) enfermeira (o) reconhece o trabalho interprofissional na APS;
- Analisar como as relações interprofissionais influenciam na atuação da (o) enfermeira (o) da APS;
- Investigar como a pandemia do coronavírus interferiu no trabalho interprofissional na APS.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1. Tipo de estudo

Realizado um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, fundamentado nos preceitos da análise de conteúdo temática (Bardin, 2016) a partir dos conceitos das formas de trabalho interprofissional e do processo de trabalho em saúde.

Para Bardin (2016), existem modalidades diferentes de análise de conteúdo, sendo a análise de conteúdo temática a mais adequada para estudos qualitativos.

A análise de conteúdo, não faz uma leitura unilateral, buscando apenas uma resposta ou resultado. Pretende uma análise aprofundada, enxergando outras percepções para significados, podendo ir de um viés psicológico a histórico. O pesquisador procura conhecer o sentido da comunicação, sem esquecer de buscar outro sentido, ou outra mensagem, dentro ou ao lado da primeira mensagem. A leitura do conteúdo da mensagem não é uma leitura à letra, mas extrai um sentido que se encontra em segundo plano (Bardin, 2016).

O tema está ligado a uma afirmação sobre determinado assunto e comporta unidades de significação (Bardin, 2016).

### 5.2. Cenário do estudo

O estudo foi conduzido em um município localizado no nordeste do estado de São Paulo, apresentando uma população média de 360.000 habitantes. Sedia uma Região Administrativa do Estado e é sede da DRS (Direção Regional de Saúde). Na rede pública de saúde, habilitou-se no Pacto pela Vida e presta atendimento nas áreas de APS, média e alta complexidade tecnológica ambulatorial e hospitalar, por meio de serviços próprios e contratados. O atendimento da APS é realizado em 20 unidades de saúde, sendo quatro equipes de Saúde da Família (equipe mínima) e 16 Unidades Básicas de Saúde, com enfermeiras (os), técnicas (os) de enfermagem, auxiliares de enfermagem, assistência social, psicologia, fonoaudiologia, odontológica, farmacológica e médica - pediatria, ginecologia/obstetrícia, clínica geral (Saúde, 2020).

### 5.3. Participantes do estudo

O estudo contou com a amostra de 12 enfermeiras (os) atuantes na APS do município do estudo.

Considerou-se a divisão do município em regiões norte, sul, leste e oeste, com a inclusão de três profissionais por região.

As (os) enfermeiras (os) foram selecionadas por conveniência, com aceitação voluntária. O critério de inclusão no estudo adotou-se a atuação na unidade de saúde como enfermeira (o) no período da pandemia da COVID-19, e a atuação com a equipe de saúde da respectiva unidade há pelo menos um ano, considerando o objeto de estudo das relações interprofissionais e suas implicações no trabalho da (o) enfermeira (o). Como critério de exclusão, considerou-se não atender ao agendamento da entrevista após a terceira tentativa feita pela pesquisadora.

### 5.4. Coleta de dados

O convite para participação das (os) enfermeiras (os) foi realizado pela pesquisadora, por meio da coordenação da APS do município, durante as reuniões de equipe, por meio de contato direto com a (o) profissional na unidade de sua lotação e/ou por ligação telefônica e, também, com o envio do convite individual para participação no e-mail da (o) profissional. Cabe salientar que, no e-mail, havia um remetente e um destinatário, impedindo a identificação das (os) participantes ou a visualização de seus dados de contato por terceiros.

Após o agendamento, o TCLE (Apêndice II) foi encaminhado via e-mail e as entrevistas foram conduzidas em ambiente virtual, por meio da plataforma Google Meet, com duração média de 40 minutos (variando de 16 minutos a uma hora e 13 minutos), no horário agendado pelas (os) participantes, conforme sua disponibilidade.

Durante a entrevista, houve a gravação da voz da (o) participante e da entrevistadora, sem qualquer uso de imagem. Esta gravação foi transcrita e a (o) participante teve acesso à transcrição.

Foram realizadas 12 (doze) entrevistas, no período de abril a agosto/2023.

### 5.5. Instrumento

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, utilizando um roteiro previamente elaborado contemplando questões sociodemográficas para caracterização das (os) participantes e para análise da prática interprofissional, das atividades exercidas no trabalho e da rotina de trabalho da unidade de saúde. Tal roteiro encontra-se disponibilizado no Apêndice I.

Na fase inicial, o roteiro foi elaborado e submetido a uma fase piloto, com a aplicação prática, o que possibilitou as adequações necessárias para a efetividade do instrumento utilizado.

Para Moré (2015), nas entrevistas semiestruturadas, o pesquisador é confrontado com pistas e referências gerais iniciais e continua a fazer perguntas adicionais em um esforço para entender o que os participantes estão dizendo. Ou seja, são questões baseadas em indagações direcionadas, elaboradas para dar sentido ao pesquisador em relação à pergunta. Assim, os entrevistadores não procuram respostas reais, mas respostas subjetivas, sinceras.

### 5.6. Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora e submetidas a análise de conteúdo temática à luz do referencial teórico do processo de trabalho em saúde e enfermagem, considerando os atributos do trabalho interprofissional.

Após transcrição das entrevistas, foi realizada a leitura sistemática destas, com a formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos e elaboração dos indicadores que fundamentaram a interpretação final.

Na fase inicial da análise de conteúdo temática tradicional, divide-se o texto em unidades de registro que podem representar palavras, frases, temas, personagens e eventos, que podem ser relevantes para a análise preliminar. Posteriormente, o pesquisador realiza a exploração do material, com a classificação e a agregação dos dados, selecionando categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema (Bardin, 2016).

### 5.7. Aspectos éticos

Os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos foram respeitados, mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar, seguindo resolução CNS 510/2016, com autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município estudado.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um órgão que protege o bem-estar dos participantes da pesquisa e é responsável por avaliar e controlar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo sujeitos. Tem por objetivo a garantia da dignidade, dos direitos, da segurança e do bem-estar dos participantes das pesquisas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP em 07 de novembro de 2022 - Número do Parecer: 5.743.257; CAAE: 61744722.0.0000.5504

O Termo de Anuência da Instituição coparticipante (Secretaria Municipal de Saúde) encontra-se disponível no Apêndice III.

As entrevistas foram realizadas mediante consentimento livre e esclarecido, conforme orienta a Resolução CNS 510/2016 (Brasil, 2016). O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi redigido na forma de carta convite e apresentado anteriormente à realização da entrevista, com acesso aos tópicos que foram abordados.

Para a realização das entrevistas em ambiente virtual, por meio da plataforma Google Meet, foram seguidas as orientações para procedimentos em pesquisas em ambiente virtual, considerando a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS.

A participação da (o) enfermeira (o) foi voluntária, sigilosa e isenta de despesas ou remuneração e, a este, foi garantido o direito de não responder qualquer questão, sem a necessidade de justificar a recusa.

No agendamento ocorrido em horário de trabalho, houve o cuidado para que os procedimentos da pesquisa não interferissem na rotina dos serviços de assistência à saúde, sendo expressamente autorizados pelo dirigente da instituição e foram respeitados os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais, conforme estabelecido pela Resolução 580/2018.

Todas as respostas foram tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento foi divulgado o nome da (o) participante, em qualquer fase do estudo. Quando necessário exemplificar determinada situação, a privacidade foi

assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em publicações ou eventos científicos.

A (o) participante da entrevista não teve nenhum benefício direto. Entretanto, este trabalho contribuiu de forma indireta na investigação sobre o trabalho interprofissional e sua importância para a efetividade do cuidado, qualidade da atenção à saúde e para o bem-estar profissional. Faz-se relevante a compreensão do cotidiano de trabalho da (o) enfermeira (o) em meio a um cenário adverso, envolvendo os atores que fazem parte dessa realidade.

Quanto aos riscos, cabe salientar que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos às participantes (Resolução 510/2016). Nesta pesquisa, os riscos foram mínimos e estavam relacionados a desconforto ou possível constrangimento em responder às questões abordadas e, tratando-se de coleta em ambiente virtual, à segurança na transferência e no armazenamento dos dados.

Para minimizar os riscos, foram adotadas medidas como: a. abordagem humanizada, com escuta atenta e acolhimento da (o) participante e garantia de liberdade para não responder questões constrangedoras, sem a necessidade de explicações ou justificativas; b. Garantia do sigilo e a confidencialidade das informações da (o) participante da pesquisa e o armazenamento adequado dos dados coletados, com download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

## 6. RESULTADOS

As entrevistas foram realizadas entre o período de abril a agosto de 2023. Doze enfermeiras (os) participaram deste estudo, apresentando idade média de 37,5 anos. Com relação ao sexo biológico das (os) participantes, onze são do sexo feminino e um do sexo masculino.

Quanto à formação, duas enfermeiras apresentavam graduação, uma tem mestrado e nove enfermeiras (os) cursaram especialização. Dentre as especializações, seis enfermeiras (os) relataram formação em Saúde Pública ou Saúde da Família. Quatro enfermeiras apresentavam duas ou mais especializações. A última formação foi realizada, na média, há 08 anos.

O tempo médio de atuação das (os) profissionais no SUS foi de 11 anos, sendo a atuação como enfermeira (o) há 10 anos. Quando se considerou o trabalho na APS, as (os) profissionais trabalhavam, em média, há oito anos. Com a equipe de trabalho atual, a (o) enfermeira (o) exercia suas atividades, em média, há 4,5 anos.

Conforme proposto, para fins de estudo, considerou-se a divisão do município em regiões norte, sul, leste e oeste e foram entrevistadas (os) três profissionais lotadas (os) em unidades de saúde de cada região do município.

As unidades de APS estudadas são compostas por equipes mistas - abrangem enfermeiros, médicos (clínico, ginecologia e pediatria), dentista, psicólogo, farmacêutico, assistente social, agente de saúde, auxiliar de saúde e auxiliar de limpeza. Em três das unidades estudadas há atuação do fonoaudiólogo, que está lotado na unidade, mas atende a região de saúde.

Quando se considera a organização das equipes, no que tange à direção administrativa das unidades e número de enfermeiras atuantes, as equipes organizam-se de diferentes formas. Sete unidades de APS tem duas enfermeiras na equipe, nestas unidades, uma delas assume, também, a direção administrativa; duas unidades têm duas enfermeiras e o assistente social ou auxiliar de saúde assumindo a direção administrativa; duas unidades contam apenas com uma enfermeira, que assumem, também, a direção administrativa e uma unidade com três enfermeiras, um assumindo exclusivamente a direção administrativa.

Assim, considerando a diversidade das unidades de APS, analisou-se como ocorrem as relações interprofissionais na perspectiva da (o) enfermeira (o), o processo de trabalho da (o) enfermeira (o) e seu papel na gestão do cuidado, apresentados na

categoria 1; o reconhecimento do trabalho interprofissional e a interferência na sua atuação; apresentados na categoria 2; e as relações de trabalho durante a pandemia do coronavírus, apresentados na categoria 3.

### **Categoria 1 – O trabalho da (o) enfermeira (o) e o seu papel na gestão do cuidado integrada ou fragmentada: dimensões assistencial e administrativa**

Considerando o processo de trabalho da (o) enfermeira (o), foram relatadas formas de atuação diferenciadas. A (o) profissional descreveu quais as principais atividades desenvolvidas na unidade de saúde e na rede de saúde, apontando ações assistenciais e administrativas realizadas de forma integrada ou fragmentada.

Considerando a gestão do cuidado articulando dimensões assistencial e gerencial, as (os) enfermeiras (os) abordaram a importância de conhecer e atuar em todos os processos das unidades de APS, a realização de procedimentos diversos, a coordenação e supervisão da equipe de enfermagem e de saúde. As enfermeiras mencionam atividades de trabalho como a supervisão e coordenação de pessoal, elaboração de escalas, educação em saúde, gestão de recursos materiais e de pessoal, consultas, coleta de exames, imunização, visita domiciliar, gestão da cadeia de frio, educação continuada, registro de informações/documentação.

*“O papel dele é coordenar, é supervisionar, é participar de todas as etapas desde o começo, desde um registro, até a finalização dele. É participar o tempo todo! Às vezes, ele não atua em todos os processos, mas ele sabe de todo o processo! .... Na rede de saúde é.... é articulador, ele articula todos os setores e ele consegue.... ver todos os pontos’.* (E3)

*“A gente, além de enfermeira, eu sou coordenadora daqui, sou diretora. Então, assim, é.... faço pré-natal, acompanho as gestantes, colho Papanicolau, faço exame do pezinho, faço a BCG, coordeno a equipe de enfermagem, vacinas no geral, né?! [Pausa]. Curativo, medicação, grupos, visitas domiciliares, isso! Da parte administrativa, faço as escalas da enfermagem, as escalas das atividades de, das atividades que às vezes tem que fazer, por exemplo, descongelamento da geladeira, é.... pedido de material para a unidade, pedido de material para pacientes.”* (E6)

*“Eu fico por conta da supervisão da equipe de enfermagem né? (...). Eu fico como enfermeira assistencial e supervisora da equipe de enfermagem. Então, eu organizo a ação de setores, a questão de materiais da unidade, é.... organização de escala de profissionais, escala de área, escala mensal, né? Férias e folgas, é.... dos profissionais, banco de horas, esse tipo de coisas. A questão dos procedimentos também, que alguns são privativos, a nossa função, no caso do teste do pezinho, é a gente que coleta. Então sou eu que coleto aqui, a vacina BCG também, né? Eu dou suporte aí na sala de vacina para demais vacinas, mas, é.... por responsabilidade da equipe de enfermagem, agora a vacina BCG é privativa nossa, então também sou eu*

que faço por aqui. A coleta de Papanicolau a gente faz aqui também, tem esse trabalho legal com a saúde da mulher, então a gente tem agenda é... para coleta de Papanicolau e pra pedido de mamografia, né? Além disso, a gente também tem as outras ações educativas. (...) A gente tem um curso de gestantes aqui, que a gente faz semestral. (...). Tanta coisa que a gente até esquece.... Tem o planejamento familiar, que a gente faz também. (...) É... que mais? A gente também faz grupo, às vezes, com o pessoal da Saúde em Ação, a gente tem uma parceria com o Centro Comunitário. Então, a gente faz alguns grupos e fala sobre alimentação saudável, é... hipertensão, diabetes. (...). É, insumo de material a gente também faz. As meninas fazem entrega, mas eu fico por conta do cadastro né? (...). Então, a gente faz essa avaliação e inclui aqui no nosso programa de insumos. É... A gente faz visita domiciliar também, enfermeira faz! (...). Em alguns casos, a gente faz curativo domiciliar também né, paciente mais acamado, que não tem disponibilidade de estar vindo na unidade. Supervisão do curativo... a gente, a equipe de enfermagem que fica por conta da realização diária dos curativos, mas a gente sempre faz uma supervisão né? (...). Tem muita parte burocrática, que a gente tem que fazer também né, igual falei da escala.... Faz parte do nosso trabalho, então tem muito papel, mas é basicamente isso, acho que eu lembrei de quase tudo.” (E8)

“É... grupos de educação em saúde, é muito importante! Gestante, hipertensão e diabetes, isso é bem ativo aqui! É... planejamento familiar, agora tá reativado. É... então estes grupos são... Tem o Saúde em Ação, além das consultas, ne? Consultas de enfermagem, na área da saúde da mulher, preventivo e a puericultura, né? Com os bebezinhos... E... é o acompanhamento de equipe de enfermagem, né? Pra organização do serviço, dos setores, acompanhamento mesmo deles, né? Sala de vacina, curativo, acompanhar os pacientes, a parte de clínica médica, ginecologia, pediatria, dar esse respaldo aí, pra equipe, junto com os médicos! E é isso! Gerenciamento.... Eu sou responsável técnica aqui, ne? Eu faço as escalas, de função e de horários. Faço reuniões, quando tem treinamento também eu repasso para a equipe.” (E12)

“Eu realizo coleta de Papanicolau, faço curativo, faço acompanhamento de curativo. (...) Aqui dentro da unidade, a gente faz o que tem necessidade! Por exemplo, nas caminhadas, a gente não tem educador físico, eu me preparo, me preparo todos os dias, a gente tem três dias de caminhada na semana. (...). Faço visita domiciliar. As vacinas, a gente tem que fazer o acompanhamento de vacinas e o acompanhamento de todo e qualquer material que entra e que sai da unidade, os bens, patrimônios, consertos.... Os protocolos, que a gente tem também, a obrigação de estar fazendo a leitura, passar pra equipe. Então, é uma tarefa geral, né, que a gente faz! (...) A parte de gerência, pra mim, no momento, cabe escalas e a documentação da unidade. Folha de pagamento e essas coisas, minha coordenadora que faz. (...). Eu anoto, mando tudo certo pra ela, a folha de ponto fica tudo separado e, na verdade, a gente faz a organização e ela lança no sistema. É o que acontece! Tirando o gerenciamento de pessoal, aqui a gente faz o gerenciamento emocional, que é muito complexo e a gente precisa se capacitar.” (E10)

Considerando o processo de trabalho integrado, a (o) enfermeira (o) descreveu seu processo de trabalho, apresentando a realização de atividades com referência e contra referência, fortalecendo o trabalho da rede de saúde. Foram apresentadas parcerias com a interlocutora da AB, da Direção Regional de Saúde (DRS), rede

hospitalar e com instituições de ensino, por meio do Programa de Educação pelo Trabalho em saúde (PET Saúde).

*“Tem também, um trabalho, que tem feito de rede, com a Santa Casa que..., assim, os pacientes quando eles estão internados, eles têm que sair com uma contra referência. Então, eles têm voltado pra gente marcar consulta. Isso, da gestante sempre teve, né, a consulta de revisão de parto. Agora, das consultas médicas de clínico, por motivo de internação, qualquer motivo de internação, seja por hipertensão, seja por consequências do diabetes, problema vascular, AVC.... Então, a vaga é solicitada pra gente e a gente faz o agendamento e esse paciente, ele retorna – ele vai e ele retorna. Então, existe essa rede de apoio aí e, depois, a gente dá um parecer para a Santa Casa sobre.... se ele veio em consulta, pra esse paciente não ficar perdido. A gente tem essa rede de ligação com a Santa Casa também! (...) A gente tem trabalhado também com a articuladora do SUS, da DRS. Ela tem feito um trabalho, o cargo dela é esse, ela é articuladora do SUS e, então, ela faz esse trabalho da Rede Cegonha e ela tem ido na nossa unidade planejar estratégias e ajudar a gente nesse vínculo entre o pré-natal da gestante, a Santa Casa, a visita à Santa Casa... São algumas parcerias que a gente tem de trabalho em rede. (...) Além disso, estou em um projeto da faculdade, o PET Saúde, que é o Programa de Educação para o Trabalho, desde o ano passado. O PET Saúde está em duas unidades e no pronto socorro. Aí, estou eu e o psicólogo lá, que trabalha comigo. Então, a gente faz esse trabalho, que é uma parceria entre a faculdade e Secretaria de Saúde, pra trabalhar melhorias no ambiente de trabalho, com as ideias dos novos profissionais, que estão formando.” (E5)*

Na gestão do cuidado fragmentado, as (os) enfermeiras (os) apresentaram o processo de trabalho com distanciamento entre o assistencial e o gerencial, com divisão do processo de cuidar entre cuidar e administrar. Conforme relatos, há atuação diferenciada entre as (os) profissionais de uma mesma categoria profissional, lotadas na mesma unidade de APS.

*“Eu fiquei com a parte mais.... Procedimental! A outra enfermeira ficou com a administrativa e eu fiquei mais com a parte dos procedimentos. Então, eu cuido dos procedimentos aqui e... dos indicadores de saúde...Teste do pezinho, BCG, curativo, avaliação. Ela [a outra enfermeira] ficou com o Papanicolau. Eu não faço Papanicolau, preferi não fazer! E... tudo, apoio na vacina, Pré-consulta, pré-natal eu que faço. Esses procedimentos assim.” (E4)*

*“Eu fico mais por conta da saúde da família mesmo, mais nessa questão de visitas, de avaliação de curativo, é... acompanhamento de algum curativo de algum paciente também eu faço. (...) A gente costuma dividir as nossas atribuições: como aqui funciona o PSF e a unidade, aí fica a outra enfermeira mais pela questão da unidade, mas assim, o que ela precisa eu auxilio, ela também, o que eu precisar ela me auxilia.” (E7)*

*“...Agenda, como enfermeira, tinha disponibilidade pra demandas, livre demandas né, do dia a dia, desde a puericultura, até a pessoa idosa né?! E tinha também a parte burocrática. Então, aí que entra a diferença da enfermeira de ESF: a enfermeira cuida da parte burocrática, da unidade. Então, ela acaba não tendo um cargo de direção, nem acréscimo salarial por isso, mas a gente faz um trabalho de fechamento de ponto, de pedido de*

*almoxarifado, pra prever materiais pra instituição que a gente trabalha lá, o setor, e também pros pacientes.” (E1)*

*“Eu fico com as meninas muito lá na sala da enfermagem, faço Pré consulta, pós consulta, orientação pra paciente em relação a.... alimentação. Eu tô vendo aqui, depois de tanto tempo, né...a.... quem se alimenta bem, quem não se alimenta, as consequências disso, ao longo da vida – a conta chega, né? (...). Faço coleta de Papanicolau, diariamente, agenda aberta e estou chamando as pacientes também né, que eu pego pelo sistema. Teste do pezinho, vacina BCG e as outras vacinas, eu também faço. É... curativo (...) Pedido de mamografia, também. As pacientes fazem, traz pra mim e se preciso, encaminho pra..., peço por e-mail, o agendamento com o mastologista. Busca ativa dos resultados do Papanicolau, também! (...). Não gosto de papel não! Fiquei com o cargo de diretora pouquíssimos meses e larguei rapidinho, porque eu não gosto de burocracia” (E9)*

Para a compreensão do papel da (o) enfermeira (o) na gestão do cuidado, as (os) entrevistadas (os) destacaram a atuação da (o) profissional junto ao usuário, na Enfermagem e na equipe de saúde.

No cuidado ao usuário, a (o) enfermeira (o) colocou-se como atuante na comunidade, na família e junto ao usuário, na atenção às necessidades de saúde apresentadas no acolhimento, na identificação das vulnerabilidades e no aconselhamento. Foi apontado como a referência assistencial e administrativa para a população que procura por serviços diferenciados na unidade de APS, com orientações sobre o fluxo do seu cuidado na rede de atenção.

*“O enfermeiro une demandas, necessidades da comunidade, e ele é um agente propulsor de benefícios, ou então de levar ao conhecimento da gestão, fragilidades do nosso serviço.” (E1)*

*“[sobre o papel do enfermeiro no cuidado]. Eu acho que seria uma visão holística, ver além da pessoa. É entender o contexto familiar, que..., às vezes a pessoa traz uma demanda pra você, mas a demanda não é dela! A atenção básica tem muito disso, de vizinho que pega a rua inteira pra marcar consulta, pega... parente. Às vezes, tem gente que não tem ninguém pra cuidar! Eu acho que a gente tem que ver o contexto, o porquê das situações, como chegou até aquele ponto.” (E4)*

*“[sobre o papel da enfermeira no cuidado ao usuário]. Eu acho que é a atenção mesmo, o acolhimento, o olhar diferenciado, o cuidado. Um pouquinho que a gente conversa, aí... abre a janela da vida mesmo.” (E9)*

*“É... a primeira coisa que eu faço é acolher o paciente, as necessidades dele, dentro dos limites que a gente tem! Tem muita coisa que chega aqui pra gente que é só uma escuta! Tem outros que, de uma escuta, passa pra um exame, que já passa pra uma consulta, que já passa pra especialização e, aí, tem o desenrolar mais prolongado. (...) O meu papel aqui é resolver tudo o que surgir!” (E10)*

*“Eu vejo assim que a gente aqui, como enfermeiro, tem um papel muito importante, porque tudo que chega ali “ai deixa eu ver com a enfermeira” maioria assim, lógico são profissionais que direcionam quando são quadros*

*específicos, mas é tudo “ai, a enfermeira, deixa eu falar com a enfermeira”. A gente é muito porte de entrada. (...). Eu vejo porque a gente é a porta de entrada, a gente acaba ficando como referência da unidade!” (E7)*

*“Orientação! Não é só orientação técnica, mas até do próprio sistema. Às vezes, ele [o usuário] fica meio perdido, como funciona, pra onde ir, como ir e, então, como a gente já tem experiência como funciona a rede..., então... eu acho que a palavra chave é orientação!” (E12)*

*“É uma pergunta complexa (risos). É.... o papel do enfermeiro, assim, a enfermagem, no geral, eu enxergo como um ponto... (...). Nós somos realmente as profissionais que estão sempre lá para o paciente! Então, a gente tem papel fundamental em tudo! Aqui na atenção primária, principalmente, eu enxergo muito essa forma de educação mesmo, né? A equipe de enfermagem também tem todo esse papel né? (...). Normalmente fica por conta da gente né? Do enfermeiro responsável! (...). A gente tem uma responsabilidade muito grande, pela saúde mesmo do paciente. (...). Então eu enxergo a gente como protagonista mesmo, protagonista do cuidado e da saúde mesmo da paciente, como orientação e educação da população.” (E8)*

Na Enfermagem, a (o) profissional sinalizou sua atuação na assistência à equipe, atuando na supervisão, na educação continuada e na integração assistencial – gerencial, buscando a oferta de cuidado integral e de qualidade. Enquanto integrante da equipe de APS, foi apontado como elo entre equipe, usuário e administração, sendo responsável pela resolução de problemas e/ou situações diversas.

*“O papel do enfermeiro no cuidado.... É...., ele coordena, ele supervisiona, tanto a sala de curativo, a sala de vacina, nesses, o que é oferecido! Então, ele tem que estar junto com a equipe de enfermagem, ele tem que tá envolvido com tudo né?! Ele tem que saber desde o registro daquele atendimento, até o fazer.” (E3)*

*“Eu sinto que o enfermeiro, ele...é um elo, tanto na parte de capacitação, a reciclagem da equipe, formação da parte... profissional, pra gente estar seguro, preparado e até disponível de conseguir atender a demanda da população. E a gente acaba sendo um elo tanto da equipe de enfermagem e com as demais profissões, porque a gente é uma das únicas profissões, além do auxiliar de saúde, que fica todo o período....O enfermeiro é a referência e, pra população, na ausência de qualquer um [profissional] dos outros setores, que a população precisa, a equipe faz o acolhimento e o enfermeiro é uma referência, tanto administrativa, porque tem as demandas burocráticas que a população nos leva, ou os problemas também, com receitas, com exames, dúvidas do fluxograma do serviço e da rede, reclamações, críticas construtivas.” (E1)*

*“[sobre o papel do enfermeiro no cuidado] É.... promover uma assistência de qualidade! Eu estou aqui para resolver, muitas vezes, os problemas deles, ou tentar resolver ou amenizar! Essa é a maior preocupação que eu tenho, né? Tentar promover saúde pra eles.” (E6)*

Uma das entrevistadas trouxe uma reflexão sobre a importância da (o) profissional e de sua atualização, para a valorização do profissional e padronização de processos por meio de protocolos.

*“Bom, eu acho assim ó: eu acho que a gente [a enfermeira] tem conseguido cada vez mais espaço, porque a gente tem qualificado cada vez mais o nosso serviço (...) Então, assim, quando a gente se qualifica, a gente ganha mais espaço e ganha mais aceitação dos usuários. (...). Eu vejo, assim, o quanto tem sido importante o nosso trabalho e isso depende da qualidade do nosso serviço, da gente mostrar que a gente tem conhecimento, da gente seguir protocolos...” (E5)*

## **Categoria 2 – Interprofissionalidade e a APS: facilidades e dificuldades que persistem**

Buscou-se investigar como ocorrem as relações trabalho na unidade de saúde, como a (o) enfermeira (o) reconhece o trabalho interprofissional e como este interfere na sua atuação.

Quanto ao relacionamento da equipe, foram apresentados relatos de um bom relacionamento, destacando a importância da parceria, do apoio mútuo, do envolvimento da equipe, da troca de experiências, do respeito às diferenças, do vínculo, da autonomia da (o) profissional e da equipe. Citou-se, também, a importância da comunicação, do diálogo e da valorização da participação da população, do reconhecimento do seu papel e do papel do outro.

De forma contrária, também foram apresentados relatos de relações conflituosas, com dificuldades quanto a constituição da equipe de APS, o engajamento da equipe para atuação conjunta e a resolução de problemas, os vícios no trabalho, a resistência às mudanças e a falta de disponibilidade para o trabalho em equipe. Soma-se a estes fatores a atuação centralizadora e verticalizada, sem espaço para a participação dos profissionais, usuário, família e comunidade.

As (os) enfermeiras (os) trouxeram exemplos de situações vivenciadas no dia-a-dia da unidade de APS, com a atuação conjunta das (os) profissionais da equipe de saúde e usuário ou família, evidenciando o trabalho colaborativo. Contrariamente, em alguns exemplos, evidenciou-se o atendimento uniprofissional sequencial ou focada na equipe de Enfermagem.

Foram levantados, pelas (os) enfermeiras (os), fatores que facilitam e/ou dificultam a atuação conjunta. Como facilitador, citou-se a importância da centralidade no usuário e da comunicação. Como dificultador, citou-se a disponibilidade e engajamento do profissional e da equipe de saúde para a atuação conjunta, a

organização das agendas e o foco no atendimento uniprofissional, a comunicação e a gestão dos conflitos.

Descrevendo como são as relações entre os profissionais da unidade de APS, a (o) enfermeira (o) apontou um bom relacionamento. Houve destaque para a parceria entre os profissionais, o envolvimento da equipe e apoio mútuo. Apesar de mencionados, tais atributos não foram descritos com detalhes.

*“Aqui a gente tem um bom relacionamento! De questão de profissional, é..., um sempre ajuda bastante o outro. A Unidade, igual eu falei, assim, eu fui bem privilegiado na hora da escolha da unidade. Eu não conhecia o serviço e eu escolhi aqui realmente por ser perto da minha casa. Eu moro dois quarteirões pra frente. Mas..., já era uma unidade bem estruturada, nessa questão. Então, eu tenho uma boa relação com todos os profissionais! Aqui, as pessoas, elas, a gente tem as ideias, eu falo mirabolantes, e um apoia muito o outro. Aqui é uma das poucas unidades que tem grupos!” (E4)*

*“Na unidade que eu estou, eu tenho a sorte de ter uma equipe muito boa: os médicos de lá são muito gente boa, muito parceiros, estão sempre envolvidos com as ações que a gente faz e esse grupo do PET Saúde veio para abrir o nosso olhar pra isso.” (E5)*

*“Eu considero que, na UBS, é uma unidade bem coesa, harmônica! Assim... tem as diferenças, mas eu considero bem.... uma unidade de coleguismo, de... sabe? De fazer as reuniões pra tentar unir o pessoal, né? Sempre com essa coisa do coleguismo! De não ter grandes conflitos! Apesar de cada um ter seus problemas, talvez eu considero uma unidade... tranquila.” (E12)*

*“Eu acredito que é uma relação boa! A equipe aqui é bem... assim, bem integrada, é uma equipe mais unida, sabe? Elas funcionam bem, funciona bem! Entre todos os setores! Com relação aos médicos, é uma relação boa também. Os médicos aqui são bem mais antigos, então eles conhecem a equipe e não tem problema nenhum com relação a isso.” (E6)*

A (o) enfermeira (o) apontou, para um bom relacionamento da equipe, a importância do trabalho em equipe, com troca de experiências na equipe, buscando fazer junto, respeitando as diferenças individuais. Houve destaque para a valorização da participação da população.

*“A gente conta com o corpo completo aqui. A gente tem farmacêutica, tem assistente social, tem uma psicóloga, tem ginecologista, tem os clínicos, tem médico da família, tem pediatra, né? Então.... Então, aqui a gente tem esse... essa felicidade.... de conseguir ter uma equipe muito inteirada e muito integrada também! E que consegue ter essa experiência de troca, de bom relacionamento e de respeito mútuo também, de todas as partes! A gente trabalha muito isso, aqui, na unidade! Sobre essa questão da conversa mesmo, porque aqui a gente até brinca que ninguém é maior que ninguém! Nós estamos todos juntos numa equipe, pra poder fazer o melhor para a população que a gente tá atendendo. Então a gente tá sempre discutindo ali e não tem ninguém que acha que é superior né? A gente tá sempre conversando e fazendo juntos aqui! (E8)*

*“O que eu percebo é que o vínculo, assim, em relação a médico, que nem tem fono, assistente social, a gente tem psicóloga, é.... todos a gente consegue ter uma convivência, uma relação muito boa. É uma unidade assim, que tem quem se a gente precisar conversar, conversa, todos se respeitam, é igual eu falei, são várias pessoas, e ainda assim se a gente parar para analisar, são todas mulheres, a gente mulher tem, é..., muita mulher no mesmo ambiente, mas consegue ter um convívio, tem ali as suas diferenças um ou outro, alguma coisa que não concorda, mas a gente consegue lidar muito bem.” (E7)*

*“A equipe é muito boa! (...). Eu falo que dei muita sorte porque é uma equipe muito boa, uma equipe assim, principalmente em relação a enfermagem, é uma equipe que se ajuda muito, é uma equipe antiga, são profissionais que tem conhecimento e estão dispostos, assim, a ensinar, o que você perguntar. (...). Lógico que.... Como em toda equipe, toda empresa, todo ser humano né, a gente não vive dois seres humanos sem ter algum conflito em algum momento, tudo tem né? A gente não tá dentro de uma bolha né?” (E7)*

Ainda abordando o bom relacionamento entre os profissionais da unidade de APS, a (o) enfermeira (o) citou a importância da autonomia da (o) profissional e da equipe, na realização do seu trabalho.

*“Aqui a gente tem uma relação muito boa entre todos os profissionais né? É claro que, de vez em quando, tem aqueles desentendimentos, as desavenças, mas isso é normal, de qualquer lugar! É, mas a gente tem uma relação muito boa. A gente tem uma autonomia aqui né?!” (E8)*

*“Eu tenho muita, é..., liberdade, com os meus superiores. Eu tenho muita liberdade para chegar, falar com ela se precisar, e ela comigo também, independentemente do tipo de assunto que seja tocado. Com as meninas também, porque aqui eu supervisiono especificamente da enfermagem, eu dou muita abertura para elas de chegar em mim, se precisar, e até sugerir coisas, talvez do meu trabalho, que eu esteja fazendo e que deveria ser diferente! E eu tenho essa liberdade com elas também! Eu sinto que elas me dão essa liberdade de chegar até elas e conversar, se teve alguma coisa que eu não gostei, se tem alguma coisa que eu não gostei muito, se eu preciso de ajuda, de alguma coisa.” (E8)*

A comunicação, o conhecimento do seu papel e o reconhecimento do papel do outro e colaboração eficaz favorecem o trabalho da APS. Isso tornou-se evidente na fala de uma das entrevistadas.

*“Hoje em dia, como tem trabalhado muito esse assunto de multiprofissionalismo e interdisciplinaridade, a gente percebe assim, igual, como eu estou inserida lá na faculdade, o PET Saúde (...) Então, os profissionais trabalham o mesmo projeto, com o mesmo olhar! Cada um traz um pouquinho do seu conhecimento, da sua experiência, pra gente trabalhar junto. Então, assim, eu creio que esse tipo de formação vai facilitar você trabalhar depois com multiprofissionalismo, intersetorialidade, porque já vão vir preparados e com essa visão.” (E5)*

Ainda considerando a comunicação, o conhecimento do seu papel e o reconhecimento do papel do outro e a colaboração para o trabalho da equipe. Nas falas das (os) entrevistadas (os), foi possível verificar situações que dificultam o trabalho e que revelaram a necessidade de colaborar para evitar sobrecarga no trabalho, por meio da ênfase no movimento de pedir ajuda.

*“É mais, acho que cansa mais que o trabalho! É... são implicâncias. É ... fofocas. Se a gente deixar, eles querem fazer fofoca um do outro, né?” (E2)*

*“Além do bom relacionamento, uma comunicação. Relacionamento e comunicação andam juntos! Eu acho que é o trabalho em equipe, né?” (E2)*

*“Então, assim, em questão de rede, o mal do enfermeiro, que eles pregam muito, eu acho que... é aquela coisa que a gente tem que resolver tudo! Eu acho que a gente tem o facilitador pra resolver tudo, mas a gente não tem que resolver tudo. A gente tem que pedir ajuda e eu sou uma pessoa que peço muita ajuda!” (E4)*

Observou-se situações em que, mesmo relatando um bom relacionamento da equipe, apontou-se dificuldades no trabalho da equipe, evidenciado na fala da enfermeira. Esta afirmou que, em decorrência da carga horária do trabalho, não há interação entre os integrantes da equipe e, acrescido à falta de interação, trouxe a reflexão que não há demandas para atendimento conjunto.

*“Tenho uma boa relação com a equipe, de recepção, tanto no acolhimento pra demandas.... Então, tem uma parceria! A farmácia também, eu... o farmacêutico ele é aberto a tentar viabilizar coisas que estão em falta.... Ele também é bem aberto a equipe. Agora, já a fono e a psicóloga, acontece o mesmo que eu comentei do médico. Eu não, as vezes não coincide horário, mas ainda não ocorreu nenhuma.... Assim, necessidade específica de termos algum paciente em comum, pra trocar experiências ali, ou até um atendimento de urgência juntos, não aconteceu ainda essa demanda.” (E1)*

Contrariamente, outras (os) profissionais apresentaram também relatos de relações conflituosas entre os profissionais da unidade de saúde, apontando dificuldades advindas da atuação centralizadora, onde tudo passa primeiro pela (o) enfermeira (o) e também verticalizada, sem espaço para a participação dos profissionais, usuário, família e comunidade.

*“Pode ser que a equipe de enfermagem que faça, mas deu algum problema, aí é o enfermeiro que tem que resolver! ... Ele [o enfermeiro] consegue articular, encaminhar esse paciente, é...., ele..., porque o técnico tem uma visão muito ali, né?!, pontual. Mas a partir do momento que ele não consegue resolver, o enfermeiro é acionado”. (E3)*

*“Ela [enfermeira] acaba trabalhando com a equipe multi e também dentro da equipe de enfermagem que ela supervisiona. Tudo que, primeiro passa para o enfermeiro, pra depois passar para a equipe de enfermagem”. (E3)*

*“Eu tento ter uma relação horizontal, mas tem coisas aqui que eu chego e fala: “Ó, vai ser assim, a partir de hoje e ponto final!” Eu não deixo questionar! Porque se não, não haverá mudanças.” (E3)*

*“Porque, acredito assim, eu tenho que manter esse contato porque eu também sou diretora daqui e, então, assim, eu tenho contato com todos os profissionais, desde a recepção, limpeza, dentista, fono.... Então acaba tudo passando por mim!” (E6)*

Relações conflituosas em decorrência dos vícios no trabalho, a resistência às mudanças e a falta de disponibilidade para o trabalho em equipe também foram relatadas.

*“É bem difícil aqui, as relações, em termo de equipe né?! É.... É uma equipe mais velha de casa, que já tinha os vícios deles, o modo deles, como trabalharem aqui dentro.... É uma equipe mais... com experiência, né! Como é que eu vou explicar pra você? É.... Já tinha seus vícios, é.... difícil de lidar! Assim, já... é assim que faz, é assim que funciona! Funciona errado e vai funcionar errado! Já tinha o jeito delas trabalharem.... Então, trabalhar com esses vícios é muito difícil, aqui! .... O servidor experiente... ele tem o que acrescentar! Ele tem a sua experiência, porém ele tem que se adequar com as mudanças! E isso que foi difícil.” (E3)*

*“A sensação que fica é que se chamar o enfermeiro, a equipe vai ter mais trabalho... Então, muito assim, é muito forte isso aqui de quanto menos você perturbar a enfermeira, melhor! E eu vim com essa mentalidade? Não! É aí que tá errado!” (E3)*

*“O pessoal é bem maduro e o trabalho funciona! Funciona .... só que não é todo dia! Tem dia que funciona, tem dia que não dá certo! Então, é um dia de cada vez! (...) O nosso percurso está sendo um ajudando o outro para que nós consigamos pôr em prática o trabalho efetivo da estratégia. E tem funcionado muito bem!” (E10)*

*“Muito se fala do profissional, em virtude do que ele optou por fazer. Isso é uma coisa que todo mundo tem consciência e ciência do que está aqui pra fazer, mas você fala de maturidade emocional, fica muito a desejar! Porque, uma coisa é você ser um funcionário público e estar resguardado com a sua estabilidade, outra coisa é você ser um funcionário público e você estar folgando diante das suas responsabilidades! (...). Essa maturidade emocional falta muito e é o grande agravante, de todos os nós que eu encontrei!” (E10)*

A constituição da equipe de APS, o engajamento da equipe para atuação conjunta e a resolução de problemas foram apontados como dificultadores do bom relacionamento da equipe.

*“A relação é ótima, é ótima! (...). Mas com a psicóloga é boa, com a assistente social é excelente. Com os médicos, também, não tem muita.... não tem nem o que falar, porque eles atendem e não mistura muito, ne? (...) Tem o*

*respeito e o reconhecimento do meu papel por parte dos profissionais e o problema maior está na equipe nova.” (E9)*

*“Em geral, as relações são boas. Agora, com esta extensão, de ter outra enfermeira, tá meio esquisito, não vou ser é.... Não vou falar que tá bom não, no geral! Porque, querendo ou não, separou, sabe? Quem chega às sete, que são as mais velhas de casa e quem chega às 10:30h. A enfermeira meio que.... eles fizeram um grupinho à parte e trabalham muito diferente! O pensamento é muito diferente! É.... tá estranho, tá esquisito! Sabe assim, postura, falta de compromisso com horário, o jeito de tratar o paciente! Eu acho que é isso que a gente tá vivendo dessa geração do celular, sabe? Das relações secas, sabe? E a nossa é mais exigente, mais chata, do cabelo preso, da unha curta! (...). As coisas vão se perdendo com o tempo.... o compromisso com o paciente, com relações bem supérfluas, sem graça, sabe? E, aí, paciente chega aqui e só tem como referência eu, porque eu tô aqui faz muito tempo e, aí, vai virando aquela briga, sabe? Aqueles olhares ruins que eu não...” (E9)*

*“Aqui na unidade tem sido um presente pra mim mas, a equipe, óbvio que tem sempre algum problema. Quando eu cheguei aqui o problema, o nó crítico, era com o médico e a recepção. Eles tinham tido um atrito anterior, né!? Esse atrito só foi percebido agora a pouco, quando eu fui trabalhando gerenciamento de equipe, pra organizar as estratégias da saúde. (...). É.... foi acordado, na verdade, entre todos da equipe, uma trégua! (...) E selaram esse compromisso comigo. E foi muito interessante, porque o restante, funciona muito bem. O trabalho aqui é todo mundo um ajudando o outro.” (E10)*

A (o) enfermeira (o) trouxe exemplos de situações vivenciadas no dia-a-dia da unidade de APS. Nestas situações, foram levantadas situações em sala de curativo, no atendimento psiquiátrico, nos grupos educativos, com a atuação conjunta das (os) profissionais da equipe de saúde e usuário ou família. Nestas situações, evidenciou-se o trabalho colaborativo.

*“...A relação com outros profissionais, então assim, a equipe de enfermagem, já em algumas situações, precisou da minha parceria, tanto com os familiares né?!, pra resgatar a importância de estar indo nas datas corretas, não faltar, de ser periódico, de ter esse cuidado diário para não perder o que já se conquistou da revitalização de tecidos, de cicatrização, de redução de riscos de infecções, de propagação de bactérias, de biofilmes, por exemplo. Então, assim, a parceria da equipe de enfermagem, que realiza o curativo, a técnica, a avaliação do enfermeiro, de tá indo lá na hora do curativo, e fazer esse elo com a família.” (E1)*

*“...A gente teve uma paciente que ela é.... uma paciente psiquiátrica. Ela suspendeu a medicação e estava em um processo de mania, tava num surto psicótico, persecutório com a família. (...) Eu fiz a acolhida dela, entendi a situação e conversei com a psicóloga. A psicóloga falou que ela já passou por atendimento e, como ela estava sem medicação, ela necessitaria de uma internação para regularizar essa medicação dela. Aí, eu conversei com a assistente social, que entrou em contato com a família. Eu manejei o caso com o Samu, pra ela ir, porque eles tentaram fazer a internação dela, a família. (...) Aí eu manejei o caso com a família. Conversei com a paciente, falei que realmente ela estava grave, precisava fazer uns exames e que eu ia encaminhar ela para o pronto socorro pra ela fazer esses exames, que ela ia*

*colher sangue, colher urina e passar por um médico e fazer uma avaliação. (...) “Então foi bem.... um trabalho em conjunto, com todo mundo!” (E4)*

*“A gente tem assim, pelo menos na unidade, por conta de estar com o PET Saúde, todas as ações que a gente vai fazer a gente envolve o máximo de profissionais possíveis. O grupo de gestante mesmo, que a gente está fazendo, a gente envolveu todos os profissionais da UBS e cada semana é um que fala. (...) A gente tenta fazer algumas coisas para aproximar e vejo muitas melhorias! (...) Eu falo isso pelo que a gente tem feito lá, né! Eu acho que tá trazendo pelo menos essa consciência desse trabalho e eu vejo muitos frutos, fazendo o trabalho sobre vários olhares. Essa maneira da gente envolver os outros profissionais e, de certa forma entender um pouquinho da área de cada um, ter um pouquinho do olhar dos outros também, sobre o trabalho deles fortalece o trabalho”. (E5)*

*“Atuação conjunta? Em todo momento! Por exemplo, quando a gente faz as visitas domiciliares, meus agentes são meus pés, meus braços, minhas mãos, olhos e ouvidos, porque eles vão, eles trazem demandas pra mim! Eles trazem demandas médicas, psicológicas, de material, do que tiver na casa.” (E10).*

*“Tem a reunião de planejamento familiar né, que aí trabalha é.... a enfermeira, a assistente social, psicóloga, médica, às vezes em alguma campanha. Algumas reuniões que a gente faz, reuniões de grupo mesmo, sempre é eu com a médica (...). Se precisa, a gente tem o apoio da assistente social também, para dar informações direito, que o paciente pode, o que não pode, fonoaudióloga também, então a gente acaba trabalhando em conjunto! (E7)*

*“A gente aqui é bem próximo, principalmente nas questões das ações educativas. O curso de gestante, por exemplo, ele é organizado, principalmente pela assistente social, né? E aí as enfermeiras, no caso eu e minha parceira, a gente que monta o curso. Mas, durante os encontros com as gestantes, tem ali a participação dos outros profissionais, então a gente disponibiliza, os profissionais disponibilizam um dia específico, né, que eles conseguem se organizar, de fechar agenda e tudo mais, para poder ir atender essas gestantes. E aí, faz roda de conversa, orientação, é mais uma troca mesmo, entre gestantes e o profissional. (...)! Então a gente tem, nessa questão do curso de gestantes, que é o que participa mais gente, mas no geral a gente tem uma parceria muito boa, principalmente assistente social e psicóloga!” (E8)*

Já em outras situações abordadas, observou-se que, mesmo apresentando a vivência como atuação conjunta, o que se observou, na realidade, foi um atendimento uniprofissional sequencial, seguindo um protocolo específico, sem a interação entre as (os) profissionais e com o usuário e familiares, não evidenciando o trabalho colaborativo.

*“A reunião de planejamento familiar. Passa pelo assistente social, passa pela psicóloga, passa pela enfermeira. Começa na recepção. (...) Cada um na sua sala. Às vezes, um caso ou outro, que a assistente social vem atrás, pedindo alguma agilidade, sabe?” (E9)*

*“Eu vejo situações da sala de curativo, que já chega num avançado que, se deixar pela rotina, da equipe mais antiga, vai fazendo lá, vai tocando o barco e elas não falam. É onde a gente vive falando: “Não sabe o que passar, não tem prescrição médica, chama a enfermeira pra gente ver como é que está essa ferida, essa lesão!” (E3)*

Em outras situações, a (o) enfermeira (o) apontou atuação conjunta apenas na equipe de enfermagem, evidenciando uma fragilidade da equipe de saúde e a ausência do trabalho colaborativo.

*“Não tem muito esse hábito não! É..., assim.... com a enfermagem, eu faço. Às vezes, lá na sala do curativo, enquanto ela tá lá, fazendo um curativo, eu vou orientando, que aí é uma forma educativa também, né? De todo mundo ali entender o que está acontecendo, qual é o fluxo. Eu faço muito com a enfermagem! Às vezes, lá na sala da enfermagem também! (...) Com os outros profissionais, é mais quando tem o grupo.” (E12)*

Considerando a atuação conjunta, foram apontados fatores que facilitam ou dificultam a atuação profissional. Como facilitador, citou-se a importância da centralidade no usuário, da comunicação e da disponibilidade da (o) profissional para o trabalho colaborativo.

*“Acho que o que favorece é a necessidade do paciente, de atender ele e suprir a necessidade dele! Porque, às vezes, eu sozinha não consigo! Eu preciso de outros profissionais junto pra que o problema dele seja... Resolvido!” (E6)*

*“Eu acho que facilita né, porque a gente às vezes, é.., consegue ter esse vínculo porque às vezes a gente tá com paciente que chega para nós com uma demanda de... curativos, aí a gente vai lá, faz a avaliação mas às vezes, assim, ele precisa de uma avaliação, uma assistência maior da assistente social.” (E7)*

*“O que facilita é que a gente, é assim, o que facilita para o paciente é que ele vai ser melhor atendido ali e ter a resolução daquele...” (E3)*

*“Eu acho que a.... a abertura mesmo, né, dos profissionais. (...). Então todo mundo tem essa abertura de ouvir as sugestões, de entender, né, de tentar ver outra forma, e essa disposição mesmo né, porque tem gente que às vezes não quer trabalhar, né? (...). Eu acho que facilita muito, a gente tem esse espaço para conversar, né, para poder discutir ideias e trocar aí, trocar as figurinhas, né, que a gente fala, até chegar num consenso para poder fazer o que é melhor para nossa proposta naquele momento, para os pacientes, para a comunidade.” (E8)*

*“Facilita? O perfil do profissional que trabalha na unidade. (...) [as agentes comunitárias de saúde] São acolhedoras, elas amparam as dificuldades, são interessadas, competentes.” (E10)*

*“Eu acho que amplia a percepção e dá uma, dependendo do caso, dá uma segurança, um respaldo! Então, depende do caso, né? (...). Num grupo, eu acho que é válido porque complementa.... um complementa o outro e, aí, quando fala, dá margem para o outro falar mais.” (E12)*

A disponibilidade da (o) profissional para o trabalho colaborativo, citado como facilitador para a atuação conjunta, foi apontado também como fator dificultador.

*“E dificulta quando o outro profissional não está a fim! (.) Ele quebra a mão e... a gente sabe que isso acontece! Infelizmente! Isso é muito triste! Mas existem profissionais que quebram a mão, profissionais que: Não, não vou fazer! Problema seu! Você que tem que resolver!” (E2)*

*“O que dificulta? Você fala da atuação do enfermeiro ali? É, na cabeça das..., na cabeça das técnicas de enfermagem, da equipe: “\_Nossa, vai ter que passar com o médico! Nossa, vai amarrar o paciente aqui com a gente, porque depois tem que avisar o paciente da consulta agendada!” Nesse ponto de vista, assim, é mais fácil ir tocando.... Pra, para o profissional, mas para o paciente não é resolutivo. (...) O que dificultaria seria mais.... é porque, assim, vai ter mais engajamento, vai ter mais desfecho!” (E3)*

*“Um dos maiores empecilhos que eu achei aqui na unidade, não só na unidade, na rede toda, é um pouco de má vontade.... Não pode resolver o problema! Eu acho que a atenção básica, ela pode ser bem mais resolutive.” (E4)*

*“[Sobre o PET Saúde]. Veio, no começo, como imposição – tem que participar. Eu não gostei, no começo, de como foi feito, meio que obrigatório, sabe? (...). Então, assim, acho que chegou de uma forma negativa, de imposição e como que uma faculdade vai influenciar no trabalho da equipe em si, sabe? Eu acho que a teoria é muito bonita, mas a prática, pelo que eu te falei, é bem diferente! (...) A hora que está lá na reunião, é tudo muito bonito, mas na prática são outras pessoas” (E9)*

*“Então.... Fatores pessoais, urgências! Às vezes um tem uma urgência, precisa sair e tem que repor.... é.... recepção. A recepção é o nó crítico daqui sim.” (E10)*

Como fator dificultador, soma-se a o engajamento do profissional e da equipe de saúde, a organização da agenda das (os) profissionais e o foco no atendimento uniprofissional, a comunicação e a gestão dos conflitos.

*“Antigamente, a gente podia fechar a unidade pra gente fazer essa reunião de equipe e, agora, a gente não tem mais essa possibilidade! E, então, acaba dificultando!” (E6)*

*O que dificulta? Eu acho que a demanda – alta demanda de pacientes. Então, às vezes, assim, é... chega um paciente aqui e, por exemplo, com algum problema e a psicóloga está ocupada em atendimento, a assistente social em outro. Às vezes, a sobrecarga de agenda acaba dificultando, que o paciente seja atendido no mesmo momento por todos os profissionais!” (E6)*

*“As agendas.... Cheias! Para o atendimento individual! Eu acho que é a agenda que dificulta um pouco. Tem o fato da carga horária deles ser menor e não estar o tempo todo na unidade, como a recepção.” (E12)*

*“Às vezes aqui, é um pouco a dificuldade de comunicação, de ter esse contato, que nem a gente essa é... tem esse trabalho conjunto, mas dificilmente a gente consegue sentar, reunir e falar. (...). Então às vezes para conseguir uma comunicação, porque o tempo todo, assistente social tá em atendimento, todo mundo tem seus atendimentos, às vezes não consegue reunir, para estabelecer algumas coisas, alinhar algumas coisas, alguns trabalhos. Acho que a comunicação deu uma dificultada. (...). Fica a comunicação um pouco meio... fragmentada!” (E7)*

*“Dificuldades.... Como a gente trabalha em um serviço grande, mas trabalhar como enfermeiro, ser enfermeiro não é difícil, procedimentos, qualquer um leigo que você ensina ele com a técnica correta, ele consegue executar o procedimento. Difícil do enfermeiro é a administração e as relações! Eu acho que isso contexto. Às vezes, é coisas poucas que viram grandes discussões que você pensa: Gente! Está parecendo que eu tenho um filho de cinco anos de idade!” (E4)*

*“Que dificulta? Por enquanto eu não notei nada que seja específico. Às vezes tem as discordâncias, normais, né, de ideias, mas nada que seja realmente muito relevante, que a gente não consiga resolver.” (E8)*

Além das situações exemplificadas pela (o) enfermeira (o), foram colocados questionamentos referentes a reuniões de equipe. A (o) enfermeira (o) trouxe ainda relatos sobre a realização de reuniões de equipe, evidenciando que não há interação e envolvimento de todas as categorias profissionais. São discutidos casos pontuais e as reuniões de equipe estão focadas em algumas categorias, sem que haja interação entre elas, o que dificulta, ou até mesmo impede, o trabalho colaborativo.

*“Então, assim, nós vamos trabalhando, eu e a outra enfermeira, não dá pra ser assim, toda semana tem reunião, não, não tem como. É coisas pontuais e a gente tenta fazer essa reunião assim, a cada quinze dias, uma vez no mês. É pouco? É, mas nem fazia! Então a gente tenta aumentar essa frequência! O ideal seria fazer uma vez na semana.” (E3)*

*“A gente faz bastante reunião, principalmente a outra enfermeira, que coordena as reuniões, tratando questão de demanda, é...., mudança de protocolo. (...) Se for uma coisa mais voltada pra enfermagem, a gente junta só a enfermagem. É...., enfermagem e recepção, a gente junta também, bastante. As meninas dos outros setores têm as reuniões com as coordenadorias gerais delas e depois trazem pra gente, geralmente elas trazem pra enfermeira responsável e a gente repassa pra equipe.” (E4)*

*“Para tentar retomar algumas coisas, a gente vai pontuando e discute, as vezes não o caso, mas aquele, por exemplo, o pé foi avaliado e tá feio e é pra chamar o enfermeiro...São casos pontuais, conforme a demanda. Aqui, assim, a gente tenta fazer uma reunião de equipe, a cada.... uma vez a cada 15 dias, uma vez no mês, depende do mês, se tá muito puxado, se o mês tá mais tranquilo”. (E3)*

### **3. A pandemia do coronavírus afetando as relações interprofissionais de trabalho**

Nesta categoria, investigou-se como as relações de trabalho foram afetadas em momentos do trabalho onde ocorre uma maior fragilidade, como a pandemia do coronavírus.

A (o) enfermeira (o) trouxe reflexão sobre as situações vivenciadas durante a pandemia, apontando a alteração na rotina e nas relações de trabalho. Abordou-se a

fragilidade do profissional, a sobrecarga no trabalho, a alteração emocional e psicológica, o adoecimento e a perda de integrantes da equipe. O posicionamento e envolvimento das outras categorias profissionais também foi considerada. Para superar as adversidades, apontou-se a importância da colaboração, da atualização constante, a dinamicidade e flexibilidade do trabalho.

Para as (os) entrevistadas (os), a rotina do trabalho foi alterada e evidenciou-se o risco potencial de infecção por coronavírus. Trouxe reflexões sobre a fragilidade do profissional, demonstrada pela alteração emocional e psicológica, pelo adoecimento, pelo medo de ser um vetor e infectar um familiar e pela proximidade e necessidade constante de lidar com a morte.

*“... Mudança brusca, por conta do covid, e os riscos, causou, em todos nós, a fragilidade da gente não ser.... vetor, né?!, assim, uma pessoa que possa trazer, pra dentro de nossos... entes queridos, na nossa casa, fontes de infecção pra eles...” (E1)*

*“Foram afetadas.... Foram sim! Tem profissionais que ficaram afastados muito tempo e a gente ficou, nesse período, com falta de profissional! Alguns adquiriram alguns hábitos, mais diferentes, assim, sabe? Voltou assim, com algumas restrições e, isso, acabou afetando sim!” (E6)*

*“Foi muito complicado. Eu falo que só quem viveu na área durante esse tempo sabe, né? Independentemente do local que trabalhou, independente se foi na atenção primária ou no hospitalar, mas..., eu acho que afetou muito a questão por conta da questão emocional mesmo, psicológica. É..., as pessoas se afastaram, né, como a gente era linha de frente aqui, a gente não tinha como ficar com a família e então essa questão de estar longe da família, estar longe da nossa rede de apoio também, eu acho que afetou muito o psicológico, emocional de todo mundo, e acredito que possa ter interferido sim, que possa ter afetado um pouco, em relação ao trabalho.” (E8)*

*“As pessoas chegavam mais estressadas, mais cansadas, mais ansiosas, né, e aí gerava situações que talvez não era tão, não era do comum, né, talvez não era da personalidade da pessoa mesmo, mas acabava acontecendo por conta fragilidade emocional que ela tava vivendo naquele momento. Foi um tempo muito pesado, a gente lidou com muita morte, muitas situações muito complicadas, o afastamento da família, das pessoas próximas. Então.... eu acho que afetou muito o psicológico de todo mundo, afeta ainda, até hoje, afinal, a gente ainda tá na pandemia, apesar de estar muito melhor, muito mais controlado.” (E8)*

*“Com a pandemia.... [Silêncio]. Eu acho que foi só o medo, mesmo, em geral, né? As perdas que a gente teve, não de funcionários, mas, igual, o esposo da assistente social faleceu. É.... fragilizou bem a gente, a gente ficou bem.... Mexida, por causa dela. Acho que a gente ficou mais unido ainda!” (E9)*

Com a alteração da rotina e a sobrecarga no trabalho, as (os) enfermeiras (os) refletiram sobre a sobrecarga advinda com o trabalho em excesso que, somada a

alteração emocional e psicológica persistente, favoreceu o adoecimento no trabalho do pessoal que estava na linha de frente dos serviços de saúde.

*“Os profissionais estão esgotados, estão à flor da pele.... Eu acho que a pandemia.... Judiou um pouco da gente, que trabalhou sem parar.... Trabalhou em excesso, mas também eu acho que uniu mais! Acaba unindo também (...). Estamos em uma fase de muito assim, as pessoas estão muito debilitadas, elas estão muito machucadas, muito sensíveis e.... saúde mental está assim... [sinal de negação], lá em baixo.” (E2)*

*“Eu acredito que as relações foram muito afetadas. (...). Afetou demais porque o pessoal, não só pelo fato de adoecer o profissional de saúde, mas a saúde, ele precisar ficar afastado. O profissional estava exaurido e não conseguia mais fazer nada! (...) Era coisa de Vietnã mesmo, sabe? Uma dificuldade tremenda de contar com o profissional.” (E10)*

*“Olha, eu peguei..., eu peguei muita pessoa da enfermagem.... Doente! Doente, mesmo, assim.... Depois da hostilidade que teve, aquelas campanhas de vacina, teve pessoa que ficou doente mesmo! (...) O pessoal que estava aqui antes tava bem impactado. Teve depressão, teve pânico, né?” (E12)*

Em consequência do adoecimento da (o) profissional, uma unidade de APS perdeu um integrante, o que fragilizou ainda mais a equipe.

*“Eu acho que, como todo mundo passou por momentos difíceis e a unidade acabou tendo uma perda, né, não só física, mas emocional, a gente acaba se complementando, assim.... A gente vai.... Eu passei por isso também e alguns conseguem superar mais rápido, outros ainda não conseguiram. E a gente vai.... Tentando se ajudar! (E6)*

Além da alteração da rotina do trabalho, a Enfermagem precisou trabalhar também com o posicionamento e envolvimento das outras categorias profissionais. As atitudes apresentadas geraram ainda mais sobrecarga e trouxeram questionamentos sobre a valorização de cada categoria profissional.

*“Eu cheguei na UBS em época de pandemia. (...). Quando eu cheguei, a gente começou a fazer vacina na primeira semana que eu estava na UBS. Aí, eu vejo que atrapalhou na verdade, assim, o serviço e não as relações, porque ali a gente acabou que, assim, falando até pela minha experiência ali, porque quando eu estava na outra unidade, prejudicou um pouco porque tudo sobra mais pra enfermagem! Ninguém queria dar a cara a tapa, ninguém queria ir lá na frente atender o paciente! Eu lembro de situações em que dentista se isolava, ia pra dentro do carro! A gente começou a perceber dificuldade nas relações de trabalho nessa situação. Quando eu cheguei aqui na unidade, aqui eu não senti isso, porque os dentistas estavam trabalhando, atendendo o mínimo possível, que eram casos de urgência, porque era o preconizado e até os outros atendimentos de rotina da UBS estavam suspensos mesmo.” (E5)*

*“Em algumas situações, por exemplo, tinha médico que falava que não ia, que não estava atendendo e pra trocar receita ia uma vez na semana – não*

*teve prejuízo do trabalho [financeiro] e ia lá uma vez na semana e, nós, da enfermagem, ficando oito horas por dia, expostos. Então, assim, teve várias situações assim e esse tipo de comportamento, errado, de alguns profissionais, prejudicou o trabalho.” (E5)*

Para superar as adversidades impostas pela condição epidemiológica instalada, a (o) enfermeira (o) apontou que a equipe precisou movimentar-se para melhorar a rotina do trabalho. Houve necessidade de atualização técnica constante e a (o) profissional precisou ser flexível frente às imprevisibilidades impostas na dinâmica de trabalho no contexto da pandemia da COVID-19.

*“Foi desafiador, porque era muito dinâmico. Então, é... tinha mudanças no fluxo dos atendimentos. Então, assim, o profissional tinha que estar aberto para acompanhar.... A gente teve que se adaptar ao que foi mudando, aos ajustes que foram feitos e, ao mesmo tempo, a gente teve que estudar muito.... Tinha que deslocar alguém da equipe pra colaborar! Então, a gente teve que ser flexível, pra ajudar em outro local, mas que tava beneficiando nossa própria equipe! Então, teve que ter essa parceria!” (E1)*

*“As relações de trabalho? Então.... A rotina foi inteira alterada! Dificuldades.... Como a gente trabalha em um serviço grande, mas trabalhar como enfermeiro, ser enfermeiro não é difícil, procedimentos, qualquer um leigo que você ensina ele com a técnica correta, ele consegue executar o procedimento. Difícil do enfermeiro é a administração e as relações!” (E4)*

*“A gente foi um polo de atendimento covid (.), duas vezes, nós fomos polo UBS! Então eu estava sozinha como enfermeira porque a outra enfermeira estava de férias, então eu estava sozinha como enfermeira! Foi, foi muito desafio! Mas, foi bem pesado! Mas deu tudo certo.” (E2)*

Além das situações apontadas acima, para o enfrentamento dos desafios impostos pela pandemia, a (o) enfermeira (o) ressaltou a importância da colaboração no trabalho.

*“Olha, acho que nem sei se teve estratégia... [risos]. Foi no susto mesmo [risos]!... Então, assim, a gente teve que montar uma estratégia mesmo de assim, colaboração. Não fazia horário de almoço. O colega ia lá, almoçava, voltava e a gente saía para almoçar. Então era uma colaboração mesmo, um trabalho em equipe mesmo, pra dar conta.” (E2)*

*“Eu acho que o suporte, né. A esperança, todo mundo, a esperança que a gente ia passar por aquilo, que ia melhorar, né? A fé de que ia conseguir a vacina e que, em algum momento, ia passar, e...., e a empatia, né, entre os colegas, saber que aquela pessoa tava passando pelo mesmo momento que ela tava vivendo, daquela forma, e cada pessoa responde de um jeito, né, em determinada situação.” (E8)*

Para além da pandemia, cita-se a importância da atuação da (o) enfermeira (o) na rotina da unidade e sua importância para o usuário e comunidade no período pós-pandemia.

*“Então, assim, estamos vivendo tempos de distanciamento, até de relacionamentos.... Individualismo. São os desafios, né!? A gente, na enfermagem, não pára por aí! Que a gente volte a ser o elo é.... de unir novamente! É isso que eu sinto, assim, a alegria de ser esse elo, entendeu?”*  
(E1)

Quadro 1 - Síntese dos achados à luz do referencial teórico do processo de trabalho e dos atributos da colaboração interprofissional.

Atividades das (os) enfermeiras (os)	Instrumentos empregados no processo de trabalho	Atributos da prática interprofissional	Tensionamentos da prática interprofissional
<p><b>Administrativas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Direção da unidade de APS;</li> <li>▪ Supervisão da equipe de Enfermagem;</li> <li>▪ Escalas da Enfermagem – mensal, férias, folgas e banco de horas;</li> <li>▪ Escalas de atividades (Exemplo: gestão cadeia de frios);</li> <li>▪ Requisição materiais;</li> <li>▪ Reuniões de equipe;</li> <li>▪ Acompanhamento de materiais – conserto, patrimônio e bens;</li> <li>▪ Gestão administrativa;</li> <li>▪ Gestão de conflitos.</li> </ul> <p><b>Assistenciais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ações educativas: planejamento familiar, curso de gestantes; grupos Saúde em Ação, hipertensão e diabetes;</li> <li>▪ Acolhimento;</li> <li>▪ Identificação das vulnerabilidades;</li> <li>▪ Assistência ao usuário;</li> <li>▪ Visita domiciliar;</li> <li>▪ Coleta Papanicolau;</li> <li>▪ Teste do Pezinho;</li> <li>▪ Vacinação;</li> <li>▪ Curativo;</li> <li>▪ Medicação;</li> <li>▪ Consultas de Enfermagem;</li> <li>▪ Pré-natal;</li> <li>▪ Pré e pós consulta;</li> <li>▪ Orientação do usuário;</li> <li>▪ Busca ativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conhecimentos gerenciais;</li> <li>▪ Saberes técnico – assistenciais;</li> <li>▪ Relação da enfermeira (o) com o usuário de APS;</li> <li>▪ Relação da enfermeira (o) com as outras categorias profissionais e com a administração;</li> <li>▪ Participação da comunidade (citada a parceria com o Centro Comunitário);</li> <li>▪ Parcerias intra e intersetoriais (citada rede hospitalar e universidade);</li> <li>▪ Estrutura física da unidade de APS (citado o número reduzido de salas);</li> <li>▪ Equipamentos e insumos em geral (citado material para curativo);</li> <li>▪ Relações de vínculo;</li> <li>▪ Responsabilização;</li> <li>▪ Organização da agenda de atendimentos;</li> <li>▪ Protocolos;</li> <li>▪ Reuniões de equipe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centralidade no cuidado do usuário;</li> <li>▪ Valorização da participação da população;</li> <li>▪ Disponibilidade para o trabalho em equipe;</li> <li>▪ Coleguismo;</li> <li>▪ Apoio mútuo;</li> <li>▪ Parceria;</li> <li>▪ Integração;</li> <li>▪ Troca de experiências;</li> <li>▪ Bom relacionamento;</li> <li>▪ Respeito às diferenças;</li> <li>▪ Autonomia;</li> <li>▪ Comunicação efetiva / diálogo;</li> <li>▪ Reconhecimento mútuo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fragmentação da gestão do cuidado;</li> <li>▪ Fragmentação da equipe: diferentes horários de trabalho, baixa disponibilidade para colaborar, ou preferência em atuar "solo";</li> <li>▪ Sobrecarga da (o) enfermeira (o);</li> <li>▪ Conflitos;</li> <li>▪ Lacunas da formação para o trabalho em equipe integrada e colaborativa</li> <li>▪ Relações hierárquicas e de poder</li> <li>▪ Espaço para a participação do usuário, família e comunidade;</li> <li>▪ Reuniões em equipe.</li> </ul>

Fonte: elaborado pela autora (São Carlos, 2024)

## 7. DISCUSSÃO

Na realização desta pesquisa, observou-se que, atuando nas unidades de saúde, há um predomínio de profissionais do sexo feminino. Ao encontro com o sinalizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (2023), a mão de obra da Enfermagem é predominantemente feminina.

A formação das(os) enfermeiras (os) entrevistadas (os) e atuantes na APS evidencia sua busca por atualização, como forma de aprimorar a sua formação, especialmente na sua área de atuação. Houve um destaque para a especialização em Saúde Pública ou Saúde da Família. A formação profissional é essencial para a qualidade do cuidado e, especialmente na APS, buscando o fortalecimento da saúde como direito. O processo ensino – aprendizagem possibilita maior dinamismo para o trabalho em equipe (Thumé *et al.*, 2018).

Outro fator considerado foi o tempo de atuação do profissional, tanto no SUS, quanto na APS, o que sinalizou a baixa rotatividade de profissionais, considerado um fator positivo para a efetividade do trabalho. Para Ruiz e colaboradores (2016), a rotatividade do profissional afeta a qualidade da assistência e a segurança do usuário e colaborador, além do alto custo financeiro para as unidades de saúde. Para os autores, o gerenciamento de pessoal deve ser trabalhado de forma efetiva, de forma a fortalecer o profissional, a equipe e, conseqüentemente, o trabalho na APS.

Considerando a organização das equipes, no que tange à direção administrativa das unidades e número de enfermeiras atuantes, ressaltou-se as diferentes formas de organização das equipes, conforme definido pelo município estudado. A direção administrativa é atribuída mediante nomeação política. Nas unidades de APS estudadas, a direção administrativa é realizada por profissionais de diferentes formações, com nível técnico ou superior. Assim, uma unidade conta com três enfermeiras – destas, uma delas atua exclusivamente na direção da unidade. Em sete unidades, a direção é realizada pelo enfermeiro de forma acumulativa – o mesmo profissional assume a função administrativa, concomitante com o processo de trabalho do enfermeiro. Em quatro unidades a direção é realizada por profissionais de outras categorias, tais como o assistente social, o técnico de Enfermagem ou o auxiliar de saúde. Cabe ressaltar que a direção é feita sempre por um profissional único, de forma não compartilhada.

O quantitativo de enfermeiras (os) lotados em cada uma das unidades de APS também é variável. Em nove unidades, há duas (dois) enfermeiras (os) atuantes; em duas, há apenas uma enfermeira e, em uma das unidades, são lotadas três enfermeiras. Este quantitativo não considera o tamanho da unidade de APS e/ou a população assistida.

Ao investigar o trabalho da (o) enfermeira (o) na unidade de APS, observou-se que existem formas de atuação diferenciada. Houve destaque para ações assistenciais e administrativas realizadas de forma integrada ou fragmentada.

Quando há articulação das dimensões assistencial e gerencial, as (os) enfermeiras (os) abordaram a importância de conhecer e atuar em todos os processos das unidades de APS, reconhecendo que para fazer o cuidado acontecer, é preciso gerir os recursos e as pessoas. Apontaram, também, a realização de procedimentos diversos, a coordenação e supervisão da equipe de enfermagem e de saúde, além da realização de atividades como referência e contra referência para a continuidade do cuidado, fortalecendo o trabalho em rede de saúde.

Para Bica e colaboradores (2020), o gerenciamento do cuidado efetiva-se quando há, na Enfermagem, a articulação entre gerência e assistência. A dimensão gerencial envolve ações voltadas à organização do trabalho, buscando condições favoráveis. Já a assistencial envolve a qualidade assistencial, com foco no usuário do serviço e na integralidade do cuidado. Reconhecem ainda que o gerenciamento é construído por meio do reconhecimento das especificidades do território de atuação e da equipe. O conhecimento da equipe favorece o direcionamento do trabalho a ser realizado, considerando as especificidades e disponibilidade de cada um de seus integrantes.

Na unidade de APS, quando a gestão do cuidado ocorre de forma fragmentada, há o distanciamento entre o assistencial e o gerencial, com divisão do processo de cuidar entre cuidar e administrar. Conforme relatos, há atuação diferenciada entre as (os) profissionais de uma mesma categoria profissional, lotadas na mesma unidade de APS. A fragmentação do cuidado, de acordo com achados deste estudo, pode ser traduzida pela forma como o processo de trabalho é estabelecido,

Treviso e colaboradores (2017) realizaram uma revisão integrativa, com o intuito de avaliar as competências da Enfermagem na gestão do cuidado. Os estudos apontaram que assistência e gerência se apresentam como dimensões paralelas, o que evidencia um processo de trabalho fragmentado, centrado na gerência.

No processo de trabalho das (os) enfermeiras (os) entrevistadas no presente estudo, houve, portanto, um foco nas atividades assistenciais e/ou administrativas, realizadas de forma integrada ou fragmentada.

Tais achados distanciam-se parcialmente do encontrado na literatura, uma vez que o trabalho da (o) enfermeira (o) faz parte de um processo coletivo do trabalho da (o) enfermeira (o), que integrado com os membros da equipe no contexto político-social, executa o seu trabalho envolvendo as dimensões assistencial, gerencial, de ensino, pesquisa e participação política (Sanna, 2007).

A dimensão do ensino envolve a relação aluno – professor, com a utilização de teorias, métodos e recursos de ensino para formação do profissional. Têm, como objeto, os indivíduos que querem tornar-se profissionais da Enfermagem e também profissionais que buscam por aprimoramento (Sanna, 2007).

Neste estudo, tal dimensão foi abordada de forma parcial, demonstrada por meio das falas das (os) entrevistadas (os) sobre a realização de grupos e a orientação da equipe de enfermagem. Diferentemente, as competências políticas e do pesquisar estiveram ausentes nos relatos.

A competência política é necessária para o pensamento crítico-reflexivo, para a análise da realidade social, a tomada de decisões e a efetivação do cuidar. Expressa-se, no nível individual, pela escuta ativa, pelo reconhecimento do outro em sua integralidade e autonomia. No nível familiar, envolve o desenvolvimento de habilidades relacionais mediadoras, utilizando-se do conhecimento clínico – epidemiológico e recursos institucionais, comunitários, sociais e governamentais de suporte familiar. No nível social, considera a coletividade das condições de vida e manifesta-se através de políticas e movimentos sociais (David; Martínez-Riera, 2020).

O pesquisar, atividade privativa da (o) enfermeira (o), envolve a utilização de saberes disponíveis e das lacunas de conhecimento para a produção de novos conhecimentos que, ao serem aplicados, modificam a prática profissional (Sanna, 2007).

Buscando compreender o papel da (o) enfermeira (o) na gestão do cuidado, foi apontada a atuação da (o) profissional junto ao usuário, na família e na comunidade, com acolhimento, na identificação das vulnerabilidades e no aconselhamento, sendo referência assistencial e administrativa para a população que procura por serviços diferenciados na unidade de APS. A Enfermagem, atua na coordenação da equipe, com a supervisão, na educação continuada e na integração assistencial – gerencial,

buscando a oferta de cuidado integral e de qualidade. Enquanto integrante da equipe de APS, apresenta-se como elo entre equipe, usuário e administração, sendo responsável pela resolução de problemas e/ou situações diversas.

De acordo com a literatura, o trabalho centrado no cuidado aos usuários e interprofissional colaborativo, contribui para a organização do processo assistencial e desenvolvimento do sistema de saúde (Felli; Peduzzi, 2016).

Na APS, a atuação da (o) enfermeira (o) é ampla, envolvendo a prática clínica, educacional e gerencial. É voltada para a integralidade do cuidado ao usuário e às famílias (Ferreira; Périco; Dias, 2018).

Enquanto integrante da equipe de APS, foi apontado o papel das enfermeiras (os) como elo entre equipe, usuário e administração, sendo responsável pela resolução de problemas e/ou situações diversas. Nessa direção as enfermeiras (os) assumem o papel central de articuladoras do cuidado, contudo a partir dos achados não é possível afirmar que a enfermeira realiza cuidados centrados nos usuários, especialmente no tocante à sua participação nos processos de decisão.

Em consonância com a literatura, um estudo realizado, com o objetivo de discutir como a equipe de saúde e de enfermagem, dirigentes e usuários da ESF visualizam o gerenciamento do cuidado da (o) enfermeira (o) aponta essas (es) profissionais como responsáveis pela resolução de problemas da equipe e da comunidade. Esta resolução aconteceria por meio de estratégias de organização, articulação com a equipe, diálogo e negociação. A sua atuação vai além do conhecimento técnico, integrando-se com as práticas desenvolvidas por todos os profissionais do serviço (Silva; Assis; Santos, 2017).

Mateus e colaboradores (2021), procurando compreender o gerenciamento no cotidiano da ESF, na ótica de enfermeiras (os), atribuem a (o) enfermeira (o) o papel de gerenciamento de conflitos, atuando como articuladores e orientadores, preparando a equipe para lidar com situações de conflito. Atuam ainda na coordenação do cuidado, como elo mediador entre usuários e profissionais da unidade e da rede de atenção à saúde. Os autores reforçam a importância de toda a equipe para a qualidade do cuidado à saúde, além da necessidade do envolvimento da gestão e de políticas coerentes com os problemas vivenciados pelos gerentes e enfermeiros, no cotidiano.

Faz-se pertinente o apontamento de Silva, Arantes e Fortuna (2019), que abordam a centralização da supervisão na (o) enfermeira (o) como expressão, de

certa forma, da omissão da equipe de saúde, com pouca proatividade na tomada de decisão. Para as autoras, se não há corresponsabilização, o profissional assume um papel passivo, sem a exposição de seus pensamentos.

Considerando que o trabalho interprofissional se manifesta por meio da interação entre os profissionais da saúde, investigou-se como a (o) enfermeira (o) reconhece e atua na interprofissionalidade na APS. Observou-se que existem posicionamentos contrários, pois as relações de trabalho são apresentadas como favoráveis à interprofissionalidade ou conflituosas.

Nas relações favoráveis, houve relatos de um bom relacionamento, destacando-se a importância da parceria, do apoio mútuo, do envolvimento da equipe, da troca de experiências, do respeito às diferenças, do vínculo, da autonomia da (o) profissional e da equipe. Contudo, não houve menção ao alinhamento dos objetivos ou de construção de um projeto assistencial comum entre os agentes do trabalho.

De forma semelhante, na literatura, Peduzzi e colaboradores (2020) apontam os atributos do trabalho interprofissional, citando a interação e comunicação da equipe, o clima do trabalho em equipe, a construção do projeto assistencial comum e a flexibilização do trabalho, com foco na flexibilidade em detrimento dos trabalhos especializados. Para as autoras, tais atributos podem interferir na efetividade do cuidado aos usuários.

Estudo realizado por Melo e colaboradores (2022) aponta que o envolvimento da equipe é essencial para o trabalho colaborativo. Por meio da proatividade, da disponibilidade para o trabalho, do reconhecimento das potencialidades do outro e do autorreconhecimento pelos outros, é possível alterar, de forma positiva, o ambiente de trabalho, estimulando práticas colaborativas.

Para que as relações sejam favoráveis, as (os) enfermeiras (os) apontaram também a importância da colaboração e da comunicação, do diálogo e da valorização da participação da população, do reconhecimento do seu papel e do papel do outro. A estes fatores, acrescentam-se as reuniões em equipe e a EPS. Estas seriam um espaço potente para o fortalecimento das equipes de APS estudadas.

Tal informação corrobora com os estudos de Silva e colaboradores (2023) que apontam a importância da comunicação atenta e do diálogo, da horizontalidade das relações na equipe, com relações amistosas e colaborativas, valorizando a autonomia dos sujeitos. A motivação da equipe é fundamental para o trabalho em equipe e, para os autores, por meio da cooperação, aprendizado mútuo e pelo cuidado

interdisciplinar transcende-se a assistência fragmentada, assegurando uma visão holística, buscando cuidados integrais e de qualidade, com o envolvimento dos usuários e de suas famílias.

Para Freitas e colaboradores (2022), a colaboração é essencial para a qualidade do atendimento na APS e envolve, dentre outros fatores, a visão compartilhada, a confiança mútua, a centralidade no usuário, a comunicação eficaz.

Estudando as reuniões de trabalho como ferramentas de planejamento na APS, Voltolini e colaboradores (2019) apontam que estas podem ocorrer com a participação exclusiva dos profissionais, para a discussão de casos específicos e para o matriciamento, ou de forma coletiva, para o planejamento das ações a serem realizadas pela APS, bem como o acompanhamento e a avaliação das atividades em andamento ou já realizadas. Em ambos os casos, destaca-se a importância da troca de informações, do diálogo, da integração dos profissionais com a comunidade, da socialização do conhecimento, da tomada de decisão e do planejamento coletivo, tornando as decisões mais assertivas.

Figueiredo e colaboradores (2022) propõem, em seus estudos, uma reflexão sobre interprofissionalidade e a EPS. Destarte, abordam a importância do deslocamento do pensamento uniprofissional, avançando para uma lógica de trabalho relacional e afetivo, que propiciem espaços, na APS, para a coletividade. Com isso, espera-se a produção de conhecimentos mais adequados à realidade cotidiana.

Foram apresentados também, neste estudo, relatos de relações conflituosas, sendo abordadas as dificuldades quanto a fragmentação da gestão do cuidado, a fragmentação da equipe, a sobrecarga da (o) enfermeira (o), os conflitos, as relações hierárquicas e de poder, as lacunas da formação para o trabalho em equipe integrada e colaborativa.

Considerando as relações hierárquicas e de poder, houve um foco na atuação centralizadora e verticalizada da enfermeira, sem espaço para a participação dos profissionais, usuário, família e comunidade. Assim, nas relações conflituosas, com um modelo de atenção à saúde pautado em práticas verticalizadas e fragmentadas, não há espaço para diálogo ou troca entre os profissionais envolvidos e, tal fator, pode gerar conflitos no trabalho.

Para Garcia; Marziale (2021), a falta de comunicação ou a comunicação interpessoal prejudicada, a sobrecarga no trabalho e o conflito de papéis, na APS, são fatores que aumentam o nível de estresse da equipe de saúde e a incidência de

*Burnout*, manifestada por exaustão emocional, desumanização e decepção no trabalho. Para o usuário, dificulta-se o acesso, centralizando o cuidado no profissional, sem a abertura para a participação do usuário, desqualificando-o como integrante do seu processo de saúde (Garcia; Marziale, 2021).

Estudando equipes de eSF, no tocante à supervisão exercida pela (o) enfermeira (o), Silva e colaboradores (2022a) apontam uma visão dupla, em que a enfermeira trabalha na perspectiva da opressão ou de forma assertiva. Quando há o predomínio da vigilância e do controle das relações de poder, as relações de trabalho são impactadas de forma negativa. Na supervisão assertiva, há a relação baseada no diálogo, favorecendo ao ambiente de trabalho saudável e melhores resultados na saúde dos usuários

A fragmentação da equipe foi apontada como dificuldade quando se considerou a sua constituição, os diferentes horários de trabalho, os vícios no trabalho, a resistência às mudanças e a baixa disponibilidade para colaborar ou a preferência em atuar “solo”. Estas situações foram apresentadas, pela (o) enfermeira (o), de maneira velada, pois mesmo a enfermeira trazendo o relato de um bom relacionamento, percebeu-se que há dificuldades e barreiras impostas ao trabalho, impedindo o trabalho em equipe.

Na literatura, ao investigar as relações estabelecidas entre as equipes, Souza; Medina (2018) apontaram a existência de conflito de percepções entre as equipes, com trabalhadores alheios ou resistentes à realização do trabalho, sem o estabelecimento de parcerias. Os autores apontam o trabalho focado na execução de atividades, sem foco na prevenção e/ou nos determinantes sociais da saúde. Assim, os autores reforçam a fragmentação do trabalho, apontando a necessidade de integração.

As lacunas da formação para o trabalho em equipe integrada e colaborativa também favoreceram o conflito no trabalho. A incorporação do cuidado como campo comum das práticas de atenção à saúde, indo além da formação científico e técnica, uniprofissional, conteudista e verticalizada, com a adoção da perspectiva crítica, reflexiva e generalista, pode formar profissionais aptos a produzir trabalho em saúde interprofissional, respondendo às necessidades da população (Silva *et al.*, 2022b).

Com relação à vivência prática da interprofissionalidade, as (os) enfermeiras (os) apontaram situações da rotina de trabalho, evidenciando o trabalho interprofissional. Foram exemplificadas situações que traduzem a

interprofissionalidade, como a intervenção família – usuário – equipe de saúde na condução da cicatrização de uma ferida, integração enfermeira – psicóloga – família para o atendimento de usuário em surto psicótico, ações educativas no curso de gestantes e as visitas domiciliares.

Refletindo sobre a formação interprofissional dos profissionais da saúde na APS, Marchetti e colaboradores (2023) falam sobre a complexidade da família. Para os autores, a parceria entre profissionais, usuário e família proporciona a melhoria na qualidade da assistência, uma vez que inclui os participantes no planejamento, prestação e avaliação dos cuidados, respeitando os saberes, práticas e conhecimentos individuais. A família e o usuário como centro do cuidado promovem a saúde de seus membros. Na atuação, os profissionais devem fundamentar suas ações na dignidade e no respeito, na informação compartilhada, na participação e colaboração.

Em relato de experiência, Rocha e colaboradores (2022), valorizam o caráter interprofissional da visita domiciliar, uma vez que possibilita o olhar ampliado sobre a saúde das famílias. Há o conhecimento da condição de vida e de sua realidade social, os problemas e realidades locais, favorecendo ações de saúde assertivas.

Neste estudo, foram exemplificadas também situações que se distanciam da interprofissionalidade, como a atuação conjunta apenas na equipe de enfermagem, sem integração com outras categorias profissionais, evidenciando uma fragilidade da equipe de saúde. A atuação verticalizada e centralizadora, sem espaço para a participação dos profissionais, usuários, família e comunidade também é um fator dificultador. Observou-se, também, o trabalho uniprofissional sequencial, seguindo um protocolo específico, sem a interação entre as (os) profissionais e com o usuário e familiares.

Foram apontados fatores que facilitam e/ou dificultam a atuação conjunta. Como facilitadores, citou-se a centralidade no usuário e a comunicação efetiva, o conhecimento do seu papel, o reconhecimento do papel do outro e a colaboração eficaz.

Como fatores dificultadores, citou-se o engajamento do profissional e da equipe de saúde, a organização da agenda das (os) profissionais e o foco no atendimento uniprofissional, a comunicação e a gestão dos conflitos. Soma-se, também, a quantidade reduzida de reuniões de equipe, sem o envolvimento de todas as categorias profissionais.

Para Noce e colaboradores (2020), o trabalho da equipe é dificultado pela fragmentação da categoria profissional, pela rotina rígida e a sobrecarga no trabalho, pela falta de momentos de integração da equipe para discussão de casos e reuniões, por conflitos pessoais e pelo processo formativo fragmentado. Citam ainda a atuação individualista, com pouca ou nenhuma colaboração e comunicação.

Queiroz e colaboradores (2021), realizando revisão de escopo para compreensão dos desafios para a produção do cuidado integral na APS, apontam que a singularidade do indivíduo nem sempre é considerada; que os processos de trabalho são cristalizados e seguem uma ordem burocrática, focada em procedimentos; que o modo como os serviços são organizados dificultam o acesso da população. Para os autores, a produção do cuidado demanda o trabalho colaborativo, com centralidade no usuário e práticas de saúde integrais.

Lago e colaboradores (2020), ao analisar as resistências à colaboração interprofissional na APS, apontam o “não-saber” como um fator importante de resistência à colaboração, uma vez que profissionais, não conhecendo os papéis, competências profissionais e as oportunidades de atuação interprofissional, isolam suas práticas, atuando de forma individual. Outro fator de resistência apontado foram as relações de poder, as relações hierárquicas, organizacionais e ideológicas, presente nas instituições.

Sobre as reuniões em equipe, os relatos das (os) enfermeiras (os) indicaram que quando ocorrem, os encontros são para compartilhar ou repassar informações, como protocolos e pontualmente para discussão de caso. Indica, assim, a necessidade do avanço na realização de reuniões de equipe voltadas para as reflexões sobre o processo de trabalho e sua autoanálise na perspectiva de EPS que tem grande potencial o fortalecimento do trabalho.

Ao considerar posicionamento de Voltolini e colaboradores (2019) sobre a importância das reuniões de trabalho como ferramentas de planejamento na APS e da troca de informações; a importância da comunicação atenta e do diálogo, apontada por Silva e colaboradores (2023); a importância da EPS e do trabalho relacional e afetivo, apontada por Figueiredo e colaboradores (2022), indica-se os achados distanciam-se da literatura.

Associando as mudanças na rotina das unidades de APS e as relações de trabalho, durante a pandemia COVID-19, as (os) enfermeiras (os) apontaram a fragilidade do profissional, a falta de profissionais e a sobrecarga no trabalho, o

conhecimento técnico insipiente, a falta de insumos, a alteração emocional e psicológica, o adoecimento e a perda de integrantes da equipe. O posicionamento e envolvimento das outras categorias profissionais também foi considerada.

A fragilidade da (o) profissional pôde ser demonstrada pela alteração emocional e psicológica, com pessoas mais estressadas e ansiosas, pelo medo de ser um vetor e infectar um familiar e pela proximidade com a morte. Para Ampos e colaboradores (2023-a), o medo frente ao risco de contaminação de familiares e a alteração das relações de trabalho deixou enfermeiras (os) mais suscetíveis a situações de sofrimento e adoecimento, como estresse, ansiedade, depressão, distúrbios do sono. Esta susceptibilidade interfere, de forma negativa, no processo de trabalho.

A sobrecarga advinda com o trabalho em excesso e/ou a quantidade reduzida de profissionais atuantes, somada a alteração emocional e psicológica persistente, favoreceu o adoecimento no trabalho e, conseqüentemente, a perda de integrantes das equipes.

Em consonância com a literatura, a sobrecarga do trabalho foi um desafio apontado por enfermeiras (os) nos estudos de Imeida e colaboradores (2022). Esta estava ligada a rotina da unidade, com atuação em funções administrativas, gerenciamento, organização de ações e na assistência.

O conhecimento técnico limitado, somado às seguidas alterações de protocolos clínicos, e a falta de insumos, como os equipamentos de proteção individual (EPI), também afetaram as relações de trabalho na APS. Para Ampos e colaboradores (2023-a), a inadequação ou a falta de EPI, o mau uso e a falta de treinamento sobre o uso adequado colocaram as (os) profissionais em risco. Citam ainda que, nas unidades de saúde que não atuaram diretamente com o coronavírus, além da falta de proteção adequada, soma-se a incerteza sobre a infecção do usuário.

O posicionamento e envolvimento das outras categorias profissionais sinaliza o despreparo individual para a atuação em equipe. Para Caneppele e colaboradores (2020), a parceria e a integração de saberes na tomada de decisão compartilhada são estratégias o enfrentamento de situações adversas no cuidado à saúde.

Para Grisotti e colaboradores (2022), o processo de cuidar, o acolhimento e contato com os usuários, na pandemia, impactou na humanização do SUS. A morte por COVID-19 é apontada como “morte difícil”, associada a sentimento de abandono e solidão, pela restrição do contato com familiares e permanência prolongada em internação hospitalar. Para a Enfermagem, a individualização, o afastamento e a

naturalização das mortes por COVID-19, dificultam a elaboração do luto, especialmente quando envolve membros da equipe de trabalho.

Neste estudo, como estratégias para enfrentamento dos desafios impostos pela pandemia, no contexto da APS, as (os) enfermeiras (os) ressaltaram a equipe precisou movimentar-se para melhorar a rotina do trabalho. Houve necessidade de atualização técnica constante, dinamicidade e flexibilidade frente às imprevisibilidades impostas na dinâmica de trabalho no contexto da pandemia da COVID-19. Citou-se também a importância da colaboração no trabalho.

Ampos e colaboradores (2023a), investigando o trabalho em período pandêmico e as suas implicações na saúde ocupacional, apontam que o risco aumentado de exposição dos profissionais, a necessidade de aprimoramento técnico e a alteração de escalas, rotinas e protocolos, aumentou a carga de trabalho nas unidades de saúde.

Com a colaboração interprofissional, na pandemia, os serviços conseguiram implementar respostas rápidas e eficazes, a fim de ofertar serviços de saúde mais integrais, resolutivos e seguros. Assim, a comunicação efetiva, a interação e a cooperação potencializaram a dinâmica e qualidade dos cuidados assistenciais. (Fernandes *et al.*, 2021). O trabalho em equipe e a redistribuição de atividades e funções foram essenciais para superar as adversidades da pandemia (Imeida *et al.*, 2022).

De maneira complementar, ao analisar as estratégias utilizadas pela Enfermagem para enfrentamento da pandemia, Ampos e colaboradores (2023b) citam a importância da manutenção de hábitos saudáveis, da realização de atividades promotoras de bem-estar, do suporte familiar, da espiritualidade e religiosidade, do suporte profissional especializado em saúde mental, das informações coerentes referentes à pandemia e da realização pessoal com o trabalho e o apoio institucional.

Como limitação deste estudo, cita-se o foco na Enfermagem, em detrimento das outras categorias profissionais, consideradas integrantes da equipe de saúde. Optou-se por esta população pois pretendia-se compreender a visão da (o) profissional, uma vez que esta (e) é apontado como peça fundamental no gerenciamento do cuidado e, sua atuação, interfere na rotina de trabalho do serviço. Acredita-se que pesquisas futuras possam sinalizar a necessidade de maior integração das equipes e implantação efetiva da interprofissionalidade. Destaca-se também a necessidade de investigar as características dos modelos de atenção e de

gestão priorizados no cotidiano de trabalho da APS, a fim de analisar em profundidade outros tensionamentos do contexto.

Como contribuição desta pesquisa para a APS e para a Enfermagem destaca-se o reconhecimento da necessidade de avançar na gestão do cuidado que articule as dimensões gerencial e assistencial, tendo a interprofissionalidade como ferramenta potente para o fortalecimento das relações de trabalho na APS e a importância da atuação da (o) enfermeira (o) enquanto integrante da equipe. Desta forma, fica a reflexão sobre qual é o caminho que está sendo trilhado na rotina das unidades de saúde e o questionamento sobre o papel das enfermeiras enquanto elo com os membros das equipes de trabalho para a implementação efetiva do trabalho interprofissional e para o avanço do cuidado em rede no SUS.

## 8. CONCLUSÃO

Para fortalecimento do SUS, a APS apresenta-se como estratégia de organização e reestruturação dos serviços de saúde. O trabalho interprofissional é uma ferramenta potente para a reestruturação do processo de trabalho.

No cuidado à saúde, houve destaque para (o) enfermeira (o), apontada como o elo entre equipe, usuário e administração, sendo responsável pela resolução de problemas e/ou situações diversas. Mesmo com o reconhecimento do seu papel, seu processo de trabalho, ocorre de forma parcial, com destaque para atividades assistenciais e/ou administrativas.

O trabalho interprofissional, manifestado por meio da interação entre os profissionais da saúde, apresentou posicionamentos diversos, com relações favoráveis, destacando a importância da parceria, apoio mútuo, vínculo, comunicação, reconhecimento do seu papel e do papel do outro; ou conflituosas, com dificuldades quanto à constituição da equipe, engajamento para a atuação conjunta e a atuação verticalizada e centralizadora.

Instrumentos do processo de trabalho como a EPS, as reuniões de equipe e processos de tomada de decisão compartilhada poderiam ser mais exploradas, com o intuito de fortalecer o trabalho em equipe interprofissional e a colaboração centrados nas necessidades dos usuários e na comunicação horizontalizada, voltada ao mútuo entendimento.

Com a pandemia da COVID-19, houve alteração nas relações e na rotina de trabalho. As (os) enfermeiros apontaram a fragilidade e a alteração emocional e psicológica da (o) profissional, a sobrecarga no trabalho, o conhecimento técnico insipiente e a dinamicidade do trabalho, o adoecimento e a perda de integrantes da equipe. Neste estudo, como estratégias para enfrentamento dos desafios impostos pela pandemia, no contexto da APS, as (os) enfermeiras (os) ressaltaram a importância da colaboração.

Assim, neste trabalho, observou-se que as relações interprofissionais na APS necessitam de aprimoramento, uma vez que há distanciamento entre a teoria e a prática da interprofissionalidade. Mesmo com descrição de atividades com atuação conjunta, as ações ainda se apresentam de forma uniprofissional, sem envolvimento da equipe de saúde e, com esta atitude, há a sobrecarga da (o) enfermeira (o).

## REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, J. P. O., SOUSA, M. F. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial. **Saúde debate** [Internet], v.46, p. 1077–92, out 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213509>
- AMPOS, L. F., OLINO, L., MAGALHÃES, A.M. M. de., TAVARES, J. P., MAGNAGO, T. S. B. de S., & Dal Pai, D. Nursing performance in COVID-19 and non-COVID-19 units: Implications for occupational health. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Internet], v. 31, p. e3741, jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6215.3741>
- AMPOS, L. F., VECCHIA, L. P. D., TAVARES, J.P., CAMATTA, M. W., MAGNAGO, T. S. B. de S., & Dal Pai, D. Implicações da atuação da enfermagem no enfrentamento da COVID-19: exaustão emocional e estratégias utilizadas. **Escola Anna Nery** [Internet], v. 27, p. e20220302, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0302pt>
- ANDRADE, S. R.; SCHMITT, M. D.; SCHITTLER, M. L.; FERREIRA, A.; RUOFF, A. B.; PICCOLI, T. Configuração da gestão do cuidado de enfermagem no Brasil: uma análise documental. **Enfermagem em Foco** [Internet], v.10, p.127-33, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1926/0>
- AYRES, J. R. C. M. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [Internet], v. 20, p. 905–12, 2015 Mar 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QdkYfCJyLsG89mtH7j6qwjc/?lang=pt>
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface – Comunicação, saúde, educação** [Internet], v. 6, n. 11. agosto 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000200002>
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo, SP: Edições 70; 2016.
- BICA, M. C.; CREMONESE, L.; BARRETO, C. N.; RODRIGUES, A. L. M.; ALVES, F. Q. Gerenciamento do cuidado em estratégias saúde da família na percepção de enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [Internet], v. 10, p. 1-9, 31 ago. 2020. Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769242518>.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES nº 3, de 7/11/2001. **Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao\\_CNE\\_CES\\_3\\_2001Diretrizes\\_Nacionais\\_Curso\\_Graduacao\\_Enfermagem.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_CNE_CES_3_2001Diretrizes_Nacionais_Curso_Graduacao_Enfermagem.pdf)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. [Internet], 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)
- 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)**. [Internet]. 2017. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250584.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 573 de 31 de janeiro de 2018 (BR). **Recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação Bacharelado em Enfermagem**. [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União, 6 nov 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso573.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 13 de novembro de 2019. **Institui o Programa Previne 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**. [Internet]. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/arquivos/portaria-no-2-979-de-12-de-novembro-de-2019>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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**. [Internet]. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <http://bit.ly/2fmnKeD> >.

BROVOSI, C. H. *et al.* Vulnerabilidades sociais em territórios de Estratégia Saúde da Família: conceitos, vivências e potencialidades de ações interprofissionais e colaborativas. *In*: Sarturi, F.; Gessinger, C. F.; Silva, E. B.; Leal, G.V.S.; Souza, R. S. (org.). **InterPets – Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde/ Interprofissionalidade**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2021. p. 117-129. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Programa-de-Educacao-pelo-Trabalho-Saude-Interprofissionalidade-IPA-SMS-POA-e-UFSM-PM.pdf#page=116>. Acesso em: 20 jun. 2022.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [Internet], v. 17, n. 1, p. 77-93, Ago 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

CANEPPELE, A. H.; CUCOLO, D. F.; MININEL, V. A.; MEIRELES, E.; SILVA, J.A. M. Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da COVID-19. **Escola Anna Nery** [Internet], v. 24, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0312>.

CARLONI, P. R. R. F. R.; DOS SANTOS, A. C.; BORGES, F. A. Percepção de estudantes sobre a atuação do (a) enfermeiro (a) na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem** [Internet], v. 35, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36782>.

CARLONI, P. R. R. F. R. et al. Percepções de estudantes sobre o trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 22, e61209, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20212261209>.

CARNUT, L.; FERRAZ, C. B. Necessidades em (de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate** [Internet], v. 45, n. 129, p. 451-466, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112916>

CECÍLIO, L. C. O. R.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [Internet], 2018, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>.

CECÍLIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [Internet], v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Enfermagem em Números [internet]. [Acesso em 2023 ago 9]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>.

DAVID, H. M. L., MARTÍNEZ-RIERA, J. R. Fake news and small truths: a reflexion on the political competence of nurses. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, p. e20190224, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0224>

DOW, A.W.; ZHU, XI; SEWELL, D.; BANAS, C. A.; MISHRA, V.; TU, S. Teamwork on the rocks: rethinking interprofessional practice as networking. **Journal of Interprofessional Care** [Internet], v. 31, n. 6, p. 677-678, 9 ago. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2017.1344048>.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P., coordenadora. **Gerenciamento em Enfermagem**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. 23-29 p.

FERNANDES, S. F. et al. Interprofessional work in health in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [Internet], v. 55, e20210207, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0207>

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 704-709, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>

FIGUEIREDO, E. B. L.; SOUZA, A. C.; ABRAHÃO, A.; HONORATO, G. L. T.; PAQUIELA, E. O. A. Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva. **Saúde em debate**, v. 46, n.135, p. 1164-1173, out. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213515>

FREITAS, C. C. et al. Domínios de competências essenciais nas práticas colaborativas em equipe interprofissional: revisão integrativa da literatura. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 26, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210573>

FRENK, J.; CHEN, L.; A BHUTTA, Z.; COHEN, J.; CRISP, N.; EVANS, T.; FINEBERG, H.; GARCIA, P.; KE, Y.; KELLEY, P. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, dez. 2010. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61854-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61854-5).

GARCIA, G. P. A.; MARZIALE, M. H. P. Satisfaction, stress and burnout of nurse managers and care nurses in Primary Health Care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [Internet], v. 55, p. e03675, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019021503675>

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2012

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública** [Internet], v. 34, n. 8, p. e00029818, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>

GRISOTTI, M., GRANADA, D., DETONI, P. P., OLIVEIRA, M. C., DIEHL, E. E. A morte contaminada: a experiência da morte por COVID-19 na perspectiva de profissionais da saúde. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. COVID-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório COVID-19 Fiocruz, **Editora Fiocruz**, p. 309-319, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0021>.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 43, p. 1156-1167, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600003>

IMEIDA, R. N., SILVA, V. O., BRITO, E. DA S., FREITAS, D. R. J. DE, MOREIRA, A. DE S., & OLIVEIRA, A. N. A. (2022). Gerenciamento na Saúde da Família: desafios e estratégias frente à COVID-19 na perspectiva de enfermeiros. **APS em Revista**, v. 4, p. 196–207, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v4i3.253>

LAGO, L. P. M., DÓBIE, D. V., FORTUN, C. M., L'ABBATE, S., SILVA, J. A. M., MATUMOTO, S. Resistance to interprofessional collaboration in in-service training in primary health care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 56, p. e20210473, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0473en>

LONGEST, B.B.; YOUNG, G. **Coordination and communication**. In: Shortell SM, Kaluzny A, editors. Health care management. 4th Ed. New York: Delmar; p. 210-43, 2000.

MARCHETTI, M. A., TOSO, B. R. G. de O., Marques, F. R. B., NASCIMENTO, F. G. P. PONTES, E. C. D., MANDETTA, M. A. Interdisciplinary training for the family approach in primary healthcare. **Texto & Contexto Enfermagem** [Internet]. v. 32, p. e20220178, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0178en>

MATEUS, L.C., CONDELES, P. C., BRACARENSE, C.F., PARREIRA, B. D. M., SIMÕES, A. L. A., GOULART, B. F. Gerenciamento na Estratégia Saúde da Família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, p. e57262, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.57262>

MELO, L. C.; LIMA, F. R.; BRACARENSE, C. F.; FERREIRA, J. F. M. F.; RUIZ, M. T. et al. Interprofessional relationships in the Family Health Strategy: perception of health management. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.75, n. 3, p. e20210636, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0636>

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cad. CEFOR** – Textos 1. São Paulo: CEFOR; 1992.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas, DMPS/FCM/ UNICAMP, 1997

MORÉ, C. L. O. O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 4., 2015, Aracaju. **Atas CIAIQ2015**. Aracaju: Ludomedia, v. 3, p. 126-131, 2015.

NOCE, L. G. A., OLIVEIRA, T. S., MELO, L. C., SILVA, K. F. B., PARREIRA, B. D. M., GOULART, B. F. Interprofessional relationships of a patient assistance team in critical care. **Revista Brasileira Enfermagem** [Internet]. v. 73, n. 4, p. e20190420, 2020. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0420>

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra, 2010.

ORCHARD, C.A. Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. **Journal Of Nursing Management** [Internet]. v. 18, n. 3, p. 248-257, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01072x>

PAULA, M.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. et al. Características do Processo de Trabalho do Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**. v.18, p. 454-462, 2014. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v18n2a15.pdf>

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 2, supl. 22, p.1.525-1.534, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, H. S. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, e0024678, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira Enfermagem**. v.55, p. 392-8, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20020086>.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. **Fundação Oswaldo Cruz**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>

PROPP, K.M.; APKER, J.; ZABAVA FORD, W.S.; WALLACE, N.; SERBENSKI, M.; HOFMEISTER, N. Meeting the complex needs of the health care team: identification of nurse-team communication practices perceived to enhance patient outcomes. **Qualitative Health Research**. v.20, p. 15-28, Jan 2010. Disponível em: doi: 10.1177/1049732309355289. PMID: 20019348.

QUEIROZ, D. M.; OLIVEIRA, L. C.; ARAÚJO FILHO, P. A.; SILVA, M. R. F. Challenges and potentials of the production of comprehensive care in Primary Health Care in Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 5, p. e20210008, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0008>

REEVES, S.; LEWIN, S.; ESPIN, S.; ZWARENSTEIN, M. **Interprofessional teamwork for health and social care**. Sussex, Uk: Wiley-Blackwell., 2010.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 20, n. 56, p. 185-197, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional

practice. **Journal Of Interprofessional Care**, v. 32, n. 1, p. 1-3, 13 nov. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>.

RIBEIRO, A. A.; GIVIZIEZ, C. R.; COIMBRA, E. A.R.; SANTOS, J.D.D.; PONTES, J. E. M.; LUZ, N. F.; ROCHA, R. O.; & COSTA, W. L. G. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210141, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0141>

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000600014>

ROCHA, M. A. et al. Visita domiciliar e a importância da equipe multidisciplinar no sistema único de saúde: um relato de experiência. **Research, Society and Development**. v. 11, n. 3, e40911326871, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26871>

RODRÍGUEZ, A. M. M. M.; MISHIMA, S. M.; LETTIERE-VIANA, A.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; SANTOS, D. S. Nurses' work at Family Health Strategy: possibilities to operate health needs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20190704, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0704>

RUIZ, P. B. DE O.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. DE C. Cost of nursing turnover in a Teaching Hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [Internet], v.50, n. 1, p. 101-108, Fev 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100014>

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet], v.60, n.2, p. 221-224, mar. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/50034-71672000200018>

SANTOS, K. M. R.; GALVÃO, M. H.R.; GOMES, S.M.; SOUZA, T.A.; MEDEIROS, A. A.; BARBOSA, I. R. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19. **Escola Anna Nery** [Internet], v. 25, p. 1-5, 03 fev. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0370>.

SAÚDE, Ministério da. **Coronavírus**. 2020. Disponível em: Disponível em: <http://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em: 09 jun. 2021.

SAUDE, Ministério da. **Política de Financiamento das Ações em HIV/Aids e outras DSTs**. 2020. Disponível em: <http://pam.aids.gov.br/menu/pam2.asp>. Acesso em: 10 jun. 2021.

SILVA, G.T.R., VARANDA, P. A. G., D., SANTOS, N. V. C, SILVA, N. S. B., SALLES, R. S., AMESTOY, S. C. et al. Gestão e liderança na percepção de enfermeiros: um caminhar à luz da burocracia profissional. **Escola Anna Nery** [Internet]. v. 26, p. e20210070, 2022a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0070>

SILVA, G. T. R.; SILVA, E. A. L.; SILVA, R. M. O.; BATISTA, S. H. S. S. Training of teachers in the Health field from the perspective of interprofessional education. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet], v.75, n. 4, 2022b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1369>

SILVA, I. S.; ARANTES, C. I. S.; FORTUNA, C. M. Conflict as a possible catalyst for democratic relations in the work of the Family Health team. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [Internet], v. 53, p. e03455, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018003403455>

SILVA, I. S.; MININEL, V. A.; SILVA, J. A.M. Nursing supervision: interfaces with power relations in family health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [Internet], v. 56, p. e20220034, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0034en>

SILVA, S. S.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na estratégia saúde da família: diferentes olhares analisadores. **Texto & Contexto – Enfermagem** [Internet], v. 26, n. 3, 17 ago. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001090016>.

SOUZA, G. C.; PEDUZZI, M.; SILVA, J. A.M.; CARVALHO, B. G. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.L.], v. 50, n. 4, p. 642-649, 1 ago. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000500015>.

SOUZA, S. V.; ROSSIT, R. A.S. Dilemas e Perspectivas dos Recursos Humanos em Saúde no Contexto da Pandemia. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 68-73, 3 ago. 2020. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n1.esp.3624>.

SOUZA, T. S.; & MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 145-158, out 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S210>

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

THUMÉ, E., FEHN, A. C.; ACIOLI, S.; FASSA, M. E. G. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 275–288, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S118>

TREVISIO, P.; PERES, S. C.; SILVA, A. D.; SANTOS, A. A. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Revista Administração em Saúde**, v. 17, n. 69, out-dez 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.69.59>

VOLTOLINI, B. C.; ANDRADE, S. R.; PICCOLI, T. PEDEBÔS, L. A.; & ANDRADE, V. Estratégias saúde da família meetings: na indispensable tool for local planning. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, p. e20170477, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0477>

XYRICHIS, A.; REEVES, S.; ZWARENSTEIN, M. Examining the nature of interprofessional practice: an initial framework validation and creation of the interprofessional activity classification tool (interpact). **Journal Of Interprofessional Care**, v. 32, n. 4, p. 416-425, 13 dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2017.1408576>

## APÊNDICES

### APÊNDICE I – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Considerando a necessidade de investigar a profundidade do trabalho interprofissional, buscando a efetividade do cuidado, qualidade da atenção à saúde e o bem-estar do profissional, propõe-se a realização de pesquisa qualitativa descritiva exploratória, com a realização de entrevistas semiestruturadas.

Conforme apontado por Moré (2015), na entrevista semiestruturada o pesquisador, diante de uma temática norteadora, e tendo uma referência principal, realiza outras indagações na busca da compreensão do que o participante está narrando. Ou seja, são indagações em torno de um questionamento norteador, que tem por objetivo a busca de sentido para o pesquisador em relação à pergunta. Assim, a entrevista não busca respostas verdadeiras, mas sim, subjetivamente, sinceras.

Considerando os objetivos desta pesquisa, a saber: a. geral: analisar como ocorrem as relações interprofissionais na perspectiva do enfermeiro; b. específicos: analisar como o enfermeiro reconhece o trabalho interprofissional na unidade de saúde; investigar como as relações interprofissionais interferem na atuação do enfermeiro; investigar como a pandemia do coronavírus afetou o trabalho interprofissional na unidade; na entrevista será utilizado o seguinte roteiro:

Questões de caracterização dos participantes:

- Idade: \_\_\_\_\_
- Sexo biológico: ( ) Masculino ( ) Feminino
- Formação: ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Área: \_\_\_\_\_

Ano em que concluiu o último curso de formação: \_\_\_\_\_

- Qual é seu tempo de atuação como enfermeiro?
- Há quanto tempo trabalha no SUS?
- Há quanto tempo o enfermeiro trabalha na APS?
- Há quanto tempo o enfermeiro trabalha com a equipe de saúde desta unidade de saúde?

Roteiro da entrevista semiestruturada:

1. Conte-me sobre o seu trabalho como enfermeiro nesta unidade de saúde (principais atividades).
2. Além das atividades citadas, tem outras atividades realizadas que envolvem a rede de atenção do município?
3. Como são as relações entre os profissionais de saúde que atuam nessa unidade?
4. Como se estabelecem as relações do enfermeiro com os outros profissionais de saúde da unidade?
5. Entendendo o enfermeiro como membro da equipe, qual é o seu papel no cuidado aos usuários junto à equipe de saúde e rede de atenção?
6. Você poderia relatar uma situação de cuidado aos usuários em que houve atuação conjunta do enfermeiro com outro (s) profissional da equipe desta unidade? Quais foram os aspectos que facilitaram e dificultaram essa atuação?
7. Como as relações de trabalho foram afetadas com a pandemia do coronavírus?
8. Quais estratégias foram utilizadas para a equipe enfrentar os desafios impostos pela pandemia da COVID-19?

## APENDICE II

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(Resolução CNS 510/2016)**

Prezado (a) colega,

Sou enfermeira, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Federal de São Carlos, sob orientação da professora Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva e venho através deste convidá-lo para participar da pesquisa intitulada **Implicações das relações interprofissionais do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde**.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que tem como objetivo analisar como ocorrem as relações interprofissionais na perspectiva do enfermeiro.

O convite para a sua participação deve-se ao fato de ser enfermeiro, atuante na Atenção Primária à Saúde, no município do estudo. Sua participação é voluntária, sigilosa e isenta de despesas ou remuneração. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

Caso aceite participar, a coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada, com horário agendado conforme sua disponibilidade. Se o agendamento ocorrer em horário de trabalho, os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, devem ser expressamente autorizados pelo dirigente da instituição e deverão ser respeitados os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais, conforme estabelecido pela Resolução 580/2018.

Após o agendamento, este TCLE será encaminhado via e-mail e as entrevistas serão conduzidas em ambiente virtual, através da plataforma Google Meet, com duração média de 40 minutos.

Durante a entrevista, haverá a gravação da voz do participante e do entrevistador, sem qualquer uso de imagem. Esta gravação será transcrita e você poderá ler a transcrição.

Todas as respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em publicações ou eventos científicos.

Enquanto participante desta entrevista, você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, este trabalho poderá contribuir de forma indireta na investigação sobre o trabalho interprofissional e sua importância para a efetividade do cuidado, qualidade da atenção à saúde e para o bem-estar profissional. Entende-se que compreender o cotidiano de trabalho do enfermeiro em meio a um cenário adverso faz-se relevante para elaboração de proposta de implantação de saúde do trabalhador, envolvendo os atores que fazem parte dessa realidade.

Quanto aos riscos, cabe salientar que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes (Resolução 510/2016). Nesta pesquisa, os riscos são mínimos e estão relacionados a desconforto ou /possível constrangimento em responder às questões abordadas e, tratando-se de coleta em ambiente virtual, à segurança na transferência e no armazenamento dos dados.

Para minimizar os riscos, serão adotadas medidas como: a. abordagem humanizada, com escuta atenta e acolhimento do participante e garantia de liberdade para não responder questões constrangedoras, sem a necessidade de explicações ou justificativas; b. Garantia do sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa e o armazenamento adequado dos dados coletados, com download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e por mim. Neste termo, consta o telefone e o e-mail do pesquisador principal com quem poderá tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento.

Os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos foram respeitados, mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar, seguindo resolução CNS 510/2016, com autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes das pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e

acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP)** da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos).

**Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP)** – UFSCar  
Endereço: Rod. Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos/SP.  
Telefone: (16) 3351-9685.  
E-mail: cephumanos@ufscar.br.  
Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

O CEP está vinculado à **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)** do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam.  
Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877. E-mail: conep@saude.gov.br.

Dados para contato:  
Pesquisador Responsável: Carla Cristina Del Valle  
Contato telefônico: (16)99221-0722; E-mail: carlacdelvalle@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Participante da pesquisa:

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisador: \_\_\_\_\_

### APENDICE III – CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Secretaria Municipal de Saúde deste município, informo que o projeto de pesquisa intitulado “Implicações das relações interprofissionais no trabalho do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde” apresentado pelo (a) pesquisador (a) Carla Cristina Del Valle e que tem como objetivo principal analisar como ocorrem as relações interprofissionais na perspectiva do enfermeiro, foi analisado e autorizada sua realização apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar. Solicito a apresentação do Parecer de Aprovação do CEP-UFSCar antes de iniciar a coleta de dados nesta Instituição.

Declaro conhecer a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

(Nome completo, legível e carimbo institucional do representante legal)