

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

CIBELE CORREIA SEMEÃO BINOTTO

**PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS  
COLABORATIVAS PARA UM CUIDADO SEGURO  
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

SÃO CARLOS - SP  
2023

CIBELE CORREIA SEMEÃO BINOTTO

**PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS COLABORATIVAS PARA UM CUIDADO SEGURO  
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Tese, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de doutor em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata

Coorientador: Prof. Dr. Everson Cristiano de Abreu Meireles

São Carlos-SP  
2023

Correia Semeão Binotto, Cibele

Práticas interprofissionais colaborativas para um cuidado seguro na estratégia saúde da família / Cibele Correia Semeão Binotto -- 2023. 125f.

Tese (Pós-Doutorado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata

Banca Examinadora: Dra. Marina Peduzzi, Dra. Laura Maria César Schiesari, Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, Dr. Flávio Adriano Borges Melo

Bibliografia

1. Relações interprofissionais. 2. Equipe de assistência ao paciente. 3. Atenção Primária. I. Correia Semeão Binotto, Cibele. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**Folha de aprovação**

Assinatura dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Doutorado da candidata Cibele Correia Semeão Binotto, realizada em \_\_/\_\_/\_\_:

---

Dra. Marina Peduzzi  
Instituição

---

Dra. Laura Maria César Schiesari  
Instituição

---

Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva  
Instituição

---

Dr. Flávio Adriano Borges Melo  
Instituição

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, minha mãe Josefa, presente nesse momento, e meu pai José em memória.

Mesmo sem compreender muito bem esse processo, minha mãe foi fundamental nessa etapa, com toda sua paciência e apoio! Meu pai sempre me inspirou a ler, estudar, aprender e conhecer. Sei que ele deve estar feliz nesse momento.

À família amada que Deus me deu, meu marido companheiro em tudo, André, seu apoio e compreensão em cada momento foram fundamentais, assim como o incentivo que me deu em todo o momento. Sempre demonstrou amor e respeito pelas minhas escolhas. Amo você! Aos meus filhos amados, Gabriel e Samuel, ambos nasceram durante o doutorado. Vocês trazem leveza e alegria para os meus dias e me fazem lembrar que sonhos podem se tornar realidade!

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, que ouviu minhas orações, cuidou de mim durante todo esse período em cada momento e permitiu que eu realizasse dois grandes sonhos ao mesmo tempo. Muito obrigada por me fortalecer e acalmar meu coração em todos os momentos!

Às equipes da Estratégia Saúde da Família, por permitirem que esse estudo acontecesse e por contribuírem com o meu desenvolvimento pessoal e profissional por meio dos seus saberes em um contexto extremamente delicado e difícil.

À professora Dra. Márcia Niituma Ogata, pelo acolhimento, principalmente em momentos de fragilidade, por acreditar em mim, me apoiar e incentivar, inclusive durante as gestações. Por todos os ensinamentos compartilhados durante a graduação, mestrado e doutorado.

Ao professor Dr. Everson Meireles, pela parceria, leveza e disposição em contribuir para essa pesquisa.

À amiga querida Priscila V. Pires Vargas, colega da pós-graduação, que compartilhou conhecimento, apoio, experiências, oportunidades de trabalhar junto, além das vivências da maternidade durante esse período de estudos. Fico feliz pela amizade!

Aos amigos queridos Saulo Campos e Jacqueline Novoletti, que foram ombros e ouvidos para os desabafos e para as lamentações. Também foram apoio e compartilharam seus preciosos conhecimentos de bibliotecários em momentos importantes.

Aos colegas do Grupo de Estudos Políticas e Práticas em Saúde (GEEPS), pelo convívio e pela oportunidade de trabalhar juntos, por compartilhar conhecimentos, com destaque para Kamila Pena Sartori pela parceria em trabalhos.

À Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e a todos os funcionários pelo apoio e por potencializar a transformação cultural e social na vida das pessoas.

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. O que Deus quer é ver a gente aprendendo a ser capaz de ficar alegre a mais, no meio da alegria, e inda mais alegre ainda no meio da tristeza! Só assim de repente, na horinha em que se quer, de propósito — por coragem. Será? Era o que eu às vezes achava. Ao clarear do dia.”

(GUIMARÃES ROSA, 1986, p. 293)

## RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar as relações entre a prática interprofissional colaborativa e a segurança do paciente na Estratégia Saúde da Família. O método utilizado foi exploratório quali-quantitativo, de caráter sequencial exploratório, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, parecer nº 4.280.360. Na primeira parte da pesquisa, foram identificadas as principais características da prática interprofissional colaborativa em saúde, assim como do cuidado seguro na APS, a partir de evidências científicas por meio de uma revisão de escopo. A parte empírica do estudo ocorreu no cenário das unidades de saúde da família em uma cidade do interior do estado de São Paulo. Num primeiro momento, aplicou-se a Escala de Clima de Trabalho em Equipe (ECTE), instrumento autoaplicável baseado nos conceitos de concepções compartilhadas e clima organizacional, construídos na teoria dos quatro fatores de clima para inovação no trabalho em equipe, junto aos profissionais da saúde da família, com o intuito de identificar as unidades com melhores climas de equipe. Os critérios de inclusão para essa etapa foram pertencer à equipe dessas unidades há mais de seis meses, e de exclusão, os profissionais de férias ou afastados no período da coleta. Os dados dessa etapa foram analisados por meio da estatística descritiva. Participaram da pesquisa 202 profissionais de enfermagem (superior e técnico), medicina, odontologia (superior e auxiliar) e agentes comunitários de saúde. Oito equipes apresentaram o clima mais favorável, e dessas, 3 apresentaram pelo menos um membro de cada categoria profissional, critério de inclusão para a etapa qualitativa. Nessa etapa, foram realizados grupos focais com as 3 equipes selecionadas, com o uso de um roteiro com questões norteadoras que permitiram identificar ações favoráveis ao cuidado seguro. Os grupos focais foram gravados e transcritos. O produto da transcrição foi tratado no *software* IRAMUTEQ e analisado à luz do referencial teórico das práticas interprofissionais colaborativas e do cuidado seguro. Foram formadas 6 classes intituladas: implementação do cuidado seguro, objetivos do trabalho, tomada de decisão, construção do cuidado, comunicação da equipe e ações que integram o cuidado seguro. A forma como cada membro desempenha seu papel, a compreensão dos objetivos do trabalho, a comunicação no processo de trabalho, como o cuidado é ofertado e como as divergências em equipe são trabalhadas refletem no desempenho e na resolutividade do trabalho. Assim, os fatores relacionados ao cuidado seguro e ao clima de equipe, como a satisfação no trabalho, sofrem influência da forma como a equipe interage no seu cotidiano.

**Palavras-chave:** Relações interprofissionais; Equipe de assistência ao paciente; Atenção Primária.



## ABSTRACT

This research aims to analyze the relationships between collaborative interprofessional practice and patient safety in the Family Health Strategy. The method used was exploratory quali-quantitative, of exploratory sequential character, with approval from the Ethics Committee on Research with Human Beings, opinion no. 4,280,360. In the first part of the research, the main characteristics of collaborative interprofessional practice in health, as well as safe care in primary health care, were identified based on scientific evidence through a scoping review. The empirical part of the study took place in the setting of family health units in a city in the interior of the state of São Paulo. Initially, the Team Climate Scale (ECTE), a self-applicable instrument based on the concepts of shared conceptions and organizational climate, constructed in the theory of the four factors of climate for innovation in teamwork, was applied to family health professionals with the aim of identifying units with better team climates. The inclusion criteria for this stage were to belong to the team of these units for more than six months, and for exclusion, professionals on vacation or absent during the data collection period. The data from this stage were analyzed using descriptive statistics. A total of 202 nursing professionals (superior and technical), medicine, dentistry (superior and auxiliary), and community health agents participated in the study. Eight teams presented the most favorable climate, and of these, 3 presented at least one member from each professional category, inclusion criterion for the qualitative stage. In this stage, focus groups were conducted with the 3 selected teams, using a guiding questionnaire that allowed the identification of actions favorable to safe care. The focus groups were recorded and transcribed. The product of the transcription was treated in the IRAMUTEQ software and analyzed in the light of the theoretical framework of collaborative interprofessional practices and safe care. Six classes were formed entitled: implementation of safe care, work objectives, decision making, care construction, team communication, and actions that integrate safe care. The way each member performs their role, the understanding of work objectives, communication in the work process, how care is offered, and how team disagreements are worked out reflect on performance and work resolvability. Thus, factors related to safe care and team climate, such as job satisfaction, are influenced by the way the team interacts in their daily lives.

**Keyword:** Interprofessional relations; Patient care team; Primary health care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Processo de identificação e inclusão dos estudos Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow	39
Figura 2 - Dendograma: Contribuições da equipe para um cuidado seguro 74,26%	68

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos estudos incluídos.

50

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados da Análise Fatorial Confirmatória do ECTE (N = 202)	60
Tabela 2 - Correlação CEOMIN entre os quatro fatores latentes do ECTE	62
Tabela 3 - Análise descritiva dos escores considerando a amostra agrupada por equipes (N = 23)	63
Tabela 4 - Conversão dos escores em percentis para as equipes (N = 23)	64
Tabela 5 - Comparação das equipes estratificadas nos fatores da ECTE (N = 23)	64
Tabela 6 - Critérios para escolha das equipes com clima mais favorável (N = 23)	65
Tabela 7 - Normas para interpretação do sistema / critérios para identificação das equipes com clima mais favorável	66
Tabela 8 - Critérios para escolha das equipes com clima mais favorável	66

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS - Agente comunitário de saúde

APS - Atenção Primária a Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

COVID-19 - Doença do coronavírus

ECTE - Escala de Clima de Trabalho em Equipe

ESF - Estratégia Saúde da Família

HIV - Síndrome da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LGBTQIA+ - Lésbicas, gays, bissexuais, travesti, transexuais, *queers*, intersexuais, assexuais, todas as demais evidências de gêneros e sexualidades

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PIC - Prática Interprofissional Colaborativas

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e da Qualidade

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

PSF - Programa de Saúde da Família

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

SUS - Sistema Único de Saúde

TCI - *Team Climate Inventory*

WHO - *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>18</b>
2.1	PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS COLABORATIVAS EM SAÚDE NO FORTALECIMENTO DO TRABALHO EM EQUIPE .....	18
2.2	CLIMA DE EQUIPE COMO IMPORTANTE PREDITOR DE PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS COLABORATIVAS NO TRABALHO EM EQUIPE .....	23
2.2.1	<b>Educação Interprofissional</b> .....	25
2.2.2	<b>Qualidade do cuidado e segurança do Paciente</b> .....	28
2.2.3	<b>Segurança do Paciente na APS</b> .....	31
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>35</b>
3.1	OBJETIVO GERAL .....	35
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
<b>4</b>	<b>MÉTODO FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>36</b>
4.1	TIPO DE PESQUISA .....	36
4.1.1	<b>1ª Etapa da pesquisa: Revisão de escopo</b> .....	37
4.1.2	<b>2ª etapa da pesquisa: Clima de equipe</b> .....	41
4.1.3	<b>3ª etapa da pesquisa: Grupo focal</b> .....	44
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>49</b>
5.1	1ª ETAPA: REVISÃO DE ESCOPO TIPO DE PESQUISA.....	49
5.1.1	<b>Características dos estudos incluídos</b> .....	49
5.1.2	<b>Aprendizagem colaborativa</b> .....	53
5.1.3	<b>Cuidado centrado no usuário e família</b> .....	54
5.1.4	<b>Comunicação efetiva</b> .....	55
5.1.5	<b>Objetivos e metas bem definidos</b> .....	56
5.1.6	<b>Satisfação no trabalho</b> .....	56
5.2	2ª ETAPA: ANÁLISE DO CLIMA DE EQUIPE.....	57
5.2.1	<b>Análise fatorial confirmatória- ECTE</b> .....	58
5.2.2	<b>Criação dos escores fatoriais para as equipes incluídas</b> .....	62
5.2.3	<b>Tratamento dos dados em formato agrupado por equipes</b> .....	63
5.2.4	<b>Escolha das equipes com clima mais favorável</b> .....	65
5.3	3ª ETAPA: CLIMA DE EQUIPE E SUA RELAÇÃO COM A SEGURANÇA DO PACIENTE .....	67

<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>75</b>
6.1	1ª ETAPA: REVISÃO DE ESCOPO .....	75
6.2	2ª ETAPA: CLIMA DE EQUIPE .....	78
6.3	3ª ETAPA: CLIMA DE EQUIPE E SUA RELAÇÃO COM A SEGURANÇA DO PACIENTE .....	82
6.4	INTEGRAÇÃO QUANTI-QUALI.....	96
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>99</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>102</b>
	<b>APÊNDICE A - Roteiro para a etapa qualitativa .....</b>	<b>117</b>
	<b>ANEXO A - Versão adaptada – Escala de Clima .....</b>	<b>118</b>
	<b>ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP .....</b>	<b>123</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como tema principal a Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) em saúde e sua relação com um cuidado seguro oferecido no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). O trabalho em equipe é a base para uma assistência de qualidade e segura, além de ser capaz de gerar satisfação pessoal e sensação de pertencimento entre os integrantes. Quando desempenhado de forma satisfatória, diversos benefícios podem ocorrer, tais como otimização dos recursos financeiros, atendimento mais assertivo e resolutivo, e melhorias nos indicadores de saúde (CANEPPELE *et al.*, 2020; ROSEN *et al.*, 2018).

A existência de uma boa prática clínica, responsabilidade na prevenção de doenças e promoção da saúde, garantindo um amplo acesso aos serviços e um cuidado interprofissional capaz de ampliar a formação de vínculo no território, favorecendo a participação da comunidade no autocuidado, são desafios presentes na consolidação de um sistema universal de saúde que precisam ser explorados, trabalhados e aprimorados constantemente (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Segundo a OMS (2010), PIC pode melhorar o uso adequado dos recursos clínicos e a assistência mais segura aos pacientes, além de reduzir internações, diminuir tensão e conflitos entre os prestadores de assistência, minimizando as taxas de falhas no cuidado e de mortalidade, dentre diversos outros benefícios.

Para a existência da PIC, as equipes de saúde precisam colaborar entre si por meio do compartilhamento de responsabilidades entre seus membros, manter a interdependência, ter clareza dos papéis profissionais e suas tarefas precisam estar bem definidas, assim como seus objetivos precisam ser conhecidos por cada componente. O ideal é que, além dessa colaboração entre si, ocorra também uma colaboração entre outros serviços do sistema de saúde, formando o sistema de redes com comportamento colaborativo (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

A PIC pode reduzir erros clínicos, com desdobramentos diretos na segurança do paciente e na qualidade do serviço ofertado, porém, essas evidências que prevalecem no contexto hospitalar ainda são pouco abordadas no contexto da APS (REEVES *et al.*, 2017).



Todo o processo de assistência em saúde envolve a disponibilidade de recursos humanos e materiais, o uso de tecnologias materiais e não materiais, as redes de serviços, as práticas e relações entre profissionais e a população em diversas dimensões, como as políticas, gerenciais e organizativas (PAIM, 2012; TEIXEIRA, 2002; GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Alguns estudos realizados em países desenvolvidos, que avaliam a provisão dos serviços de saúde, têm demonstrado vantagens quando os sistemas são orientados a partir dos serviços da APS (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Na década de 90, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) para reorientar a prática da atenção oferecida na APS, voltada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalidade, integralidade e equidade (PAIM, 2012).

Posteriormente definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), esse modelo busca alinhar a prática do cuidado individual ao cuidado coletivo, valorizando o olhar da vigilância epidemiológica, assim como a sanitária, além de eleger o território como local do cuidado prestado, utilizando ações programáticas e reorganizando o atendimento às demandas espontâneas, colocando o usuário no centro do atendimento e acolhimento. Dessa forma, as diretrizes do SUS são reafirmadas (PAIM, 2012; GIOVANELLA *et al.*, 2020; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A ESF foi considerada um modelo preferencial de reorganização da APS no SUS, pois é definida como um conjunto de ações que abrange a promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamentos, reabilitação e manutenção da saúde. Essas ações são desenvolvidas por uma equipe em um território geograficamente definido, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com os serviços de saúde. Com a criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) em 2011, a APS foi nomeada como principal porta de entrada do sistema de saúde (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Inicialmente, na sua implantação, a equipe mínima de saúde da família era composta por um enfermeiro, um médico, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). No caso da equipe estendida, a mesma contava com um cirurgião-dentista e um auxiliar ou técnico de saúde bucal (BRASIL, 2012).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2017 permitiu o estabelecimento de equipes de saúde da família com apenas um ACS e equipes de APS sem ACS. Assim, um dos pilares do modelo assistencial que caracteriza a ESF foi profundamente afetado (BRASIL, 2017b; GIOVANELLA *et al.*, 2020).

A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil melhorou o acesso e a utilização dos serviços de saúde para a população em geral, bem como para grupos vulneráveis economicamente e sociais, como idosos e portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, a expansão da ESF também beneficia a população LGBTQIA+ e outros grupos e variações de sexualidade e gênero que não seguem a heterocisnormatividade (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil e adulta por causas sensíveis à APS, ampliação do acesso a tratamentos odontológicos e controle de doenças infecciosas, também foram positivamente afetados. O aumento da equidade no acesso aos serviços de saúde e a consequente diminuição da desigualdade entre os indivíduos, redução de hospitalizações desnecessárias e ampliação de pesquisas nos serviços de saúde foram marcos importantes (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Compreender o papel da PIC e sua relação com um cuidado mais seguro no contexto da APS pode ser um caminho para enfrentar os desafios contemporâneos que envolvem o sistema de saúde.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS COLABORATIVAS EM SAÚDE NO FORTALECIMENTO DO TRABALHO EM EQUIPE

Atualmente, a temática da colaboração interprofissional tem sido enfatizada na área da saúde como um dos requisitos para a reforma política no modelo formativo e no modelo desejado para a atenção em saúde global (WHO, 2010; ARRUDA; MOREIRA, 2018). Em um momento em que o mundo enfrenta desafios relacionados à falta de profissionais da saúde, os formuladores de políticas procuram estratégias inovadoras que possam contribuir para políticas e programas em prol da saúde mundial (WHO, 2010).

Conceitualmente, o termo colaboração interprofissional é amplo e composto por outros dois termos: a Prática Interprofissional Colaborativa (PIC), que é a descrição da colaboração interprofissional utilizada nos cenários de práticas assistenciais; e o trabalho em equipe, que é definido como um nível mais profundo de trabalho interdependente e compartilhado (MORGAN; PULLON; MCKINLAY, 2015; AGRELI, 2017b).

Para REEVES *et al.* (2011), o trabalho em equipe envolve diferentes profissionais da saúde ou da área social, que trabalham de maneira próxima, integrada e interdependente, apresentando objetivos comuns e uma identidade compartilhada, com a finalidade de oferecer cuidados e soluções no processo de trabalho. Já a colaboração interprofissional seria uma expressão de parceria ativa naquele momento, entre diferentes profissionais da área social e da saúde, para oferecer cuidado e soluções em saúde.

A diferença conceitual entre os dois termos seria o compartilhamento de identidade e a integração entre os profissionais. No trabalho em equipe, essas características são fundamentais. O produto também é diferente, pois para o trabalho em equipe, os resultados são atividades previamente estabelecidas que demandam respostas rápidas e urgentes. A colaboração é uma forma de trabalho interprofissional que responde a necessidades menos previsíveis e geralmente menos urgentes do que as que ocorrem no trabalho em equipe (REEVES *et al.*, 2011; AGRELI, 2017b).

As Práticas Interprofissionais Colaborativas em Saúde são definidas como uma parceria entre uma equipe de profissionais de saúde de diferentes campos do conhecimento. Para que a colaboração interprofissional aconteça, existe a premissa de que os profissionais desejam trabalhar juntos para oferecer um cuidado melhor (D'AMOUR; GOULET; JEAN-FRANÇOIS, 2008).

Assim, a colaboração interprofissional e o trabalho em equipe são formas de trabalho interprofissional. A colaboração se refere a parcerias estabelecidas no cotidiano do trabalho, fortalecendo e aprimorando o que já é produzido no trabalho em equipe (AGRELI, 2017b). É o espaço onde ocorre o compartilhamento de ações que compreendem todos os aspectos ligados à organização e gestão do trabalho em equipe (MORGAN *et al.*, 2015).

O trabalho em equipe é percebido pelos profissionais de saúde como uma ajuda mútua com colaboração e objetivos partilhados (PEDUZZI *et al.*, 2020). Embora a colaboração seja considerada essencial, alguns autores, como Barros, Spadacio, Costa (2018) e Freire *et al.* (2021), afirmam que, na prática, a assistência ainda é muitas vezes individualizada.

Segundo esses autores, a falta de colaboração está relacionada à ausência de dispositivos que promovam a integração da equipe, bem como à falta de liderança. Outro obstáculo apontado é a superlotação dos serviços de saúde, que prejudica o planejamento e a implementação da assistência oferecida.

Para oferecer um atendimento integral, é necessário contar com profissionais de diferentes áreas, que compartilhem ações por meio de um processo interdisciplinar e interprofissional, com foco no usuário, incorporando processos de vigilância em saúde, promoção e assistência, bem como o trabalho de matriciamento (BRASIL, 2017a; MORGAN *et al.*, 2015; FREIRE *et al.*, 2021).

O trabalho em saúde envolve subjetividade e tem uma dimensão relacional, mas também inclui a adoção de tecnologias e inovações ao longo do processo saúde-doença-cuidado. Isso requer que os trabalhadores tenham uma formação de qualidade e educação permanente para desenvolver habilidades específicas e atender às demandas em saúde (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

O documento "Marco para a ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa" destaca que muitos sistemas de saúde em todo o mundo estão fragmentados e têm dificuldades em atender às necessidades complexas de saúde.

À medida que os profissionais de saúde percorrem o sistema, as oportunidades de adquirir experiência interprofissional favorecem o aprendizado e o desenvolvimento de habilidades necessárias, como melhoria na comunicação, visão centrada no usuário, respeito pelo seu próprio papel e dos outros membros da equipe, preparando-os melhor para a prática profissional colaborativa (WHO, 2010).

Na organização do processo de trabalho, os profissionais buscam, por meio da colaboração interprofissional, oferecer respostas às necessidades do usuário e de sua família, que envolvem as equipes. D'amour *et al.*, (2008) propõem algumas dimensões da colaboração interprofissional, como visão, internalização, formalização e governança.

Essas dimensões estão interligadas, e há um processo de influência mútua entre elas. A visão diz respeito aos objetivos comuns compartilhados por toda a equipe de trabalho, além das diversas visões e expectativas em relação à colaboração. A dimensão da internalização é a tomada de consciência pelos profissionais da interdependência, o que pode gerar uma sensação de pertencimento ao grupo e confiança mútua (D'AMOUR *et al.*, 2008).

A formalização refere-se à documentação dos fluxos de comunicação, procedimentos, responsabilidades e expectativas. Por fim, a dimensão da governança menciona questões relacionadas ao apoio à colaboração, inclusive com o suporte para a implementação de inovações relacionadas às práticas colaborativas (D'AMOUR *et al.*, 2008).

Segundo a OMS (2010), para implementar e executar a colaboração, é possível utilizar mecanismos de apoio institucional, como o uso de protocolos estruturados, recursos operacionais compartilhados, políticas de gestão de pessoas e práticas gerenciais de apoio. Outro mecanismo é o fortalecimento do trabalho com estratégias de comunicação, políticas para resolução de conflitos e processo para a tomada de decisão compartilhada.

O espaço e o ambiente também devem ser trabalhados, com instalações e projetos que possam favorecer a integração da equipe, salas para atendimento compartilhado e espaço adequado para as reuniões. Um exemplo dessa necessidade de organização é o enfrentamento de patologias como HIV/Aids, tuberculose e malária. Os pontos de detecção, prevenção e tratamento de doenças globais requerem a participação e o empenho de vários profissionais do sistema de saúde,

de diferentes formações. Esse é o tipo de enfrentamento que necessita não apenas de uma equipe qualificada, mas também de recursos e capacidade de gerenciar e oferecer respostas ao ambiente local, dispondo de uma gama de ações e ofertas capazes de gerenciar doenças e trabalhar com a educação da população (OMS, 2010).

Outro exemplo de atuação cooperativa eficiente ocorre em crises humanitárias, conflitos e até mesmo em um contexto pandêmico como o iniciado em 2020 com a pandemia da COVID-19. A PIC pode servir como base para contribuir na coordenação da assistência em situações de extrema emergência e essa cooperação é vista como uma das melhores formas de gerenciar uma crise da saúde (FERNANDES *et al.*, 2021).

Nesse contexto, buscando fortalecer a PIC, o processo de formação adequado é fundamental, mantendo o alinhamento do ensino com as necessidades individuais e populacionais. De acordo com OPAS (2017), existem alguns requisitos para essa formação:

- a) **Cultura e liderança:** com trabalho da liderança visando promover a PIC;
- b) **Modalidades e domínio de aprendizado:** o ambiente onde esse aprendizado é construído é o local de trabalho e não necessariamente o local de ensino.

Assim, as pessoas com diferentes áreas de formação devem aprender umas com as outras e trabalhar juntas. Um aprendizado distributivo favorece a colaboração, assim como a determinação do líder deve ser feita pela natureza do problema a ser enfrentado e não pela hierarquia.

Essas estratégias contam com a necessidade de suprir algumas características do trabalho ofertado e devem lidar com as peculiaridades do trabalho em equipe com as interações estabelecidas entre seus membros, buscando formas inovadoras para qualificar a assistência prestada (OPAS, 2017).

PIC é uma estratégia de trabalho que pode desenvolver a clínica ampliada, um espaço comum para o desenvolvimento das práticas de saúde, com uma abordagem participativa, colaborativa e coordenada num processo comunicativo e de tomada de decisões compartilhada em torno da saúde e dos problemas sociais (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Isso porque com a clínica ampliada é possível oferecer uma construção do cuidado onde o usuário tem sua corresponsabilidade no processo terapêutico e, desse modo, os outros profissionais compartilham as decisões com ele. Esse tipo de abordagem contempla a lógica de ofertar um cuidado mais amplo e integral, justamente porque utiliza os diferentes olhares profissionais para o serviço prestado, além de centrar o cuidado no usuário ou família e com sua participação no processo do cuidado (CAMPOS; AMARAL, 2007; PREVIATO; BALDISERA, 2018).

Independentemente do contexto que os formuladores de políticas escolham para implementar a PIC, a abordagem baseada no trabalho em equipe é capaz de maximizar os pontos fortes, assim como as habilidades e competências de cada profissional de saúde, gerando uma maior eficiência da equipe por diminuir a duplicidade de trabalho, promover um padrão de referência mais adequado, uma maior continuidade e coordenação da atenção à saúde além da tomada de decisão colaborativa com o paciente. Isso pode contribuir para uma equipe que diminui a migração e para um melhor recrutamento de profissionais (OMS, 2010).

Os programas destinados a incentivar a PIC devem ser elaborados levando em consideração a realidade local, a fim de maximizar seu potencial e beneficiar a região em que serão implementados. Essa abordagem é especialmente importante para os profissionais de saúde e a população que pode se beneficiar dessas práticas (OPAS, 2017).

A captação e retenção de bons profissionais em um serviço de saúde depende de vários fatores, como a valorização do trabalho, o apoio da gestão, a perspectiva do trabalho e boas condições para prestar uma assistência adequada (OPAS, 2017)

Há evidências que mostram que equipes interprofissionais que utilizam a PIC podem obter resultados mais eficientes, com maior qualidade e melhor resolução de problemas. A forma como a equipe é gerenciada influencia sua atuação, passando de um modelo fragmentado para um modelo colaborativo (WHO, 2018).

Para isso, é preciso fornecer aos trabalhadores modelos de governança claros, protocolos estruturados e procedimentos operacionais compartilhados. Com um gerenciamento que apoia a equipe, fica mais fácil identificar o compartilhamento de responsabilidades, mas também são necessários tempo e espaço, condições adequadas para a assistência e uma remuneração equitativa e justa (OPAS, 2017; WHO, 2018).

Existe uma relação direta entre a PIC e o clima de equipe. O clima de trabalho em equipe é definido como um conjunto de percepções e significados compartilhados entre seus membros, que podem estar relacionados com a política de trabalho, práticas e procedimentos assistenciais (AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017a).

## 2.2 CLIMA DE EQUIPE COMO IMPORTANTE PREDITOR DE PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS COLABORATIVAS NO TRABALHO EM EQUIPE

Um clima de trabalho positivo ocorre quando os membros da equipe utilizam processos reflexivos para avaliar suas fraquezas, monitorar o desempenho dos colegas no trabalho e compartilhar suas vivências, com interdependência capaz de desenvolver uma abordagem integrada com ações e atitudes baseadas na cooperação (AGRELI *et al.*, 2017a)

A colaboração interprofissional expressa relações de parceria ativa entre diferentes profissionais que trabalham juntos para prover serviços e soluções, aumentando pontos fortes e habilidades, permitindo que atuem com melhor desempenho. O clima de trabalho em equipe pode gerar influências diretas em relação às práticas colaborativas, tanto na perspectiva organizacional quanto no comportamento no trabalho (REEVES *et al.*, 2011).

No Brasil, já existem estudos, como o de Peduzzi e Agreli (2018), que evidenciam, no contexto da APS, as equipes com melhor clima de trabalho. Essas equipes apresentam uma participação mais intensa dos seus membros na tomada de decisão e utilizam mecanismos consolidados de avaliação do trabalho, como feedback individual e encontros para reflexão da equipe, como apoio a novas ideias, atenção centrada no usuário e comunidade. Esses elementos favorecem práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, com a participação dos usuários e da comunidade.

Para Anderson e West (1998), o clima de equipe tem características dinâmicas e pode contribuir para o fortalecimento e desenvolvimento adequado do trabalho em equipe, assim como para aspectos individuais dos participantes, como a autoconfiança e a determinação dos membros. Alguns estudos apontam que um trabalho em equipe bem articulado pode contribuir para a qualidade da assistência,



passando pelo cuidado seguro até a satisfação pessoal dos membros (AGRELI *et al.*, 2017a; LAMPMAN *et al.*, 2021; BONDEVIK *et al.*, 2014).

A abordagem em relação ao clima de trabalho em equipe envolve percepções e sentidos compartilhados entre os membros de uma equipe sobre as questões práticas, apontamentos políticos, procedimentos e rotinas vivenciados no ambiente de trabalho (ANDERSON; WEST, 1998; CUCOLO *et al.*, 2021).

Anderson e West (1998) desenvolveram o Inventário de Clima de Equipe (TCI), que foi adaptado e validado no Brasil como Escala de Clima de Equipe (ECTE) por Silva *et al.* (2016). A ECTE avalia quatro fatores de clima de equipe, que abrangem os seguintes constructos:

- a) Segurança participativa;
- b) Apoio à inovação;
- c) Objetivos e visão compartilhada;
- d) Orientação para as tarefas.

O objetivo desse instrumento é analisar o contexto das equipes, seus membros, rotinas de trabalho e competências, além de entender as relações entre o ambiente e o trabalho. As correlações entre os quatro constructos podem determinar o perfil e as características das equipes. A escala *Likert* é utilizada para avaliar 38 tópicos distribuídos em quatro dimensões (ANDERSON; WEST, 1998).

De acordo com Anderson e West (1998), a definição teórica desses constructos é a seguinte:

- a) **Participação na equipe:** essa abordagem avalia a interação e comunicação com a expressão compartilhada de ideias e a questão da confiança entre os membros da equipe. A comunicação efetiva, com trocas de opiniões e conhecimentos entre os membros, é fundamental para o desenvolvimento do trabalho de forma efetiva.
- b) **Apoio a novas ideias:** análise do conceito de aceitação das novas equipes quanto a atualizações tecnológicas. Quando o indivíduo percebe que suas ideias têm apoio, isso pode gerar um sentimento de pertencimento e valorização da equipe. O conceito de inovação pensa na perspectiva de novas formas de realizar o trabalho, associada ao aprimoramento pessoal e do grupo.

- c) **Objetivos e visão compartilhada:** avalia a forma como são definidos os objetivos da equipe, sua clareza para todos os membros da equipe e também a forma como esses serão alcançados. A valorização dos resultados, coordenação, cooperação, uso da comunicação efetiva e suporte organizacional são fatores interligados à eficácia da equipe, isso independentemente do nível de formação dos seus componentes, e essa relação tem um impacto direto na satisfação dos profissionais e também dos usuários assistidos.
- d) **Orientações para as tarefas:** esses aspectos são explorados por meio da percepção da equipe mediante o desempenho das tarefas, busca da qualidade, preocupação compartilhada, assim como análise do desempenho das ações.

Alguns estudos apontam que equipes com desempenho em evolução priorizam reuniões formais, planejadas, programadas para suas reflexões e monitoramento sobre a prática e mantém atividades informais, com uma interação e uma comunicação interprofissional efetiva, além de manter a característica de manter o respeito pela prática dos diferentes profissionais (BROWN; RYAN, 2018; CUCOLO *et al.*, 2021).

O fator participação na equipe também tem ganhado destaque em alguns estudos, isso porque se relaciona com a interação dos membros da equipe, o sentimento de segurança em expor as opiniões entre seus membros e fortalecer a participação para a tomada de decisão. Esse fator é permeado pela comunicação, que deve ser efetiva e frequente, formal ou informal, porém é um processo de interação da equipe (PEDUZZI *et al.*, 2020).

A análise de clima utilizando a ECTE apresenta fatores conceituais importantes para um trabalho colaborativo, como a interação e comunicação interprofissional, a corresponsabilidade pelo desempenho da equipe, o apoio para inovação do trabalho e o compartilhamento de objetivos (AGRELI *et al.*, 2017a, 2017; CUCOLO *et al.*, 2021). São elementos que contribuem na construção da PIC.

### 2.2.1 Educação Interprofissional

Para fortalecer e consolidar o SUS, é preciso refletir constantemente sobre as práticas de saúde e mudar o modelo de formação dos profissionais, fazendo com que esses dois aspectos caminhem juntos (TOASSI, 2017).

As mudanças na lógica do trabalho e na formação em saúde têm se concentrado em fortalecer os sistemas de saúde, principalmente na mudança do modelo de atenção hegemônico, que se concentra na doença ou nos profissionais, para modelos focados nas necessidades das pessoas, famílias e comunidades. Essa lógica de trabalho pode favorecer a implementação de cuidados integrais e resolutivos (OGATA *et al.*, 2021).

A educação interprofissional em saúde acontece quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si, visando possibilitar uma colaboração efetiva e, conseqüentemente, gerar melhores resultados na saúde. Equipes que têm prática de cuidado interprofissional podem entender melhor como valorizar e otimizar as habilidades de seus membros, compartilhar o gerenciamento de casos e prestar atenção à saúde com melhor qualidade, aos pacientes e comunidade (WHO, 2010).

Porém, é necessário um aprendizado interativo e reflexivo das práticas para possibilitar competências colaborativas entre diferentes profissões, não apenas reunindo diferentes profissões em um mesmo ambiente (TOASSI, 2017; WHO, 2010).

Considera-se que a PIC é um processo em construção que requer mudanças no processo educacional em saúde, tanto na formação de graduação, pós-graduação (residências) e em serviço. Ela representa um desafio constante, em uma relação contra-hegemônica frente ao modelo de atenção à saúde que ainda persiste nas escolas e nos serviços, voltados para a uniprofissionalidade e nas relações de poder entre as profissões (WHO, 2010).

A educação permanente em saúde, que deve articular as diferentes modalidades de formação, é uma estratégia fundamental para mudar as práticas em saúde visando à integralidade do cuidado no SUS (TOASSI, 2017).

Uma constatação é que a educação interprofissional e a segurança do paciente são temas interligados no campo da saúde em todo o mundo. Existe uma iniciativa das organizações internacionais para que os profissionais de saúde aprendam a trabalhar de forma cooperativa e interativa, ofertando um cuidado mais seguro para o usuário (VILANOVA *et al.*, 2021). Um reflexo disso foi a publicação em 2011 do “Guia

de Currículo Multiprofissional para Segurança do Paciente”, com o objetivo de ensinar sobre segurança do paciente em todos os currículos de saúde (WHO, 2011).

A Educação Interprofissional permite a reflexão sobre o trabalho colaborativo, desenvolvendo competências importantes como a utilização de evidências científicas, uma tomada de decisão mais ética, aprendizagem compartilhada e habilidades de comunicação, que são exemplos de habilidades que podem favorecer a segurança do paciente (VILANOVA *et al.*, 2021; FRENK *et al.*, 2010).

Independentemente dos métodos selecionados para o ensino da Educação Interprofissional, é importante que eles sejam interativos, ativos, reflexivos e centrados no paciente. Algumas opções conhecidas incluem a aprendizagem baseada em problemas, a pesquisa apreciativa, a aprendizagem experimental e baseada em observação, a simulação e a aprendizagem baseada em casos (CAIPE, 2013).

Há uma diferenciação entre as competências que devem ser desenvolvidas durante esse tipo de aprendizado. As competências específicas ou complementares que geram a identidade profissional possuem subsídios dos marcos teóricos e conceituais de cada área. Competências comuns evidenciam a intersecção entre as diferentes profissões, sem interferir nos limites profissionais do grupo. E as competências colaborativas aprimoram a dinâmica de trabalho em saúde (BARR, 1998; TOASSI, 2017).

Campos (2000) conceitua esses elementos do trabalho em saúde de outra forma, referindo que a institucionalização dos saberes e a sua organização em práticas seria demarcada pelos núcleos e campos. O núcleo demarca a identidade de uma área de saber e da área profissional, já o campo seria essa interface, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou categoria profissional busca em outra apoio e contribuição para cumprir as tarefas teóricas e práticas do trabalho.

Com colaboração, há a inclusão de tudo o que pertence ao campo da saúde, com a cooperação de núcleos profissionais, mas esses núcleos ainda são fragmentados. Assim, o núcleo comum, onde podemos desenvolver ações mediante apoio, e onde a autonomia tem seus limites, é o ambiente onde a prática interprofissional se estabelece (CECCIM, 2021).

A Organização Mundial de Saúde apresenta alguns domínios do aprendizado interprofissional, como o **trabalho em equipe**, capacidade de atuar como líder e membro da equipe, conhecimento dos obstáculos para o trabalho em equipe; **funções e responsabilidades**, compreensão das próprias funções, responsabilidade e aptidões, bem como os de outros tipos de profissionais de saúde; **comunicação**, expressão apropriada de opiniões aos colegas, saber ouvir os membros da equipe; **aprendizado e reflexão crítica**, reflexão crítica sobre a própria relação em uma equipe, transferência do aprendizado interprofissional para o ambiente de trabalho; **relação com o paciente e identificação de suas necessidades**, trabalho colaborativo com foco na melhor assistência ao paciente, envolvimento com pacientes, famílias cuidadores e comunidades como parceiro no gerenciamento do cuidado; **prática ética**, compreensão das visões estereotipadas próprias e de terceiros sobre outros profissionais de saúde, reconhecimento de que os pontos de vista de cada profissional de saúde são igualmente válidos e importantes (OMS, 2010, p. 26).

O Instituto de Medicina nos Estados Unidos emitiu, em 2000, um relatório intitulado “Educação dos profissionais de saúde: uma ponte para a qualidade”, o qual enfatizou a importância da educação interprofissional para a prática colaborativa. Essa publicação seguiu-se o relatório anterior sobre a segurança do paciente: “Errar é Humano, 1999” (INSTITUTE OF MEDICINE; 2000).

A OMS (2010) destaca a educação interprofissional e a prática colaborativa em saúde como estratégias inovadoras para enfrentar a crise da saúde mundial. Ambas têm como essência as pessoas, os profissionais de saúde que prestam serviços, visando garantir uma melhor assistência ao usuário e à comunidade. Outros atores sociais envolvidos são os educadores, que compreendem a necessidade de unir alunos de diferentes disciplinas para um aprendizado coletivo.

Além dos líderes de saúde e formuladores de políticas, que tentam reduzir as barreiras institucionais para permitir o desenvolvimento de PIC, o próprio usuário confia no serviço e acredita que a equipe está trabalhando em prol de seu bem-estar (OMS, 2010).

### **2.2.2 Qualidade do cuidado e segurança do Paciente**

Um sistema de saúde que oferece assistência de qualidade é aquele em que seus resultados contemplam uma distribuição equitativa da assistência, ofertando uma experiência positiva ao usuário e otimizando os gastos necessários. Esse

sistema de qualidade mantém quatro valores importantes: é centrado nas pessoas – com foco no usuário; é equitativo – fornecendo cuidado de acordo com as necessidades do indivíduo; é resiliente – mesmo com modificações importantes, mudanças nas demandas de saúde e crises sanitárias, é capaz de ofertar seus serviços e manter sua eficiência (KRUK *et al.*, 2018).

Para melhorar a qualidade do cuidado em qualquer sistema de saúde, é necessário que os líderes adotem uma visão compartilhada de atendimento de qualidade com o objetivo de manter seus valores. É fundamental manter uma estratégia para o alcance dessas características, que fortalecem um cuidado efetivo e é essencial que exista uma regulamentação forte para o aprendizado contínuo (KRUK *et al.*, 2018).

Quando se pensa na qualidade do cuidado em saúde, a segurança do paciente se torna um componente essencial, pois é uma das dimensões da qualidade. Para tanto, existe uma crescente busca em evidenciar a importância da cultura de segurança do paciente. No entanto, para alcançar essa cultura, é necessário um entendimento de valores, crenças e normas, além de atitudes e comportamentos que se adequem (PAESE; SASSO, 2013).

A segurança do paciente é uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde com riscos mais baixos de forma consistente e sustentável, reduz a ocorrência de dano evitável, torna os erros menos prováveis e reduz o impacto do dano quando ele ocorrer (WHO, 2021, p.2).

A insegurança do cuidado pode prejudicar os esforços de países que visam fornecer uma cobertura universal de saúde com qualidade e melhorias no acesso ao sistema. Além de custos financeiros e econômicos, pode ocorrer a redução da confiança do público e de sistemas locais de saúde quando incidentes ocorrem (WHO, 2021).

Com o relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, intitulado "*To Err is Human: Building a Safer Health System*", levantou-se a questão da segurança do paciente. Esse documento se tornou um eixo central nas agendas de pesquisa em diversos países, fazendo com que essa publicação se tornasse um marco por destacar as falhas no cuidado à saúde e conseqüentemente, possíveis prejuízos (INSTITUTE OF MEDICINE; 2000).

Existem diferentes classificações para as falhas na assistência em saúde, como: quase erro (*near miss*), circunstância de risco, incidência sem danos ou incidência com danos, também conhecido como evento adverso. A segurança do paciente é considerada a redução mínima aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE; 2000).

Buscar ações cooperativas individuais e em grupo para diminuir a ocorrência de eventos adversos aos pacientes é uma forma de relacionamento com percepções e atitudes de segurança (OPAS, 2017).

Ter um método estratégico e coordenado para abordar as causas comuns de danos e como evitá-los são ações reconhecidas por legisladores, políticos e líderes de saúde em todo o mundo (WHO, 2021). Existe um Plano de Ação Global para Segurança do Paciente que visa eliminar danos evitáveis na área da saúde, com a visão de "um mundo em que ninguém é prejudicado nos cuidados de saúde e todos os pacientes recebem cuidados seguros e respeitosos, todas as vezes, em todos os lugares" (WHO, 2021).

Os princípios para essa implementação incluem: envolver os pacientes como parceiros em cuidados seguros; alcançar resultados por meio do trabalho colaborativo; analisar e compartilhar dados para gerar aprendizagem; traduzir evidências em melhorias úteis e mensuráveis; basear as políticas e ações na natureza do aspecto do cuidado; usar conhecimento científico e experiência do paciente para melhorar a segurança; e incutir uma cultura de segurança na concepção e entrega de cuidados de saúde (WHO, 2021).

Abordar a dimensão da comunicação entre os profissionais de diferentes áreas é um dos pontos importantes para a segurança do paciente e se relaciona diretamente com o trabalho interprofissional. Essa dimensão expõe a interface entre a segurança do paciente e o clima de trabalho em equipe, pois a forma como é desenvolvida afeta diretamente o trabalho seguro e o clima de equipe (BRASIL, 2013a).

Nenhuma transformação nos cuidados em saúde é possível sem a compreensão das características da equipe, portanto, é necessário estudar o clima das equipes, pois isso pode afetar todo o trabalho desenvolvido (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Manter percepções, atitudes e condutas semelhantes em relação à segurança do paciente é uma forma de se aproximar da Cultura de Segurança. Segundo Paese

e Sasso (2013), a origem desse termo vem do relatório do acidente nuclear de Chernobyl da Agência Internacional de Energia Atômica, publicado na década de 80, que evidenciou falhas relacionadas à segurança no comportamento e conduta dos profissionais envolvidos no acidente.

Com a visualização dessa necessidade, a OMS criou em 2004 o programa "*The World Alliance for Patient Safety*", buscando desenvolver políticas mundiais para ampliar e melhorar os cuidados dos pacientes nos serviços de saúde (WHO, 2009).

Na perspectiva nacional, essa busca em melhorar os cuidados dos pacientes foi enfatizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O marco nacional ocorreu em 2013 com a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivo melhorar a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos do território nacional (BRASIL, 2013a).

### **2.2.3 Segurança do Paciente na APS**

O PNSP estabelece ações para a segurança do paciente com o objetivo de qualificar o cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, incluindo a APS, visando o desenvolvimento de ações para a melhoria deste contexto (BRASIL, 2013b).

Ao considerar a segurança do paciente na APS, é importante reconhecer os diferentes atores sociais envolvidos para além da equipe de saúde, incluindo as instituições e seus gestores como parte da assistência e que precisam reconhecer a necessidade da cultura de segurança e adotá-la como um eixo norteador, além de buscar conhecer os diferentes desafios e dificuldades existentes nesse âmbito de atenção (PAESE; SASSO, 2013).

Embora a maioria dos cuidados em saúde seja prestada na APS, a investigação e os investimentos em segurança do paciente ainda se mantêm centrados no ambiente hospitalar, como um reflexo da complexidade dos cuidados oferecidos nesse ambiente e do histórico hospitalocêntrico na saúde no Brasil. Apesar deste quadro, o próprio Programa de Segurança do Paciente afirma que a abordagem e investimentos em segurança devem ocorrer em todo o território nacional, inclusive no contexto da APS (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014).



Na perspectiva global, bem como na nacional, a APS abrangente e integral é apresentada como um dos modos mais eficientes para enfrentar os problemas de saúde da população, pois apresenta características capazes de minimizar a fragmentação dos sistemas de saúde. No contexto nacional, o SUS fortaleceu a APS a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) visando a reorganização do sistema com um trabalho centrado no cuidado familiar (SILVA *et al.*, 2016; OMS, 2008).

O PNSP apresenta diversas áreas de ação, sendo elas temáticas que precisam ser contempladas em pesquisas e práticas para a melhoria do cuidado ofertado. Um exemplo versa sobre a utilização de novas tecnologias para promoção da segurança do paciente (CAMPBELL *et al.*, 2013).

Visando operacionalizar os atendimentos cabíveis à APS, pode-se empregar o uso de diferentes tecnologias. Para Merhy e Onocko, (2007), as tecnologias em saúde podem ser classificadas de acordo com o seu papel no trabalho, sendo elas: tecnologias leves, que são as tecnologias de relações, abordando o vínculo com os pacientes e a comunicação; as ações de educação em saúde, manifestadas por meio das orientações individuais ou coletivas; e o acolhimento, na recepção do usuário do SUS e auxílio na navegação pelo sistema a depender de suas necessidades de saúde. Assim, todas as tecnologias envolvidas na produção desses encontros são caracterizadas como tecnologias leves.

As tecnologias leves-duras são os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como os protocolos de pré-natal ou de hipertensão que são oferecidos pelo município ou pelo próprio Ministério da Saúde, incluindo a clínica médica, psicanalítica e a epidemiologia. Por fim, as tecnologias duras são aquelas que envolvem equipamentos, recursos e insumos tecnológicos para ações de saúde. Dessa forma, o uso de tecnologias em saúde também pode ser uma ferramenta para facilitar a construção de um cuidado mais seguro (MERHY; ONOCKO, 2007).

Os dados do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) do Ministério da Saúde do Brasil apontam que muitas tecnologias leve-duras, elaboradas como ferramentas para qualificar o cuidado em saúde e gerar assistência com maior segurança, ainda são pouco utilizadas pelos profissionais da APS, e muitos desconhecem sua existência. Protocolos de atendimento, escalas de risco e fluxogramas de condutas que poderiam fortalecer o atendimento qualificado e seguro

na APS ainda são pouco explorados (BRASIL, 2014). O programa de qualificação da APS foi extinto pelo governo em 2019.

Para que o cuidado em saúde seja qualificado e seguro, como preconizado pelos princípios do SUS e do PNSP, é necessário entender como as ações de saúde são planejadas, como ocorrem e compreender os valores, crenças e atitudes que podem levar a um comportamento seguro ou inseguro para os usuários desse serviço.

Com a criação da “*The World Alliance for Patient Safety*”, medidas para reduzir danos mundiais têm valorizado a segurança do paciente como um marco essencial para o desenvolvimento do cuidado qualificado em nível nacional, porém, os investimentos ainda permanecem no âmbito hospitalar. Considerando que a APS é a principal porta de entrada do sistema de saúde e concentra a maioria dos atendimentos, é necessário que este ponto da atenção não fique à margem dos investimentos e pesquisas relacionados à segurança do paciente (BRASIL, 2019).

Um comportamento seguro que vise minimizar os riscos existentes no atendimento ainda é um desafio que pode ser trabalhado a partir da cultura de segurança, a qual enfatiza o entendimento da prática segura, valoriza as atitudes e percepções do profissional mediante o risco à saúde (MARCHON; MENDES JUNIOR; 2014). O fortalecimento do cuidado seguro entre os profissionais de saúde é, portanto, um importante fator para alcançar melhores resultados frente ao cuidado de qualidade na APS.

O uso das práticas colaborativas, também denominadas comportamentos cooperativos, são ações desenvolvidas por diversos profissionais de diferentes áreas visando à integralidade e alta qualidade do atendimento. Ou seja, essa pode ser mais uma ferramenta para qualificar e oferecer um cuidado seguro (OMS, 2010).

Para contribuir com a construção de uma cultura de segurança alguns fatores são importantes como:

Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho em Equipe, Percepções da Gestão e Condições de Trabalho. Um estudo relacionado à segurança do paciente, por si só, já pode apresentar impactos positivos, gerando uma sensibilização inicial e, a partir disso, discutir resultados localmente e gerar subsídios para planejar estratégias de redução de riscos no atendimento do usuário e fortalecer um cuidado seguro e qualificado (BONDEVIK *et al.*, 2014; MODAK *et al.*, 2007).

Diante desses conceitos, a PIC pode desempenhar um papel importante na redução dos desafios enfrentados pelo sistema de saúde em todo o mundo. Dentre esses desafios, destaca-se a segurança do paciente, o que reforça a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde com base nos princípios da APS e integrar políticas nessa direção.

A justificativa para esta pesquisa se dá pela necessidade de identificar pontos fortes para a segurança do paciente na APS, considerando o cenário nacional apresentado anteriormente e as metas globais sobre o assunto. Compreender como a PIC ocorre e como pode contribuir para a reflexão e possível mudança de comportamento profissional, visando uma assistência segura na porta de entrada do sistema de saúde.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as relações entre prática interprofissional colaborativa e segurança do paciente na Estratégia Saúde da Família.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as principais características da prática interprofissional colaborativa em saúde e do cuidado seguro na APS por meio de evidências científicas.
- Analisar o clima de equipe das ESF de um município no interior paulista.
- Verificar as características do clima das equipes da ESF que podem contribuir para práticas interprofissionais colaborativas.
- Identificar possíveis dificuldades ou barreiras para o cuidado interprofissional colaborativo na APS.

## 4 MÉTODO FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Nesta pesquisa, foi utilizado o método exploratório quali-quantitativo. Os dados qualitativos foram utilizados para avaliar a validade dos achados quantitativos (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013).

O estudo está dividido em três etapas, sendo que na primeira foi desenvolvida uma revisão de escopo. Em um segundo momento, foi realizada uma parte empírica que ocorreu em outras duas etapas. Na primeira etapa, identificaram-se as equipes de saúde da família que apresentavam os melhores climas de equipe, sendo aplicado um questionário que será apresentado a seguir.

Para a segunda etapa e a partir da seleção das equipes com melhor clima de equipe, essas foram convidadas a participar dos grupos focais para identificar características de um bom clima de equipe e características da PIC que contribue para a segurança do paciente.

A terceira etapa deste estudo apresentou um enfoque qualitativo, do tipo exploratório e transversal. A vertente qualitativa estuda o setting natural, buscando gerar um sentido ou interpretando fenômenos nos termos das significações que as pessoas trazem para estes. Assim, não é apenas o estudo do fenômeno que mantém a sua importância, mas o significado que o determinado fenômeno ganha para os que o vivenciam. Pensando no entendimento sobre o significado das ações, esse tipo de pesquisa pode favorecer a compreensão das atitudes seguras ou falhas, mediante o comportamento em um serviço de saúde (POLIT, 2011).

A investigação neste âmbito exige mais do que um saber técnico, uma evidência ou um risco conhecido ou uma verdade puramente científica, isto porque lida com a complexidade humana em seu comportamento, pensamento e fala. Considerando o objetivo de reconhecer percepções e práticas dos vários atores sociais envolvidos nas relações do serviço da atenção primária, a pesquisa qualitativa tem um papel fundamental na obtenção e interpretação dos dados (SILVA; MENDES; NAKAMURA, 2012).

A pesquisa exploratória proporciona familiaridade com o problema para explicitá-lo ou construir hipóteses. A combinação qualitativa e exploratória é bastante

utilizada na atenção primária porque muitas das questões de pesquisa nessa área se vinculam aos problemas de existência humana. Assim, essa abordagem pode facilitar as respostas de certos desafios, como os econômicos, sociais e culturais. Desafios esses que passam pelo modelo tradicional de saúde, modelo de ciência positiva e trabalham agora com a subjetividade ao utilizar os princípios da equidade, integralidade, participação social e qualidade (BOSI, 2012).

#### **4.1.1 1ª Etapa da pesquisa: Revisão de escopo**

Para alcançar o primeiro objetivo específico, realizou-se uma revisão de escopo com o intuito de estabelecer as fronteiras do conhecimento sobre a PIC para o cuidado seguro na APS. O estudo de escopo, também conhecido como *scoping study* ou *scoping review*, é um tipo de pesquisa que tem como objetivo mapear os principais conceitos de determinada área do conhecimento, examinando a extensão, alcance e natureza das investigações, resumindo e divulgando os dados obtidos e apontando lacunas existentes na área pesquisada (PETERS *et al.*, 2015).

Para direcionar o estudo, foi utilizado o protocolo JBI (*Joanna Briggs Institute*). O Instituto Joanna Briggs fornece um Manual de Revisão, projetado para orientar o desenvolvimento de revisões seguindo metodologias e métodos, fornecendo informações sobre como analisar e sintetizar diferentes tipos de evidências, decisões clínicas e políticas para melhorar os resultados na área da saúde (PETERS *et al.*, 2015).

Assim, foram seguidos os seis passos metodológicos da revisão de escopo: identificação da questão de pesquisa; identificação dos estudos relevantes; seleção dos estudos; extração dos dados; separação, sumarização e relato dos resultados; além da divulgação dos resultados (PETERS *et al.*, 2015; LEVAC *et al.*, 2010).

Para elaborar a questão de pesquisa, foi utilizada a estratégia PICO (do inglês P (*population/população*), I (*intervention/intervenção*), C (*comparison/comparação*) e O (*outcome/desfecho*)) (MENEZES, *et al.*, 2015).

No presente trabalho, a população estudada refere-se aos profissionais de saúde, a intervenção ao uso das práticas interprofissionais colaborativas para os cuidados prestados e a comparação associada ao desfecho refere-se ao cuidado seguro na APS. Para guiar a revisão, foi construída a seguinte pergunta: "Práticas

interprofissionais colaborativas em saúde podem favorecer um cuidado seguro na APS?".

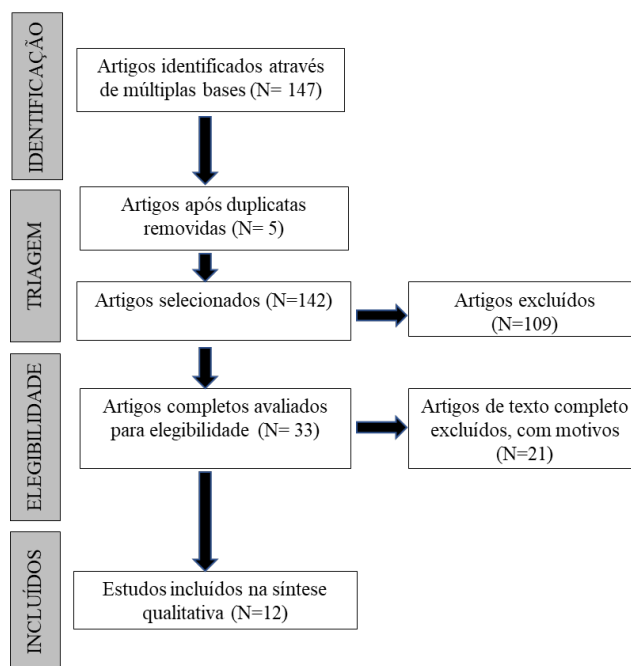
Para selecionar os artigos, foram utilizadas as seguintes bases: Public Medline (PubMed), Bireme via BVS, *Web of Science* e CINAHL, devido à especialização e ampla cobertura em temáticas relacionadas à saúde.

Em relação à terminologia utilizada para a busca, foi tomado como base o *Medical Subject Headings* (MESH/ PUBMED) e os Descritores em Ciências da Saúde (DECS), obtendo os termos "*patient safety*", "*cooperative behavior*" e "*primary health care*" utilizados para montar a estratégia de busca para cada base de dados, utilizando a mesma lógica de recuperar artigos com intersecções nos três termos considerados. Cabe destacar que a escolha do termo "*cooperative behavior*" busca evidenciar a relação cooperativa entre atores, diferenciando-se de artigos que retratam equipes multidisciplinares já formadas.

Os critérios de inclusão utilizados nesta pesquisa foram artigos empíricos e teóricos publicados em inglês, espanhol e português, que abordassem práticas colaborativas no contexto da APS. Estudos que tratassem de outros contextos, desde que a APS também fosse contemplada, também foram considerados elegíveis. Foram excluídos artigos que não estavam disponíveis na íntegra e aqueles que não respondiam à pergunta de pesquisa. O período de coleta de dados foi de junho a setembro de 2021, abrangendo artigos publicados em todas as épocas de atividade das bases, ou seja, não houve delimitação temporal para a publicação dos artigos.

Para a extração e posterior análise dos dados, foi utilizado um quadro construído pelos pesquisadores. A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas, sendo que na primeira, os títulos e resumos dos artigos identificados pela estratégia de busca foram avaliados e os potencialmente elegíveis passaram por uma pré-seleção. Na segunda etapa, os textos foram avaliados na íntegra para confirmação da elegibilidade. Dois avaliadores independentes selecionaram os estudos e as discrepâncias foram resolvidas por um terceiro avaliador. Os dados foram analisados e sintetizados de forma narrativa. Para identificar cada estudo selecionado, os artigos foram organizados em sequência A1 até o A12.

A síntese do processo de seleção dos estudos, seguindo o modelo Prisma, pode ser vista na Figura 1.



**Figura 1.** Processo de identificação e inclusão dos estudos “*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow*”.  
Fonte: Própria autora. Araraquara (SP), Brasil, 2021.

Essa etapa da pesquisa foi submetida em formato de artigo para publicação. Na primeira etapa, chamada de revisão de escopo, os artigos foram analisados e sintetizados de forma narrativa.

#### 4.1.1.1 Campo de estudo- Descrição do cenário das etapas empíricas

Para alcançar os objetivos específicos dois e três, foi realizado um estudo de campo que abrangeu 23 unidades de saúde da família (algumas unidades são formadas por até três equipes) representando todas as unidades do município, envolvendo um total de 202 profissionais. Esse município está localizado no interior do estado de São Paulo.

O município de médio porte está localizado na região central do estado de São Paulo e, segundo a estimativa do IBGE (2021), possui uma população de 238.339 habitantes, a 273 km da capital. A divisão administrativa da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo é feita através dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado. O estado de São Paulo é dividido em diversas regiões administrativas, incluindo a Região



Administrativa Central, que é composta por 26 municípios, incluindo o município em questão.

O índice de desenvolvimento humano foi de 0,815 em 2010. A cidade é sede da 12ª região administrativa do Estado de São Paulo, e tem como principal atividade econômica a agroindústria (IBGE, 2021).

Os serviços de saúde da APS foram estabelecidos pelo Secretário de Saúde em 1999, que determinou que as novas unidades criadas a partir daquele momento seriam implantadas no modelo do PSF. Essas unidades foram construídas nos bairros considerados periféricos, conforme preconizado pelo MS, ao redor do chamado “cinturão” (AGUIAR, 2008).

Em fevereiro de 2008, o município inaugurou uma Unidade de Saúde da Família, marco da “quebra do cinturão”, pois, pela primeira vez, foi instalada uma unidade no interior dessa estrutura, que existia desde 1983 (AGUIAR, 2008).

O PSF foi implantado no município quando já havia uma estrutura de saúde pública organizada. No entanto, na década de 90, com o crescimento da população e a universalização do acesso à assistência à saúde, por meio da criação do SUS, essa estrutura se tornou deficitária e não era capaz de oferecer assistência como antes. Dessa forma, por iniciativa do Secretário Municipal de Saúde da época, em 2000, foi implantada a primeira USF. A partir de então, todas as unidades instaladas foram implantadas nos moldes do PSF (AGUIAR, 2008).

A equipe de saúde da família foi considerada como equipe mínima de acordo com a Política Nacional da Atenção Primária (PNAB) de 2011 pela Portaria 2.488, que considera a equipe multiprofissional mínima composta por, pelo menos, um médico generalista ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, e pelo menos um técnico ou auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde para cada 4 mil pessoas de uma determinada área de atuação da equipe (BRASIL, 2011).

Essa equipe deve ser responsável pelo cuidado de até 1.000 famílias e deve trabalhar de forma integrada e coordenada, promovendo ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, além de realizar o acompanhamento contínuo das condições de saúde da população atendida (BRASIL, 2011).

Considerou-se a versão de 2011 da PNAB como referência, visto que na PNAB de 2017 é possível abrir uma ESF sem a presença de um agente comunitário, o que,

em nossa análise, compromete alguns princípios e diretrizes da APS. Essas questões serão abordadas ao longo da pesquisa (BRASIL, 2017b).

#### **4.1.2 2ª etapa da pesquisa: Clima de equipe**

Na segunda etapa, foram aplicadas a Escala de Clima de Trabalho em Equipe (ECTE) em todas as 31 equipes de saúde da família do município, após a sua autorização de uso, conforme Anexo I. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e a liberação da prefeitura, foi realizado contato telefônico com os enfermeiros(as) de cada equipe. Os endereços e números telefônicos foram identificados no próprio site da prefeitura do município, bem como as informações sobre os dias e horários em que as reuniões de equipe ocorriam comumente.

Para realizar o convite de participação, foi agendado um encontro da pesquisadora com a equipe no dia de sua reunião semanal. A pesquisa foi apresentada, juntamente com seus principais objetivos e termos, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o termo de autorização da coleta de dados e os profissionais foram convidados a participarem da pesquisa. Nesse momento, a pesquisadora apresentou o questionário, esclareceu dúvidas e aplicou o mesmo.

Os critérios de inclusão exigiram que os profissionais trabalhassem na mesma equipe por pelo menos seis meses. Foram incluídos médicos residentes de saúde da família pela carga horária que desenvolvem na unidade e pelo vínculo que constroem com a equipe e com a população. O critério de exclusão foi aplicado aos profissionais que estivessem de férias ou afastados no período de coleta de dados.

Cabe ressaltar que com o afastamento de uma boa parte dos membros das equipes e a substituição por outros profissionais, algumas unidades ficaram sem o representante de algumas categorias, uma vez que alguns profissionais que estavam substituindo estavam na equipe há menos de seis meses.

A coleta de dados teve início em dezembro de 2020 e foi finalizada em abril de 2021. É importante destacar que os dados foram coletados durante a pandemia da COVID-19, o que limitou a participação de alguns membros. Durante o período mencionado, a prefeitura municipal afastou por tempo indeterminado todos os

profissionais considerados do grupo de risco, portadores de doenças crônicas, pessoas acima de 60 anos e gestantes.

A cidade passou por dois períodos de *lockdown*, com a circulação proibida e o fechamento de serviços considerados não essenciais por um período de 10 dias cada.

#### 4.1.2.1 Instrumentos de coleta de dados

Escala de Clima de Trabalho em Equipe (ECTE): No desenvolvimento da teoria dos quatro fatores de clima para inovação no trabalho em equipe, foi utilizada a ECTE, um instrumento autoaplicável baseado nos conceitos de concepções compartilhadas e clima organizacional desenvolvidos por Anderson e West (1998). Os quatro fatores propostos são:

1. Participação na equipe;
2. Apoio para novas ideias;
3. Objetivos da equipe;
4. Orientação para tarefas.

O primeiro fator; Participação na equipe, versa sobre a capacidade dos membros da equipe de se envolverem no processo de tomada de decisões, para isso é necessário a percepção do ambiente como não hostil ou ameaçador (WEST, 1990). Na escala ECTE, o fator de participação é composto por 12 itens, que se referem à frequência de interação entre os membros da equipe, à influência mútua e ao compartilhamento de informações.

O segundo fator; Apoio para novas ideias, refere-se à expectativa, aprovação e apoio prático para as tentativas de cada membro e da equipe em introduzir novas formas ou aprimoramentos na execução de atividades no ambiente de trabalho. Esse fator é composto por 8 itens que versam sobre o encorajamento e apoio prático para novas ideias.

O terceiro fator; Objetivos da equipe, é composto por 11 itens que suscitam informações sobre a clareza, compartilhamento, acesso e valores relacionados aos objetivos da equipe. Nesse fator, os respondentes são também questionados sobre a percepção do comprometimento dos colegas com os objetivos da equipe (ANDERSON, WEST, 1998).

O quarto fator, Orientação para tarefas, diz respeito à responsabilidade individual e da equipe em seu compromisso para o desempenho de tarefas com excelência. Os 7 itens que compõem esse fator se referem ao comprometimento e monitoramento da equipe para o alcance de altos padrões de qualidade nas tarefas desempenhadas.

Todos os quatro fatores são apresentados tanto em forma de perguntas quanto afirmações, no formato de escala do tipo *Likert*, com cinco alternativas de resposta (concordo totalmente, concordo, nem concordo nem discordo, discordo e discordo totalmente) nos fatores 1 e 2 e com três alternativas de resposta nos fatores 3 e 4. Os coeficientes de confiabilidade composta (CC) encontrados para a escala em estudo prévio no Brasil, com amostras de equipes de estratégias de saúde da família, variaram de 0,90 a 0,95 (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Na amostra desta etapa, foram incluídas somente as equipes da APS, contexto no qual o instrumento encontra-se validado.

#### 4.1.2.2 Análise dos resultados do ECTE

Os dados coletados pelo ECTE foram organizados em uma planilha no *software* Excel®. Para a análise, foi utilizada estatística descritiva. Foram aplicados testes de análise fatorial e confiabilidade, estatística descritiva e inferencial, de acordo com os resultados dos testes de normalidade de distribuição das variáveis. Os seguintes testes estatísticos foram utilizados: teste *Shapiro-Wilk* para normalidade, teste de *Levene* para homoscedasticidade e testes *Mann-Whitney* e *Kruskal Wallis* para comparação de grupos (CUNHA, *et al.*, 2021).

O parâmetro de confiabilidade de um teste significa que é possível medir com mínimo de erro. Essa medição quantitativa é um dos principais critérios de avaliação de sua qualidade e representa a consistência com que o instrumento mede o atributo. A estatística descritiva é utilizada para sintetizar e descrever dados, sendo utilizadas médias, medianas, desvio padrão, mínimo e máximo para as variáveis quantitativas, e tabelas de frequência para as qualitativas. As estatísticas inferenciais, baseadas nas leis da probabilidade, permitem tirar conclusões sobre a população estudada a partir dos dados da amostra (POLIT, 2011).

A análise fatorial foi utilizada para analisar as correlações entre diversas variáveis, estimando as dimensões que sustentam os dados observados. Essa análise transforma um conjunto de variáveis em componentes correlacionados, denominados fatores.

Após a análise fatorial, foram realizados testes de confiabilidade para verificar a capacidade de medir sem erro, considerando que uma escala confiável produz resultados semelhantes quando aplicada para duas ou mais pessoas com a mesma atitude em relação ao conceito básico. Quanto maior o coeficiente de confiabilidade, maior é a consistência interna (PASQUALI, 2013).

Com base nos resultados, foi possível observar que a versão brasileira do ECTE é um instrumento relevante que permitiu classificar as equipes de acordo com os quatro fatores da escala.

#### **4.1.3 3ª etapa da pesquisa: Grupo focal**

Para alcançar dois objetivos específicos, foi utilizada a técnica de grupo focal (GF), que é uma boa alternativa para discutir a realidade. Ela permite que o pesquisador colete informações sobre um tema específico por meio de uma discussão participativa entre indivíduos reunidos em um mesmo local e por um determinado período. O GF é uma técnica específica de coleta de dados qualitativos realizada por meio de entrevistas grupais. Essa coleta de dados é apropriada para quem busca entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos (BANCHS, 2005; SEVERO; FONSECA; GOMES, 2007).

Essa é uma estratégia que valoriza a interação entre os participantes e o pesquisador, ressalta a troca de experiências e opiniões dos participantes e, dessa forma, constroem coletivamente os resultados da pesquisa (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013). O ideal para o desenvolvimento dessa técnica é um grupo entre 8 e 10 participantes, podendo ser de 5 a 7 participantes, dependendo do objetivo da pesquisa.

Foi feito contato telefônico com cada uma das três unidades e combinado com o enfermeiro(a) o dia para a realização do grupo. A coleta de dados ocorreu durante o mês de julho de 2022. Os encontros ocorreram na própria unidade de saúde, no dia

em que ocorrem habitualmente as reuniões de equipe. Foram realizados três encontros, sendo um em cada unidade.

O ambiente escolhido interfere diretamente nas interações, pois pode contribuir para a adesão ou inibir a participação. Nesse estudo, o ambiente para a realização do grupo foi o próprio local de trabalho na sala de reuniões das equipes de saúde. Além de garantir a familiaridade aos participantes, o ambiente também foi adequado para as discussões.

Participaram no total 23 profissionais de saúde, sendo 7 na unidade A, 9 na unidade B e 7 na unidade C. Em todas as unidades havia ao menos um representante de cada categoria profissional, conforme critério previamente estabelecido. Os grupos foram compostos por no mínimo um médico/a, enfermeiro/a, dentista, auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem. Dos 23 participantes, 4 eram do sexo masculino. Os encontros duraram em média 1 hora e 45 minutos.

Também participaram dessa etapa a pesquisadora principal e uma observadora previamente treinada, que ficou responsável pelas anotações durante a discussão. Todos utilizaram crachás que foram disponibilizados pela pesquisadora, que continham a identificação da categoria profissional, bem como quem era a moderadora (pesquisadora) e a observadora. As cadeiras na sala de reunião foram dispostas em círculo para que todos pudessem visualizar uns aos outros durante a discussão. Os diálogos dos grupos foram gravados em áudio e posteriormente transcritos.

Todos os grupos focais iniciaram com um agradecimento pela participação dos profissionais da equipe e retomada da apresentação dos objetivos da pesquisa. Foi disponibilizado um tempo para esclarecimentos sobre o funcionamento do GF e a importância dessa discussão participativa.

A moderadora fez algumas perguntas para identificar as características do trabalho em equipe que poderiam facilitar o cuidado seguro para o usuário. Todos os membros participaram, e quando um profissional participava pouco, a moderadora estimulava sua participação com perguntas diretas. Após a discussão e apontamentos, a pesquisadora principal releu os principais pontos discutidos e achados daquele encontro. Em seguida, houve uma retomada e validação das ideias centrais da discussão do grupo para legitimar as observações registradas.

A partir dos diálogos dos grupos, identificaram-se os seguintes pontos abordados pelas questões norteadoras: ações realizadas pelos participantes que poderiam contribuir para a segurança do paciente e como essas eram implementadas pela equipe; questionamento sobre os objetivos da equipe, se havia clareza sobre os mesmos ou não; o tipo de cuidado construído e ofertado pela equipe e a quem era centrado esse cuidado.

Também foi discutido como a equipe lida com possíveis divergências, principalmente aquelas relacionadas à tomada de decisão sobre o cuidado, e como os membros da equipe identificam a relação da comunicação da equipe com a segurança do paciente e como se sentem na equipe de trabalho. O roteiro com as questões norteadoras utilizado no grupo focal está no Apêndice A desta tese.

#### 4.1.3.1 Análise do grupo focal

Para a análise da terceira etapa da pesquisa, realizou-se a transcrição dos áudios das entrevistas dos grupos focais. Para o tratamento dos dados transcritos, utilizou-se o *software Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), que permite a análise temática das classes. O IRAMUTEQ é um *software* gratuito e de código aberto, desenvolvido por Pierre Ratinaud e licenciado por GNU GPL (v2), que permite a análise estatística de corpus textuais e de tabelas indivíduos/palavras. Ele é ancorado no *software* R e na linguagem Python (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O conteúdo textual proveniente dos grupos focais foi submetido à análise textual lexicográfica com a ajuda do *software* IRAMUTEQ, que foi desenvolvido sobre a lógica do *open source*. Ele categoriza os dados textuais a partir da avaliação da semelhança de seus vocabulários, assim indica elementos das representações do objeto estudado (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O IRAMUTEQ considera o total do conteúdo analisado como corpus, e nesse estudo, os três grupos focais resultaram em um corpus. O *software* gera classes a partir da análise de semelhança do vocabulário, o que se relaciona com as variáveis de interesse analisadas (unidade de saúde foi a variável utilizada).

Esse tipo de análise é feito com base em raízes lexicais, que consistem, por exemplo, na redução de verbos para o infinitivo, assim como o plural para o singular.

Esse programa utiliza um dicionário de raízes, assim o corpus é cortado em pequenos pedaços, chamados de unidades de contexto elementar (UCE), permitindo a formação de classes. A classe ocorre quando o léxico está presente em várias classes, mas não em todas, isso porque palavras muito difundidas são ineficazes, pois são homogêneas, assim como o oposto, palavras raras (hápx) também não são interessantes para esse tipo de análise (LAHLOU, 1994).

O programa é capaz de construir matrizes com esses léxicos e organizar esses dados em um dendrograma, permitindo a visualização das relações entre as classes. Com essa análise lexical, ele associa os vocabulários mais comuns entre os segmentos de texto com cada classe do corpus original, o que contribui para a análise qualitativa (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Cada áudio originado do grupo focal foi transcrito e constituído por segmentos de texto, e esse conjunto formou o corpus de análise, que se constitui em um arquivo eletrônico único. Cada grupo focal no corpus foi separado por uma linha de comando, compreendendo a variação unidade 1, 2 e 3 (u\_1, u\_2, u\_3). O arquivo único foi copiado para o bloco de notas, pois permite que o arquivo fique salvo no programa *Unicode Transformation format 8 bit codeunits* (UTF-8) e, dessa forma, seja compatível com o IRAMUTEQ.

Os critérios utilizados para a análise foram: ST=40, definição, classificação simples com base em ST, RST1 com tamanho de 12, RST2 com tamanho de 14, número de classes terminais na fase 1 igual a 10 e um máximo de 3000 formas analisadas. Esses critérios resultaram em um dendrograma com 6 classes. A análise fatorial recuperou os segmentos de texto de cada classe do corpus original para nomeação posterior das classes e leitura.

Esse tratamento dos dados é a base para a análise realizada pelo pesquisador, que contextualiza cada classe, refletindo teoricamente sobre o conteúdo e recuperando os textos e vocabulários típicos utilizados.

A interpretação e análise dos dados foram realizadas com base na literatura pertinente sobre segurança do paciente e sobre as características da prática interprofissional colaborativa. A intersecção entre essas abordagens forneceu dados para a análise do material.



#### 4.1.3.2 Aspectos éticos

Todas as etapas da pesquisa seguiram as diretrizes éticas presentes em documentos nacionais e internacionais para este fim. A pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, em atendimento à resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). Antes da coleta de dados, foi solicitada autorização dos serviços de saúde por meio da prefeitura do município.

Posteriormente, foi realizada a incorporação da pesquisa e seus anexos requeridos pela plataforma Brasil, bem como a carta de autorização do campo de coleta, e o presente estudo foi aprovado pelo CEP com número do parecer 4.280.360 em 2020.

Para proceder às informações e orientações da pesquisa, foi feito contato telefônico e agendamento prévio. Antes do início da reunião de equipe, aqueles que preenchiam os critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo e a eles foram entregues duas cópias do TCLE (Apêndice A).

Foram reforçados aspectos como caráter voluntário da participação, direito de desistir a qualquer momento, anonimato, contato do pesquisador entre outras orientações previstas na resolução 466/2012.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 1ª ETAPA: REVISÃO DE ESCOPO TIPO DE PESQUISA

Foram selecionadas 147 referências pelas estratégias de busca, sendo 27 da Bireme, 5 da *Web of Science*, 9 da CINAHL e 106 da PUBMED. Durante o processo de seleção, foram eliminadas 5 referências duplicadas (referências idênticas em mais de uma base). Além disso, outras 109 referências não atenderam aos critérios de inclusão após a leitura do título e do resumo (primeira etapa). Assim, foram selecionadas 33 referências para a segunda etapa, sendo 11 da Bireme, 2 da *Web of Science*, 4 da CINAHL e 16 da Pubmed.

Na segunda etapa, foram excluídos 8 artigos da Bireme, 1 da *Web of Science*, 3 da CINAHL e 9 da PUBMED por falta de acesso livre ao documento ou por não atenderem à pergunta de pesquisa. Os 12 artigos restantes foram avaliados na íntegra. A seleção foi realizada por dois avaliadores, e as discrepâncias foram resolvidas por um terceiro avaliador. Como resultado, 12 referências foram consideradas elegíveis (segunda etapa), incluindo 3 da Bireme, 1 da *Web of Science*, 1 da CINAHL e 7 da PUBMED.

Ao final do processo de seleção, foram incluídos 12 estudos, e os resultados serão apresentados no formato descritivo, considerando as características variadas dos estudos.

#### 5.1.1 Características dos estudos incluídos

Os anos de publicação variaram de 2001 a 2020. Os países de origem foram Canadá, EUA, Escócia, Holanda, Reino Unido, Noruega e Suíça. A pesquisa demonstrou uma predominância de estudos qualitativos (50%), seguidos de quantitativos (41,67%) e revisões (8,33%). Os artigos, publicados em 11 periódicos, estão relacionados a várias profissões: médicos(as), enfermeiros(as), terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais e farmacêuticos. A análise dos artigos pode ser observada no Quadro 1:

**Quadro 1.** Descrição dos estudos incluídos.

<b>Artigo</b>	<b>Natureza</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Conclusões</b>
A1	Qualitativo	Explorar percepções e experiências de um programa piloto visando identificar facilitadores e barreiras para melhoria das práticas colaborativas.	Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 27 clínicos gerais.	Benefícios para a organização, atendimento ao paciente e desempenho profissional no trabalho. A intervenção teve um impacto positivo na melhoria da segurança e confiabilidade no atendimento ao paciente.	A receptividade do programa piloto foi positiva para a maioria dos participantes, que relataram melhorias na segurança do paciente, no trabalho em equipe e na comunicação interna. Foram identificados desafios tanto de implementação social quanto técnica.
A2	Quantitativo	Avaliar o impacto dos treinamentos em trabalho em equipe centrado no paciente.	Aplicado um questionário com 5 domínios (apoio mútuo, monitoramento de situação, comunicação, estrutura de equipe e liderança).	Os membros compartilham informações em tempo hábil, seguindo um método padronizado..	Especificamente, o trabalho em equipe foi aprimorado nas áreas de comunicação e liderança. Essa integração pode ser uma estratégia sustentável para melhorar o acesso do paciente aos cuidados de saúde, aumentar a segurança e reduzir o esgotamento profissional.
A3	Quantitativo	Examinar a relação entre a dinâmica da equipe e as percepções da cultura de segurança na AP, bem como o papel da coordenação da atenção nesse contexto.	Foram mensurados três domínios: dinâmica de equipe, coordenação do cuidado e cultura de segurança.	coordenação do cuidado influencia a dinâmica da equipe e a percepção da cultura de segurança do paciente.	Existe uma relação entre a dinâmica da equipe, a coordenação do cuidado e a percepção de segurança do paciente em um ambiente de atenção primária. Para garantir um cuidado mais seguro, é importante observar como os profissionais da equipe trabalham juntos, visando uma melhor coordenação desse trabalho.
A4	Qualitativo	Discutir a aprendizagem que pode ocorrer dentro das organizações e a mudança cultural necessária para promover a segurança do paciente e melhorar o atendimento.	Foi realizada uma revisão sobre aprendizado da organização.	Um bom trabalho em equipe está relacionado a níveis baixos de estresse, com funções claramente definidas. Monitorar acidentes melhora os resultados em relação à segurança do paciente.	Boas equipes não se desenvolvem por si mesmas, e equipes que não funcionam bem podem ser prejudiciais para o indivíduo. Equipes funcionais são autônomas na tomada de decisões e responsáveis por atingir seus objetivos, favorecendo um cuidado seguro.

(Continuação)

A5	Quantitativo	Investigar as atitudes dos prestadores de cuidados de saúde em relação à segurança do paciente na AP, utilizando o Questionário de Atitudes de Segurança.	O presente estudo foi realizado em clínicas da AP. Foram coletados 510 formulários.	O estudo mostrou variações significativas nas atitudes de segurança do paciente, relacionadas à formação profissional, idade e sexo.	O grau de consenso entre os funcionários é uma medida de força do clima organizacional. A satisfação no trabalho é um fator protetivo para a satisfação profissional e pessoal, contribuindo para a segurança no cuidado.
A6	Qualitativo	Descrever uma análise secundária de dados coletados como parte de um programa de cuidados integrados, realizado em conjunto com um processo de melhoria da qualidade.	Foram entrevistados 8 assistentes sociais, 5 psicólogos, e 1 enfermeiro psiquiátrico. As entrevistas foram transcritas e utilizado o ATLAS ti <i>software</i> .	Categorias: (a) Trabalhando no contexto da AP, (b) Gerenciando o acesso aos cuidados na linha de frente, (c) Avaliando uma trajetória de cuidados, (d) Desenvolvendo um modelo integrado local, (e) Trabalhando em Equipes Colaborativas e (f) Sendo um Generalista de Saúde Comportamental.	Os resultados sugerem que esses provedores desempenham múltiplos papéis na prestação de serviços clínicos, atuando como um componente interdependente dos sistemas de saúde comportamental. A qualidade do serviço reflete na segurança ofertada.
A7.	Revisão	Projetar e implementar um programa de educação interprofissional na AP.	Bancos de dados: Medline, Embase, Cinahl e PubMed, no período de maio a julho de 2018.	Foram selecionados 24 artigos, que destacaram facilitadores da Educação Interprofissional, bem como formas de implementá-la no cenário da AP.	A educação interprofissional é importante no cuidado centrado no paciente. Também é relevante a formação individual de cada profissional para que possam atuar de forma colaborativa com os demais membros da equipe.
A8.	Quantitativo	Identificar variáveis associadas à colaboração interprofissional, comparando a AP e a atenção especializada em saúde mental.	Foram aplicados questionários sobre informações sociodemográficas e relacionadas a diversos aspectos do trabalho.	A colaboração interprofissional envolve a integração de conhecimento, clima de equipe, identificação multifocal e compartilhamento do conhecimento.	Foram observadas diferentes variáveis relacionadas à colaboração interprofissional em um grande número de profissionais de atenção primária e especializada, havendo diferenças entre os serviços. A manutenção da colaboração interprofissional depende dos membros da equipe.

(Conclusão)

A9	Qualitativo	Examinar as práticas atuais nas reuniões de equipe interprofissional na AP e explorar as opiniões pessoais dos profissionais de saúde sobre essas práticas.	Observação de reuniões de equipes interprofissionais e entrevistas.	Foram observadas 8 reuniões de equipe interprofissional da AP e realizadas 60 entrevistas individuais. Os casos não eram relatados de forma clara e os objetivos dos pacientes, mesmo que estivessem na reunião, não eram considerados pela equipe.	Os autores apontaram a estrutura das reuniões interprofissionais e o foco no paciente como pontos que devem ser melhorados. Tendo em vista a importância do presidente da equipe, este deve ser treinado.
A10	Quantitativo	Avaliar a eficácia de uma intervenção comportamental de treinamento em liderança e solução de problemas durante as reuniões diárias, utilizando um instrumento específico.	Intervenção sobre o desenvolvimento de liderança, de cuidados baseados em equipe e solução de problemas. Participaram integrantes de equipes assistenciais	O resultado principal foi a análise da pontuação do instrumento, que se concentrou em quatro elementos do comportamento da equipe: comunicação, funções e objetivos, coesão e preferências da equipe.	O instrumento foi satisfatório e seu resultado será avaliado após a implementação. Caso a intervenção seja efetiva, o treinamento será implantado em outros locais. Essas características podem favorecer o cuidado seguro.
A11	Qualitativo	Descrever as experiências relatadas pelos participantes de um programa de melhoria da qualidade que visa aprimorar o atendimento e os serviços para pessoas com deficiência psiquiátrica.	O estudo feito em 6 municípios, com 54 profissionais, utilizando-se grupo focal. O estudo foi baseado na metodologia Break-through Series Collaborative.	Foi reconhecido que houve impacto positivo na melhoria da assistência aos pacientes com problemas psiquiátricos.	Os participantes mostraram interesse em melhorar o cuidado e a vida diária dos pacientes psiquiátricos, destacando os desafios do trabalho interprofissional fora das fronteiras organizacionais. É importante repensar a forma como gerentes e participantes são preparados.
A12	Qualitativo	Descrever uma rede europeia de cuidados primários de saúde.	Compartilhamento de experiências e projetos desenvolvidos nessa rede de cuidados.	Foram apresentados dados dos membros dessa rede, bem como os projetos desenvolvidos e as perspectivas futuras.	Os potenciais membros que estão realizando pesquisas em atenção primária são encorajados a se juntar à rede para ampliar o escopo e padronizar a oferta de um cuidado com maior qualidade e, conseqüentemente, mais seguro.

AP: Atenção Primária. IPC: Baixa Colaboração Interprofissional.

Fonte: Própria autora. Araraquara (SP), Brasil, 2021.

Os estudos selecionados apresentaram abordagens diversas, mas com considerações importantes para as práticas colaborativas e ações que também contribuem para um cuidado mais preciso e seguro. Os temas abordados nesses estudos estão listados abaixo e representam características abordadas nas pesquisas que abordam a qualidade do cuidado, valorizando a dimensão da segurança do cuidado.

### **5.1.2 Aprendizagem colaborativa**

O estudo de Bowie *et al.*, (2016) avaliou a implementação de um estudo piloto colaborativo de segurança e melhoria na APS na Escócia e apresentou resultados interessantes, principalmente relacionados ao aprendizado compartilhado, com um foco explícito nas questões de segurança do paciente, o que ajudou a equipe a manter foco nas metas.

A aprendizagem entre pares sobre o cuidado seguro foi bem valorizada. Porém, o mesmo estudo apresentou desafios como a questão do tempo para participar dos encontros e atividades educativas, assim como desafios no uso da tecnologia utilizada para inserir e coletar os dados dos usuários.

Para Khanna *et al.* (2017), o treinamento baseado em evidência e melhoria da qualidade pode ser suficiente para manter a transformação e o trabalho em práticas de alto funcionamento, além do cuidado centrado no usuário.

O estudo de Blumenthal, Chien e Singer (2018) visou examinar a dinâmica da equipe e as percepções de cultura de segurança na APS. Os resultados apontaram que existe uma relação positiva entre a dinâmica de equipe e a cultura de segurança que foi medida pela coordenação do cuidado ofertado.

O papel de um coordenador ou alguém da própria equipe que tenha essa função de organizar a dinâmica de trabalho não é apontado como o principal transformador, isso porque a organização do cuidado pode existir por diferentes mecanismos como o respeito mútuo, permitindo o diálogo entre os membros e a confiança dentro da própria equipe.

Os participantes da referida pesquisa apontam que quando o trabalho existe visando diminuir as falhas de comunicação, checando os resultados e acompanhando os desfechos, a equipe sente que sua prática está priorizando a segurança do

atendimento. Assim, a cultura de segurança pode direcionar a dinâmica da equipe, permitindo que a mesma funcione com mais sucesso.

Para Huibers *et al.*, (2013), ficou evidente que, para a organização dos serviços e contenção dos gastos, o investimento em direcionar os atendimentos para a APS pode ser a melhor saída. Os autores afirmam que estudar a forma de organização dos serviços de saúde é importante, pois assim é possível avaliar questões relacionadas à segurança do paciente, o que ajuda na equidade do atendimento. Além disso, fica claro que a aprendizagem colaborativa pode contribuir para um atendimento de alta qualidade.

Também é apontada a necessidade do uso de instrumentos específicos para avaliar a qualidade, a colaboração e a segurança, e assim sofrer as melhorias necessárias. No contexto europeu, os países enfrentam desafios semelhantes em relação à organização da APS, mas as soluções escolhidas são bem diferentes. O mesmo estudo aponta a necessidade de avaliar quais políticas podem funcionar melhor em um determinado contexto e que os países podem aprender uns com os outros.

Para Lampman *et al.*, 2021, os principais achados apontam que a formação de uma equipe por si só não pode garantir o sucesso do atendimento. É importante ter uma proposta metodológica para uma implementação adequada do trabalho oferecido pela equipe. Quando ocorre a aprendizagem colaborativa, é possível desenvolver habilidades de comunicação com resolução de problemas, o que impacta diretamente na qualidade do trabalho em equipe.

Porém, alguns desafios, como a alta rotatividade de membros da equipe, prejudicam a dinâmica do grupo, favorecem a perda de informações, comprometem o senso de cooperação, a construção da coesão e do vínculo, além de demandarem tempo e recursos para novos treinamentos (LAMPMAN *et al.*, 2021).

### **5.1.3 Cuidado centrado no usuário e família**

No estudo realizado por Khanna *et al.* (2017), foram apontados problemas passíveis de serem resolvidos para garantir um bom trabalho em equipe, como a melhoria do acesso aos cuidados que levam à satisfação do paciente, a redução de erros e o esgotamento profissional, por meio de uma comunicação eficiente. Nesse

estudo, o trabalho em equipe foi aprimorado especificamente na comunicação e na liderança.

O estudo de Miller *et al.* (2019) identificou que a Educação Interprofissional deve ser introduzida na APS para melhorar os resultados do cuidado aos pacientes, a eficiência e eficácia do serviço. A literatura analisada evidenciou a importância do trabalho em equipe e de um modelo organizacional e de cuidado que quebre a cultura hierárquica e centrada no médico ou no profissional. O trabalho é organizado em torno dos cuidados com o usuário.

O conceito de centrar o cuidado no indivíduo, na família e na comunidade foi destacado com a inclusão dos usuários no próprio processo de cuidado, o que também estimula a corresponsabilidade da assistência. O mesmo estudo afirma a importância da formação do profissional de saúde, tanto na graduação quanto na pós-graduação, dentro do cuidado centrado no sujeito. Com essa abordagem, princípios como o cuidado integral podem ser contemplados com mais facilidade, favorecendo um contexto holístico de assistência.

No artigo de Van Dongen *et al.* (2016), os autores identificaram que um cuidado centrado no usuário e na família poderia remeter ao conceito de um cuidado ampliado, valorizando o indivíduo de forma integral e gerando um atendimento interprofissional e colaborativo.

Os entrevistados do referido estudo afirmaram a importância da comunicação entre os profissionais de saúde, pois isso contribuiu para uma maior eficiência, acessibilidade e tomada de decisão mais rápida, contribuindo para a divisão de tarefas. Os participantes identificaram que a forma como as reuniões são organizadas (agenda, atas, gestão de tempo, identificação prévia do paciente e problematização do trabalho) e um "presidente" pró-ativo auxiliam na dinâmica do trabalho.

#### **5.1.4 Comunicação efetiva**

O estudo de Firth-Cozens (2001) menciona equipes funcionais, como aquelas que apresentam encontros regulares, boa comunicação, e valorização da diversidade. Uso de diretrizes e protocolos para tomada de decisão, ou seja, equipes autogerenciadas, autônomas na tomada de decisão operacional, responsáveis por atingir seus objetivos, porém numa organização que valorize as decisões coletivas.



O mesmo estudo aponta que boas equipes não se desenvolvem por conta própria e essa liderança precisa unir ao grupo e ajudar a identificar a responsabilidade de cada um. Equipes que não funcionam bem podem ser destrutivas para o indivíduo enquanto equipes funcionais são protetivas para o indivíduo. Um bom trabalho em equipe está associado a níveis de estresse baixo. Boas equipes também são aquelas que estão dispostas a aprender com seus erros.

O estudo de Beehler e Wray. (2012) identificou que para os membros da equipe, o prontuário eletrônico foi um facilitador, pois permitiu o acesso a todas as informações dos pacientes dos diferentes cenários de atendimento. A comunicação com a equipe de atenção primária foi considerada o fator mais importante para o trabalho colaborativo.

A qualificação profissional, experiência prévia e uma boa comunicação entre os membros da equipe foram diferenciais para a integração do trabalho prestado e também para melhor satisfação do profissional em trabalhar neste tipo de serviço.

#### **5.1.5 Objetivos e metas bem definidos**

No estudo de Andersson *et al.* (2016) os principais achados mencionam a falta de clareza nas metas e objetivos como um dificultador do aprendizado e também do cuidado prestado. Entender o papel de cada membro da equipe poderia fortalecer o empenho dos profissionais e facilitar a troca de experiências e aprendizagens. Quando os objetivos são bem definidos fica mais fácil trazer o usuário, família, profissionais, gestores para o planejamento do cuidado.

As reuniões são apontadas como pontos positivos para o aprendizado, porém é destacada a necessidade de um facilitador nesse processo de encontro, além do apoio do gestor. O desafio em utilizar ferramentas avaliativas do cuidado foi um ponto evidenciado pelos profissionais.

#### **5.1.6 Satisfação no trabalho**

No estudo realizado por Bondevik *et al.* (2014), os resultados principais indicaram que a falta de coordenação nos cuidados de saúde é resultado de falhas na colaboração entre profissionais. Enfermeiros pontuaram mais do que médicos em

relação ao clima de segurança e satisfação no trabalho. Na Noruega, os enfermeiros não dividem a carga horária de trabalho, diferentemente dos médicos, o que pode resultar em um maior apego dos enfermeiros ao local de trabalho.

Além disso, profissionais mais velhos pontuaram mais em comparação aos mais jovens. Foram identificadas características como grau de satisfação no trabalho e, nesses casos, esse sentimento é um fator protetor para a realização pessoal e profissional, o que favorece um clima mais colaborativo e seguro. Cuidados coordenados são capazes de demonstrar um certo consenso entre os funcionários, fornecendo uma medida de força para o clima organizacional.

## 5.2 2ª ETAPA: ANÁLISE DO CLIMA DE EQUIPE

Entre os 202 profissionais de saúde que participaram da pesquisa, o sexo feminino predominou (84,7%) e em relação à idade houve variação de 23 a 61 anos. As categorias profissionais que participaram foram ACS (44,1%), técnicos ou auxiliares de enfermagem (21,3%), enfermeiros (10,4%), médicos (9,4%), técnicos ou auxiliares de saúde bucal (5,4%), cirurgiões dentistas (5,9%) e residentes médicos de saúde da família (3,5%).

É importante ressaltar que os ACS são maioria nas equipes de saúde da família, representando cerca de 50% do total de profissionais da saúde, o que justifica a maior representatividade dessa categoria na pesquisa.

O tempo de trabalho na prefeitura entre os profissionais participantes foi de menos de 1 ano (12,4%), de 1 a 5 anos (22,8%), de 6 a 10 anos (21,8%), de 11 a 15 anos (17,8%), de 16 a 20 anos (14,4%), de 21 a 25 anos (6,9%), e de 26 a 30 anos (4,0%).

Na mesma equipe, a duração do trabalho entre os profissionais participantes foi de menos de 1 ano (18,8%), de 1 a 5 anos (34,7%), de 6 a 10 anos (30,7%), de 11 a 15 anos (7,4%), de 16 a 20 anos (7,4%), e de 21 a 25 anos (1%). A quantidade de profissionais com 1 a 10 anos de atuação na equipe se aproxima dos profissionais com 6 a 15 anos, o que indica que boa parte dos entrevistados ainda tem pouco tempo de inserção nas equipes.

A formação dos profissionais teve a seguinte distribuição: nível médio (44,1%), nível técnico (26,2%) e nível superior (29,7%), o que se justifica pelo fato de a maioria

dos entrevistados ser ACS, que possuem essa exigência mínima de escolaridade para o exercício da função.

É importante destacar a formação médica: dos 19 médicos participantes da pesquisa, 15 (78,9%) tinham residência em Saúde da Família e Comunidade ou especialização. Dos 21 enfermeiros que participaram da pesquisa, 10 tinham especialização em Saúde da Família, o que corresponde a 47,6% da amostra.

Dos 12 cirurgiões dentistas que participaram da pesquisa, 4 tinham especialização em Saúde da Família, o que corresponde a 33,3% da amostra. Esses dados indicam que os médicos são os profissionais de nível superior que mais possuem formação específica para atuarem na Saúde da Família, o que pode ser um requisito para atuar nesse cenário, diferentemente dos demais profissionais de nível superior.

As unidades investigadas pertenciam ao PMAQ e 67,6% das equipes possuíam cadastro nesse programa antes de sua descontinuação.

A seleção das melhores equipes para análise do clima de trabalho foi feita com base no critério da composição da equipe. Para identificar os ambientes de trabalho mais favoráveis, foram escolhidas as equipes que tinham pelo menos um membro de nível superior, um membro com formação técnica e um membro de nível médio no dia em que o questionário foi aplicado, seguindo os critérios de elegibilidade do estudo e tempo mínimo de 6 meses trabalhando juntos.

Dos 202 participantes agrupados em 30 equipes, 157 profissionais de 23 equipes foram selecionados após essa triagem. Houve 12 recusas para participar da pesquisa, sendo 9 Agentes Comunitários de Saúde, 1 enfermeira e 2 técnicas de enfermagem.

Das 23 equipes selecionadas, 8 apresentaram excelentes resultados em termos de clima de trabalho. Foram identificadas 3 equipes que tinham pelo menos um representante de cada categoria profissional em sua composição.

O grupo focal foi realizado com essas 3 equipes que tiveram os melhores ambientes de trabalho e que tinham a equipe profissional mais diversificada.

### **5.2.1 Análise fatorial confirmatória- ECTE**

A dimensionalidade do estudo foi avaliada por meio de Análises Fatoriais Confirmatórias implementadas no *software* Mplus 8 (MUTHÉN; MUTHÉN, 2017), utilizando a matriz de correlações policóricas como fonte de informação, o método de estimação WLSMV e rotação imposta do tipo oblíqua GEOMIN.

Esse tratamento estatístico foi realizado devido à compreensão de que escalas do tipo *Likert*, como a utilizada no instrumento, não conseguem reproduzir propriedades métricas/intervalares, mas representam níveis categóricos e/ou ordinais (APARUHOV; MUTHÉN, 2009).

Para avaliar o ajuste do modelo fatorial, foram utilizados os índices/critérios de Índice de Ajuste Comparativo (CFI) e Índice de Tucker-Lewis (TLI), em que valores  $\geq 0,90$  indicam um ajuste aceitável e valores  $\geq 0,95$  são esperados para um bom ajuste; além disso, utilizou-se a Raiz do Erro Quadrático Médio Aproximado (RMSEA), em que valores  $\leq 0,06$  indicam ajuste, com um limite máximo aceitável de 0,08 (HAIR *et al.*, 2010; KLINE, 2011).

A confiabilidade/consistência interna dos fatores foi avaliada por meio dos coeficientes alfa de Cronbach e confiabilidade composta, em que valores iguais ou superiores a 0,70 indicam consistência satisfatória (VALENTINI; DAMÁSIO, 2016).

O modelo fatorial foi especificado de acordo com a estrutura interna original do TCI e estudos prévios de validação desse instrumento no Brasil (SILVA *et al.*, 2016). Os resultados de ajuste do modelo obtidos para a solução de seis fatores foram aceitáveis, com CFI = 0,96, TLI = 0,96 e RMSEA = 0,08 (IC95% 0,076 a 0,086). As cargas fatoriais que indicam a saturação do item no fator foram estimadas com nível de  $p < 0,01$  e estão apresentadas na matriz da Tabela 1.

**Tabela 1.** Resultados da Análise Fatorial Confirmatória do ECTE (N = 202)

Itens ECTE	Fatores e cargas fatoriais estimadas				R <sup>2</sup>
	F1. Participação na equipe	F2. Apoio para ideias novas	F3. Objetivos da equipe	F4. Orientação para tarefas	
I01	0,81				0,71
I02	0,84				0,76
I03	0,67				0,61
I04	0,81				0,74
I05	0,77				0,63
I06	0,74				0,68
I07	0,85				0,74
I08	0,89				0,77
I09	0,90				0,8
I10	0,88				0,74
I11	0,89				0,77
I12	0,70				0,57
I13		0,93			0,83
I14		0,93			0,83
I15		0,87			0,79
I16		0,85			0,79
I17		0,88			0,80
I18		0,91			0,83
I19		0,86			0,81
I20		0,89			0,82
I21			0,84		0,78
I22			0,92		0,85

Itens ECTE	Fatores e cargas fatoriais estimadas				r <sub>it</sub>
	F1. Participação na equipe	F2. Apoio para ideias novas	F3. Objetivos da equipe	F4. Orientação para tarefas	
I23			0,89		0,82
I24			0,90		0,76
I25			0,90		0,78
I26			0,83		0,8
I27			0,83		0,79
I28			0,86		0,85
I29			0,73		0,72
I30			0,74		0,74
I31			0,94		0,74
I32				0,90	0,84
I33				0,76	0,73
I34				0,85	0,82
I35				0,92	0,87
I36				0,93	0,86
I37				0,91	0,84
I38				0,92	0,87
α	0,93	0,95	0,95	0,95	
Confiabilidade composta	0,96	0,97	0,97	0,96	
Variância média extraída	0,66	0,79	0,73	0,78	

Fonte: Própria autora. Araraquara (SP), Brasil, 2021. \* Coeficiente de correlação item-total (r<sup>it</sup>).

### 5.2.1.1 Interpretação dos índices de adequação e consistência

Os indicadores de ajuste do modelo confirmatório apresentam adequação do modelo (CFI = 0,96; TLI = 0,69 [critério >0,90]; RMSEA = 0,08 [IC 90% = 0,076 a 0,086] critério < 0,08).

Todos os coeficientes de confiabilidade (consistência interna) foram superiores ao recomendado para inferir sobre a adequação da medida (alfa de Cronbach e confiabilidade composta; critério >0,70). O indicador VME também indicou a adequação da estrutura fatorial (o critério é > 0,50). As correlações entre os fatores latentes modelados na AFC são apresentadas na Tabela 2.

**Tabela 2.** Correlação CEOMIN entre os quatro fatores latentes do ECTE

	<b>F1. Participação na equipe</b>	<b>F2. Apoio para ideias novas</b>	<b>F3. Objetivos da equipe</b>
F2. Apoio para ideias novas	0,87	-	-
F3. Objetivos da equipe	0,65	0,69	-
F4. Orientação para tarefas	0,77	0,81	0,79

Fonte: Própria autora, 2021. \*Todos os coeficientes de correlação foram estimados ao nível de  $p=0,05$ .

Os quatro construtos do ECTE apresentam correlações positivas e significativas entre si, com coeficientes de forte magnitude, conforme verificado em estudos anteriores com este instrumento (SILVA *et al.*, 2016; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

### 5.2.2 Criação dos escores fatoriais para as equipes incluídas

Os escores fatoriais foram obtidos por meio da média aritmética simples das respostas aos itens agrupados em cada um dos fatores. Para calcular o escore de cada equipe, foi considerada a média aritmética simples dos escores dos membros correspondentes. A interpretação é realizada seguindo a lógica monotônica crescente, ou seja, quanto maior o escore, maior a concordância do participante com o conteúdo avaliado pelos itens/fatores.

### 5.2.3 Tratamento dos dados em formato agrupado por equipes

O número de participantes nas equipes variou de 4 a 15 profissionais (Média = 7,74; desvio-padrão = 2,90). Essas equipes foram divididas em três grupos de acordo com seu tamanho:

- 1º - Até 6 membros (10 equipes; 29,9% dos participantes incluídos);
- 2º - entre 7 e 8 membros (9 equipes; 42,7% dos participantes incluídos);
- 3º - 9 membros ou mais (4 equipes; 27,4% dos participantes incluídos).

Foram realizadas análises não paramétricas (teste *Kruskal-Wallis* para amostras independentes) para avaliar até que ponto os escores das equipes poderiam ser significativamente afetados pelo número de membros das mesmas. Os resultados indicaram que não há diferenças significativas nas pontuações dos fatores do ECTE em função do número de participantes nas equipes.

**Tabela 3.** Análise descritiva dos escores considerando a amostra agrupada por equipes (N = 23)

Fatores do ECTE	Média	Desvio-padrão	Quartis			Amplitude observada		Amplitude escala do ECTE	
			1º	2º	3º	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.
Participação na equipe	3,97	0,52	3,50	4,06	4,42	2,94	4,68	1,00	5,00
Apoio a novas ideias	3,71	0,59	3,38	3,75	4,18	2,46	4,58	1,00	5,00
Objetivos da equipe	5,06	0,69	4,74	5,09	5,56	3,64	6,14	1,00	7,00
Orientação para tarefas	4,79	0,95	4,36	5,00	5,54	2,50	6,07	1,00	7,00

Fonte: Própria autora. Araraquara (SP), Brasil, 2021.

Para garantir a comparabilidade das equipes em relação à posição em relação à amostra total, os escores brutos das equipes foram transformados em percentis (Tabela 4).



**Tabela 4.** Conversão dos escores em percentis para as equipes (N = 23)

Percentis correspondentes	Escores nos fatores da ECTE (equipes)			
	Participação na equipe	Apoio a novas ideias	Objetivos da equipe	Orientação para tarefas
5	2,94	2,49	3,66	2,61
10	3,04	2,70	3,76	3,07
20	3,46	3,24	4,49	4,14
25	3,50	3,38	4,74	4,36
30	3,86	3,52	4,84	4,43
40	3,92	3,60	5,06	4,62
50	4,06	3,75	5,09	5,00
60	4,24	3,92	5,25	5,21
70	4,39	4,15	5,49	5,41
75	4,42	4,18	5,56	5,54
80	4,47	4,25	5,64	5,59
90	4,53	4,43	5,98	5,91
95	4,65	4,55	6,12	6,04

Fonte: Própria autora. Araraquara (SP), Brasil, 2021.

Os resultados médios das equipes em cada um dos fatores da ECTE foram utilizados para formar dois grupos com base nas pontuações obtidas. A estatística da mediana foi usada para essa formação, gerando os grupos A e B: o grupo A, denominado estrato inferior, obteve menores pontuações no fator, enquanto o grupo B, chamado estrato superior, obteve maiores pontuações no fator.

Em seguida, foi realizada uma análise de comparação de grupos independentes utilizando o teste não paramétrico de Mann-Whitney para avaliar a eficácia do critério de agrupamento em diferenciar significativamente as equipes em dois grupos (estrato inferior e superior).

**Tabela 5.** Comparação das equipes estratificadas nos fatores da ECTE (N = 23)

Fatores ECTE	Grupos extremos	Estatísticas descritivas			Mann-Whitney	
		N	Média	Desvio padrão	U	P
Participação na equipe	A. Estrato inferior	13	3,62	0,41	4,032	0,001
	B. Estrato superior	10	4,43	0,14		
Apoio a novas ideias	A. Estrato inferior	12	3,27	0,44	4,063	0,001
	B. Estrato superior	11	4,19	0,24		
Objetivos da equipe	A. Estrato inferior	12	4,57	0,55	4,063	0,001
	B. Estrato superior	11	5,60	0,33		
Orientação para tarefas	A. Estrato inferior	12	4,10	0,79	4,062	0,001
	B. Estrato superior	11	5,53	0,33		

Fonte: Própria autora. Araraquara (SP), Brasil, 2021.

Conforme resultados apresentados na Tabela 5, a estratificação das equipes em estratos inferior e superior parece ter funcionado bem, uma vez que os resultados médios para estas equipes são significativamente diferentes em todos os fatores ao nível de  $p \leq 0,001$ .

Observe que para as equipes classificadas no estrato superior (equipes com clima mais favorável) os desvios padrão são menores em todos os fatores do ECTE, indicando que nestas equipes há maior homogeneidade na percepção do clima de equipe nas dimensões avaliadas pelo instrumento.

#### 5.2.4 Escolha das equipes com clima mais favorável

A tabela abaixo apresenta a classificação do clima das equipes, destacando oito equipes com os melhores ambientes de trabalho e um estrato superior em quatro fatores.

**Tabela 6.** Critérios para escolha das equipes com clima mais favorável (N = 23)

ID	Equipe	Nº de membros	Média nos fatores do ECTE				Grupos extremos*				SOMA
			EF1	EF2	EF3	EF4	Cat1	Cat2	Cat3	Cat4	
2	2.0	5	3,15	2,6	3,76	3,05	0	0	0	0	0
3	3.1	6	3,50	3,38	4,48	4,13	0	0	0	0	0
7	7.0	4	4,06	3,50	3,64	4,36	0	0	0	0	0
9	9.0	4	3,93	3,61	4,82	4,41	0	0	0	0	0
14	13.2	4	3,47	2,98	5,03	4,62	0	0	0	0	0
15	15.0	15	2,96	2,84	3,77	2,50	0	0	0	0	0
18	18.0	10	3,99	3,75	4,90	4,51	0	0	0	0	0
20	8.2	4	2,94	2,46	4,74	3,10	0	0	0	0	0
22	21.2	7	3,40	3,30	4,49	4,14	0	0	0	0	0
16	16.0	8	3,86	3,59	5,19	4,61	0	0	1	0	1
6	6.0	6	4,06	3,82	5,08	5,31	0	1	0	1	2
8	4.2	7	4,29	3,88	5,09	5,00	1	1	0	0	2
12	12.0	8	3,88	3,58	5,13	5,02	0	0	1	1	2
19	8.1	7	3,90	3,70	5,61	5,27	0	0	1	1	2
21	21.1	8	4,25	3,98	5,08	4,79	1	1	0	0	2
1	1.0	7	4,55	4,04	5,51	5,86	1	1	1	1	4
4	3.2	8	4,46	4,44	6,02	6,07	1	1	1	1	4
5	5.0	9	4,41	4,24	5,34	5,17	1	1	1	1	4
10	10.0	7	4,42	4,18	5,56	5,43	1	1	1	1	4
11	11.0	5	4,68	4,58	6,14	5,94	1	1	1	1	4
13	13.1	5	4,49	4,18	5,41	5,68	1	1	1	1	4
17	17.0	4	4,50	4,41	5,75	5,54	1	1	1	1	4

23	22.2	9	4,23	4,31	5,91	5,57	1	1	1	1	4
----	------	---	------	------	------	------	---	---	---	---	---

Fonte: Própria autora. Araraquara (SP), Brasil, 2021. Nota: \* 0 = equipe classificada no estrato inferior do fator em questão; 1 = 0 = equipe classificada no estrato superior do fator em questão.

A classificação das equipes foi baseada nos fatores do ECTE, variando de 0 a 4. O sistema de classificação das equipes pode ser visualizado na imagem abaixo, a fim de facilitar a interpretação dos resultados apresentados na Tabela 6:

**Tabela 7.** Normas para interpretação do sistema / critérios para identificação das equipes com clima mais favorável

SOMA	Interpretação
0	Clima de equipe muito desfavorável, pois foi classificada no estrato inferior nos quatro fatores da ECTE;
1	Clima de equipe desfavorável, pois foi classificada no estrato inferior em três fatores da ECTE;
2	Clima de equipe pouco favorável, pois foi classificada no estrato inferior em dois fatores da ECTE;
3	Clima de equipe favorável, pois foi classificada no estrato superior em três fatores da ECTE;
4	Clima de equipe muito favorável, pois foi classificada no estrato superior em quatro fatores da ECTE

Fonte: Própria autora. Araraquara (SP), Brasil, 2021.

As oito unidades com os climas mais favoráveis, de acordo com a análise, foram as unidades 1, 4, 5, 10, 11, 13, 17 e 23. Nesses locais, apenas uma ACS recusou participar do estudo. Todas que apresentaram as melhores pontuações são unidades escola que recebem estudantes dos cursos de graduação em enfermagem e medicina de uma instituição de ensino privada.

Dessas, três também recebem residentes do curso de medicina e estão situadas em áreas de maior vulnerabilidade social do município. Nenhum profissional que participou da pesquisa tinha carga horária de trabalho em outra unidade. Das oito unidades com o melhor clima de equipe, apenas uma não participou do PMAQ durante sua existência.

**Tabela 8.** Critérios para escolha das equipes com clima mais favorável

ID	Equipe	Nº de membros	Média nos fatores do ECTE				Grupos extremos*				SOMA
			EF1	EF2	EF3	EF4	Cat1	Cat2	Cat3	Cat4	
1	1.0	7	4,55	4,04	5,51	5,86	1	1	1	1	4
4	3.2	8	4,46	4,44	6,02	6,07	1	1	1	1	4
5	5.0	9	4,41	4,24	5,34	5,17	1	1	1	1	4
10	10.0	7	4,42	4,18	5,56	5,43	1	1	1	1	4
11	11.0	5	4,68	4,58	6,14	5,94	1	1	1	1	4

13	13.1	5	4,49	4,18	5,41	5,68	1	1	1	1	4
17	17.0	4	4,50	4,41	5,75	5,54	1	1	1	1	4
23	22.2	9	4,23	4,31	5,91	5,57	1	1	1	1	4

Fonte: Própria autora. Araraquara (SP), Brasil, 2021. Nota: \* 0 = equipe classificada no estrato inferior do fator em questão; 1 = 0 = equipe classificada no estrato superior do fator em questão.

As equipes que fizeram parte da terceira etapa da pesquisa referente ao grupo focal foram as três que apresentaram pelo menos um representante de cada categoria profissional. A equipe 1 no grupo focal foi chamada de unidade A.

A equipe 17 foi chamada de unidade B. A equipe 10 foi chamada de unidade C. Nas três equipes o tempo de trabalho dos profissionais foi de mais de 1 ano até 30 anos na mesma equipe.

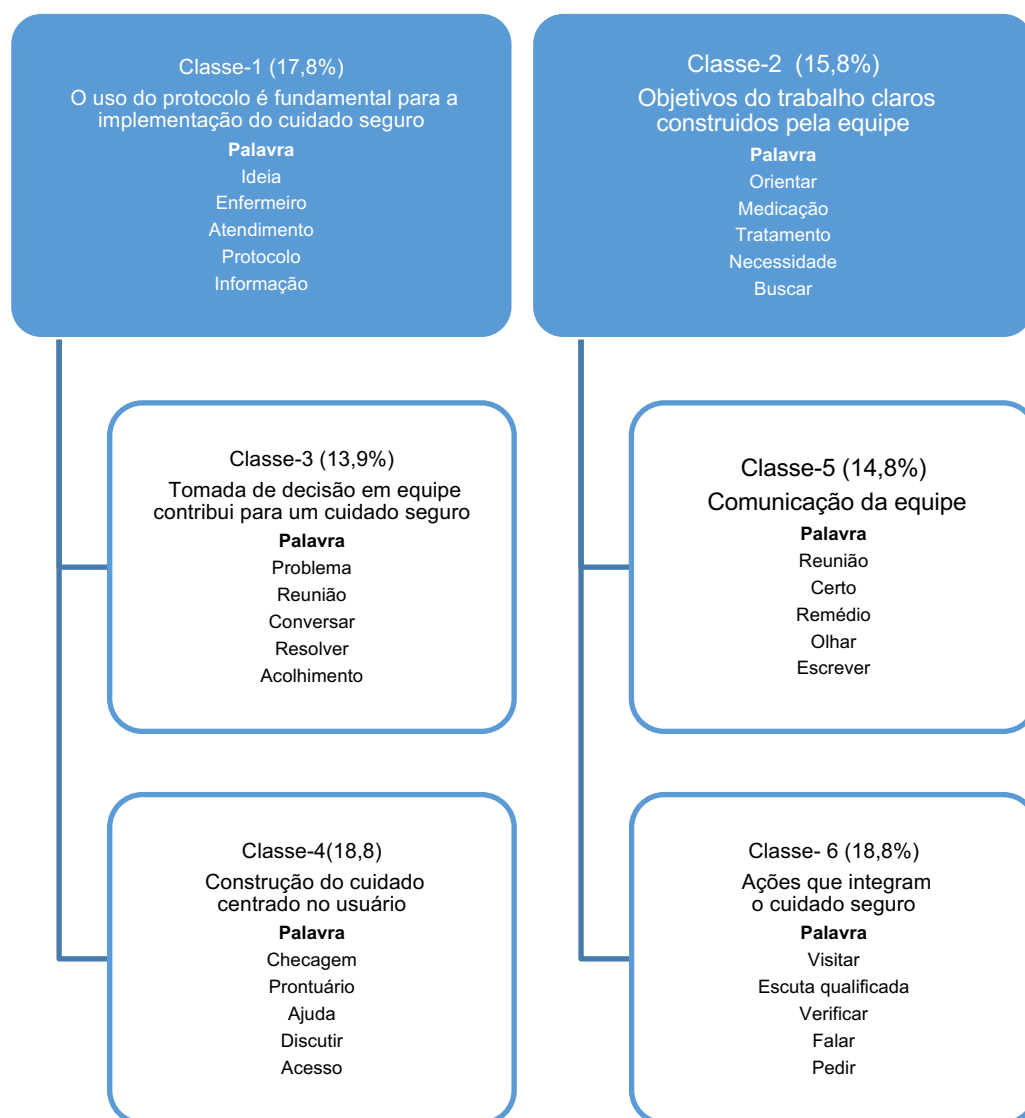
### 5.3 3ª ETAPA: CLIMA DE EQUIPE E SUA RELAÇÃO COM A SEGURANÇA DO PACIENTE

Três grupos focais foram realizados com o objetivo de confirmar ou refutar se as características de um ambiente de trabalho em equipe satisfatório refletem em um cuidado seguro. Participaram dessa etapa três USF, correspondendo às equipes 1, 10 e 17 da Tabela 6. A primeira equipe era composta por 6 profissionais, a segunda por 9 e a terceira por 6, totalizando 23 profissionais de saúde.

Dentre esse total, apenas 17,3% eram profissionais do sexo masculino, enquanto os demais eram do sexo feminino. As categorias profissionais presentes nos grupos foram médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem, agentes comunitários(as) de saúde, dentistas e auxiliares bucais.

Todos os médicos participantes cursaram residência em medicina de família. Dos três enfermeiros(as), dois possuíam especialização em saúde da família. Esses dados sugerem que a formação específica na área pode ser um elemento que potencializa um bom ambiente de trabalho em equipe, uma vez que os cursos contemplam a importância do trabalho em equipe no cuidado à saúde.

Com a transcrição do áudio, construção do corpus e uso do *software* Iramuteq para tratamento do material, foram analisados 136 segmentos de texto, retendo 101 do total de textos para a elucidação das classes. Foram analisados 74,26% do texto, constituindo um bom corpus de análise que demonstra os seguintes resultados:



**Figura 2.** Dendograma: Contribuições da equipe para um cuidado seguro 74,26%.

Fonte: Própria autora. Araraquara (SP), Brasil, 2021

Observa-se que o corpus é composto por 6 classes, sendo que as classes 3 e 4 estão relacionadas com a classe 1, enquanto as classes 5 e 6 estão relacionadas com a classe 2.

### **Classe 1: o protocolo é fundamental para a implementação do cuidado seguro**

As palavras e as unidades de contexto elementares mais representativas da classe 1 permitiram a contextualização dos tipos de implementação de ações que garantem a segurança do paciente, correspondendo a 17,8% dos segmentos de texto analisados no âmbito do corpus. As palavras "ideia", "enfermeiro", "atendimento", "protocolo" e "informação" são exemplos de ações mencionadas pelos profissionais

que permitem prestar um cuidado mais seguro, conforme pode ser observado na seguinte fala:

Eu uso protocolos e eles me ajudam a não esquecer de pontos importantes da rotina de atendimento. A gente checa, além do protocolo, também fiz uma sistematização para algumas consultas: consulta de gestante, puérpera, saúde da mulher. Assim, nos dias em que estou mais agitada, com mais problemas na cabeça, eu sempre vou lá e checo para ver se fiz tudo e não faltou nada, pedi tudo, anotei tudo. Já decorei, mas eu vejo isso também, me ajuda (Enfermeira, Unidade A).

Quase sempre só uso protocolo. Inclusive, nós fazemos educação permanente e já abordamos vários temas. Assim, fizemos um mural com fluxograma. Por exemplo, para um paciente com diabetes, quando solicitar exame de rastreamento para diabetes, o que fazer se o exame estiver normal, o que fazer se o exame estiver alterado? Nos últimos agora, quais exames devem ser solicitados para rastreio de IST, como HIV, hepatite B, hepatite C, sífilis (Enfermeira, Unidade A).

Rastreamento de câncer: qual faixa etária para cada tipo de exame de rastreamento. Enfim, os temas que debatemos vamos colocando os fluxos de atendimento, as informações. Porque o que eu falo para os alunos que passam na unidade é o seguinte: a gente tem na ciência níveis de evidência. A gente faz um estudo multicêntrico, reunindo milhares de pacientes para testar protocolos, vários centros no mundo ao mesmo tempo para testar um protocolo, um tratamento. E esse tratamento é positivo, eu tenho o melhor nível de evidência, nível A. Foi testado em vários países, com várias equipes. E aí a gente tem o B, o C e o pior nível de evidência, que é o nível de evidência E, que é com o especialista (Enfermeira, Unidade A).

Porque quando surge uma doença nova como o COVID, ah, porque eu tratei no meu consultório alguns pacientes com Ivermectina e vi que eles melhoraram. Esse é o nível de evidência pior que existe! Porque tem muitos vieses, pode ter sido uma coincidência (Médico, unidade B).

## **Classe 2: objetivos do trabalho claros construídos pela equipe**

A classe 2 compõe 15,8% dos dados textuais analisados, sendo que as palavras orientar, medicamento, terapia, demanda e procurar são as principais mencionadas que remetem aos objetivos do trabalho realizado e como esses objetivos são discutidos e tratados na equipe. A clareza dos objetivos contribui para um cuidado mais seguro.

Discutimos os objetivos na reunião, comunicamos o porquê precisamos daquela visita. Exemplo: Ah, você vai fazer a visita, aquela que vai pensar no Papanicolau, mas tem uma conversa para ver se há questão de saúde mental. Isso para não perder o vínculo. Exemplo: aquela que vai passar com você agora, nós estamos investigando se ela tem um problema de saúde mental, então a observação já é mais ampla. A gente precisa captar na área de saúde mental. Às vezes, precisamos ir pelas beiradas para não perder o vínculo. Ou suspeita de abuso, uso de droga. Temos uma comunicação para deixar claro os objetivos e as necessidades de atendimento (Enfermeira, unidade A).

Acho que sim, temos objetivos traçados, por exemplo, nós temos um bom controle dos psicotrópicos, das receitas controladas. Então, já temos um fluxo de atendimento em que normalmente existem algumas falhas, às vezes o paciente chega e não está pronto, né, o nosso controle das receitas controladas. Nós temos um arquivo das receitas, a gente separa quinzenalmente os prontuários e o doutor já deixa pronto na data específica de pegar, nós separamos os prontuários na data, então não adianta o paciente vir antes (Enfermeira, unidade A).

Daqui a dois meses, ele terá que vir buscar a medicação, dez dias antes do fim do prazo. Se não vier dentro do prazo, perderá a receita. Nesse caso, terá que passar por uma consulta para explicar o motivo de não estar fazendo uso correto da medicação. Assim, o objetivo é que o paciente entenda a importância do uso correto da medicação (Enfermeira, unidade A).

No início, acho que tivemos dificuldades, até mesmo nas falas. Às vezes, dizíamos "tem que vir porque a receita venceu", o que parecia um pouco chato para o paciente. Precisamos explicar o mecanismo da medicação e seu uso. Mas isso foi uma construção (Enfermeira, unidade B).

### **Classe 3: Tomada de decisão em equipe contribui para o cuidado seguro**

A classe 3 representou 13,9% de todo o corpus analisado. As palavras que emergiram dessa classe foram problema, reunião, diálogo, solução e acolhimento. Essas palavras indicam a importância do diálogo na tomada de decisão coletiva da equipe.

Decidimos muitas coisas juntos. E não é assim, a secretaria que mandou, ou o médico, ou a enfermeira, ou o dentista, nós decidimos juntos o cuidado, é horizontal, não é porque um falou que é 100% certo. Nós decidimos juntos (Médico, unidade A).

Por exemplo, quando o paciente é nosso, ele sai daqui e vai para outro território e quer continuar aqui na unidade. Aí fica assim: 'Pô, está em outro território porque vai continuar passando aqui.' E aí chegamos a concluir o quê? Ele não é mais nosso, mas ainda existe um vínculo com a equipe, com o médico. Então, esse vínculo não pode ser quebrado assim de uma hora para outra, então vamos deixá-lo aqui, aos pouquinhos vamos conscientizando sobre a importância de acompanhar perto da casa dele. No começo estava difícil a fala entre a equipe, aos poucos fomos construindo isso em equipe, agora todo mundo concordou e se tiver uma situação parecida com essa, vamos trabalhando aos poucos com essa pessoa até conseguir desligar mesmo (Técnica de enfermagem, unidade B).

Se a pessoa tem um diagnóstico, sei lá, está com pneumonia e aí dou um antibiótico, vou esperar acabar o antibiótico ou está com sífilis, tem que fazer três aplicações de antibiótico. Vai fazer as três semanas aqui, porque foi onde fez o diagnóstico, conhece o caso. Depois que encerrou o ciclo, aí você transfere, em algum momento tem que cortar o cordão umbilical. Também não pode ser para sempre, porque se não, as pessoas mudam, como uma caixa da água, se você só deixa entrar e não deixa sair, transborda. Só entra paciente, só entra e quem muda continua aqui, aí fica superlotado e a qualidade do atendimento começa a cair aqui (Técnica de enfermagem, unidade B).

Não é de você ser ruim ou negar atendimento, é que passa a ser injusto com as pessoas que realmente moram aqui no território, ou os

que mudaram de fora para cá ou os que sempre moraram aqui. Temos que tentar ser justo para que você consiga atender de forma boa o maior número possível de pessoas. Não vamos fazer de uma forma irracional de interromper um tratamento, um pré-natal. (Técnica de enfermagem, unidade B).

Por exemplo, começou o pré-natal aqui, termina o pré-natal aqui. É muito ruim uma gestante começar o pré-natal em um lugar, metade em outro. Mas assim, no meio do pré-natal, ela mudou, você mantém o pré-natal, mas já vai orientando que a puericultura ela vai continuar em outra unidade. Já tem que acabar aquele problema de saúde, mas deixar a pessoa consciente que ela deve procurar a unidade dela depois (Médico, unidade B).

O foco nesse momento sempre é o usuário, como exemplo na segunda-feira chegou um casal com um bebê de quatro dias que era de outro território, quando o rapaz mudou para cá a mulher estava na maternidade e ela mãe de primeira viagem veio porque a criança estava com dúvidas respiratória. E aí outra técnica que não está presente veio e disse, olha o paciente não é daqui, está fazendo ficha agora porque acabou de mudar, o que vamos fazer. Eu disse vamos acolher, então fizemos o acolhimento, depois conversamos na reunião de equipe, o que vamos fazer. Isso é o que mais estamos vivenciando por conta da demanda da nossa unidade. Nós estamos com quase 8 mil pessoas. A gente está vivenciando isso quase todos os dias (Enfermeiro, unidade C).

Lembrar disso é muito bom, porque eles vieram com os documentos em mãos com o bebê, com o exame do pezinho para ser feito, pedindo avaliação médica e aí a gente vem, corre aqui com as ACS e fala: Dá para agilizar essa parte? Daqui a pouco ele vem com o teste do pezinho feito, passou pela avaliação e as meninas já deixaram o cadastro pronto. Então aqui, graças a Deus nós temos uma boa engrenagem, as vezes tem casos que não vai sair essa correria, não tem necessidade de fazer isso assim na hora, mas também tem casos que nós temos esse olhar diferenciado (Técnica enfermagem, unidade C).

#### **Classe 4: Construção do cuidado centrado no usuário**

A classe 4 compõe 18,8% do corpus analisado, tendo as palavras "checagem", "prontuário", "ajuda", "discutir" e "acesso" em destaque. A classe foi nomeada "construção de cuidados centrados no usuário", abordando termos relacionados ao planejamento de cuidados através de conversas e ações práticas, como checar o prontuário e garantir o acesso à assistência. As falas a seguir representam o conteúdo trabalhado:

Eu penso que seja um cuidado centrado no usuário, da necessidade dele. Exemplo, essa da saúde mental foi uma queixa da comunidade. Pensamos na queixa dele, às vezes a queixa vem da escola, mas nós queremos que ele melhore, não tentar resolver para escola parar de reclamar, queremos ajudar o usuário (Enfermeira, unidade A).

Antes de termos esse controle das receitas, acontecia assim: quando o paciente ficava sem receita, ele pegava do vizinho, do parente. Aí, quando não tinha remédio nenhum, aparecia aqui surtado causando o maior tumulto, querendo o remédio, um desafio para o acesso. Então foi um trabalho de formiguinha, de conscientização. Antes de acabar o remédio, vem na unidade. A gente notou que diminuiu muito



os casos de pessoas surtadas aqui na frente. Isso também acabou contribuindo para a melhor qualidade de vida deles, porque eles estão tomando o remédio certinho, não estão surtando e assim tendo menos briga dentro de casa. Então esse é um trabalho de um ano e meio a dois anos (Enfermeira, unidade A).

Notamos que a pessoa que toma um benzodiazepínico de maneira correta traz tranquilidade para toda a família. Então, não é um trabalho só para o paciente, mas para toda família. O foco é trazer qualidade de vida não só para o paciente, mas também para toda a família (Técnica de enfermagem, unidade B).

### **Classe 5: Estratégias de comunicação entre a equipe e com o usuário**

A classe 5 compõe 14,8% do corpus e aborda a comunicação da equipe em prol da segurança do paciente, destacando palavras como "reunião", "certo", "remédio", "olhar" e "escrever". Abaixo estão os trechos das falas que expressam essas ideias:

Também tem uma coisa, nós nos envolvemos muito com os pacientes porque já assumimos muito todo o cuidado. Então, eu falo: olha, a sua pressão está alta, já te dei o remédio agora, mas vou te avaliar novamente. Se alguém ali na frente te perguntar, você já informa que já tomou o remédio, ta bom? Já avisei as técnicas, já anotei, mas você também avisa. Já aconteceu de prescrever o remédio X, não era garrancho, dava para entender certinho. Por algum motivo, mesmo com a letra legível, o usuário foi na farmácia, pegou o medicamento Y e começou a tomar. Voltou na unidade dizendo que não melhorou, eu perguntei: Mas você tomou certinho o medicamento X? Ele disse que não, estava tomando o Y. Na verdade, era o X. Ele olhou a receita e disse: Verdade, era X. O próprio paciente não olhou a receita e o medicamento (Médico, unidade A).

A comunicação acontece, eu tive um caso de um paciente com um problema cardíaco que precisava de extração. Eu pedi a visita do médico, ele foi lá, avaliou, tinha uma medicação. Com a enfermeira também conversamos. Porque são problemas complexos que não são só problemas odontológicos. Caso de gestante com abscesso, são problemas que não são só odontológicos. Buscou a unidade com emergência e veio sozinha com o bebê mais novo, a própria equipe cuidou da criança para ela ser atendida, para você ver como a equipe colabora né?! É uma coisa bem compactuada mesmo (Dentista, unidade B).

Quando temos dificuldade de comunicação, geralmente utilizamos a reunião de equipe para resolver. Um exemplo foi esse assunto dos agendamentos. Quando iniciamos a reunião, ela começou bastante tensa. Todos puderam colocar suas dificuldades, a questão maior era o que era de acolhimento, o que era para agendamento, o que eu estou fazendo está certo? Como é o caso do levantamento do prontuário, que quando feito errado, poderia ser prejudicial à segurança do paciente. Então, inicialmente começou bastante tensa, mas as coisas foram se colocando, cada um foi colocando suas dificuldades e acho que sanou o problema, ou tá caminhando para (Enfermeiro, unidade C).

## Classe 6: Ações que integram o cuidado seguro

A classe 6 apresenta 18,8% dos segmentos do texto. As ações descritas foram elencadas pelas equipes como atividades já desenvolvidas, que na visão dos integrantes já contribuem para um cuidado mais seguro. Os termos destacados são "visitar", "verificar", "escuta qualificada", "falar" e "pedir".

Paciente liga pedindo visita. Perguntamos o que está acontecendo e, dependendo do que ele falar, já orientamos: 'Olha, agora você precisa procurar um pronto atendimento para verificar isso. Depois podemos agendar uma visita para o acompanhamento, mas você precisa ser avaliado antes. Não dá para esperar até a outra semana.' Tentamos acolher e entender o que está acontecendo. O acolhimento é importante. Às vezes, a pessoa vem na unidade dizendo que veio aferir a pressão e muitas vezes deixamos apenas um papel lá falando que ela vai verificar a pressão. Mas checamos verificando o que ela está precisando. Às vezes, ela vem porque está passando mal, mas não fala isso. Só fala que veio medir a pressão (Enfermeiro, unidade C).

A gente já pergunta: 'Mas você está sentindo alguma coisa? Está com dor no peito?' Porque, se não pergunta, a pessoa fala: 'Vim medir a pressão' e aí fica ali esperando 10, 15 minutos. Mas ela também está com dor no peito e não foi avaliada, não falou. A gente tenta checar o que está acontecendo para não oferecer um serviço que não é o principal no momento. É importante checar porque, se não, a pessoa acha que, se ela verificar a pressão e estiver boa, pode ir embora. Mas, às vezes, ela tem sintomas e não está bem. Então, sempre perguntamos para checar (Médico, unidade A).

A enfermagem é ampla. Ela faz a identificação do nome, identificação da medicação. A gente sempre tem que fazer a confirmação do nome duas, três vezes, porque você chama um nome, entra outro... Então, é sempre confirmar, porque sempre acontece isso. Acho que eles ficam ansiosos. Medicação é todo aquele esquema: é a dose, a medicação, o nome do paciente, horário que foi aplicado a dose, como vai ser aplicado, né, o meio. A vacina, a orientação de qual vacina está sendo tomada, qual a reação, sendo ela moderada, leve ou grave, as reações que podem ser esperadas (Técnica de enfermagem, unidade C).

Quando o paciente vai fazer algum exame fora, a gente orienta, explica, a necessidade de jejum, por exemplo. Fala como é feito o exame, orienta a localização. A gente reforça sempre, por exemplo, um paciente confuso, meio desorientado, de sempre trazer um acompanhante. Tem gente que nós até falamos: 'Não, você vai buscar seu filho', porque, enquanto o seu filho não estiver presente, você não pode ser atendido. Porque é pela própria segurança do paciente. Não vai adiantar ele ser atendido confuso e sozinho. Ele não vai entender nada, não vai ter aproveitamento nenhum dessa consulta. No caso de encaminhamento, guias de exames, nós pedimos para o paciente assinar que recebeu o documento, para não dizer que perdeu o procedimento porque não recebeu a guia (Técnica de enfermagem, unidade C).

A gente faz procedimentos, nós temos que ter cuidado com o preenchimento correto da ficha. Temos que fazer um plano de tratamento de cada paciente. Esses pacientes geralmente passam com a gente uma vez por mês. Os tratamentos são longos, então a gente tem que ter o cuidado de marcar o retorno. Estamos orientando

para eles não perderem essa consulta. Com relação aos encaminhamentos também, quando a gente faz para unidade especializada, a gente liga, pede para eles virem aqui, entrega a guia, orienta certinho a data de como vai ser o tratamento nessa unidade. Eu acho que é mais ou menos assim. Apesar do serviço ser um pouco diferente, eu acho que com relação aos cuidados são mais ou menos as mesmas coisas. Nós sempre batemos nas mesmas teclas, porque algumas informações precisam ser reforçadas sempre (Dentista, unidade C).

Na verdade, nós nos atentamos às medicações. Tentamos fazer uma visita de qualidade, o melhor que a gente pode. Ultimamente, infelizmente, não estamos conseguindo muito, mas o propósito é esse: entrar na casa, olhar a receita, ver se a medicação que ele está tomando está de acordo com a receita, ver se está de acordo com o que conversamos na reunião. As visitas tentamos fazer da melhor maneira a abordagem. No caso de dúvidas, tentamos resolver na reunião de equipe. Somos tipo a ponte. Criamos um vínculo com a população, estamos mais próximos. Entramos na casa, sentamos, vemos a medicação, se está na validade. Checamos, orientamos o descarte adequado, trazemos para a unidade. Nós, os ACS, temos mais esse papel da visita mesmo (ACS, unidade B).

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 1ª ETAPA: REVISÃO DE ESCOPO

As principais contribuições desta revisão foram destacar como a PIC pode favorecer um cuidado mais seguro no contexto da APS. De acordo com os estudos elencados no quadro, características como a aprendizagem colaborativa com a valorização dos diferentes saberes, o aprendizado compartilhado, o cuidado centrado no usuário e na família, a comunicação efetiva com estímulo ao respeito e confiança, além de objetivos e metas bem definidos e satisfação no trabalho, podem gerar um trabalho em equipe de alta performance, garantindo a qualidade do cuidado ao usuário e, conseqüentemente, contribuindo para um cuidado seguro (PEDUZZI; AGRELI, 2018):

Esses achados confirmam as características valorizadas e apontadas na literatura para a colaboração interprofissional, além de reforçar fatores que podem fortalecer um cuidado mais assertivo e seguro.

Existe um modelo de estudo dos modos colaborativos chamado de “estruturação da colaboração”, que tem quatro dimensões. Duas delas se relacionam com as relações pessoais e as outras duas se relacionam com o ambiente organizacional. As dimensões são: visão e objetivos compartilhados, internalização, formalização e governança (D’AMOUR *et al.*, 2008).

Uma das dimensões do processo colaborativo é a “internalização”. Essa dimensão aborda diferentes aspectos relativos às interações sociais, assim como o processo de confiança e convivência mútua (ESCALDA; PARREIRA, 2018). Esses fatores são favoráveis para a resolução de conflitos. As características que emergem dos estudos Van Dongen *et al.* (2016) e Schadewaldt *et al.* (2016) refletem essa internalização.

Recomendações internacionais de organizações, como a OPAS, incentivam o desenvolvimento de equipes interprofissionais nos serviços, pois a preparação inadequada para o trabalho em equipe pode gerar insatisfação do paciente, aumento de erros e questões relacionadas à segurança do paciente, falta de eficiência no cuidado prestado, além do aumento do custo (GONTIJO; FREIRE FILHO; FORSTER, 2019; EPSTEIN, 2014).

De acordo com D'amour *et al.*, (2008), a dimensão "Governança das práticas colaborativas" fala sobre centralidade, liderança e suporte para inovação. Com decisões compartilhadas, mas com papéis bem definidos, metas e objetivos claros e também o uso de tecnologias para gerenciar o cuidado, e até mesmo uso de prontuários eletrônicos, podem permitir uma prática mais integral. Para estabelecer a construção dos objetivos e metas comuns contemplando o papel de cada profissional, a interprofissionalidade pode ser o caminho para essa construção.

Na perspectiva da segurança do paciente, a comunicação é um ponto crucial na rede de atendimento. Quando efetiva, ela pode contribuir para um cuidado de qualidade e seguro, além de ser capaz de diminuir o esgotamento profissional. As falhas de comunicação são independentes e capazes de gerar danos evitáveis ao paciente, sendo um fator transversal de contribuição para outros danos. Elas ocorrem em momentos de interação, onde informações sobre o estado do paciente e sobre o plano de cuidados podem ser mal comunicadas, gerando atrasos no tratamento ou até mesmo condutas terapêuticas equivocadas (ROSEN *et al.*, 2018).

As características particulares, assim como a comunicação, geram oportunidades entre os membros da equipe para desenvolver ações que possam inovar o cuidado, o que pode ser um indicador positivo dentro de uma equipe de trabalho. Assim, a atuação pode favorecer as peculiaridades do ambiente de trabalho, como na atenção primária, contribuindo para o compromisso profissional, potencializando as parcerias com os usuários e também com as famílias assistidas (MOLYNEUX, 2001).

Uma equipe que trabalha de forma colaborativa tem metas e objetivos claros, apresentando um cuidado centrado no usuário. A visão e objetivos compartilhados consistem em outra dimensão que foi contemplada nos achados do estudo. A formalização, uma dimensão que trabalha com ferramentas e protocolos que apoiam a organização do processo de trabalho, apresenta também o cuidado centrado no usuário como uma forma de gerir esse processo de trabalho (D'AMOUR *et al.*, 2008).

É através da formalização que as expectativas podem ser esclarecidas, assim como as responsabilidades definidas e também é um meio para valorizar os mecanismos de comunicação entre os profissionais da equipe (D'AMOUR *et al.*, 2008; LIMA NETA *et al.*, 2021).

A divulgação de práticas seguras, a adequação das estruturas físicas do local de trabalho, a atualização contínua dos profissionais de saúde com vistas a melhorar a comunicação interprofissional, o apoio da gestão, o incentivo aos profissionais de saúde para compartilharem mudanças na equipe, a identificação e atuação mediante fatores de risco, bem como a motivação da equipe para agir em prol da segurança do paciente com o cuidado centrado no usuário são alguns pontos que podem minimizar as dificuldades existentes e potencializar um bom trabalho (MILLER *et al.*, 2019); MESQUITA *et al.*, 2016).

O modelo centrado no usuário pode resultar em redução de gastos e erros. Ações colaborativas são benéficas por gerarem uma rede de apoio à prática. Ao trabalharem coletivamente, os profissionais buscam cuidados mais adequados às necessidades dos usuários, famílias e comunidade na atenção primária. A interação entre pares permite a articulação das ações de cuidado em saúde (ESCALDA; PARREIRA, 2018).

Entretanto, a PIC na APS enfrentam desafios que comprometem a qualidade do cuidado e segurança, tais como organização autoritária, hierarquizada e estruturada em relações de poder; falta de compreensão dos diferentes papéis e responsabilidades; falta de apoio da gestão; infraestrutura física inadequada; escassez de tempo para atividades educativas e falta de reunião de equipe com discussões de casos.

Os estudos selecionados são resultados de pesquisas de revisão, estudos piloto, treinamentos de práticas interprofissionais colaborativas com coaching, análises das percepções dos profissionais sobre o tema e análise do processo de colaboração em reuniões de equipe. Essas abordagens demonstraram a PIC como negociação e interação regular entre os profissionais, valorização da experiência e contribuição de cada um para o atendimento do paciente.

A interação efetiva entre a equipe é um fator protetivo para seus membros, que trabalham com menos estresse, mais focados e com menos chance de desenvolverem transtornos de esgotamento. A satisfação profissional é um ganho para a equipe e, conseqüentemente, para uma oferta de trabalho mais qualificado e seguro (DORICCI; GUANAES-LORENZI, 2021).

O ensino interdisciplinar foi apontado como chave para a construção da PIC. Aprendizado compartilhado, participação ativa, foco em metas e cuidado centrado no

paciente são atitudes que fazem parte da PIC. A qualidade do cuidado é influenciada pelas interações efetivas entre paciente e profissional, além da própria interação entre os profissionais de saúde. Planos de cuidados compartilhados são apresentados como forma de facilitar essa colaboração, assim como a consulta compartilhada.

## 6.2 2ª ETAPA: CLIMA DE EQUIPE

A análise fatorial confirmou a estrutura e a dimensão da escala, a qual pode ser bem utilizada para avaliar o clima organizacional na área da APS, considerando os quatro fatores da análise. Todos os coeficientes de confiabilidade (consistência interna) foram maiores do que o recomendado para inferir a adequação da medida (alfa de Cronbach e confiabilidade composta; critério  $> 0,70$ ). O indicador VME também mostrou a adequação da estrutura fatorial (o critério é  $> 0,50$ ).

De acordo com a Tabela 1, a confiabilidade composta apresentou valores expressivos de 0,96 e 0,97, sendo maiores do que os obtidos em um estudo anterior realizado na cidade de São Paulo (PEDUZZI *et al.*, 2020).

A Tabela 2 demonstra a relação positiva e significativa entre os quatro fatores, com um coeficiente de forte magnitude. Assim, o termo "Participação na Equipe" envolve aspectos relacionados à interação entre os membros da equipe, ao processo comunicativo, às formas de expressão e de compartilhamento de ideias, além do processo de confiança entre os membros da equipe. Estudos já afirmaram que a troca de experiências e vivências contribuem para uma aprendizagem colaborativa e, conseqüentemente, para um cuidado assistencial mais efetivo (ESPINOZA; 2018).

O fator de "Apoio a Novas Ideias" aborda o contexto da abertura à inovação e da capacidade de aceitar mudanças. Também está relacionado à valorização das sugestões dos membros da equipe para desempenhar suas atividades de novas formas. Indiretamente, esse fator está associado à percepção de aceitação do grupo, do bem-estar em compartilhar novas ideias e de se sentir aceito (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Um estudo de Bondevik *et al.* (2014) identificou que o grau de satisfação no trabalho é um fator protetivo para a realização pessoal e profissional, favorecendo, conseqüentemente, um clima mais colaborativo e seguro. Um cuidado coordenado é

capaz de demonstrar um certo consenso entre os funcionários, fornecendo uma medida de força do clima organizacional.

Os objetivos da equipe são influenciados pela compreensão individual de cada membro em relação às metas e à sua participação no contexto geral. Segundo um estudo realizado por Andersson *et al.*, (2016), a falta de clareza nas metas e objetivos pode dificultar tanto o aprendizado quanto o cuidado prestado. É importante que cada membro da equipe compreenda seu papel para que haja um esforço conjunto e uma troca de experiências e aprendizados efetiva. Quando os objetivos são bem definidos, é mais fácil envolver o usuário, a família, os profissionais e os gestores no planejamento do cuidado.

A orientação para as tarefas está relacionada à percepção individual de responsabilidade, papel e compromisso com a equipe. Esse fator reflete o compromisso dos profissionais com a qualidade do trabalho e contribui para o compartilhamento de responsabilidades em busca da excelência (AGRELI *et al.*, 2017a; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Para garantir um atendimento seguro e de qualidade, é necessário investir em vários aspectos, como recursos financeiros, estratégias de ação e uma equipe capacitada e coesa para enfrentar desafios.

O clima da equipe é dinâmico e pode influenciar as percepções individuais, gerando autoconfiança e realização pessoal. Estudos já mostraram como o clima da equipe pode afetar os cuidados prestados, inclusive a segurança do paciente (PEDUZZI; AGRELI, 2018) .

De acordo com Agreli (2017b), o clima reflete na interação entre os componentes envolvidos na assistência, incluindo o ambiente de trabalho e a comunidade, gerando um processo dinâmico e crescente que se relaciona com a família, a comunidade e as redes de atenção.

Os quatro fatores de clima são fundamentais para avaliar as equipes, pois climas mais favoráveis podem contribuir para um trabalho mais integrado e coeso, gerando melhores relacionamentos e fortalecendo um cuidado que minimiza o modelo fragmentado da assistência. Assim, é mais fácil estabelecer planos de cuidado de forma mais integral e colaborativa, valorizando as contribuições de cada membro da equipe e colocando o usuário no centro do cuidado (GUIMARAES; BRANCO, 2020).



Neste estudo, não foram encontradas diferenças significativas no clima das equipes em relação ao seu tamanho. As equipes foram divididas em três grupos: até 6 membros, de 7 a 8 membros e acima de 9 membros.

As equipes com os melhores climas tinham de 5 a 9 membros, mas vale ressaltar que o contexto pandêmico afetou esses resultados, pois vários profissionais estavam afastados devido à COVID-19. Muitos substitutos não preenchiam o critério de elegibilidade para o estudo, que era ter trabalhado na mesma equipe por pelo menos 6 meses. Esses resultados estão em linha com um estudo hospitalar anterior que não encontrou diferença entre o tamanho da equipe e um clima mais favorável (ANDERSON; WEST, 1998).

No entanto, outros estudos mostraram que equipes menores (com menos de 10 membros) apresentam um clima mais favorável. No presente estudo, apenas 4 das equipes tinham mais de 9 membros. É importante destacar que a maioria das equipes de saúde do município estudado tinha uma equipe de saúde bucal, e as unidades sem essa equipe eram aquelas com espaço físico limitado.

A participação dos cirurgiões-dentistas e dos auxiliares de saúde bucal foi efetiva e não houve recusa de participação. Apenas profissionais com menos de 6 meses de tempo de trabalho na mesma equipe não participaram do estudo.

A reorganização das ações do nível primário e a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF foram estabelecidas pela Portaria 1.444 de 2000. Em 2001, a Portaria 267 estabeleceu o plano de reorganização das ações de saúde bucal, com foco na promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais, além do atendimento à dor e eliminação de infecções.

Estas ações devem estar alinhadas ao contexto de mudança de paradigma, visando o usuário como um todo e seguindo os princípios e diretrizes do SUS. É importante ampliar o acesso da população à resolução dos problemas de saúde e doença, assim como intervir em fatores que são determinantes para a saúde (BRASIL, 2011; MATTOS *et al.*, 2014).

A inserção de profissionais na equipe promove um aumento do número de profissionais, mas não necessariamente potencializa a colaboração interprofissional na perspectiva da integralidade da atenção, uma vez que a construção dessa perspectiva ainda é um desafio, pois envolve mudanças de práticas e de formação

em saúde, exigindo a desconstrução e construção de novos modos de produção do cuidado (RUTHERFORD; MCARTHUR, 2004.; MOLYNEUX, 2001).

O papel da gestão influencia diversos aspectos do trabalho em equipe, como o funcionamento, o suporte estrutural, o incentivo e o apoio para reuniões e atividades educativas para a equipe.

Os municípios brasileiros apresentam grandes desigualdades na capacidade de geração de receitas próprias, o que torna o pagamento de profissionais de nível superior um desafio. Nesse contexto, o papel da gestão federal ganha destaque para garantir a equidade preconizada no SUS (PIERANTONI, 2001; MATTOS *et al.*, 2014).

Vale ressaltar que a PNAB de 2017 permitiu a formação de equipes de saúde da família com apenas um ACS. Essa política afeta um dos pilares do modelo assistencial que caracteriza a ESF, principalmente no componente comunitário e de promoção de saúde, podendo influenciar negativamente na implementação da clínica ampliada e no impacto nos determinantes sociais em saúde. O escopo da prática interprofissional é afetado, enfraquecendo o enfoque territorial comunitário, uma vez que esse profissional exerce o papel de um dos principais elos da comunidade com a equipe de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Um dos princípios do SUS diz respeito à integralidade, que orienta tanto a diagnose quanto as terapêuticas de forma ampliada, considerando os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e físicos. Quando profissionais de diferentes áreas contribuem para a produção da mudança do modelo biomédico por meio de uma formação voltada para a ESF, a abordagem de trabalho pode favorecer a cooperação como consequência da sua formação profissional (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Uma característica que pode potencializar a PIC e o cuidado seguro nas unidades do estudo é a condição de serem unidades-escola. A APS constitui um espaço privilegiado na construção do conhecimento e na formação profissional em saúde, permitindo a aproximação dos estudantes com o território e com as famílias, o que reforça as necessidades de saúde da população de acordo com o local onde vivem, além de aproximar esses futuros profissionais das equipes de saúde que trabalham com as demandas do território.

Fortalecer o vínculo e a articulação ensino-serviço pode contribuir para ressignificar o trabalho em equipe, favorecendo discussões e reflexões e possibilitando boas práticas em saúde, o que conseqüentemente contribui para a

consolidação do SUS (COELHO *et al.*, 2020; RUIZ; FARENZENA; HAEFFENER, 2010).

### 6.3 3ª ETAPA: CLIMA DE EQUIPE E SUA RELAÇÃO COM A SEGURANÇA DO PACIENTE

Os achados encontrados nos grupos focais, como a classe 1: "o uso de protocolo é fundamental para a implementação do cuidado seguro", refletem a importância do uso de instrumentos de cuidado, como os protocolos, para uma assistência mais efetiva e assertiva com a valorização das evidências científicas para orientar as condutas da equipe.

O Brasil apresenta um dos maiores sistemas universais do mundo, ancorado em uma rede de serviços, tendo a APS como principal porta de entrada, coordenadora da atenção e ordenadora do cuidado. Esse sistema tem alcançado importantes resultados, com destaque até mesmo internacional, com o tratamento de patologias como o HIV, referência em cobertura vacinal, redução na mortalidade infantil, entre outros (SARTI *et al.*, 2020).

No entanto, existe uma combinação de fatores, como a proteção social e políticas públicas inclusivas, que podem potencializar ou enfraquecer essas ações. Ao mesmo tempo, esse mesmo sistema de saúde apresenta problemas crônicos de financiamento, gestão, provisão de funcionários e estruturas de serviço (SARTI *et al.*, 2020; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Para garantir o atendimento seguro e de qualidade nesse nível de atenção é necessário um planejamento baseado em dados. Nas falas dos profissionais de saúde, o uso de protocolos é evidenciado como uma ferramenta que pode nortear a assistência, principalmente em casos de doenças já conhecidas como a Dengue, doença sazonal e endêmica, até doenças novas como a COVID-19. Assim o uso de fluxos e protocolos bem definidos, com constante atualização é um ponto primordial para uma boa assistência (BRASIL, 2019; SARTI *et al.*, 2020). O compartilhamento dessas informações com toda a equipe proporciona um cuidado mais assertivo.

Um estudo realizado na APS para avaliar as dimensões do trabalho e a PIC revelou que os protocolos assistenciais também são utilizados como ferramentas de interação e têm potencial para estimular discussões entre a equipe, especialmente

em situações de epidemias como dengue, Zika e Chikungunya. Isso porque promovem debates sobre a ocorrência de casos, condutas, estado geral de saúde da população do território, número de óbitos, entre outros (ESCALDA; PARREIRA, 2018).

De acordo com D'amour *et al.*, (2008), a formalização está presente nos processos colaborativos e pode ser exemplificada pelo próprio uso de ferramentas e protocolos que apoiem toda a organização do processo de trabalho.

Um dos eixos do PNSP é o estímulo à prática assistencial segura, que envolve o uso de protocolos. A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece um conjunto de protocolos básicos definidos pela OMS com algumas práticas que devem ser elaboradas e implementadas, como a prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, identificação do paciente, comunicação nos estabelecimentos de saúde, uso seguro de equipamentos e materiais, entre outros (BRASIL, 2014).

A motivação para o uso desses protocolos é o baixo investimento necessário para sua implementação e a magnitude dos erros e eventos adversos que podem ocorrer na ausência deles (BRASIL, 2014).

Uma reflexão sobre as opiniões dos participantes dos grupos focais é que o uso desses instrumentos foi mencionado principalmente pelos profissionais médicos e enfermeiros. Nesse sentido, as condutas ainda são consideradas relativamente individualizadas e uniprofissionais.

A equipe multiprofissional ainda pode ser um exemplo de agrupamento de profissionais que apresentam pouca relação dialógica entre si e pouca construção conjunta, o que indica a necessidade de avançar para equipes interprofissionais. Na perspectiva interprofissional, o ambiente torna-se mais propício à integração e colaboração por meio da boa articulação entre os indivíduos (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Apenas a existência de um protocolo não é capaz de predizer uma boa prática, mas sim sua adoção por todos os membros da equipe. A coesão, um dos resultados da PIC, pode contribuir para o uso dessa padronização e para o compartilhamento desse conhecimento. Uma equipe que apresenta um bom clima de trabalho tem maiores chances de compartilhar condutas, decisões e adotar boas práticas de forma mais padronizada. Ou seja, uma equipe com um bom clima de trabalho potencializa

o trabalho colaborativo e consegue integrar os membros da equipe para um cuidado mais integral e coeso (COSTA *et al.* 2021).

Há ainda evidências que a PIC, principalmente no contexto da APS, é capaz de gerar satisfação do paciente e do profissional em seu local de trabalho, melhorar o processo de recrutamento, bem como retenção do profissional e ainda contribuir para a segurança do paciente (COSTA *et al.* 2021; DUTRA; LEMOS; GUIZARDI, 2020).

O desafio é fazer a transição de uma equipe multidisciplinar para uma equipe que trabalhe com uma lógica interprofissional e colaborativa, inclusive na implementação dos protocolos na prática do cuidado integral. Nessa perspectiva, destaca-se o uso de informações adequadas.

Um dos médicos que participou do grupo focal ressaltou a importância dos níveis de evidência científica para a tomada de decisões. Essa fala reflete o atual contexto da pesquisa, em que a disseminação de informações falsas comprometeu as escolhas de cuidados de saúde pela população, criando mais um desafio para os profissionais de saúde.

As informações não são acessadas igualmente por todas as pessoas, havendo uma assimetria na produção, disseminação e consumo de publicações. Em locais onde vivem grupos minoritários, percebe-se que a história de discriminação e restrições de acesso à informação e serviços de saúde geram desconfiança, o que aumenta a propensão a acreditar em *fake news* (BAVEL *et al.*, 2020; BARRETO *et al.*, 2021).

A OMS classificou como infodemia o "excesso de informações, algumas precisas e outras não, que tornaram difícil encontrar fontes confiáveis e orientações confiáveis". Esse fenômeno pode gerar desinformação, afetando negativamente a vida das pessoas e levando a comportamentos e atitudes que não condizem com as orientações sanitárias. É importante destacar que essa situação está relacionada ao contexto social, político, cultural, tecnológico e educacional da sociedade. Assim, esse fenômeno pode se apresentar em maior ou menor escala de acordo com o local vivenciado (WHO, 2020; BARRETO *et al.*, 2021).

No contexto da pandemia de COVID-19, período em que os dados desta pesquisa foram coletados, a desinformação foi mais um obstáculo para garantir o cuidado seguro.

Na classe 2, "objetivos claros do trabalho construídos pela equipe", de acordo com a fala dos participantes, é importante que todos os membros da equipe compreendam os objetivos do trabalho desenvolvido. Isso pode ser exemplificado por meio de visitas com objetivos claros, atendimentos e buscas compartilhados pela equipe.

A ESF tem como uma de suas diretrizes operacionais o trabalho em equipe. Essas equipes têm como objetivos centrais a prestação de assistência integral ao usuário e à família, assistência contínua com resolutividade e qualidade, atendendo às necessidades de saúde da população adscrita. Assim, para que a estratégia alcance seus objetivos, é necessário que a equipe faça diagnósticos da realidade local e desenvolva o planejamento das ações com compartilhamento das decisões (BRASIL, 2010; SANTOS *et al.*, 2016).

Manter os objetivos claros pode promover um ambiente coeso, onde cada membro compreende a finalidade das ações realizadas. Isso também está relacionado com o cuidado prestado ao usuário. Quando o usuário é o foco do cuidado, é importante que todos os membros da equipe entendam claramente os objetivos, o que também facilita a implementação da PIC (AGRELI *et al.*, 2017a).

Os exemplos mencionados pelos profissionais médicos e enfermeiros mostram momentos em que os objetivos da equipe são discutidos, como durante as reuniões semanais.

Também é mencionado que cada profissional entende como deve contribuir em casos específicos. Essa compreensão do papel de cada um durante a atuação profissional está de acordo com o crescente debate acerca da interprofissionalidade, que se refere à integração de práticas e à articulação intencional e colaborativa entre diferentes profissões. No entanto, é importante destacar que esse processo é construído diariamente (FARIAS *et al.*; 2022).

Os exemplos mencionados pela enfermeira refletem casos complexos, como a prática da visita domiciliar e do atendimento assistencial com um olhar voltado para a investigação de sofrimento mental. Casos como esse exigem que a equipe compreenda quais são as prioridades e qual o papel de cada integrante naquela atuação.

Os projetos assistenciais que sustentam e fornecem um caminho para a mudança no processo de trabalho da APS baseiam-se nas relações pessoais diretas

entre profissionais e população, desde o acolhimento até a forma de entrada no serviço de saúde, o segmento desenvolvido pela equipe e o uso das visitas domiciliares como atividade capaz de melhorar o diagnóstico e aproximar a família da equipe (SANTOS *et al.*, 2016; CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Compreender claramente os objetivos do trabalho desenvolvido parte do princípio de que a formação profissional preparou a pessoa para atuar na área. Muitas vezes, o trabalho na APS, especialmente em uma ESF, pode ser realizado por profissionais sem formação específica. Nesta pesquisa, a maioria dos profissionais de nível superior das instituições que participaram da terceira etapa tinham formação direcionada para a Saúde da Família, residência ou especialização. No entanto, em outras localidades do país, isso pode ser diferente.

Os profissionais podem perceber o trabalho em equipe como baseado na ajuda mútua, na colaboração entre seus membros e nos objetivos comuns. Este último também foi identificado como relevante pela equipe nesta pesquisa. No entanto, na prática, segundo Condeles *et al.* (2019) e Freire *et al.* (2021), o trabalho segue uma tendência mais individualizada. Ao mesmo tempo, há um movimento de reflexão e reconstrução desse modelo individualizado, refletido na melhoria das práticas profissionais e no aumento de publicações que discutem essas dimensões do trabalho (FREIRE *et al.*, 2021).

Outro exemplo mencionado pelo médico participante do grupo focal é a organização do trabalho para troca de receitas controladas, enfatizando a importância da compreensão de todos os membros da equipe sobre o controle e acompanhamento. Ele destaca que a compreensão dessa necessidade por parte da equipe é fundamental para que o usuário também possa entender a importância de um acompanhamento adequado.

A essência do trabalho em equipe está centrada nas ações interprofissionais, capaz de agregar diferentes campos técnicos e trabalhadores com diferentes saberes e vivências. Para manter a segurança do paciente, são necessários objetivos e estratégias que estejam de acordo com as necessidades individuais e coletivas. Isso inclui o compartilhamento de saberes e vivências, aprendizados intersetoriais e o gerenciamento e organização de um cuidado em rede capaz de contemplar uma abordagem multidimensional (SILVA *et al.*, 2019).

Para estabelecer metas claras, é importante refletir sobre as atividades que devem ser realizadas para contribuir com a integração e aprendizado contínuo sobre o processo de trabalho da equipe, fator que contribui para a interdependência entre seus membros e para a PIC. A construção de um projeto assistencial comum pode ser um bom reflexo de metas bem estabelecidas, além de colocar o usuário e a família no centro do cuidado prestado (AGRELI *et al.*, 2017a; PEDUZZI *et al.*, 2020).

Com base nas opiniões dos profissionais que participaram do estudo, a reunião da equipe foi considerada um momento adequado para discutir os objetivos do grupo, e essa interação é essencial para o desenvolvimento do trabalho.

A classe 3, intitulada "tomada de decisão em equipe contribui para o cuidado seguro", destacou palavras que demonstram a interação da equipe, como conversar, resolver e reunião. De acordo com as falas dos profissionais, esses exemplos relatam situações em que, a princípio, existiam opiniões divergentes sobre alguns assuntos, como a continuidade do atendimento de usuários que mudaram de território ou a organização do acesso e agendamento da unidade.

No cotidiano do trabalho em saúde, existem conflitos, tensões e discordâncias em relação à condução de casos, mudanças, problemas, responsabilização de casos, escolhas terapêuticas e organização dos atendimentos, ou seja, diversos fatores dentro do processo de trabalho que podem gerar discordância e que precisam ser contornados ou superados para que se alcance o trabalho colaborativo. A maneira como os conflitos inerentes ao processo de trabalho é percebido e mediado determina a melhor ou pior coesão da equipe (ABBAD *et al.*, 2016; ESCALDA; PARREIRA, 2018).

Porém, nos exemplos citados nas falas dos participantes, há o reconhecimento de que o trabalho desenvolvido deve ser horizontal. Essa percepção é fundamental para a mudança de modelo esperada em uma ESF que visa reorganizar o sistema de saúde. A reorganização ocorre por meio de diversos profissionais com diferentes saberes e práticas capazes de contribuir para diversas dimensões do cuidado em saúde.

Historicamente, a partir dos anos 60, a proposta de trabalho em equipe ganha espaço, embora com a estrutura vertical e com relações hierárquicas dominantes. Ainda com a centralização da tomada de decisão, com expectativa de autonomia plena do profissional médico e a dominação dessa classe sobre os demais atores do



cuidado. Porém, aos poucos, a mudança pela organização em equipe se ampliou, estimulada pela necessidade de enfrentar a fragmentação do cuidado que compromete a qualidade do serviço oferecido (COSTA *et al.* 2021).

Segundo Franco (2006) e Santos *et al.* (2016), a ideia de pertencimento dos trabalhadores entre si também é um fator favorável para a realização de ações e atos sincronizados que geram uma rede potente de produção do cuidado. Não existe uma autossuficiência do trabalho em saúde, sendo necessário o trabalho coletivo para o atendimento do usuário, que precisa estar centrado nas necessidades de saúde. Dessa forma, o trabalhador opera sempre em um campo relacional de acordos e contratos que oscilam entre conflitos e harmonia, porém que é capaz de compartilhar saberes, fazeres, tecnologias e subjetividades.

Uma alternativa para lidar com o desafio da fragmentação do cuidado, da atuação isolada e independente dos profissionais em relação aos cuidados de saúde e à tomada de decisão é uma prática interprofissional e colaborativa. Essa prática consiste em os profissionais conhecerem o trabalho uns dos outros e incorporá-los durante a execução de suas próprias atividades (ESCALDA; PARREIRA, 2018).

A comunicação, muitas vezes, ocorre para atender às demandas imediatas e sempre tem uma finalidade. Esse modelo de organização do trabalho apresenta múltiplas conexões dentro da equipe e, em alguns momentos, quando há uma demanda expressiva de tarefas, a conexão pode ser substituída pela diminuição das reflexões e compartilhamento dos processos terapêuticos (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Fortalecer os espaços coletivos de reflexão da prática pode contribuir para momentos de tomada de decisão compartilhada, gerando maior chance de potencializar as conexões percebidas e introduzidas pelos sujeitos ativamente e conscientemente, o que contribui para democratizar o trabalho (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Uma questão não visível nas classes, mas presente nas transcrições do grupo focal, é a existência de desafios que geram discordâncias enfrentadas pela equipe. A importância do vínculo e da organização da assistência com base no território de saúde são questões apontadas pelos participantes do estudo. Além disso, os valores destacados sobre a continuidade do cuidado e a responsabilidade, mesmo com a mudança de área, ou seja, com as dificuldades enfrentadas em áreas que estão acima do número de famílias preconizado, também foram mencionados.

A ESF caracteriza-se como um modelo que visa alinhar a prática do cuidado individual à abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde, integrar vigilância epidemiológica e sanitária, territorialização com ações programáticas e reorganização do atendimento à demanda espontânea e o uso do acolhimento centrado no usuário, fortalecendo os princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade, integralidade e equidade (TEIXEIRA, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; GIOVANELLA *et al.*, 2020).

No estudo, os profissionais de saúde mencionaram que o número de usuários por unidade de saúde é um desafio que compromete a qualidade e o bom funcionamento do trabalho da equipe, além de alguns retrocessos que são contemporâneos ao desenvolvimento dessa pesquisa.

Quando existe uma sobrecarga de trabalho essa pode gerar um prejuízo no relacionamento da equipe. Falhas na comunicação e dificuldade na continuidade da atenção prestada aos usuários podem ser apontamentos que influenciam diretamente na qualidade e conseqüentemente na segurança do cuidado prestado. Esses são alguns dos desafios que tem afetado instituições brasileiras (CAPUCHO; CASSIANI, 2013; SILVA *et al.*, 2016).

Na PNAB de 2006, há uma menção à cobertura universal, que estabelece uma relação entre o número de ACS e a cobertura de 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e 12 ACS por equipe. Essa política reafirma que não é recomendado ultrapassar o limite máximo de pessoas cadastradas, a fim de não afetar a qualidade do trabalho oferecido (BRASIL, 2011).

Já na Política Nacional de Atenção Básica de 2017, não há menção à cobertura universal, mas sim uma referência à cobertura de 100% em áreas com risco de vulnerabilidade social, levando em consideração critérios epidemiológicos e sociodemográficos (BRASIL, 2011; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Com essa determinação, é possível formar equipes com apenas um ACS. Quando uma política não define claramente o número de ACS por equipe e flexibiliza os parâmetros de cobertura, isso reforça os riscos de barreiras ao acesso e qualidade do serviço de saúde. No caso da presente pesquisa, o problema em destaque não foi o número de ACS, mas sim o elevado número de famílias cadastradas em algumas unidades, o que, segundo a própria equipe, gera prejuízo ao acesso, qualidade e segmento da assistência (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

De acordo com a literatura, para reduzir a sobrecarga profissional, é imperativo que haja um número adequado de profissionais, para que ocorra um cuidado seguro, e é responsabilidade institucional fornecer condições adequadas nas unidades. Estudos demonstram que existe uma associação entre a segurança do paciente e a carga de trabalho dos profissionais e apontam que, em locais com menor número de usuários, também há melhores indicadores de qualidade da assistência (PARAND *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2019).

Ainda segundo Magalhães, Dall’agnol e Marck (2013), essa determinação inadequada do número de pessoas utilizando o serviço pode favorecer a rotatividade dos membros da equipe e dificultar o trabalho seguro, devido ao cansaço e doenças dos profissionais.

As unidades que fizeram parte do grupo focal foram consideradas unidades com boas características do clima de equipe, ou seja, unidades que, mesmo enfrentando desafios importantes para a qualidade da assistência, como o número excessivo de usuários no território, adoecimento e afastamento dos membros da equipe pelo contexto pandêmico, ainda assim apresentam relações favoráveis a PIC. É evidente que esses fatores modificáveis precisam ser explorados, buscando melhorias nessas condições de atuação, para que não ocorra prejuízo futuro às equipes e aos usuários.

Classe 4: construção do cuidado centrado no usuário” com as palavras em destaque: checagem, prontuário, ajuda, discutir, acesso. São termos que remetem planejamento, conversas, interação com práticas como checar prontuário, garantir o acesso para assistência.

O trabalho em saúde é eminentemente relacional e esse é produzido no encontro trabalhador-usuário. O ideal é que todos sejam protagonistas com diferentes graus de autonomia e controle dos processos. Esse tipo de trabalho é o trabalho vivo que possibilita uma valorização da autonomia e do protagonismo dos atores com estímulo ao vínculo e a responsabilização nos cenários de prática (MERHY, FRANCO 2018; SANTOS *et al.*, 2016).

Um dos fundamentos da ESF é a prestação da assistência com cuidado centrado no usuário e família. Para que essa lógica se desenvolva é necessário que a atenção não esteja voltada para o profissional de saúde e sim para a necessidade de saúde apontada pelo usuário. Alguns instrumentos são capazes de fortalecer essa

lógica como a equipe interprofissional suas diferentes facetas podem completar a assistência necessária, além de do uso da clínica ampliada, que centraliza o cuidado a partir do usuário (SANTOS *et al.*, 2016).

A ESF é o modelo preferencial da APS e baseia-se no trabalho em equipe em um território adscrito, bem como em ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local. Assim, há um envolvimento em uma nova dinâmica de trabalho, com o desafio de transformar o modelo tradicional de assistência à saúde, modelo curativista e hospitalocêntrico, em um modelo de assistência interprofissional com cuidado centrado no usuário e na família (BRITO; MENDES; SANTOS NETO *et al.*, 2018).

Para que a equipe de saúde consiga cumprir um dos determinantes do modelo da ESF, o atendimento integral, é necessário a presença e participação de diferentes formações profissionais, trabalhando com ações compartilhadas, bem como por meio de processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando as práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde e do matriciamento ao processo de trabalho cotidiano (BRASIL, 2017a).

Vale ressaltar que no documento oficial não se fala em interprofissionalidade, e sim em interdisciplinaridade, o que induz a diferentes áreas de conhecimento que podem ser vistas de forma uniprofissional. Há aqui avanços importantes a serem feitos pelas políticas públicas nos usos adequados dos conceitos, pois estes refletem paradigmas (BRASIL, 2017a).

Nas descrições apresentadas pelos profissionais, o cuidado prestado é estabelecido por meio de diálogos, conversas, análises do prontuário, discussões de casos, esclarecimento de dúvidas e checagem da assistência. Um aspecto destacado nas falas é a importância de um olhar atencioso para as necessidades do usuário, especialmente no atendimento de saúde mental, que requer continuidade e integração entre a família e toda a equipe.

Outro destaque é o matriciamento oferecido pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), esse é fundamental para ampliar o escopo de atenção desses profissionais e contribuir para a construção da PIC. Na cidade onde a pesquisa foi realizada, ainda há uma equipe de NASF, porém, ela realiza o matriciamento de apenas algumas unidades. Com a PNAB de 2017, o componente interprofissional foi enfraquecido pela extinção do credenciamento e financiamento federal aos NASF,

em nome de uma maior autonomia do gestor municipal na composição da equipe (BRASIL, 2019; GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Os NASF foram criados pela PNAB de 2011, com o objetivo de promover a interprofissionalidade no matriciamento, estimular a educação permanente, valorizar a comunicação e o planejamento conjunto, além de contribuir para a valorização das decisões, saberes e responsabilidades compartilhadas, gerando assim um cuidado mais resolutivo (GIOVANELLA *et al.*, 2020; BRASIL, 2011).

Para que a construção do cuidado esteja centrada no usuário e na família, como prevê a estratégia, é necessária uma equipe que possa trabalhar de forma colaborativa e que tenha o suporte adequado, como o matriciamento do NASF e espaços para discussão e consolidação da educação permanente (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

A classe 5: "estratégias de comunicação entre a equipe e com o usuário", com as palavras reunião, certo, remédio, olhar e escrever, menciona como ocorre a comunicação no trabalho, seja ela falada ou escrita, e a comunicação com o usuário de saúde. A fala de um dos participantes do grupo focal reflete como as relações são complexas. Ele menciona que compartilha a conduta do cuidado com o usuário e busca compartilhar a responsabilidade pelo tratamento.

Segundo o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente, a comunicação eficaz ajuda a evitar eventos adversos e a melhorar a segurança do paciente, enquanto a comunicação inadequada está entre as principais causas de mais de 70% dos eventos adversos, como falhas no cuidado na administração de medicamentos, identificação incorreta do paciente, prescrição inadequada, entre outros (IBSP, 2017; SOUSA *et al.*, 2020).

Valorizar a comunicação nas relações pode romper barreiras de poder, fortalecer o compartilhamento de conhecimento e decisões, transferir o foco do profissional para o usuário e transformar o saber individual em saber coletivo. Portanto, é importante reconhecer a importância da comunicação para um cuidado mais seguro e colaborativo. A intersecção entre a PIC e a segurança do paciente passa pela comunicação efetiva no ambiente de trabalho (CASTELLS, 2009; SOUSA *et al.*, 2020).

Em um estudo da *Joint Commission for Hospital Accreditation* sobre falhas no cuidado, contemporâneo à publicação do livro *To Err is Human: Building a Safer*

*Health System*, foram investigados 2.455 eventos sentinelas. O estudo mostrou que a raiz principal das falhas, em 70% dos casos, era a ausência e as dificuldades de comunicação entre profissionais de diferentes áreas. A gravidade disso é evidenciada pelo fato de que aproximadamente 75% desses pacientes foram a óbito. Embora essa publicação esteja no contexto hospitalar, a importância da comunicação no processo de cuidar é uma grande preocupação mesmo em outros cenários (LEONARD; GRAHAM/ BONACUM, 2004).

De acordo com o Institute of Medicine (2000), é preciso educar em equipe quem vai trabalhar em equipe. Ou seja, para exigir competências que favoreçam o trabalho em equipe, é necessário desenvolver essas habilidades desde a formação.

O planejamento do processo ensino-aprendizagem, orientado pelos pressupostos da interprofissionalidade, pode melhorar as relações entre membros de diferentes profissões, superando a dificuldade histórica de comunicação. Isso possibilita a formação de sujeitos aptos a trabalhar de forma colaborativa no cuidado em saúde (BROCK *et al.*, 2013).

As relações de poder prejudicam o diálogo do trabalho colaborativo. Essas relações foram construídas ao longo da história e legitimadas pela ideia de superioridade de uma profissão sobre a outra. Essa é uma realidade que precisa ser repensada e discutida para a construção do futuro da produção dos serviços e sistema de saúde (COSTA *et al.* 2021).

Um facilitador para o diálogo é o entendimento da mudança dos interesses dos profissionais para os interesses do usuário do serviço de saúde. Isso mantém a perspectiva da integralidade do cuidado e possibilita a ampliação da comunicação interprofissional, do compartilhamento de ações, avanços e competências colaborativas (SILVA, 2015).

A classe 6 "ações integrantes do cuidado seguro" aborda ações que a equipe já executa em seu cotidiano de trabalho e que consideram atributos favoráveis ao cuidado seguro. As palavras "verificar", "visitar", "escutar qualificadamente", "falar" e "pedir" refletem essas ações.

É importante destacar as visitas domiciliares, uma ferramenta de cuidado na APS, desenvolvida por todos os membros da equipe de saúde, mas principalmente pelo ACS. Essa ferramenta aproxima a equipe da realidade local e contribui para um cuidado mais amplo. Os profissionais participantes da pesquisa apontam essa

mesma ferramenta como uma forma de assegurar o cuidado prestado, seja para verificar medicamentos prescritos, reforçar a explicação oferecida ou fornecer orientação adequada.

As visitas são consideradas instrumentos de cuidado que permitem uma avaliação ampliada das condições de vida e saúde da população. Elas devem ser planejadas em equipe, de acordo com as necessidades diante das vulnerabilidades e riscos existentes no território (BRASIL, 2016; SILVA *et al.*, 2019).

Outro destaque nas falas é a importância de orientações para o segmento na unidade ou para a realização de exames na rede. Os profissionais mencionam a importância de uma orientação adequada nesse processo.

Na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a APS é vista como coordenadora do cuidado e porta de entrada preferencial do usuário aos diferentes pontos de atenção da RAS. Em 2012, a OMS estabeleceu um grupo de trabalho composto por especialistas para discutir a segurança dos cuidados na APS, por considerar a importância e complexidade desse sistema (WHO, 2018; BRASIL, 2012; SILVA *et al.*, 2019).

As falas da técnica de enfermagem da Unidade C remetem aos cuidados tomados desde a identificação do paciente até as precauções durante a administração de medicamentos e vacinas. Estudos recentes demonstram que os riscos mais perceptíveis estão relacionados à imunização, mas existem vários procedimentos invasivos executados durante a assistência na APS que poderiam gerar um evento adverso, como verificação da glicemia capilar, nebulização, curativos, coleta de exame citopatológico, administração de medicamentos, entre outras ações (GALAVOTE *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2019).

O conceito de escuta qualificada abrange uma visão ampla da segurança do paciente, que não se limita apenas a procedimentos, mas também reflete a postura acolhedora, atenta, resolutiva e a boa condução dos casos pela equipe e pela rede de serviços de saúde (GALAVOTE *et al.*, 2016).

Há evidências de que a implantação da ESF ampliou o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pela APS com foco especial nos usuários com doenças crônicas. Essa estratégia, que adota um processo de trabalho interprofissional, tem o potencial de promover ações mais integradas e humanizadas, o que reflete em uma

maior segurança no cuidado em saúde (PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014; MARCHON, MENDES, PAVÃO, 2015; SILVA *et al.*, 2019).

O acolhimento da demanda espontânea indica mudanças significativas na forma de trabalhar em equipe, nos modelos de cuidado e nas relações entre os profissionais. O atendimento da demanda espontânea, valorizando a equidade e o uso da responsabilidade, potencializa um cuidado seguro pela equipe, que está empenhada em manter a atenção integral à saúde (BRASIL, 2012; SILVA *et al.*, 2019).

O trabalho em equipe é uma estratégia necessária para enfrentar as crescentes complexidades dos sistemas de saúde, que precisam de uma abordagem ampliada e contextualizada, capaz de acompanhar as mudanças demográficas locais e as mudanças epidemiológicas, que podem ser locais ou mundiais, como as vivenciadas a partir de 2020 (PEDUZZI *et al.*, 2020).

A partir dos resultados desta pesquisa, foi possível identificar vários componentes que podem contribuir para o estabelecimento da PIC, bem como identificar vários fatores que podem interferir no desenvolvimento deste trabalho.

Equipes efetivas são aquelas capazes de identificar e atender às necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidades do território. Elas são compostas por um pequeno número de profissionais de diferentes áreas, com interações frequentes, tanto formal quanto informalmente. São capazes de manter objetivos comuns e monitorar as atividades já realizadas. Reconhecem sua interdependência nas ações de saúde e identificam claramente o papel de cada ator envolvido no processo de cuidado (PEDUZZI *et al.*, 2020; REEVES, 2018.; PEDUZZI; AGRELI, 2018; MORGAN *et al.*, 2015; WEST; LYUBOVNIKOVA, 2013).

Uma observação importante dos resultados é que alguns dos apontamentos feitos pelos profissionais sobre seus sentimentos em relação à equipe não foram mencionados nas classes devido à sua baixa frequência, mas em todos os grupos focais os profissionais demonstraram um sentimento de pertencimento à equipe. Alguns profissionais mencionaram o bom acolhimento que receberam quando chegaram à unidade e disseram que não gostariam de mudar para outras unidades.

Essas são características que contribuem para a construção da grupalidade, confiança e vínculo entre os membros, o que favorece o trabalho em equipe e,



conseqüentemente, um cuidado mais assertivo e seguro (MORGAN *et al.*, 2015; WEST; LYUBOVNIKOVA, 2013).

#### 6.4 INTEGRAÇÃO QUANTI-QUALI

As 8 equipes selecionadas na fase quantitativa como as que tinham os melhores climas foram compostas por equipes estendidas. Todas elas foram formadas por profissionais que estavam na mesma equipe com menos de 1 ano e até 30 anos de experiência.

A Tabela 6 apresentou as equipes 1, 10 e 17 (posteriormente denominadas A, B e C) que participaram dos grupos focais e as classes resultantes dessa etapa apresentam uma sintonia com os fatores trabalhados na ECTE.

O primeiro fator da ECTE, a participação na equipe, envolve todo o processo de tomada de decisão e, para que essa participação ocorra, é necessário que o ambiente de trabalho não apresente hostilidade (ANDERSON, WEST, 1998).

De acordo com os resultados dos grupos focais, as classes que mais se aproximam desse conjunto de ações que permeiam a participação da equipe são as classes 3 e 4.

A classe 3 - Tomada de decisão em equipe contribui para o cuidado seguro - apresenta falas que demonstram as ações do cotidiano do cuidado com a tomada de decisão coletiva, apresentando problemas da unidade que foram resolvidos por meio de reuniões, conversas e desafios desde o acolhimento até o destino do segmento do usuário e família. O compartilhamento de responsabilidades e a democratização do trabalho favorecem a sensação de pertencimento à equipe e compartilham as ações desenvolvidas (PEDUZZI *et al.*, 2020).

A classe 4 - Construção do cuidado centrado no usuário - apresenta uma relação com o fator participação na equipe, pois envolve a construção do cuidado com foco no usuário ou família. Dessa forma, o foco não é no profissional e sim no usuário, o que é uma interface entre a PIC que apresenta o mesmo foco e a segurança do paciente. É nessa perspectiva compartilhada de ações em prol do usuário que os resultados podem ser potencializados e mais resolutivos (SANTOS *et al.*, 2016; SOUSA *et al.*, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2020).

O segundo fator, "apoio a novas ideias", que envolve as atividades desenvolvidas no ambiente de trabalho com aprimoramento de suas execuções, está mais próximo da classe 5 - Comunicação em equipe. As novas ideias, sugestões de mudanças no processo de trabalho e discussões sobre casos mais complexos ocorrem por meio de encontros e trocas de vivências. Esse fator também se relaciona com a sensação de pertencimento, o que permite expor novas ideias sem medo da interação do grupo (ANDERSON, WEST, 1998; SILVA, 2015).

O terceiro fator, "objetivos", faz menção ao comprometimento dos membros da equipe com os objetivos do trabalho, clareza, compartilhamento, acesso e valores relacionados aos objetivos da equipe. A percepção do comprometimento dos colegas com os objetivos da equipe (ANDERSON, WEST, 1998) é possível uma aproximação com a classe 1 - O uso do protocolo é fundamental para a implementação do cuidado seguro.

A valorização de ferramentas que podem subsidiar o trabalho, assim como o uso de evidências científicas para qualificar a assistência, pode contribuir para identificar com clareza os objetivos do atendimento prestado. Compartilhar objetivos, além de integrar a equipe, pode favorecer a clareza dos valores da equipe (BRASIL, 2019).

Além da relação com a própria classe 2 - Objetivos do trabalho claros construídos pela equipe, essa clareza permite um trabalho mais focado que preza por resultados mais resolutivos, pois utiliza a realidade local para estipular o alvo do trabalho, suas prioridades e estabelecimento de ações (BRASIL, 2010; SANTOS *et al.*, 2016).

Por fim, o quarto fator, "orientações para tarefas", remete às responsabilidades dos membros da equipe visando uma assistência de qualidade (ANDERSON, WEST, 1998).

Assim como a classe 6 - Ações que integram o cuidado seguro, fazem parte de todo o processo que envolve a participação na equipe com a realização de visitas domiciliares, as checagens e verificações antes e durante os procedimentos desenvolvidos. A forma como a equipe trabalha em prol do usuário e família. As responsabilidades de cada membro da equipe ocorrem por meio das tarefas que são estipuladas. A aplicação da escuta qualificada pelos integrantes da equipe é um método de gestão do trabalho que engloba um processo completo visando garantir

um cuidado de excelência, mais confiável e compartilhado (BRASIL, 2012; SILVA *et al.*, 2019).

Observa-se que os elementos que constituem o indicador de clima de equipe foram identificados nas falas dos profissionais das equipes com melhor clima, por meio de categorias, bem como nas pesquisas científicas que relacionaram os dois eixos da investigação: PIC e segurança do paciente na APS. Esses resultados destacam a relevância desses fatores na construção do processo de trabalho prestado pelas equipes, focado nas demandas de saúde do usuário, da família e da comunidade, visando à promoção de assistência integral e segura.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, foi possível identificar as principais relações existentes entre a PIC e o cuidado seguro no contexto da ESF. O uso de ferramentas que facilitam a padronização de ações, como os protocolos de atendimento, é fundamental. Equipes que conseguem manter os objetivos de trabalho claros para seus membros e compartilhar a tomada de decisão favorecem a segurança do cuidado.

Manter o cuidado centrado no usuário ou família é um ponto crucial da qualidade da assistência, capaz de facilitar a segurança do paciente. A comunicação efetiva da equipe de trabalho é um fator protetivo para a segurança do paciente, assim como manter ações como as visitas domiciliares e o uso do acolhimento na perspectiva da equidade.

As características de uma equipe interprofissional colaborativa estão estreitamente relacionadas com o clima de equipe. A forma como cada membro desempenha seu papel, a compreensão dos objetos do trabalho, a comunicação no processo de trabalho, como o cuidado é ofertado e como as divergências em equipe são trabalhadas, refletem no desempenho e na resolutividade do trabalho.

Da mesma forma, os fatores relacionados à segurança do paciente, como clima de equipe e satisfação no trabalho, sofrem influência da forma como a equipe interage no seu cotidiano.

Os resultados obtidos a partir da pesquisa de escopo apontam que a aprendizagem colaborativa, com compartilhamento de saberes e práticas, pode contribuir para que a equipe mantenha o foco nos objetivos e nas metas estipuladas. O cuidado centrado na família e usuário também é evidenciado como uma característica que contribui para a PIC, pois retira o foco do profissional de saúde e mantém o olhar da equipe no cuidado ofertado.

Também é um ponto fortalecedor do cuidado seguro, pois a atenção dos profissionais é mais integral e direcionada. A comunicação efetiva, que aponta os encontros das equipes nas reuniões semanais, no uso da educação permanente em saúde e no uso de tecnologias do cuidado, como os protocolos, como facilitadores de um processo comunicativo mais assertivo, prioriza as decisões coletivas.

A comunicação é apontada como um dos grandes desafios ao cuidado seguro e pode ser bem mais assertiva quando a equipe apresenta uma boa interação e um cuidado compartilhado. Assim como os objetivos e metas definidos aparecem na literatura como características de equipes mais colaborativas e equipes que prezam por um cuidado seguro. A satisfação no trabalho é apontada como um fator que facilita as interações na equipe, além de ser um fator protetivo para o trabalhador.

O apoio a novas ideias reflete indiretamente na autopercepção da equipe e na satisfação no trabalho, favorecendo o sentimento de integração e autoreconhecimento no local de atuação. Desse modo, o profissional é capaz de se ver como membro daquele grupo e, geralmente, consegue identificar seu papel e sua responsabilidade no ambiente de trabalho.

O apoio a novas ideias se relaciona com a inovação, que foi o fator com resultado mais baixo entre as equipes com clima favorável. Esse fator reflete a forma como a equipe consegue desenvolver melhorias e alternativas para aprimorar o processo de trabalho. Para isso, é necessário valorizar novas ideias e a criatividade, que podem contribuir significativamente com os indicadores de desempenho da equipe. Os objetivos e metas bem definidos e a orientação para as tarefas também foram características capazes de melhorar o processo colaborativo da equipe.

Os pontos complicadores e as barreiras para a PIC podem variar entre as condições de trabalho, como a distribuição adequada de famílias por equipe, políticas públicas que incentivam a organização do trabalho, fortalecimento das equipes interprofissionais e apoio à disseminação de informações de saúde de acordo com as medidas sanitárias. Além disso, o próprio contexto histórico e social em que a equipe de saúde está inserida pode influenciar.

É importante destacar o período pandêmico da COVID-19, contemporâneo a essa pesquisa, que gerou influências diretas no processo de trabalho, adoecimento de membros da equipe, sobrecarga de trabalho com número reduzido de trabalhadores, maiores sofrimentos da população com perdas de membros familiares, perda de emprego e aumento dos pontos de vulnerabilidade em geral que refletem diretamente no processo de trabalho de uma ESF.

Uma das limitações da pesquisa foi gerada pelas consequências da pandemia, que levou ao afastamento de vários profissionais, não só pelo adoecimento, mas também por pertencerem ao grupo considerado de risco. Muitas equipes

apresentavam um número reduzido de trabalhadores ou estavam com pessoas que haviam sido recentemente substituídas, o que limitou sua participação no estudo. Ao mesmo tempo, essa pesquisa também pode contribuir para a identificação de algumas das vivências ocorridas durante esse contexto pandêmico. Ao preencherem o questionário, muitas equipes e, posteriormente, em grupos de discussão, mencionaram que esse período estreitou as relações no trabalho, já que o isolamento social limitou a convivência dessas pessoas, e seus colegas de trabalho faziam parte da convivência rotineira mais próxima.

Para que o trabalho em equipe se estabeleça como colaborativo, com repercussões em um cuidado seguro, é necessário fortalecer o caminho da educação interprofissional, por meio de currículos integrados e oportunidades de ensino com diferentes cursos, principalmente nos cenários de prática da APS. A inserção dos estudantes desde as reuniões de equipe, discussão de casos, visitas domiciliares e matriciamento são vivências coletivas que devem ser aproveitadas para o ensino e para as trocas de saberes com os profissionais atuantes.

Assim, é recomendado incentivar novos estudos que possam contemplar os efeitos e as repercussões da PIC a partir de situações de calamidade pública, mudanças histórico-sociais, mudanças educacionais, ou seja, a partir de fatores que se relacionam diretamente com o processo de trabalho de uma equipe em seu território.

## REFERÊNCIAS

ABBAD, G. S. *et al.* (orgs.). **Ensino na saúde no Brasil: desafios para a formação profissional e qualificação para o trabalho**. Curitiba: Juruá, 2016. 284 p.

AGRELI, H. L. F.; PEDUZZI, M.; BAILEY, C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: a conceptual analysis. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 31, n. 6, p. 679-684, 2017a. DOI: 10.1080/13561820.2017.1351425.

AGRELI, H. L. F. **Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde**. 2017. 261 p. Tese (Doutorado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017b. DOI: 10.11606/T.7.2017.tde-27062017-165741.

AGUIAR, C. C. **A contribuição do Programa Saúde da Família (PSF) para o Sistema Público de Saúde do município de Araraquara**. 292 p. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2008. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/88736>. Acesso em: 9 jan. 2023.

AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION. **Standards for educational and psychological testing**. Washington, DC: American Educational Research Association, 2014. 230 p.

ANDERSSON, A. C. *et al.* Challenges to improve inter-professional care and service collaboration for people living with psychiatric disabilities in ordinary housing. **Quality Management in Health Care**, Hagerstown, v. 25, n. 1, p. 44-52, 2016. DOI: 10.1097/qmh.0000000000000076.

ANDERSON, N. R.; WEST, M. A. Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. **Journal of Organizational Behavior**, San Francisco, v. 19, n. 3, p. 235-258, 1998.

ARAÚJO, M. B. DE S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

ARRUDA, L. S.; MOREIRA, C. O. F. Interprofessional collaboration: a case study regarding the professionals of the Care Center for Elderly of Rio de Janeiro State University. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 199-210, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622016.0613.

ASPAROUHOV, T.; MUTHÉN, B. Exploratory structural equation modeling. **Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal**, Philadelphia, v. 16, n. 3, p. 397-438, 2009. DOI: 10.1080/10705510903008204.

BANCHS, M. A. Representaciones sociales en proceso: su análisis através de grupos focales. In: MOREIRA, A. S. P. *et al.* (org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2005. p.401-423.

BARR, H. Competente para Colaborar; Rumo a um Modelo Baseado em Competências para a Educação Interprofissional. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 12, p. 181-188, 1998. DOI: 10.3109/13561829809014104.

BARR, H.; LOW, H. **Introdução à educação interprofissional**. Fareham: CAIPE; 2013. Disponível em: [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub\\_caipe\\_intro\\_eip\\_po.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intro_eip_po.pdf). Acesso em: 12 jan. 2022.

BARRETO, M. S. *et al.* Fake news about the COVID-19 pandemic: perception of health professionals and their families. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e20210007, 2021. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0007.

BARROS, N. F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, spe 1, p. 163-173, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S111.

BAVEL, J. J. V. *et al.* Usando a ciência social e comportamental para apoiar a resposta à pandemia do COVID-19. **Nature Human Behaviour**, London, v. 4, p. 460-471, 2020. DOI: 10.1038/s41562-020-0884-z.

BEEHLER, G. P.; WRAY, L. O. Behavioral health providers' perspectives of delivering behavioral health services in primary care: a qualitative analysis. **BMC Health Services Research**, London, v. 25, n. 12, p. 337, 2012.

BIASIBETTI, C. *et al.* Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180337.

BLUMENTHAL, K. J.; CHIEN, A. T.; SINGER, S. J. Relationship among team dynamics, care coordination and perception of safety culture in primary care. **Family Practice**, Oxford, v. 35, n. 6, p. 718-723, 2018. DOI: 10.1093/fampra/cmy029.

BONDEVIK, G. T. *et al.* Patient safety culture in Norwegian primary care: a study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, London, v. 32, n. 3, p. 132-138, 2014. DOI: 10.3109/02813432.2014.962791.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012. DOI: 10.1590/s1413-81232012000300002.



BOWIE, P. *et al.* Qualitative evaluation of the Safety and Improvement in Primary Care (SIPC) pilot collaborative in Scotland: perceptions and experiences of participating care teams. **BMJ Open**, London, v. 6, n. 1, e009526, 2016. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009526.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde**. Brasília, DF: Anvisa, 2016. 68 p. (Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, caderno 6, v. 1.0)

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, DF: Anvisa, 2017a. 171 p. (Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, caderno 1, v. 1.1)

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de empresas que realizam atividades de produção e fornecimento de gases medicinais e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jul. 2013a. seção 1, p. 44-46.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017b. seção 1, p. 68. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>. Acesso em: 23 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011. seção 1, p. 48-55. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/10/2011&jornal=1&pagina=48>. Acesso em: 23 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2019. seção 1, p. 97. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/11/2019&jornal=515&pagina=97>. Acesso em: 23 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. seção 1, p. 88. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=88&data=31/12/2010>. Acesso em: 23 jan. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr. 2013b. seção 1, p. 43. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=02/04/2013&jornal=1&pagina=43> Acesso em: 23 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012, p. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde, v. 1). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Fundação Oswaldo Cruz: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. 40 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br>. Acesso em: 23 jan. 2023.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. V. G.; SANTOS NETO, P. M. O. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 77-86, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622016.0672.

BROCK, D. *et al.* Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 22, n. 5, p. 414-423, 2013. DOI: 10.1136/bmjqs-2012-000952.

BROWN, J. B.; RYAN, B. L. Processes that influence the evolution of family health teams. **Canadian family physician medecin de famille canadien**, Mississauga, v. 64, n. 6, e283-e289, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29898949>. Accessed: 23 jan. 2023.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do software de análise textual IRaMuTeQ. Toulouse: Irumateq.org, 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 23 ago. 2023.

CAMPBELL, J. *et al.* **A universal truth**: no health without a workforce. forum report, third global forum on human resources for health. Recife/Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization, 2013. Disponível em: [https://www.who.int/publications/m/item/hrh\\_universal\\_truth](https://www.who.int/publications/m/item/hrh_universal_truth). Accessed: 9 jan. 2023.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. DOI: 10.1590/s1413-81232000000200002.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007. DOI: 10.1590/s1413-81232007000400007.

- CANEPPELE, A. H. *et al.* Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, spe, 2020. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0312.
- CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013. DOI: 10.1590/s0034-8910.2013047004402.
- CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, suppl 1, p. 85-112, 2011. DOI: 10.1590/s1981-77462011000400005.
- CASTELLS, M. *et al.* **Comunicação móvel e sociedade**: uma perspectiva global. 1st. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2009. 392 p. (Manuais universitários).
- CECCIM, R. B. Da fragmentação à ativação de interfaces: entrecenas no aprender e fazer saúde. *In*: DIAS, M. S. A.; VASCONCELOS, M. I. O. (orgs.). **Interprofissionalidade e colaboratividade na formação e no cuidado no campo da atenção primária a saúde**. Sobral: Edições UVA, 2021, p. 59-80.
- COELHO, M. G. M. *et al.* Atenção Primária à Saúde na perspectiva da formação do profissional médico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, e190740, 2020. DOI: 10.1590/Interface.190740.
- CONDELES, P. C. *et al.* Trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família: percepções dos profissionais. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, e20190096, 2019. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0096.
- COSTA, M. V. *et al.* Educação interprofissional no Brasil: desafios e agenda para o futuro. *In*: DIAS, M. S. A.; VASCONCELOS, M. I. O. (orgs.). **Interprofissionalidade e colaboratividade na formação e no cuidado no campo da atenção primária a saúde**. Sobral: Edições UVA, 2021, p. 35-57.
- CUCOLO, D. F. *et al.* Clima de trabalho em equipe e qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 12587-12617, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n3-231.
- CUNHA, R. D. *et al.* Análise exploratória de dados utilizando o R. *In*: FAIAD, C.; BAPTISTA, M. N.; PRIMI, R. (orgs.). **Tutoriais em análise de dados aplicados à psicometria**. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2021. p. 32-50.
- D'AMOUR, D. *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, London, v. 8, n. 188, 2008. DOI: 10.1186/s12913-023-09290-1.

DORICCI, G. C.; GUANAES-LORENZI, C. Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 2949-2959, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021268.11742019.

DUNLOP, C. *et al.* The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**, London, v. 4, n. 1, 2020. DOI: 10.3399/bjgpopen20x101041.

DUTRA, E. B.; LEMOS, A.S. P.; GUIZARDI, F. L. Trabalho em equipe para a construção de práticas colaborativas na saúde. *In*: GUIZARDI, F. L.; DUTRA, E. B.; PASSOS, M. F. D. (orgs.). **Em Mar Aberto**: Colaboração e mediações tecnológicas na educação permanente em saúde. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020, p. 183-209. (Série Mediações Tecnológicas em Educação & Saúde).

EPSTEIN, N. E. Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: a review. **Surgical Neurology International**, Mumbai, v. 5, suppl 7, p. S295-303, 2014. DOI: 10.4103/2152-7806.139612.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. S. Dimensions of interprofessional work and of collaborative practices developed at a primary care unit by a family health team. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, suppl 2, p. 1717-1727, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0818.

ESPINOZA, P. *et al.* Interprofessional team member's satisfaction: a mixed methods study of a Chilean hospital. **Human Resources for Health**, London, v. 16, n. 1, p. 30, 2018. DOI: 10.1186/s12960-018-0290-z.

FARIAS, D. N. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2022. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00098.

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**, São Paulo, v. 55, e20210207, 2021. DOI: 10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0207.

FETTERS, M. D.; CURRY, L. A.; CRESWELL, J. W. Achieving integration in mixed methods designs principles and practices. **Health Services Research**, Hoboken, v. 48, n. 6 (pt. 2), p. 2134-2156, 2013. DOI: 10.1111/1475-6773.12117.

FIRTH-COZENS, J. Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. **Quality in Health Care**, London, v. 10, suppl 2, p. ii26-31, 2001. DOI: 10.1136/qhc.0100026.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Gestão em Redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-CEPESC, p. 459-473.

FREIRE, J. C. G. *et al.* Trabalho em equipe, interprofissionalidade e colaboração em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *In*: DIAS, M. S. A.; VASCONCELOS, M. I. O. (orgs.). **Interprofissionalidade e colaboratividade na formação e no cuidado no campo da atenção primária a saúde**. Sobral: Edições UVA, 2021. p. 126-161.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010. DOI: 10.1016/s0140-6736(10)61854-5.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 23, n. 1, p. 183-184, 2014. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742014000100018&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100018&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 23 ago. 2023.

GALAVOTE, H. S. *et al.* A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010. p. 152.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01842020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493-545

GONTIJO, E. D.; FREIRE FILHO, J. R.; FORSTER, A. C. Educação interprofissional em saúde: abordagem na perspectiva de recomendações internacionais. **Cadernos do Cuidado**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 20-38, 2019. DOI: 10.29397/cc.v3n2.186

GUIMARÃES, B. E. B.; BRANCO, A. B. A. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 12, n. 1, p. 143-155, 2020. DOI: 10.20435/pssa.v12i1.669.

HAIR JR., J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. Tradução: Adonai Schlup Sant'Anna. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. 688 p.

HUIBERS, L. *et al.* EurOOHnet-the European research network for out-of-hours primary health care. **European Journal of General Practice**, London, v. 20, n. 3, p. 229-232, 2013. DOI: 10.3109/13814788.2013.846320.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades e Estados: Araraquara. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/araraquara.html>. Acesso em: 13 mar. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. **Comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde**. São Paulo: IBSP, 2017. Disponível em: <https://ibsp.net.br/materiais-cientificos/comunicacao-ineficaz-esta-entre-as-causas-raizes-de-mais-de-70-dos-erros-na-atencao-a-saude>. Acesso em: 23 mar. 2023.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on quality of health care in America. **To Err Is Human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academies Press (US), 2000. 287 p. Disponível em: <https://www.nap.edu/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system>. Acesso em: 23 jan. 2023.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Dietary reference intakes: application in dietary assessment. Washington, DC: National Academies Press (US), 2000.

INTERPROFESSIONAL TEAMWORK: KEY CONCEPTS AND ISSUES. *In*: REEVES, S. *et al.* **Interprofessional teamwork for health and social care**. New Jersey: John Wiley & Sons/CAIPE, 2011. cap. 3, p. 52-69 (Series Promoting partnership for health).

KHANNA, N. *et al.* Evaluation of PCMH model adoption on teamwork and impact on patient access and safety. **Journal of Primary Care & Community Health**, Thousand Oaks, v. 8, n. 2, p. 77-82, 2017. DOI: 10.1177/2150131916678496.

KIRK, S. *et al.* Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. **Quality and Safety in Health Care**, London, v. 16, n. 4, p. 313-320, 2007. DOI: 10.1136/qshc.2006.018366.

KLIN, R. B. **Principles and practice of structural equation modeling**. 3rd. ed. New York: The Guilford Press, 2010. 427 p.

KRUK, M. E. *et al.* High-quality health systems in the sustainable development goals era: time for a revolution. **The Lancet Global Health**, Amsterdam, v. 6, n. 11, p. e1196-e1252, 2018. DOI: 10.1016/S2214109X(18)303863.

LAHLOU, S. L'analyse lexicale. **Variations**, Palaiseau, v. 3, p. 13-24, 1994. Disponível em: <http://eprints.lse.ac.uk/32941/>. Acesso em: 9 jan. 2023.

LAMPMAN, M. A. *et al.* Optimizing huddle engagement through leadership and problem solving within primary care: results from a cluster-randomized trial. **Journal of General Internal Medicine**, Berlin, v. 36, n. 8, p. 2292-2299, 2021. DOI: 10.1007/s11606-020-06487-6.

LEONARD, M.; GRAHAM, S.; BONACUM, D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 13, suppl 1, i85-i90, 2004. Disponível em: [http://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl\\_1/i85](http://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl_1/i85). Acesso em: 23 jan. 2023.

LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K. K. Scoping studies: advancing the methodology. **Implementation Science**, San Diego, v. 20, n. 5, p. 69, 2010. DOI: 10.1186/1748-5908-5-69.

LIMA NETA, M. A. *et al.* Níveis de colaboração interprofissional na produção do cuidado em idosos com diabetes mellitus. *In*: DIAS, M. S. A.; VASCONCELOS, M. I. O. (orgs.). **Interprofissionalidade e colaboratividade na formação e no cuidado no campo da atenção primária a saúde**. Sobral: Edições UVA, 2021. p. 278-298.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1979, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.06682018.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, spe 1, p. 18-37, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S102.

MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Nursing workload and patient safety - a mixed method study with an ecological restorative approach. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, spe, p. 146-154, 2013. DOI: 10.1590/S0104-11692013000700019.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1815-1835, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00114113.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V.; PAVÃO, A. L. B. Características dos eventos adversos na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2313-2330, 2015. DOI: 10.1590/0102-311X00194214.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. 2. reimpr. São Paulo: Atlas S.A., 2010, 277 p.

MATTOS, G. C. M. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014192.21652012.

MATUDA, C. G. *et al.* Interprofessional collaboration in the family health strategy: implications for the provision of care and work management. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015208.11652014.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* (orgs.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. 610 p.

MENEZES, S. S. C. *et al.* Raciocínio clínico no ensino de graduação em enfermagem: revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 1037-1044, 2015. DOI: 10.1590/s0080-623420150000600021.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Fundação Oswaldo Cruz. 2018. p. 348-352. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2023.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 392 p. (Coleção Saúde em Debate. v. 108).

MESQUITA, K. O. *et al.* Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 1-8, 2016. DOI: 10.5380/ce.v21i2.45665.

MILLER, R. *et al.* Inter-professional education and primary care: EFPC position paper. **Primary Health Care Research & Development**, Cambridge, v. 20, e138, 2019. DOI: 10.1017/s1463423619000653.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 316-317.

MODAK, I. *et al.* Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire - ambulatory version. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 22, n. 1, p. 1-5, 2007. DOI: 10.1007/s11606-007-0114-7.

MOLYNEUX, J. Interprofessional teamworking: what makes teams work well? **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 15, n. 1, p. 29-35, 2001. DOI: 10.1080/13561820020022855.

MORGAN, S.; PULLON, S.; MCKINLAY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 52, n. 7, p. 1217-1230, 2015. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008.

MOROSINI, M. V. G.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811601.

MURRAY C, FRENK J. A framework for assessing the performance of health systems. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva. 2000 v. 78, n. 6, p. 717-731, 2000. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268164>. Acesso em: 14 jan. 2023.

MUTHÉN BO, MUTHÉN LK. **Mplus user's guide**: statistical analysis with latent variables. 8th ed. Los Angeles: Muthén & Muthén, 2017.



OGATA, M. N. *et al.* Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e03733, 2021. DOI: 10.1590/s1980-220x2020018903733.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (orgs.). **Saúde da família**: considerações teóricas e aplicabilidade. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2014. 535 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de saúde**: atenção primária em saúde agora mais do que nunca. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31\\_03\\_2010\\_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31_03_2010_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf). Acesso em: 14 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Infográfico** - Enfermagem nas Américas, Washington, DC, 2015. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/64318>. Acesso em: 14 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Educação interprofissional na atenção à saúde**: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington, DC: OPAS, 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34370>. Acesso em: 9 jan. 2023.

PADOVEZE, M. C.; FIGUEIREDO, R. M. O papel da atenção primária na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1137-1144, 2014. DOI: 10.1590/s0080-623420140000700023

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. **Texto & Contexto** - Enfermagem, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, 2013. DOI: 10.1590/S0104-07072013000200005.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 459-491.

PARAND, A. *et al.* The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. **BMJ Open**, London, v. 4, n. 9, e005055, 2014. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-005055.

PARANHOS, R. *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 18, n. 42, p. 384-411, 2016. DOI: 10.1590/15174522-018004221.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Rio de Janeiro: Vozes; 2013.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 22, n. suppl 2, p. 1525-1534, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0827.

- PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, suppl 1, e0024678, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00246.
- PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011. DOI: 10.1590/s0103-73312011000200015
- PETERS, M. D. J. *et al.* **The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews**. Adelaide: The Joanna Briggs Institute, 2015. Disponível em: <https://reben.com.br/revista/wp-content/uploads/2020/10/Scoping.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2023.
- PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001. DOI: 10.1590/s1413-81232001000200006.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 55.
- PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da Atenção Primária à Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0132, 2018. DOI: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0132.
- REEVES, S. *et al.* Interprofessional education: An overview of key developments in the past three decades. **Work**, Amsterdam, v. 41, n. 3, p. 233-245, 2012. DOI: 10.3233/WOR-2012-1298.
- REEVES, S. *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, v. 6, n. 6, CD000072, 2017. DOI: 10.1002/14651858.cd000072.pub3.
- 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**, London, v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018. DOI: 10.1080/13561820.2017.1400150.
- RIOS, J.; WELLS, C. Validity evidence based on internal structure. **Psicothema**, Oviedo, v. 26, n. 1, p. 108-116, 2014. DOI: 10.7334/psicothema2013.260.
- ROSA, J. G. **Grande sertão: veredas**. 36. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 538 p.
- ROSEN, M. A. *et al.* Teamwork in healthcare: key discoveries enabling safer, high-quality care. **American Psychologist**, Washington, DC, v. 73, n. 4, p. 433-450, 2018. DOI: 10.1037/amp0000298.

- RUIZ, D. G.; FARENZENA, G. J.; HAEFFNER, L. S. B. Internato regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 21-27, 2010. DOI: 10.1590/s0100-55022010000100004.
- RUTHERFORD, J.; MCARTHUR, M. A qualitative account of the factors affecting teamlearning in primary care. **Education for Primary Care**, Abingdon, v. 15, n. 3, p. 352-360, 2004.
- SANTOS, R. R. *et al.* A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 18, n. 1, p. 130-139, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbeps/article/view/15144>. Acesso em: 14 jan. 2023.
- SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, p. e2020166, 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000200024.
- SCHADEWALDT, V. *et al.* Experiences of nurse practitioners and medical practitioners working in collaborative practice models in primary healthcare in Australia - a multiple case study using mixed methods. **BMC Family Practice**, London, v. 17, n. 99, 2016. DOI: 10.1186/s12875-016-0503-2.
- SEVERO, T. P.; FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O. Grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa em enfermagem. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 11, n. 3, p. 297-302, 2007. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/remv/v11n3/v11n3a14.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2023.
- SILVA, A. P. F. *et al.* Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, spe, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180164.
- SILVA, C. R. C.; MENDES, R.; NAKAMURA, E. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 32-41, 2012. DOI: 10.1590/S0104-12902012000100005.
- SILVA, J. A. M. *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, spe 2, p. 16-24, 2015. Disponível em: DOI: 10.1590/s0080-623420150000800003.
- SILVA, M. C. *et al.* Adaptação transcultural e validação da escala de clima do trabalho em equipe. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 52, 2016. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006484.
- SOUSA, J. B. A. *et al.* Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: desafio na segurança do paciente. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 6467-6479, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n3-195.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: UNESCO Brasil: Ministério da Saúde, 2002. p. 725. Disponível em: [https://unesdoc.unesco.org/notice?id=p::usmarcdef\\_0000130805](https://unesdoc.unesco.org/notice?id=p::usmarcdef_0000130805). Acesso em: 14 jan. 2023.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, Malden, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, suppl, p. S153-S162, 2002. DOI: 10.1590/S0102-311X2002000700015.

TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. (Série Vivência em Educação na Saúde).

VALENTINI, F.; DAMÁSIO, B. F. Variância média extraída e confiabilidade composta: indicadores de precisão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 32, n. 2, e322225, 2016. DOI: 10.1590/0102-3772e322225.

VAN DONGEN, J. J. J. *et al.* Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. **BMC Family Practice**, London, v. 17, n. 58, 2016. DOI: 10.1186/s12875-016-0456-5.

VILANOVA, G. C. *et al.* University professors' perceptions about patient safety teaching in an interprofessional education experience: a phenomenological study. **Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences**, Minneapolis, v. 15, n. 1, p. 123-140, 2021. DOI: 10.5590/JSBHS.2021.15.1.10.

WEST, M. **Handbook of work group psychology.** Hoboken: Wiley-Blackwell, 1996. 642 p.100.

WEST, M. The social psychology of innovation in groups. *In*: WEST, M.A.; FARR, J. L. (ed). **Innovation and creativity at work: psychological and organizational strategies.** Chichester: John Wiley & Sons, 1990. p. 4-36.

WEST, M. A.; LYUBOVNIKOVA, J. Illusions of team working in health care. **Journal of Health Organization and Management**, Badford, v. 27, n. 1, p. 134-142, 2013. DOI: 10.1108/14777261311311843.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice.** Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care.** Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety curriculum guide: multi-professional edition**. Athens: CommonSense, 2011-. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf). Acesso em: 14 jan. 2023

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety: safer primary care**. Geneva: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 14 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO PATIENT SAFETY. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. Geneva: WHO. 2010. 154 p. (V. 1.1 Final technical report. January 2009). Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>. Acesso em: 14 jan. 2023.

**APÊNDICE A - Roteiro para a etapa qualitativa**

- 1) Você consegue falar sobre situações do trabalho em que você identifica uma prática colaborativa da sua equipe?
- 2) O que facilita a colaboração em equipe?
- 3) O que prejudica a colaboração em equipe?
- 4) No seu trabalho você identifica alguma tecnologia que contribui para a segurança do paciente?
- 5) Quais práticas do seu trabalho favorecem um cuidado seguro?
- 6) Você identifica atitudes colaborativas da equipe que possam contribuir para um cuidado seguro?

**ANEXO A - Versão adaptada – Escala de Clima**  
**na Equipe Peduzzi e Silva 2014. Questionário *Team Climate Inventory* (TCI)**  
**Autores: Michel A. West, Neil R. Anderson, 1994, 1998**

**Caracterização da população em estudo**

Data da coleta: \_\_\_\_\_ Pesquisador de campo: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_ Unid. de saúde: \_\_\_\_\_

Eq. de referência: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

1. Formação:

1.( ) ACS\* 2.( ) Aux. de Enf. 3.( ) Enfermeiro 4. ( ) Médico Generalista 5. ( )  
Médico Ginecologista/ Obstetra 6. ( ) Pediatra 7. ( ) Dentista

8. ( ) TSB\*\* 9. ( ) ASB\*\*\*

Para os médicos: Carga horária: ( ) 20 horas ( ) 24 horas ( ) 30 horas ( )  
36 horas

Divide carga horária em outra unidade? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual a unidade  
de saúde? \_\_\_\_\_

2. Há quanto tempo na instituição (6)? \_\_\_\_\_

3. Há quanto tempo é integrante desta unidade de saúde? \_\_\_\_\_

4. Há quanto tempo está inserido na equipe atual? \_\_\_\_\_

5. Data de nascimento: \_\_\_\_\_

6. Sexo: 1. ( ) Feminino 2. ( ) Masculino

7. O PMAQ está implantado na unidade? ( ) Sim ( ) Não

8. Se caso afirmativo, desde quando? \_\_\_\_\_

9. A equipe está cadastrada no PMAQ? ( ) Sim ( ) Não

10. Se caso afirmativo, desde quando? \_\_\_\_\_

**\*ACS: Agente Comunitária de Saúde, \*\*TSB: Técnico em Saúde Buca,**

**\*\*\* ACD: Auxiliar de Saúde Bucal**

## ESCALA DE CLIMA NA EQUIPE

### PARTE 1: PARTICIPAÇÃO NA EQUIPE

Esta parte se refere à participação que existe na equipe. Faça um círculo em torno da resposta mais adequada para cada pergunta.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nós geralmente compartilhamos informações na equipe ao invés de guardá-las para nós mesmos	1	2	3	4	5
2. Nós temos a atitude "estamos nesta juntos"	1	2	3	4	5
3. Nós nos influenciemos mutuamente	1	2	3	4	5
4. As pessoas mantêm as demais informadas sobre as questões relacionadas com o trabalho na equipe	1	2	3	4	5
5. As pessoas se sentem compreendidas e aceitas umas pelas outras	1	2	3	4	5
6. Os pontos de vistas de cada um são ouvidos mesmo se estiverem em minoria	1	2	3	4	5
7. Há tentativas reais de compartilhar informações por toda a equipe	1	2	3	4	5
8. Estamos constantemente em contato	1	2	3	4	5
9. Interagimos frequentemente	1	2	3	4	5
10. Há muita colaboração entre os membros da equipe, cedendo quando necessário	1	2	3	4	5
11. Temos contato como equipe	1	2	3	4	5
12. Os membros da equipe se reúnem frequentemente para conversas formais e informais	1	2	3	4	5



## PARTE 2: APOIO PARA IDEIAS NOVAS

Esta parte trata das atitudes em relação com as mudanças na equipe. Por favor, indique quanto você concorda ou discorda com cada uma das declarações a seguir como descrição da sua equipe fazendo um círculo em torno do número adequado.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Esta equipe está sempre buscando o desenvolvimento de novas respostas	1	2	3	4	5
2. Há ajuda para o desenvolvimento de ideias novas quando necessário	1	2	3	4	5
3. Esta equipe é aberta e responde a mudanças	1	2	3	4	5
4. As pessoas nesta equipe estão sempre procurando novas maneiras de analisar os problemas	1	2	3	4	5
5. Nesta equipe dedicamos o tempo necessário para desenvolver ideias novas	1	2	3	4	5
6. As pessoas nesta equipe cooperam para ajudar a desenvolver e aplicar ideias novas	1	2	3	4	5
7. Os membros da equipe fornecem e compartilham recursos que ajudam na adoção de ideias novas	1	2	3	4	5
8. Os membros da equipe apoiam novas ideias e sua aplicação	1	2	3	4	5

### PARTE 3: OBJETIVOS DA EQUIPE

Esta parte do questionário se refere aos objetivos de sua equipe. As seguintes afirmações se referem à sua compreensão dos objetivos de sua equipe. Circule o número que indica apropriadamente o quanto cada afirmação descreve sua equipe.

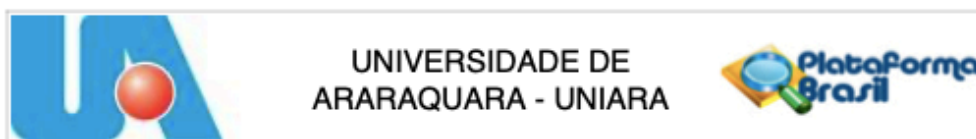
	De nenhum modo		Um tanto			Completamente	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Quanto está claro para você quais são os objetivos da equipe?	1	2	3	4	5	6	7
2. Até que ponto você acha que tais objetivos são úteis e apropriados?	1	2	3	4	5	6	7
3. Quanto você está de acordo com esses objetivos?	1	2	3	4	5	6	7
4. Até que ponto você acha que os outros membros da equipe concordam com estes objetivos?	1	2	3	4	5	6	7
5. Até que ponto você acha que esses objetivos são compreendidos claramente pelos outros membros da equipe?	1	2	3	4	5	6	7
6. Até que ponto você acha que os objetivos da equipe possam ser realmente alcançados?	1	2	3	4	5	6	7
7. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para você?	1	2	3	4	5	6	7
8. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a equipe?	1	2	3	4	5	6	7
9. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a sociedade em geral?	1	2	3	4	5	6	7
10. Até que ponto você pensa que esses objetivos são realistas e podem ser atingidos?	1	2	3	4	5	6	7
11. Até que ponto você acha que os membros da sua equipe estão comprometidos com estes objetivos?	1	2	3	4	5	6	7

#### PARTE 4: ORIENTAÇÃO PARA AS TAREFAS

Esta parte é sobre como você sente que a equipe monitora e avalia o trabalho que faz. Considere até que ponto cada uma das seguintes questões descrevem a sua equipe. Favor circular a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe.

	Pouco		Até certo ponto			Muito	
1. Os seus colegas de equipe contribuem com ideias úteis e apoio prático para possibilitar que você realize o trabalho da melhor maneira possível?	1	2	3	4	5	6	7
2. Você e seus colegas monitoram uns aos outros para manter um alto padrão de trabalho?	1	2	3	4	5	6	7
3. Os membros da equipe estão preparados para questionar os princípios do que a equipe está fazendo?	1	2	3	4	5	6	7
4. A equipe avalia, de maneira crítica, possíveis fragilidades no que está fazendo para atingir o melhor resultado possível?	1	2	3	4	5	6	7
5. Os membros da equipe complementam as ideias, uns dos outros, de modo a alcançar o melhor resultado possível?	1	2	3	4	5	6	7
6. Há uma preocupação real entre os membros da equipe de que a mesma deve atingir os mais altos padrões de desempenho?	1	2	3	4	5	6	7
7. A equipe tem critérios claros que os membros tentam cumprir para alcançar excelência como equipe?	1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONCEPÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS COLABORATIVAS PARA UM CUIDADO SEGURO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Pesquisador:** CIBELE CORREIA SEMEÃO BINOTTO

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 30735120.7.0000.5383

**Instituição Proponente:** ASSOCIACAO SAO BENTO DE ENSINO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.280.360

#### Apresentação do Projeto:

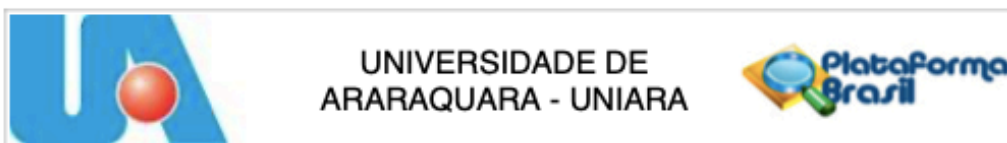
O projeto de pesquisa "CONCEPÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS COLABORATIVAS PARA UM CUIDADO SEGURO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA", de responsabilidade da pesquisadora Cibele Correia Semeão Binotto tem como objetivo de analisar a prática colaborativa como estratégia de construção do cuidado seguro, com a proposta de uma amostra de 300 participantes.

Segundo a pesquisadora:

Tipo de pesquisa - Esse método é chamado de método misto sequencial explanatório ou explicativo.

Quantitativo na sequencia qualitativo, com enfoque maior na fase qualitativa. A integração de dados quantitativos e qualitativos pode aumentar o valor da pesquisa de métodos mistos. Os dados qualitativos podem ser usados para avaliar a validade dos achados quantitativos (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013). A terceira etapa desse estudo com enfoque qualitativo, do tipo exploratório e longitudinal. A vertente qualitativa estuda o setting natural, buscando gerar um sentido ou interpretando fenômenos nos termos das significações que as pessoas trazem para estes, assim não é apenas o estudo do fenômeno que mantém a sua importância e sim o significado que o determinado fenômeno ganha para os que o vivenciam. Pensando no entendimento sobre o significado das ações, esse tipo de pesquisa pode favorecer a compreensão das atitudes seguras ou falhas, mediante o comportamento em um serviço de saúde (POLIT, 2011). A investigação neste âmbito exige mais do que um saber técnico, uma evidência ou um risco

**Endereço:** Rua Voluntários da Pátria nº1309  
**Bairro:** Centro **CEP:** 14.801-320  
**UF:** SP **Município:** ARARAQUARA  
**Telefone:** (16)3301-7263 **Fax:** (16)3301-7144 **E-mail:** comitedeetica@uniara.com.br



Continuação do Parecer: 4.280.360

**Secundário:**

- Identificar as principais características da prática colaborativa em saúde, assim como as características do cuidado seguro, com a busca na literatura de intersecções entre ambos.
- Descrever características do clima de equipe que podem contribuir para um cuidado seguro.
- Reconhecer possíveis complicadores ou barreiras para o cuidado seguro e a prática colaborativa na atenção primária.
- Identificar tecnologias de saúde utilizadas na unidade que norteiem o cuidado seguro da equipe.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

As perguntas não serão invasivas à intimidade do participante e não oferecem risco imediato, porém considera-se a possibilidade de um risco, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto e/ou estresse como resultado da exposição de opiniões pessoais e profissionais em responder perguntas que envolvem as próprias ações. Assim serão oferecidos esclarecimentos ao participante sobre possíveis dúvidas, além do acolhimento mediante desconfortos. Diante dessas situações, serão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento.

**Benefícios:**

O benefício para o participante é a reflexão gerada sobre essa temática que pode contribuir para melhoria da sua prática profissional.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta como Critério de Inclusão e Exclusão:

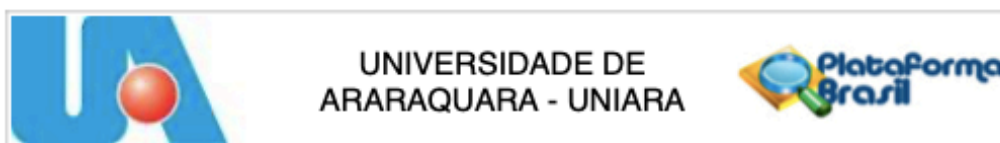
**Inclusão:** Pertencer a equipe multiprofissional destas unidades ou do NASF, há mais de seis meses. Profissionais que aceitem participar do estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Exclusão:** Profissionais que estejam de férias ou afastados no período da coleta de dados serão excluídos do estudo. Os participantes serão convidados a participar do estudo uma única vez na primeira etapa, fase quantitativa assim como uma única vez na fase qualitativa.

**Metodologia de Análise de Dados:**

A partir dos dados quantitativos coletados por meio do ECTE será construído um banco no

<b>Endereço:</b> Rua Voluntários da Pátria nº1309	<b>CEP:</b> 14.801-320
<b>Bairro:</b> Centro	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> ARARAQUARA
<b>Telefone:</b> (16)3301-7263	<b>Fax:</b> (16)3301-7144
<b>E-mail:</b> comitedeetica@uniara.com.br	



Continuação do Parecer: 4.280.360

de cunho obrigatório.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1529640.pdf	28/08/2020 14:59:55		Aceito
Outros	Carta_resposta_final.docx	28/08/2020 14:58:58	CIBELE CORREIA SEMEÃO BINOTTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.doc	28/08/2020 14:58:25	CIBELE CORREIA SEMEÃO BINOTTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	02/06/2020 15:44:35	CIBELE CORREIA SEMEÃO BINOTTO	Aceito
Outros	Autorizacao_campo.pdf	14/04/2020 15:52:56	CIBELE CORREIA SEMEÃO BINOTTO	Aceito
Outros	escala.pdf	11/04/2020 15:27:32	CIBELE CORREIA SEMEÃO BINOTTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_responsabi.pdf	11/04/2020 15:09:38	CIBELE CORREIA SEMEÃO BINOTTO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	11/04/2020 15:08:40	CIBELE CORREIA SEMEÃO BINOTTO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/04/2020 15:00:38	CIBELE CORREIA SEMEÃO BINOTTO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ARARAQUARA, 16 de Setembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Adilson César Abreu Bernardi**  
**(Coordenador(a))**

<b>Endereço:</b> Rua Voluntários da Pátria nº1309	<b>CEP:</b> 14.801-320
<b>Bairro:</b> Centro	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> ARARAQUARA
<b>Telefone:</b> (16)3301-7263	<b>Fax:</b> (16)3301-7144
	<b>E-mail:</b> comitedeetica@uniara.com.br