

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

Juliana Kelly Pascchotto Caneppele

**LIDERANÇA COLABORATIVA NO CONTEXTO DO TRABALHO EM EQUIPE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: revisão integrativa**

SÃO CARLOS - SP

2023

Juliana Kelly Pascchetto Caneppele

**LIDERANÇA COLABORATIVA NO CONTEXTO DO TRABALHO EM EQUIPE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: revisão integrativa**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Ap. Salvador
Rossit

SÃO CARLOS - SP

2023

Caneppele, Juliana Kelly Pascchotto

Liderança colaborativa no contexto do trabalho em equipe na atenção primária à saúde: revisão integrativa / Juliana Kelly Pascchotto Caneppele -- 2023. 87f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos
Orientador (a): Rosana Aparecida Salvador Rossit
Banca Examinadora: Rosana Aparecida Salvador Rossit, Cristina Zukowsky Tavares, Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva
Bibliografia

1. Liderança em saúde. 2. Relações interpessoais. 3. Trabalho em equipe. I. Caneppele, Juliana Kelly Pascchotto. 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 Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Juliana Kelly Paschotto Caneppele, realizada em 28/06/2023.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit (UFSCar)

Profa. Dra. Cristina Zukowsky-Tavares (UNASP)

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

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

Dedicatória

“Dedico esse trabalho aos meus pais Nilsa (in memorian) e Luíz Marcos (in memorian), que me ensinaram valores importantes para toda a vida”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora por orientar e iluminar minha trajetória, pelas chances que me foram concedidas, pelo amparo, otimismo.

Para o meu marido, que esteve ao meu lado de forma incondicional em todas as situações, tanto nas alegrias quanto nas adversidades. Sua sabedoria, sensibilidade e paciência são admiráveis. Como um pai amoroso e presente, suas qualidades são incontáveis e minha gratidão por ele é imensurável.

Para minha filha Thaís, meu amor incondicional e supremo, que teve que sacrificar alguns de nossos preciosos momentos como mãe e filha para que eu pudesse alcançar este importante marco em minha vida e que me inspira a construir um amanhã melhor desde hoje.

Ao meu tio Antonio, pelos modelos de resiliência e honradez, além do incentivo para me dedicar aos estudos.

Agradeço à Profa. Dra. Maria Aparecida de Oliveira Freitas, pelas valiosas orientações durante o exame de qualificação, e à Profa. Dra. Monika Wernet, pela sua dedicada assistência no Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar.

Estendo minha gratidão à bibliotecária Vanessa Rodrigues Pellegrini, da Faculdade de Zootecnia e Engenharia de Alimentos da USP, que teve uma contribuição significativa para a realização deste estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro que foi fundamental para o desenvolvimento da presente pesquisa (Processo: 88887.669758/2022-00).

De forma muito especial, quero expressar minha gratidão eterna à minha orientadora, Profa. Dra. Rosana Rossit, que me acolheu de braços abertos. Com ela, aprendi não só por palavras, mas também pelo exemplo, uma profissional dedicada, amável e íntegra, com uma paciência digna de admiração, como uma autêntica educadora, promove a evolução daqueles que estão sob sua orientação. Não hesito em dizer que essa pesquisa só foi possível devido à maneira esplêndida como ela me guiou.

***Se você não mudar a direção,
Terminará exatamente de onde partiu.***
(Antigo provérbio Chinês)

RESUMO

O trabalho em equipe baseado na prática colaborativa é uma estratégia potente para o enfrentamento dos desafios que envolvem as questões relacionadas ao desenvolvimento do trabalho, no cuidado às demandas crescentes e complexas de saúde. A liderança colaborativa é fundamental para o envolvimento dos diferentes atores, no momento das discussões e na execução das atividades, de modo a respeitar os pontos de vista, valorizar as sugestões e propostas, e, promover autonomia aos membros da equipe. Com autonomia, o sentimento de pertencimento dos membros da equipe alcança um patamar diferenciado, propiciando maior engajamento entre os profissionais. O presente estudo teve por objetivo analisar as evidências científicas disponíveis sobre a liderança colaborativa em contextos do trabalho em equipe e suas contribuições para a atenção primária à saúde, evidenciando como a liderança colaborativa ocorre no contexto de trabalho e as possíveis contribuições para os resultados na saúde. Trata-se de uma revisão integrativa que assumiu a pergunta de pesquisa: “Como os profissionais têm desenvolvido a liderança colaborativa no contexto do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde?”. Foram incluídos artigos originais disponíveis na íntegra no formato online, nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados no período de 2017 a 2022. Para as buscas foram consultadas as bases bibliográficas eletrônicas: MEDLINE-PUBMED, ERIC, SCOPUS, WEB OF SCIENCE e Lilacs. Os termos de busca (liderança; colaborativa; saúde; profissional; trabalho em equipe; interprofissional; interdisciplinar; educação; formação) foram aplicados nos idiomas português, inglês e espanhol, em diferentes combinações com os booleanos “AND” e/ou “OR”. Todos os artigos identificados foram salvos, exportados e hospedados no Rayyan®. Os critérios de elegibilidade foram aplicados por dois avaliadores independentes em duplo cego. No total, foram identificados 3.601 artigos. Seguiu-se o *checklist* e o fluxograma PRISMA. Após a triagem inicial de resumos e títulos, 47 artigos foram selecionados e lidos na íntegra. Destes 27 foram eliminados. Foram incluídos na revisão integrativa os 23 artigos que atenderam a todos os critérios de elegibilidade. Os dados foram extraídos, organizados em quadro sinóptico e categorizados. Quatro categorias emergiram das análises: Concepções e Perspectivas da Liderança; Características dos modelos de Liderança; Desafios e Possibilidades da Liderança Colaborativa nas Organizações de Saúde; e, Potencial da Educação Interprofissional para o desenvolvimento da competência de Liderança Colaborativa. Os resultados indicam a importância do desenvolvimento da competência de liderança compartilhada entre líderes e equipes da saúde. A liderança compartilhada tem o potencial de melhorar o comprometimento e a motivação dos profissionais; contribuir para a tomada de decisões e para a comunicação eficaz; promover a formação contínua dos líderes para favorecerem o reconhecimento mútuo. A partir das publicações, foi organizado um quadro com competências relacionadas à liderança colaborativa nos contextos da saúde. A necessidade de aprimorar os estudos sobre liderança é clara, especialmente considerando a perspectiva da colaboração interprofissional como alternativa aos modelos autoritários e hierarquizados de gestão. As competências colaborativas envolvem a combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e julgamentos que devem ser desenvolvidas ou aprimoradas nos diferentes contextos da formação e o trabalho em saúde, em busca qualidade da assistência.

Palavras-chave: Liderança; Competência profissional; Trabalho em equipe; Aprendizagem colaborativa; Relações interpessoais; Atenção primária em saúde.

ABSTRACT

Teamwork based on collaborative practice is a powerful strategy for tackling the challenges involved in the development of work and caring for growing and complex health demands. Collaborative leadership is essential for involving the different players in discussions and in carrying out activities, so as to respect points of view, value suggestions and proposals, and promote autonomy for team members. With autonomy, team members' sense of belonging reaches a different level, leading to greater engagement among professionals. The aim of this study was to analyse the available scientific evidence on collaborative leadership in teamwork contexts and its contributions to primary health care, highlighting how collaborative leadership occurs in the work context and its possible contributions to health outcomes. This is an integrative review that took up the research question: "How have professionals developed collaborative leadership in the context of teamwork in Primary Health Care?". It included original articles available in full online, in Portuguese, English or Spanish, published between 2017 and 2022. For the searches, the following electronic bibliographic databases were consulted: MEDLINE-PUBMED, ERIC, SCOPUS, WEB OF SCIENCE and Lilacs. The search terms (leadership; collaborative; health; professional; teamwork; interprofessional; interdisciplinary; education; training) were applied in Portuguese, English and Spanish, in different combinations with the booleans "AND" and/or "OR". All the articles identified were saved, exported and hosted on Rayyan®. The eligibility criteria were applied by two independent double-blind evaluators. In total, 3,601 articles were identified. The checklist and PRISMA flowchart were followed. After the initial screening of abstracts and titles, 47 articles were selected and read in full. Of these, 27 were eliminated. The 23 articles that met all the eligibility criteria were included in the integrative review. The data was extracted, organised in a summary table and categorised. Four categories emerged from the analyses: Conceptions and Perspectives of Leadership; Characteristics of Leadership Models; Challenges and Possibilities of Collaborative Leadership in Healthcare Organisations; and the Potential of Interprofessional Education for Developing Collaborative Leadership Competence. The results indicate the importance of developing shared leadership competences among healthcare leaders and teams. Shared leadership has the potential to improve the commitment and motivation of professionals; contribute to decision-making and effective communication; and promote the continuous training of leaders to favour mutual recognition. Based on the publications, a framework was organised with competences related to collaborative leadership in health contexts. The need to improve leadership studies is clear, especially considering the perspective of interprofessional collaboration as an alternative to authoritarian and hierarchical management models. Collaborative competences involve a combination of knowledge, skills, attitudes, values and judgements that must be developed or improved in the different contexts of training and working in healthcare, in pursuit of quality care.

Keywords: Leadership; Professional competence; Teamwork; Collaborative learning; Interpersonal relationships; Primary health care.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	14
2	INTRODUÇÃO	16
3	OBJETIVO GERAL.....	20
3.1	Objetivos Específicos	20
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	34
5.1	Delineamento da pesquisa	34
5.2	Estratégia de busca nas bases de dados	35
5.3	Crítérios de elegibilidade	37
5.3.1	Crítérios de inclusão:	37
5.3.2	Crítérios de exclusão	37
6	RESULTADOS e DICUSSÃO	40
6.1	Liderança Colaborativa em Saúde	50
6.2	Prática Interprofissional Colaborativa	51
6.3	Desafios e Possibilidades nas Organizações de Saúde.....	52
6.4	Aprendizagem sobre a liderança em Saúde	54
6.5	Quadro de referência para competências relacionadas à liderança colaborativa	59
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
	REFERÊNCIAS.....	68
	APÊNDICES	75

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Quantidade de títulos localizados por ano de publicação.....	40
--------------------------------------------------------------------------------	-----------

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação da integração da liderança vertical colaborativa	31
Figura 2 - Intersecção entre liderança vertical e liderança colaborativa na prática colaborativa centrada no cliente	31
Figura 3 - Etapas do método percorrido na revisão integrativa	35
Figura 4 - Fluxograma PRISMA ilustrando as etapas da triagem inicial da revisão integrativa e as quantificações analisadas	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização e síntese dos artigos incluídos na revisão.....	43
Quadro 2 - Categorias emergentes e distribuição dos artigos pelas temáticas	50
Quadro 3 - Quadro de competências relacionadas à liderança colaborativa nos contextos da saúde	61

1 APRESENTAÇÃO

Trabalhando há alguns anos como enfermeira assistencial em atenção primária à saúde, em Equipe de Saúde da Família (ESF), vivenciei diversas experiências como coordenação da equipe, cuidados assistenciais, entre outras atividades. Ao longo dessa trajetória várias situações chamaram a minha atenção, dentre eles, a dificuldade de convivência entre os profissionais, a falta de definição dos papéis na hora do atendimento aos pacientes, “líderes” assumindo um papel ativo na delegação de tarefas e definição de estratégias, fortalecendo a inflexibilidade e hierarquia.

A oportunidade de realizar uma pós-graduação ofertada pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) em Enfermagem, “Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem”, redirecionou minha carreira para a docência. Comecei a experimentar novas metodologias de ensino-aprendizagem e refletir sobre as mudanças recentes no ensino na saúde.

A partir dessa oportunidade inicial, outra emerge nesse contexto, o “Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde” da UFSCar, que se enquadrava na dinâmica disparadora de que tudo o que eu já havia aprendido era visto, ensinado, discutido e avaliado com um olhar especial, tanto por professores do Programa de Mestrado, como nas publicações de diversos pesquisadores.

Sendo assim, durante a formação no Mestrado fui aprendendo mais sobre o modelo crítico e reflexivo na formação em saúde. Diante de aulas com metodologias diferenciadas e ativas, fui desenvolvendo a pesquisa com o tema da Liderança colaborativa e do interprofissionalismo na saúde. Acredito que essa é uma das principais características do estudo aqui apresentado, pois em cada etapa da sua realização novas aprendizagens foram adquiridas durante o diálogo com os teóricos a cada publicação, permitindo perceber, descobrir e entender novos conceitos.

O percurso percorrido até o momento, proporcionou-me a descoberta de que as categorias profissionais quando atuam em conjunto e de modo colaborativo, percebem seus limites, conhecem os papéis e responsabilidades, desfrutam de melhorias no trabalho em equipe, e também, na qualidade do atendimento ao usuário.

O reconhecimento da minha trajetória e a percepção dos significados sobre a realidade profissional fazem parte de um pensamento constante, em que o contexto de convívio interprofissional parece direcionar para a maior resolutividade das demandas. Essas reflexões influenciaram a escolha do tema da liderança colaborativa, como objeto de investigação na presente pesquisa.

2 INTRODUÇÃO

Entendendo a importância da formação de equipes no atendimento às demandas da população, surge a necessidade de uma abordagem de trabalho na área da saúde que leve em consideração a sua complexidade, amplitude e enfoque interprofissional.

Para atender às necessidades de saúde complexas e crescentes da população global e, reconhecendo as deficiências dos modelos atuais de prática, os profissionais de saúde devem trabalhar em equipes colaborativas para alcançar serviços mais eficazes e eficientes (BREWER; JONES, 2013).

Barr et al. (2016) enfatizam que a cooperação significa mais do que apenas contribuição e requer um trabalho organizado, planejado e objetivo dentro de um contexto político, buscando garantir um cuidado de qualidade que possa superar as fronteiras entre profissões, ambientes de prática e organizações. Para isso, o trabalho em equipe interprofissional por meio de práticas colaborativas no âmbito da saúde, tem se tornado pauta na agenda de recursos humanos, com intenções e esforços por parte de elaboradores de políticas, gestores, professores e outros atores envolvidos no sentido de demonstrar que as mudanças no trabalho em saúde, quando ancorados nos princípios da interprofissionalidade, podem oferecer serviços mais eficientes e produtivos (OMS, 2010; BARR et al., 2016; SILVA et al., 2018).

A relação interprofissional tem sido apontada como um processo promissor para a prestação de cuidados de saúde mais capacitados, abrangentes e eficazes (OMS, 2010). O crescente interesse pelo tema, impulsionado em parte pelo aumento da complexidade do cuidado e pelo melhor entendimento dos determinantes do processo saúde-doença, tem sido alvo de discussões no campo das políticas de saúde em busca de alternativas para melhorar a qualidade e acessibilidade aos serviços (KÖRNER et al., 2016).

O ambiente de trabalho contemporâneo tem sofrido mudanças que têm impactado nas relações trabalhistas e no surgimento de novas formas organizacionais, menos hierárquicas e mais colaborativas. Na atual estrutura social, as organizações precisaram encontrar formas que favorecessem a aprendizagem

organizacional, e dentre muitas estratégias, buscam redesenhar modelos antigos de liderança (SOARES, 2015).

Nesse contexto, a liderança colaborativa surge com o intuito de explorar diferentes perspectivas sobre um determinado fenômeno, visando encontrar soluções mais eficazes para os problemas e/ou aprimorar processos por meio do compartilhamento e discussão de informações entre os membros de uma equipe, independentemente do nível hierárquico (MAFFIA et al., 2018).

A liderança colaborativa, tem como fator fundamental fortalecer a dinâmica do grupo, promover uma cultura de troca de ideias e de respeito à diversidade de opiniões, incentivar a inclusão, dando aos membros da equipe a oportunidade de se expressar e contribuir para as metas e objetivos do grupo. Nessa perspectiva, a liderança colaborativa não é somente sobre compartilhar ideias, mas também sobre incentivar o comprometimento e a responsabilidade coletiva. Esta abordagem distribui as tarefas e as decisões de maneira equilibrada entre os integrantes da equipe, aumentando o sentimento de pertencimento e engajamento entre os diferentes atores. Quando os membros do coletivo se sentem parte integrante e responsável pelo sucesso das ações implementadas, é provável que se dediquem ainda mais à sua realização (AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017).

A inovação também é estimulada em um ambiente de liderança colaborativa, no qual novas ideias e abordagens podem surgir e serem mais facilmente aceitas e implementadas. A liderança colaborativa, ao integrar princípios de melhoria da qualidade do cuidado na consecução de objetivos comuns, tem um forte impacto na qualidade do atendimento nos contextos de saúde, pois a equipe pode trabalhar de maneira mais eficaz e integrada para alcançar melhores resultados para os pacientes, visto que a tomada de decisão é um processo coletivo com diferentes perspectivas e experiências contribuindo para os processos decisórios. A liderança colaborativa, portanto, tem o potencial de melhorar o atendimento ao paciente, a eficiência da equipe e a satisfação do trabalho em equipe (SOUZA, 2016; WEST, 2014).

A liderança pressupõe uma contínua responsabilidade individual por ações, funções e responsabilidades que são claramente estabelecidas dentro de uma área de prática profissional ou disciplina. A liderança colaborativa favorece o desenvolvimento do trabalho interdependente entre todos os membros, promove

processos de equipe efetivos e facilita a tomada de decisões bem-sucedidas. Estabelece, também, um ambiente propício à colaboração entre todos os participantes e promove a co-criação de um espaço para a liderança conjunta. Tal prática colaborativa impulsiona a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e dos resultados alcançados. O domínio da liderança colaborativa se fundamenta em práticas cooperativas e decisões conjuntas (CIHC, 2010).

No modelo de liderança colaborativa ou compartilhada, os membros da equipe endossam a escolha do líder e assumem uma responsabilidade coletiva pelos processos designados para alcançar os resultados desejados. Existem duas dimensões essenciais na liderança: a orientação para tarefa e a orientação para o relacionamento. Na primeira, o líder auxilia os demais integrantes a prosseguirem com a tarefa de alcançar um objetivo acordado por todos. Na segunda, o líder promove a colaboração efetiva entre os membros da equipe. Neste modelo de liderança compartilhada, a liderança pode alternar entre os diferentes integrantes. Em alguns cenários, pode haver duas figuras de líder – uma que orienta os membros da equipe para manter o fluxo de trabalho, e outra que estabelece a conexão com os pacientes/clientes/famílias, funcionando como um elo entre a equipe e o paciente ou família (CIHC, 2010).

Na liderança colaborativa, é essencial o engajamento de todos os membros da equipe tanto nas discussões quanto na execução das atividades, valorizando as sugestões e propostas e prestando atenção nos diferentes pontos de vista apresentados (CRUZ; BRAZ, 2017). Assim, é crucial oferecer autonomia aos integrantes da equipe para que possam escolher as melhores abordagens para lidar com suas responsabilidades, identificando potenciais riscos e discutindo-os com o grupo, com o intuito de encontrar estratégias apropriadas e viáveis para a situação. Além disso, a autonomia promove um senso de pertencimento na equipe, o que leva a um maior engajamento entre os profissionais.

A pressão e os desafios relacionados à liderança requerem que os membros da organização trabalhem de forma colaborativa para atingir o mesmo objetivo. Nesse contexto, o reconhecimento mútuo de que cada membro depende dos demais é fundamental. O desenvolvimento de um sistema de liderança compartilhada e colaborativa na organização promove maior produtividade, além de facilitar uma gestão sustentável (PEARCE; MANZ; AKANNO, 2013).

A liderança em saúde deve desenvolver, constantemente, habilidades e competências para atuar como agente de mudança no contexto das políticas na Atenção Primária à Saúde (APS), o que requer habilidades que permitam a participação, empoderamento, trabalho em equipe, negociação, motivação, resolução de conflitos, tomada de decisão, facilitação e solução de problemas. É necessário que o profissional da saúde adote posturas que possam gerar uma visão compartilhada e direção estratégica, a fim de promover a saúde de qualidade.

No presente estudo, por meio da coleta, análise e síntese das evidências científicas, considera que para uma liderança colaborativa e eficaz, torna-se necessária uma conjunção de fundamentos e competências que auxiliem a evolução e o aprimoramento das equipes de saúde, numa lógica do trabalho integrado, colaborativo e interprofissional.

A partir dessa justificativa, identifica-se a necessidade de pesquisas que possam revelar o estado da arte sobre o tema da liderança na saúde. Tal investigação torna-se fundamental para melhorar o domínio teórico-conceitual e metodológico da extensão do conhecimento em que a liderança colaborativa, reconhecida como uma competência interprofissional, possa levar a melhores resultados de saúde para pacientes, famílias, comunidade e equipes de profissionais.

Diante dessa contextualização, emergem algumas questões que conduziram à realização da pesquisa: Qual o conhecimento produzido sobre conceitos e resultados da liderança colaborativa? Como a liderança colaborativa ocorre no contexto de trabalho dos profissionais da saúde? Como a liderança colaborativa contribui para os resultados na saúde de pacientes, famílias e comunidade?

Formulou-se assim a pergunta central da pesquisa: Como os profissionais têm desenvolvido a liderança colaborativa no contexto do trabalho em equipe na Atenção Primária à saúde?

3 OBJETIVO GERAL

Analisar as evidências científicas disponíveis sobre a liderança colaborativa em contextos do trabalho em equipe e suas contribuições para a atenção primária à saúde.

3.1 Objetivos Específicos

Evidenciar como a liderança colaborativa ocorre no contexto de trabalho dos profissionais da Atenção Primária e as possíveis contribuições para os resultados na saúde;

Construir um quadro de competências relacionadas à liderança colaborativa nos contextos da saúde.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Constituição Federal Brasileira de 1988 declarou a saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como a necessidade de acesso universal e igualitário em uma rede regionalizada e hierarquizada. Esta determinação foi o fundamento para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que se baseia na descentralização, atendimento integral e participação da comunidade para garantir a saúde de todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 1988).

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) se caracteriza pelo acesso universal, integralidade, equidade e qualidade das ações de saúde. Entre as principais estratégias para o fortalecimento da APS no SUS estão a ampliação da oferta de serviços, a qualificação da equipe e a gestão compartilhada (BRASIL, 2014).

Para conectar os indivíduos, famílias e comunidades ao sistema de saúde, é essencial oferecer serviços próximos ao local de trabalho e ao ambiente cotidiano dos usuários. Para garantir a eficácia da APS, é necessário que os municípios desenvolvam ações de gestão e gerenciamento compatíveis com os princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica, bem como, com a capacitação de profissionais para estarem aptos a liderar as equipes de saúde (BRASIL, 2010).

A APS se caracteriza por uma série de medidas de saúde tomadas em nível individual e coletivo, incluindo promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de lesões e manutenção da saúde, com a finalidade de gerar uma dedicação completa e que tenha um impacto positivo na saúde das comunidades (BRASIL, 2014).

No Brasil a APS tem como princípios e atributos: atribuir um território específico para ações que impactem os condicionantes e determinantes de saúde da população; oferecer o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde com acolhimento, escuta e vínculo; registrar os usuários e estabelecer relações de responsabilidade; coordenar a integralidade dos serviços de saúde, promovendo a articulação entre ações preventivas e recuperativas; e, incentivar a participação dos usuários na construção do cuidado e do controle social (BRASIL, 2012).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizadas por um conjunto de organizações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas e arranjos organizativos, integradas por meio de sistemas, logística e gestão, buscam promover um cuidado integral aos usuários respeitando os princípios e diretrizes do SUS. A APS é a principal porta de entrada e central de comunicação com toda a RAS (BRASIL, 2012).

A eficácia das RAS depende da descentralização da APS, da resolutividade, da coordenação dos cuidados, do suporte à rede para o acompanhamento do usuário, da comunicação centralizada, do cuidado compartilhado entre os setores (BRASIL, 2012).

Na condição de buscar implementar melhoria na saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o "Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa", entendendo que a educação, como um mecanismo de transformação da prática profissional, levaria a progressos aos serviços de saúde para caminharem rumo ao cuidado integral (OMS, 2010).

De acordo com Peduzzi (2016) e Peduzzi et al. (2020), o campo profissional da saúde apresenta um fluxo de trabalho específico, mediado pela interação entre usuários e profissionais da área e pelo uso de competências técnicas. Sob essa ótica, o SUS é considerado um sistema interprofissional que busca fornecer um atendimento abrangente à saúde, educação profissional, gestão e controle social com base nos princípios de equidade, universalidade, integralidade e participação.

O modelo de atendimento à saúde baseado na integralidade requer a administração de redes de cuidado, responsabilização e conexão entre profissionais e usuários, trabalho em equipe, acesso a recursos para garantir a continuidade da assistência e sistemas de informação para facilitar a gestão do processo terapêutico (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), foi instituída pela Lei 11.129/04, em 28 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004), tem como objetivo promover a educação e a formação continuada dos profissionais de saúde para garantir a qualidade dos serviços e a melhoria da saúde da população. Ela prevê ações de formação inicial, em serviço e em rede, além de abordar o processo de desenvolvimento das habilidades e competências necessárias para o trabalho em saúde.

A PNEPS tem como princípios a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, o acesso universal e a equidade. Ela foi instituída com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços oferecidos pelos profissionais de saúde, bem como, para promover a qualificação desses profissionais. A PNEPS estabelece as diretrizes básicas para a implementação de programas de educação e formação contínuos para os profissionais de saúde. Suas diretrizes contemplam:

1. Promover ações de educação permanente em saúde, visando à qualificação da prática profissional e ao aprimoramento do serviço de saúde;
2. Estimular a qualificação dos profissionais em serviço, em suas instituições, através de ações educacionais pertinentes às necessidades e realidades locais;
3. Estimular a formação de recursos humanos em saúde qualificados em níveis mais avançados;
4. Estimular o desenvolvimento de programas de educação permanente em saúde para atender às necessidades dos profissionais e dos serviços de saúde;
5. Estimular as iniciativas de articulação entre a educação permanente em saúde e outras áreas de conhecimento;
6. Estimular a interação entre os profissionais de saúde, as instituições de ensino e os serviços de saúde;
7. Estimular o desenvolvimento de pesquisas em educação permanente em saúde;
8. Estimular a articulação entre as estratégias de educação permanente em saúde e a política de saúde, bem como a participação ativa da comunidade na formulação, implementação e avaliação das ações de educação permanente em saúde (BRASIL, 2004).

A PNEPS prevê ações de formação inicial, em serviço e em rede, além de abordar o processo de desenvolvimento das habilidades e competências necessárias para o trabalho em saúde. Também busca contribuir para a formação de um sistema saúde mais eficaz e eficiente.

Peduzzi et al. (2020) destaca que a troca de informação e vivência no trabalho em equipe promove o crescimento intelectual e da eficiência de seus membros para a realização de tarefas, indo além de grupos comprometidos com um propósito, mas

objetivando reorganizar modelos assistenciais com foco na atenção à saúde, para entender a ação e a resposta da equipe, é fundamental importância se analisar o seu ambiente.

Trabalho em equipe é definido como a ação conjunta de dois ou mais indivíduos para realizar um propósito, abrangendo atributos de comportamento tais como: diálogo, gerenciamento, responsabilidade, partilhamento de convicções, valores de ideias e situações como: vínculo na execução de uma tarefa ou no seu desempenho, respeito e confiança ou certos trabalhos voltados com metas e objetivos comuns que, por outro lado, constitui um trabalho coletivo que se desenvolve durante as atividades cotidianas e interativas para agregar suas tarefas na execução do cuidado (PEDUZZI et al., 2020).

Peduzzi (2007, p. 161) refere que "o trabalho em equipe é dinâmico e possui uma flexibilidade que pode resultar em equipes de trabalho integradas ou equipes que não passam de uma simples aglomeração de profissionais". Portanto, a presença de diversos profissionais não garante necessariamente que estão trabalhando em equipe, uma vez que a integração entre eles não acontece automaticamente, apenas por meio do contato ou da troca de informações. A integração real entre esses profissionais é construída por meio de diálogos interativos, buscando compreensão e compartilhamento de premissas éticas e técnicas.

O trabalho em equipe é imprescindível para promover a reorganização das práticas de saúde, pois oferece uma recomposição, articulação e integração profissional que contribuem para a mudança do modelo de atenção à saúde, promovendo a integralidade (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018). Aspectos comuns que afetam de modo direto a produtividade do trabalho das equipes são apontadas, como: falta de compreensão de atitudes, objetivos e compartilhamento responsável; trabalho individualizado e hierarquizado; e, má e/ou ausência na qualidade das funções desenvolvidas e serviços prestados pela equipe.

Uma equipe integrada engloba profissionais que trabalham em conjunto, colaborando e interagindo entre si para alcançar os objetivos da equipe, com foco na saúde dos usuários. O processo de negociação e tomada de decisão é compartilhado por todos os membros, pois é fundamental para o alcance dos resultados (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Embora existam diferenças conceituais no significado de equipe, que podem ser verificadas em termos interprofissionais ou interdisciplinares, Orchard et al. (2012) defende que o uso de termos interprofissionais e interdisciplinares refere-se, respectivamente, à inter-relação entre a profissão e à integração entre os conhecimentos e compreensão da ciência.

D'amour e Oandasan (2005) definem o interprofissionalismo como o desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de diferentes categorias, que implica em "refletir e agir" de forma a atender às necessidades da comunidade. A reflexão acerca da prática, direcionada para a solução dos desafios da realidade, pode favorecer a integração e a incorporação das ações de saúde, resultando em uma abordagem mais efetiva para a organização dos serviços de saúde. O conceito de interprofissionalismo é apresentado como o envolvimento de vários integrantes inseridos em uma equipe (PEDUZZI et al., 2020).

Como resultado, as equipes interprofissionais de saúde que buscam assistir às necessidades gradativas e complexas dos pacientes, estão sob pressão para se adaptar às ações elaboradas pelos sistemas de saúde, quando, na verdade as comorbidades de seus pacientes exigem uma conduta mais individualizada para aprimorar os cuidados prestados. Essa complexidade dos cuidados primordiais ao paciente requer um aperfeiçoamento do conhecimento, na tomada de decisões compartilhadas ágeis e eficientes por parte da equipe, bem como a importância de os gestores do sistema de saúde apoiarem suas respostas, livres de sistemas burocráticos (ORCHARD et al., 2012).

Segundo Orchard et al. (2012), a prática colaborativa interprofissional é uma forma de prática em que equipes de profissionais e clientes cooperam e compartilham decisões sobre saúde e questões sociais de maneira participativa, colaborativa e coordenada.

A Educação Interprofissional (EIP) pode contribuir para a formação de equipes que trabalham de maneira colaborativa e interdependente, além de ajudar na construção de redes de serviços de saúde. Para alcançar esse objetivo, é fundamental promover mudanças na socialização dos papéis profissionais e no processo de trabalho em saúde. Essa abordagem requer uma relação interativa entre as equipes,

profissionais da saúde e usuários, a fim de tomar decisões compartilhadas sobre as necessidades de saúde de cada indivíduo (ORCHARD et al., 2012).

A EIP na saúde é uma abordagem educacional que estimula a interação entre profissionais de diferentes áreas, exige que os profissionais compartilhem seus conhecimentos e colaborem ativamente entre si durante o processo de aprendizagem para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos usuários (REEVES et al., 2013).

Para orientar a educação interprofissional e a prática colaborativa entre profissionais de diferentes categorias e em diferentes contextos, um quadro de competências foi elaborado pela equipe da CIHC (Colaboração Interprofissional de Saúde Canadense). O modelo descreve seis competências-chave envolvidas na estruturação dessas práticas: comunicação interprofissional; cuidado centrado na família e na comunidade; clareza de papéis; funcionamento da equipe; resolução de conflitos; e, liderança colaborativa (CIHC, 2010).

A *comunicação interprofissional*, estabelece princípios de comunicação em equipe, ouvindo na prática outros integrantes da equipe. Envolve pacientes e famílias para garantir a tomada de decisões comum dos cuidados, desenvolvendo uma relação de confiança entre todos (CIHC, 2010).

O *cuidado centrado no usuário/paciente, família e comunidade* apoia e oferece suporte de saúde para o indivíduo e/ou representante, compartilha informações de forma respeitosa e compreensível, encoraja a discussão e melhora a participação na tomada de decisão, garantindo apoio adequado aos pacientes/familiares e demais envolvidos com o cuidado ou serviços de saúde (CIHC, 2010).

A *clareza de papéis* compreende o próprio papel e o desempenha de forma respeitosa, reconhece os papéis de outras profissões respeitando sua diversidade, linguagem, integrando competências e funções (CIHC, 2010).

O *funcionamento da equipe* é entendido como um processo de desenvolvimento, um conjunto de princípios que respeita os valores éticos dos membros, facilita a participação, a interação, a discussão decisão colaborativa. Estabelece e mantém um trabalho eficaz e saudável no relacionamento com

pacientes/famílias, respeitando a ética da equipe, incluindo confidencialidade e profissionalismo (CIHC, 2010).

A *resolução de conflitos* no contexto interprofissional envolve todos os membros da equipe, incluindo paciente/família, e lida com as divergências de forma positiva e construtiva, conforme elas surgem. Trabalha-se de forma eficaz para solucionar os desacordos, analisando suas causas e buscando alcançar uma solução aceitável, permitindo que todos os membros expressem seus pontos de vista, independentemente do resultado (CIHC, 2010).

A *liderança colaborativa* enfatiza que as informações devem ser coordenadas, compartilhadas e discutidas entre todos os membros da equipe, independentemente do nível hierárquico, mas também, implica responsabilidade individual e contínua por suas próprias ações e funções. Uma característica fundamental é o engajamento da equipe, pois envolve gerenciamento e orientação comum, feita individualmente ou de forma compartilhada, reforçando questões de participação da equipe como: propósito comum, ação compartilhada e compromisso, incentivando o grupo para buscar sempre melhores resultados, novas ideias e inovações. A liderança, quando colaborativa, é pactuada pela equipe e todos têm acessibilidade para participar com pontos de vista e opiniões, integrar conhecimentos para melhoria na qualidade da assistência no processo do cuidar e no desempenho de objetivos comuns (CIHC, 2010).

A gestão em saúde é fundamental para a liderança colaborativa, pois ela proporciona aos líderes a oportunidade de trabalhar em conjunto com outros membros da equipe para atingir os resultados desejados. A gestão em saúde permite que os líderes entendam as necessidades dos pacientes, as opções disponíveis e as melhores formas de atender às demandas, e, fornece as ferramentas necessárias para que os líderes possam desenvolver uma abordagem holística na administração dos serviços. A gestão em saúde ajuda os líderes a entenderem o melhor caminho para a implementação de políticas e programas que visem melhorar o acesso aos cuidados de saúde, e também, ajuda a compreender como as estratégias e os serviços podem melhorar a qualidade de vida dos usuários. Os líderes podem trabalhar em conjunto para desenvolver planos de saúde que melhorem os serviços de saúde, incluindo o treinamento dos profissionais, o aumento da acessibilidade, bem

como, a implementação de políticas que visem melhorar a qualidade dos cuidados (VECINA NETO; MALIK, 2016).

Para que a formação, tanto na graduação como na educação permanente, possa preparar os profissionais para a liderança e para o efetivo trabalho em equipe, faz-se necessário a criação e implementação de políticas que adotem a EIP como estratégia para o desenvolvimento das competências colaborativas e para a sustentabilidade das ações interprofissionais nos diferentes cenários da formação e do trabalho em saúde.

Nessa perspectiva, Oandasan e Reeves (2005) propuseram três dimensões de ação para a implementação da EIP em Saúde. A dimensão **micro** está relacionada ao nível individual, envolvendo habilidades de comunicação, atitudes em relação à colaboração interprofissional, conhecimentos sobre outras profissões de saúde, autoeficácia e motivação para trabalhar em equipe. A dimensão **meso** abrange o nível institucional/organizacional, incluindo a cultura organizacional, liderança efetiva, recursos adequados para a implementação da EIP, políticas e procedimentos claros para a colaboração interprofissional, além do apoio administrativo. Por fim, a dimensão **macro** refere-se ao nível sociocultural e político, englobando políticas governamentais que incentivem a colaboração interprofissional, financiamento adequado para programas de EIP, mudanças na cultura profissional que valorizem a colaboração interprofissional e o reconhecimento público da importância da EIP.

O tema da liderança é amplo e complexo, devido às várias abordagens e contextos de estudo. Diferentes perspectivas de liderança são discutidas, permitindo que seja compreendida sob diversas concepções (NEVES; SANNA, 2016).

Ao longo do tempo, diferentes teorias sobre liderança foram desenvolvidas e estudadas. Assim, tem-se: a liderança com base nas características e comportamentos do líder, com destaque para as relações humanas; a liderança situacional ou contingencial considera que o estilo de liderança deve ser flexível e variar de acordo com a situação ou os indivíduos envolvidos; a liderança interacionista que relaciona a personalidade do líder com a situação específica; a liderança transacional que se concentra na execução das tarefas; e, a liderança transformacional que dá significado e propósito aos liderados. Estas teorias têm como objetivo entender melhor o papel do líder e as necessidades específicas em cada

situação. Essas teorias são dinâmicas e evoluem com o passar do tempo, auxiliando na tomada de decisões e melhor compreensão do ambiente de trabalho (GILTINANE, 2013; MARQUIS; HUSTON, 2015).

A liderança é vista como um processo que envolve a influência do líder sobre sua equipe para alcançar objetivos compartilhados e alinhados com a cultura organizacional. As teorias contemporâneas de liderança consideram, também, as variáveis externas, como o aumento da complexidade do ambiente de trabalho e o impacto da cultura organizacional, que desempenham um papel importante na eficácia da liderança. Essa abordagem ampliada exige que os líderes sejam ágeis e que usem uma variedade de estratégias para guiar sua equipe com sucesso (MARQUIS; HUSTON, 2015).

De acordo com Sato (2010), um líder é a pessoa responsável por gerenciar um grupo a fim de alcançar os objetivos propostos. Desse modo, o líder deve coordenar e motivar o grupo, além de compartilhar informações, programas e metodologias para o trabalho em conjunto. O autor reforça que o líder deve se comprometer com a disseminação de informações, programas e sistemas organizacionais. Além disso, deve ter responsabilidade, empatia, habilidade de comunicação e gerenciamento eficaz, a fim de aprimorar e atender às necessidades da organização.

Há conhecimento crescente de que os entendimentos individualistas, tradicionais de liderança, não são mais suficientes para explicar a liderança bem-sucedida, uma vez que os líderes são normalmente vistos como indivíduos que ocupam papéis designados e são solucionadores de problemas. O pensamento atual afirma que a liderança deve ser compartilhada por toda a organização de saúde para aprender a resolver problemas à medida que surgem, vista como um processo que envolve múltiplos agentes. Essas práticas de liderança compartilhada contribuem para uma melhor experiência do paciente; redução de erros, infecção e mortalidade; aumenta a moral da equipe e reduz o absenteísmo e o estresse da equipe (GORDON et al., 2017).

Mango (2018) realizou uma revisão da literatura incluindo 22 teorias de liderança. A revisão e síntese das teorias revelaram que a liderança é construída em seis domínios fundamentais que influenciam o desenvolvimento de um modelo de liderança integradora: caráter, características, práticas pessoais, práticas

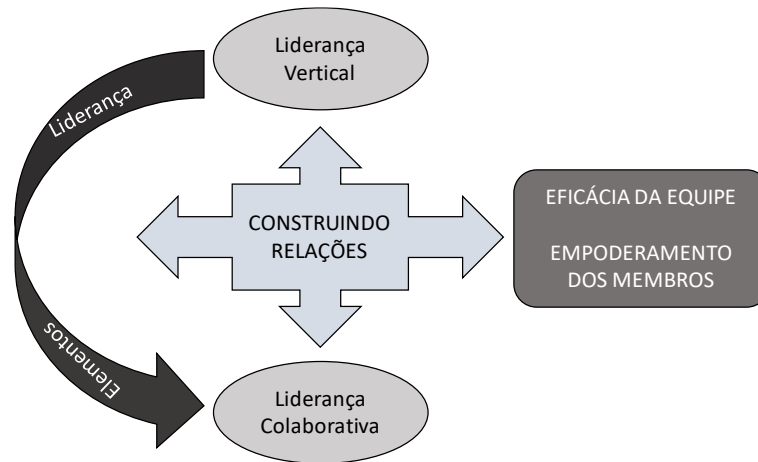
institucionais, contexto e resultados, originadas do inglês *character, characteristics, people practices, institutional practices, context and outcomes* que constituem o acrônimo CCPICO.

As práticas de liderança identificadas por Kouzes e Posner (2012) incluem: modelar o caminho, esclarecendo seus próprios valores e validando e conectando ações aos valores compartilhados do grupo; inspirar uma visão compartilhada, ajudando o grupo a ver um futuro desejado; desafiar o processo, buscando oportunidades para inovar e assumir riscos; habilitar outros a agirem, construindo relacionamentos de confiança; e, encorajar os sentimentos, reconhecendo as contribuições dos outros.

Mango (2018, p. 119) afirma que “a liderança é um estilo de vida, de dedicação à entrega de resultados que atendam às necessidades de todas as partes interessadas”. Os líderes que fazem a diferença na sua atuação têm três coisas em comum: o desejo de fazer a diferença na vida das pessoas; lideram com autoridade moral; e, agem diariamente para melhorar a vida de seus seguidores. Essas três áreas são compostas por sete elementos que distinguem os líderes impactantes dos demais líderes, a saber: propósito/intenção, convicção, autoridade moral, paixão/comprometimento, compromisso, coragem e aprendizado.

Comparando-se as práticas de liderança vertical orientada pelo líder e as práticas de liderança colaborativa orientadas para a equipe, entende-se que estes modelos de liderança podem se cruzar, interagir e promover a integração entre esses modelos. Assim, as práticas podem fornecer um meio maior de coordenação formal e abordagens informais, levando à valorização relacional, que permitem um reconhecimento do impacto desses elementos na prática relacional, tendo como resultados a eficácia do trabalho em equipe e o empoderamento dos membros envolvidos (ORCHARD; RYKHOFF, 2015). As autoras apresentam um esquema representativo que ajuda na compreensão da liderança relacional (Figura 1).

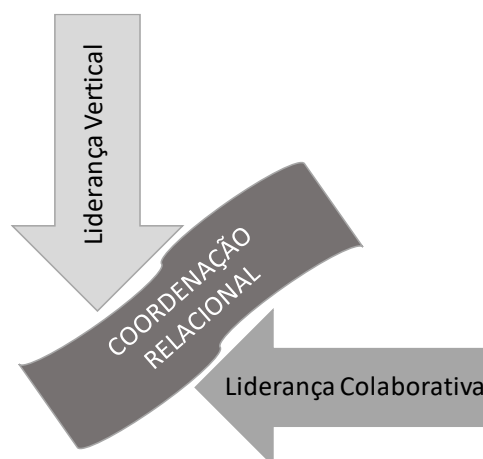
Figura 1 - Representação da integração da liderança vertical e colaborativa.



Fonte: Adaptado de Orchard e Rykhoff (2015, p. 84).

A intersecção entre os membros dentro de uma equipe e a liderança foi denominada por Gittell, Godfrey e Thistlethwaite (2013) como “coordenação relacional”, ou seja, o “processo de trabalho” (p. 210). Dessa forma, os relacionamentos são construídos por meio de comunicações frequentes, oportunas, precisas e focadas na solução de problemas. Orchard e Rykhoof (2015) ilustram essa intersecção entre a liderança vertical e a liderança colaborativa.

Figura 2 - Intersecção entre liderança vertical e liderança colaborativa na prática colaborativa centrada no cliente.



Fonte: Adaptado de Orchard e Rykhoof (2015, p. 85).

O conceito de liderança colaborativa, semelhante às demais formas de liderança distribuída ou compartilhada, possui propriedades características: emerge de um grupo de indivíduos em interação; apresenta limites abertos; e, incentiva a distribuição de conhecimentos entre muitos participantes (BOOKEY-BASSETT et al., 2017).

Uma chave para entender o conceito particular de liderança colaborativa, além de outros estilos de compartilhamento, é a palavra “colaboração”, que enfatiza o processo de trabalhar em conjunto. Outra característica é a reciprocidade de influência a maneira pela qual a liderança colaborativa expressa um modo de influência mútua. Bookey-Bassett et al. (2017) focam a atenção na interação de ambos os processos socioculturais (interações entre indivíduos) e processos estruturais (incluindo características do ambiente, instituição ou organização). Embora o foco de que a liderança colaborativa possa trazer “*insights* valiosos”, o foco mais apropriado para investigações pragmáticas na prática profissional é o que a liderança colaborativa e a colaboração têm o potencial para implementar ações coletivas.

Diante do cenário atual de incertezas que afetam a sociedade contemporânea, a liderança torna-se um assunto ainda mais complexo para as instituições de saúde. Embora reconhecidas pela sua singularidade, as necessidades de gestão se assemelham às demais organizações. Por isso, é importante que seja desenvolvido um modelo de liderança eficiente e adequado para atender às demandas deste setor. Chanes (2006) considera que as instituições de saúde são compostas por uma variedade de profissionais de diversas especialidades, criando um ambiente único. Para gerenciar essa estrutura eficazmente, é necessário que o líder-gestor tenha habilidades de comunicação e compreensão para encontrar a melhor solução para cada situação.

Para garantir que sejam tomadas as melhores decisões, é responsabilidade do líder e da equipe discutirem os métodos mais apropriados para alcançar o consenso, levando em consideração as características da equipe, o conteúdo a ser decidido, a avaliação de riscos e o tempo disponível para a tomada de decisões (BURMESTER, 2012; MOSSER; BEGUN, 2015). A partir da decisão colaborativa, inicia-se a elaboração ou revisão dos planos de ação, bem como, a criação conjunta de indicadores para avaliar o desempenho alcançado. Para garantir que todo esse

processo de tomada de decisão ocorra de forma colaborativa, é essencial que todos os membros da equipe estejam comprometidos em implementar o projeto construído.

Para Tavares et al. (2022), a liderança em saúde desempenha um papel crucial na formulação e implementação de políticas de atenção primária. Como tal, é importante que os líderes de saúde melhorem continuamente suas habilidades e competências para efetivamente liderar e impulsionar mudanças no sistema de saúde. Isso é particularmente importante no contexto de mudanças na política de atenção primária, onde os líderes de saúde devem ser capazes de se adaptar e responder a novos desafios e oportunidades.

Diante dos referenciais teórico-conceituais que fundamentam a presente pesquisa apresenta-se a seguir o percurso metodológico com o detalhamento do passo a passo dos procedimentos implementados.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, cujo método possibilita a síntese de vários estudos já publicados, pautados nos achados apresentados pelas pesquisas, resultando em uma análise ampliada e na identificação de lacunas existentes.

A pesquisa integrativa tem como objetivo gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas relevantes, por meio da análise da multiplicidade de estudos disponíveis (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A metodologia de busca e escolha dos estudos para esta revisão integrativa seguiu as recomendações do *Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies* - PRISMA, utilizando os quadros e fluxogramas acessíveis no site, ajustando-se à necessidade do estudo de modo que as informações ficassem compreensíveis aos leitores. É importante mencionar que os termos de busca controlado *Medical Subject Headings* (MeSH) foi elaborado com base nas recomendações do *checklist* PRISMA (PAGE et al., 2021).

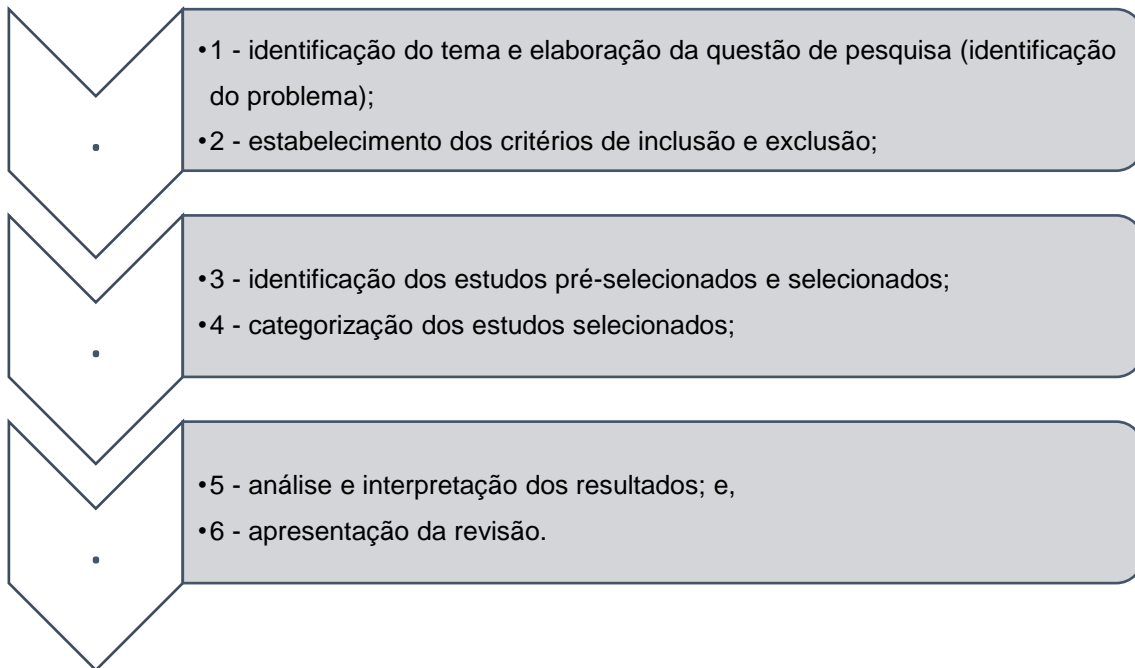
O PRISMA é recomendado para construção de revisão sistemática e meta-análise, com o objetivo de colaborar com os autores para melhorar os relatos nesse tipo de revisão. É composto por um *checklist* com 27 itens e um fluxograma de quatro etapas, disponibilizados no site do PRISMA (<http://prisma-statement.org/>).

Essa recomendação sintetiza a descrição de revisões que avaliam estudos randomizados, podendo ser empregada como base para relatar revisões sistemáticas de outros gêneros de pesquisa (avaliações de intervenções) e revisões integrativas, sendo que o pesquisador pode adaptar os instrumentos de acordo com as necessidades da pesquisa (MOHER et al., 2009).

5.2 Estratégias de busca nas bases de dados

Para a condução desta investigação foram percorridas seis etapas, as quais estão ilustradas na Figura 3.

Figura 3 - Etapas do método percorrido na revisão integrativa, São Carlos, 2023



Fonte: Elaborado pela própria autora.

Para a estruturação da presente pesquisa utilizou-se a estratégia PICOT (GALVÃO; PEREIRA, 2014). O acrônimo PICOT possibilita a formulação da questão de pesquisa, e com isso a identificação das palavras-chave ou descritores de saúde para conduzir a pesquisa. Assim, **P**: (*patient*) população; **I**: (*intervention*) indicador; **C**: (*comparison*) comparação ou contexto; **O** (*outcomes*): desfecho/resultados; e **T** (*type of studies*): tipo de estudo.

Na presente pesquisa considerou-se: **P**opulação (profissionais), **I**nteresse (liderança colaborativa), **C**ontexto (atenção primária em saúde), **R**esultados (trabalho equipe, prática colaborativa) e **T**ipo estudo (revisão). Diante dessa estratégia a pergunta de pesquisa foi estruturada: Como os profissionais têm desenvolvido a liderança colaborativa no contexto do trabalho em equipe na Atenção Primária à saúde?

Para o levantamento da literatura foram consultadas as bases de dados eletrônicas: PUBMED constitui base que compreende cerca de 20 milhões de citações para a literatura biomédica que inclui o MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), ERIC (Education Resources Information Center), SCOPUS (SciVerse Scopus), WEB OF SCIENCE (Institute for Scientific Information Web of Science) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Para composição da estratégia de busca, selecionou-se as palavras-chaves e os descritores no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), MeSH e os booleanos “AND” e “OR”, elaborando-se as combinações entre os termos de busca que foram inseridos nas bases de dados e aplicados nos idiomas inglês, português e espanhol: liderança; colaborativa; saúde; profissional; trabalho; trabalho em equipe; interprofissional; interdisciplinar; educação; aprendizagem. As buscas foram realizadas nas bases de dados em julho de 2022.

Iniciou-se com as buscas em duas bases de dados MEDLINE-PUBMED (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e WEB OF SCIENCE (*Institute for Scientific Information Web of Science*), o que serviu de parâmetro para verificar a abrangência dos termos para a captura dos títulos e para ajustar as combinações entre os termos selecionados e os booleanos.

Os procedimentos de busca possibilitaram a identificação das publicações sobre a temática em estudo. Os títulos identificados foram salvos e exportados para o gerenciador de referências *Mendeley*® e, posteriormente, foram importados para o *Rayyan*®.

A plataforma *Rayyan*® é um aplicativo gratuito da web, financiado pela Qatar Foundation, desenvolvido para auxiliar em pesquisas do tipo revisão sistemática, integrativa, escopo e metanálise, por meio de um processo de semiautomação para agilizar a triagem inicial de resumos e títulos. O aplicativo oferece recursos variados, como a criação de um projeto de revisão, convite a colaboradores, exploração de citações em diferentes formatos, exportação, importação, rotulagem e filtragem de citações, categorização em referências “incluídas”, “excluídas” e “em dúvida”, cegamento entre revisores e identificação automática de duplicidades. O processo de importação e triagem é armazenado em nuvem (OUZZANI et al., 2016).

5.3 Critérios de elegibilidade

5.3.1 Critérios de inclusão

- Publicações que atendessem aos critérios selecionados para o acrônimo PICOT – **P**opulação (profissionais), **I**nteresse (liderança colaborativa), **C**ontexto (atenção primária em saúde), **R**esultados (trabalho equipe, prática colaborativa) e **T**ipo (tipo de estudo);
- Ter a liderança como tema central;
- Apresentar os termos interprofissional ou interdisciplinar ou multiprofissional ou multidisciplinar;
- Estar na área da saúde;
- Conter temática na atenção primária à saúde (UBS, USF, NASF);
- Estudos primários com todos os desenhos metodológicos que respondessem à pergunta de pesquisa;
- Estudos de intervenção, os quais visem aprimorar ideias e possibilitar a consideração de diversos aspectos relacionados ao objeto de estudo;
- Pesquisa científica, com resumo e texto disponíveis na íntegra;
 - Envolver duas ou mais categorias profissionais;
 - Artigos escritos nos idiomas português, inglês ou espanhol; e,
 - Terem sido publicados no período de 2017 a 2022.

5.3.2 Critérios de exclusão

- Artigos que não estavam alinhados à estratégia PICOT definidas para a pesquisa;
- Artigos de revisão;
- Artigos cuja população não era composta por pelo menos duas ou mais categorias profissionais;
- Artigos que não abordaram pesquisa de intervenção a respeito do tema central;
- Literatura cinzenta: teses e dissertações, anais de conferências, boletins informativos, relatórios, documentos governamentais e parlamentares, comunicações informais, traduções, dados de censo, relatórios de pesquisa, relatórios técnicos, padrões, patentes, vídeos, ensaios clínicos e diretrizes

práticas, e-prints, pre-prints, artigos wiki, e-mails, blogs, arquivos de dados de pesquisa e dados científicos, levantamentos geológicos e geofísicos, mapas, conteúdo de repositórios.

De acordo com os critérios de inclusão propostos para esta revisão integrativa, a avaliação da elegibilidade dos títulos e resumos foi realizada por dois avaliadores independentes em sistema duplo cego.

Ao final das análises de títulos e resumos na plataforma *Rayyan*[®] e da tomada de decisão individual quanto à classificação das publicações nas categorias “inclusão”, “exclusão” ou “incerteza”, os avaliadores se reuniram para resolver os conflitos apontados pelo *Rayyan*[®] quanto à classificação dos títulos. Na reunião de consenso os avaliadores apresentaram suas justificativas para a inclusão ou exclusão dos títulos e as decisões foram tomadas conjuntamente, considerando a pertinência e a elegibilidade dos títulos para a revisão.

Com a finalização da triagem inicial, os títulos e resumos que atenderam aos critérios de elegibilidades foram incluídos para a análise. Os títulos foram baixados, lidos na íntegra e avaliados quanto à pertinência. Essa constituiu-se em uma etapa importante que possibilitou a tomada de decisão final, quanto à manutenção (ou não) dos títulos na pesquisa integrativa.

A partir do fechamento da amostra com artigos elegíveis para a revisão, procedeu-se à leitura em profundidade para a extração dos dados. Os dados extraídos foram organizados em planilhas eletrônicas Excel[®], versão 2019, para análises e sínteses.

Posteriormente, foi construído um quadro sinóptico (Apêndice 1) com a finalidade de proporcionar uma análise comparativa, contemplando os seguintes aspectos sobre os artigos selecionados: autor/ano; local de estudo (país); título; número de participantes; categorias profissionais; referencial teórico-conceitual; objetivos; métodos/técnicas de pesquisa; principais resultados; principais conclusões; barreiras/lacunas; potencialidades/contribuições; e, referência completa. Os artigos selecionados foram analisados na íntegra e agrupados por categorias temáticas.

Os resultados e discussão da revisão integrativa foram apresentados de maneira descritiva, permitindo ao leitor avaliar a aplicabilidade da revisão e alcançar

o objetivo de analisar os conhecimentos científicos sobre a liderança colaborativa em contextos de trabalho em equipe, identificar lacunas e direções futuras para a pesquisa, bem como as contribuições para os resultados na saúde de pacientes, famílias e comunidade na Atenção Primária.

5.3 Construção do Quadro de Competências relacionadas à liderança colaborativa nos contextos da saúde.

Um conjunto de competências relacionadas à liderança colaborativa nos contextos da saúde foi organizado a partir das publicações utilizadas no presente estudo.

Um documento de texto foi alimentado com diferentes características envolvidas com a liderança. Foram incluídos aspectos consensuais sobre as competências, habilidades e atitudes de profissionais da saúde, identificados nas evidências científicas incluídas na revisão integrativa, além de artigos e outras publicações relacionadas a APS e que estavam relacionadas à formação profissional em saúde com foco o desenvolvimento e/ou aprimoramento da competência de liderança.

O material selecionado foi submetido a uma leitura cuidadosa e a análise temática, considerando a relevância, a repetitividade e/ou a semelhança conceitual e a pertinência à temática da liderança. Essa estratégia permitiu uma aproximação com a literatura internacional e nacional sobre o assunto possibilitando a identificação prévia de categorias e o agrupamento das características selecionadas em cada domínio. Para cada categoria de análise, trechos dos textos foram incluídos em cada categoria identificada, considerando a sua relevância e especificidades.

Para a denominação das categorias emergentes das análises, buscou-se uma correlação entre os domínios (núcleos comuns) e as competências (núcleos específicos) para a área da saúde. Para os propósitos desta dissertação, o quadro é apresentado ao final da seção dos resultados e discussão.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das estratégias de busca foram identificados 3.601 artigos nas bases bibliográficas eletrônicas pesquisadas. Destes, foram excluídos 3.435 pelos seguintes motivos: 94 títulos por estarem em duplicidade e 3.341 por não estarem alinhados aos objetivos da pesquisa e não atenderem aos critérios de inclusão (tipo de publicação errada, tema errado, sem resumo, população errada, cenário errado, ser curso de formação, fora do período de busca, resultado errado, artigo de fundo e literatura cinzenta).

Dos 166 restantes, 119 foram classificados como 'incerteza', pois não estavam em consonância aos critérios de inclusão, porém, apresentavam referenciais teórico-conceituais relevantes, com possibilidades de poderem ser utilizados na construção do Quadro de competências e na discussão dos resultados da presente pesquisa. A partir da pré-análise de títulos e resumos, 47 publicações foram incluídas para leitura na íntegra.

A partir da leitura exploratória, 24 dos 47 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade e aos objetivos da revisão integrativa. Dessa forma, restaram 23 artigos que foram lidos em profundidade para a extração dos dados.

A Tabela 1 mostra a quantidade de títulos localizados por ano de publicação.

Tabela 1 - Quantidade de títulos localizados por ano de publicação, UFSCar, 2022.

Ano publicação	Quantidade
2022	5
2021	6
2020	2
2019	3
2018	2
2017	5
TOTAL	23

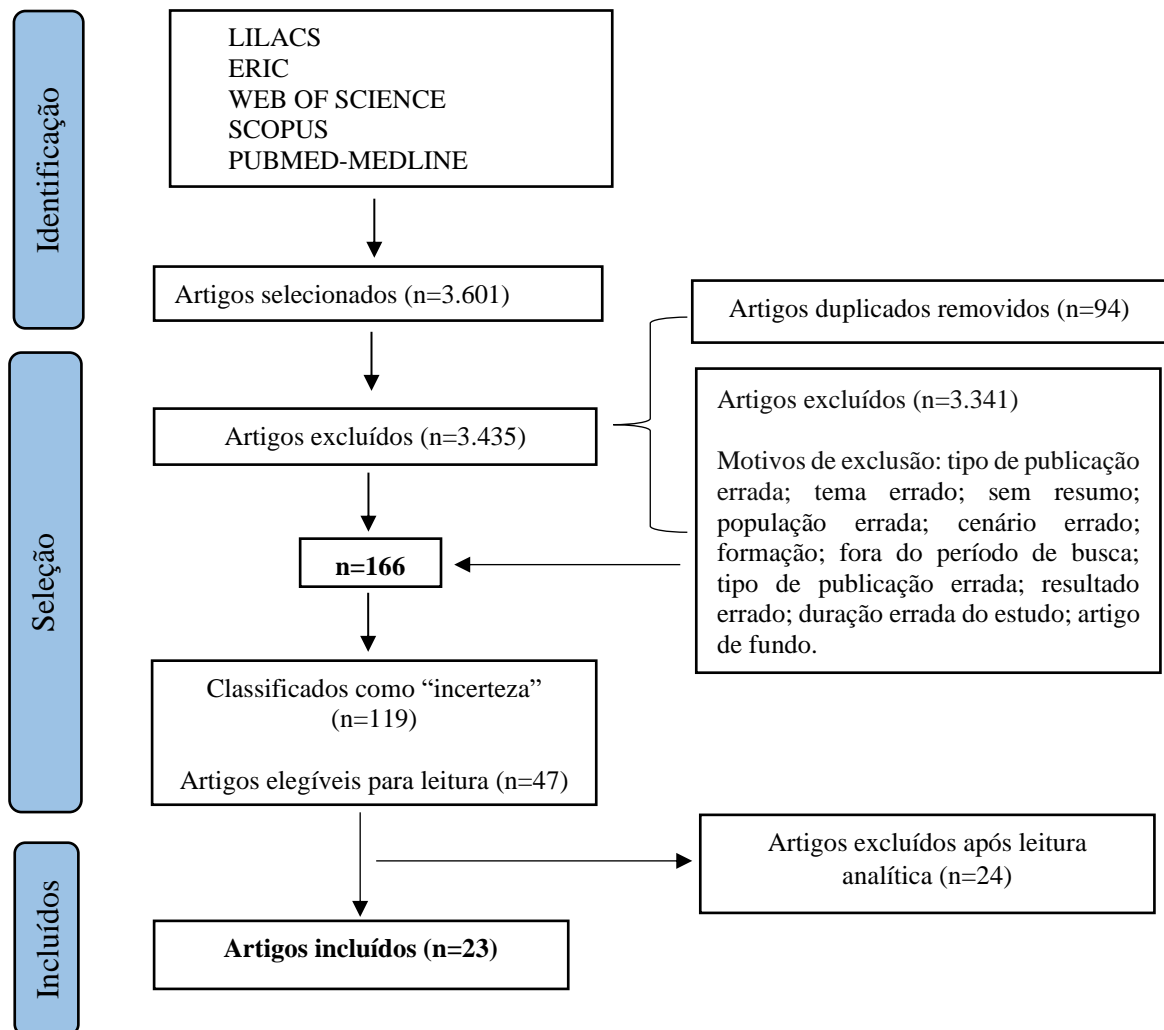
Fonte: Elaborado pela própria autora.

Com relação ao idioma principal dos títulos incluídos na revisão, do total de 23 artigos selecionados tem-se: 21 publicados no idioma inglês; um em português e um em espanhol.

Os estudos analisados são originados do Reino Unido (5), Canadá (4), Holanda (1), Japão (1), Estados Unidos da América (2), Qatar (2), Indonésia (1), Suécia (1), Irlanda (2), Brasil (1), Nepal (1), Espanha (1) e Filipinas (1).

A Figura 4 apresenta o fluxograma da etapa de triagem inicial.

Figura 4 - Fluxograma PRISMA ilustrando as etapas da triagem inicial da revisão integrativa e as quantificações analisadas, São Carlos, 2023.



Fonte: Adaptado de Page et al. (2021).

Na apresentação dos resultados da revisão integrativa, é necessário que haja uma análise objetiva e completa das publicações incluídas, a fim de permitir que o leitor avalie os resultados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Após a leitura completa dos artigos, como etapa da análise e sistematização dos resultados, uma síntese de cada estudo incluído na revisão foi produzida (Apêndice 2).

O Quadro 1 contém as principais informações extraídas dos estudos primários, com foco no objetivo de interesse desta revisão com informações relacionadas a: autor e o ano do estudo; país da publicação; objetivos; desenho do estudo; participantes; e, principais resultados.

Quadro 1 - Caracterização e síntese dos artigos incluídos na revisão, São Carlos, 2023 (n=23).

Autor/Ano	País	Objetivo(s)	Desenho do estudo / Participantes	Principais resultados
1.Gordon <i>et al.</i> (2017)	Reino Unido	Explorar como as equipes interprofissionais de saúde decidem a liderança em um nível micro, por meio de atos influentes de organização.	Etnografia vídeo reflexiva (VRE) Médicos, estudantes de medicina, equipes de enfermagem, pessoal administrativo e da assistência (n= 39).	A liderança em saúde é determinada dentro de sistemas adaptativos, diante dos inúmeros problemas vivenciados no cotidiano do trabalho e que tais desafios ainda são solucionados por meio de hierarquias tradicionais.
2.Wong <i>et al.</i> (2017)	Canadá	Relatar as perspectivas de profissionais sobre os fatores sistêmicos que influenciam as colaborações entre Prática Colaborativa e Saúde Pública; e, como os fatores interagem para influenciar a colaboração entre os setores da saúde.	Entrevistas semiestruturadas. Enfermeiros, médicos e nutricionistas (n= 74).	Sete fatores sistêmicos para a colaboração foram identificados: 1) estruturas de serviços de saúde que promovem a colaboração; 2) modelos de financiamento e incentivos financeiros que apoiam a colaboração; 3) políticas governamentais e regulatórias e mandatos para colaboração; 4) relações de poder; 5) infraestrutura de informação e comunicação harmonizada; 6) educação profissional direcionada; e 7) líderes de sistemas formais como campeões colaborativos.
3.Van Dongen <i>et al.</i> (2017)	Holanda	Melhorar a compreensão do processo de colaboração interprofissional em reuniões de equipes de atenção primária na Holanda, observando a prática atual e explorando opiniões pessoais.	Reuniões de equipe e entrevistas semiestruturadas. Médicos de família, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, gerentes de casos de demência, consultor de recursos humanos, conselheiros de pacientes, pacientes e seus cuidadores (n= 60).	A comunicação aberta e dialógica entre os profissionais de saúde leva à maior eficiência, acessibilidade e tomada de decisão coletiva. A distribuição equilibrada de papéis e responsabilidades entre os membros da equipe auxilia na coordenação do cuidado.
4.Asakawa <i>et al.</i> (2017)	Japão	Compreender se o processo de desenvolvimento da cooperação interprofissional baseados em cuidados integrados é necessário para construir efetivamente a cooperação na	Entrevistas semiestruturadas. Médicos, enfermeiros, farmacêutico, gerentes de cuidados, assistentes sociais e administrativos (n= 26).	Extraíram três categorias como elementos necessários para a construção da cooperação interdisciplinar no cuidado integrado de base comunitária: 1) dois tipos de configuração do encontro; 2) construir uma boa comunicação; e 3) liderança eficaz.

		prestação de serviços à comunidade.		
5. Clarke <i>et al.</i> (2017)	EUA	Avaliar os efeitos do treinamento e barreiras percebidas pelos líderes sobre o uso de práticas de liderança colaborativa.	Entrevistas semiestruturadas. Líder de Departamentos de Educação, Associações Rurais de Saúde, Departamentos de Saúde e Grupos de defesa de país (n= 40).	Avaliaram os efeitos do treinamento e barreiras percebidas pelos líderes sobre o uso de práticas de liderança colaborativa. As práticas de liderança colaborativa descritas pelos participantes foram categorizadas de acordo com a estrutura de liderança <i>Collaborative Community Health Partnerships</i> de Alexander et al. (2001): Sistemas a pensar, Liderança baseada em visão, Liderança colateral e práticas de compartilhamento de poder, Liderança colateral, Divisão do poder, Práticas de liderança baseadas em processos, Liderança baseada em processos.
6. Al Harthy <i>et al.</i> (2018)	Qatar	Desenvolver as competências interprofissionais necessárias para gestores de serviços de saúde em Omã.	Questões abertas e escala Likert. Enfermagem, Medicina, Biomedicina, Farmácia, Radiologia, Fisioterapia (n= 20).	Os futuros gestores de serviços de saúde precisarão mergulhar na compreensão dos seis blocos de construção do sistema de saúde em Omã: governança, finanças, serviços de saúde, recursos humanos para a saúde, equipamentos e produtos e Tecnologia da informação. Observou-se uma horizontalização das relações entre os membros da equipe, fator que favorece a prática colaborativa interprofissional.
7. Southby <i>et al.</i> (2018)	Reino Unido	Identificar os fatores que afetam a assistência na clínica médica e no setor comunitário.	Entrevistas semiestruturadas. Clínico geral, gerente e enfermeira da clínica, gerente sênior e dois médicos de cada organização (clínica e setor comunitário) (n= 18).	O sistema de saúde atual oferece oportunidades para colaborações, mas há desafios como liderança descentralizada, planejamento clínico, seleção de recursos humanos e compartilhamento de dados que devem ser superados para uma colaboração holística e integrada se tornar sistemática.
8. Findyartini <i>et al.</i> (2019)	Indonésia	Identificar as percepções da força de trabalho atual em relação à prática colaborativa interprofissional e explorar os desafios e barreiras associados aos valores socioculturais e outros fatores que podem afetar a sua implementação.	Entrevistas semiestruturadas. Enfermeira, Médico, Parteira, Dentista, Nutricionista, Psicólogo, Farmácia, Saúde Pública, Radiologista e Outros (n= 303).	Ressaltaram a importância da liderança em ambientes de atenção primária, que nutre e incentiva uma distribuição equilibrada de papéis e responsabilidades dentro da equipe interprofissional.

9. Avby <i>et al.</i> (2019)	Suécia	Explorar casos de sucesso para identificar o que permite a inovação na atenção primária à saúde.	Entrevistas semiestruturadas. Administradores, Enfermeiras, Gerentes e outros profissionais membros da equipe (n= 48).	Identificaram mudanças nas práticas, que foram categorizadas em três tipos de inovações: 1) inovação de serviço, 2) inovação de processo e 3) inovação organizacional. Delinearam-se, então, as principais características que possibilitaram as inovações da atenção básica na APS.
10. Boyle <i>et al.</i> (2019)	Canadá	Demonstrar abordagens mais modernas por meio de procedimentos e ferramentas para alcançar o objetivo triplo da assistência médica (qualidade, saúde geral da comunidade e custo reduzido).	Entrevistas semiestruturadas. Médicos, Enfermeiras, Administradores (n= 10).	Os líderes podem ser preparados por meio de procedimentos e ferramentas que compõem um sistema integrado de gestão de desempenho. Isso permite que a liderança seja aplicada ao longo do tempo e não seja confinada a um único gestor. A identificação de líderes potenciais com base em características pessoais, habilidades, valores e atitudes potencializa o papel da liderança em saúde, a qual deve ser aprimorada por meio de processos formativos e treinamentos.
11. Mitchell <i>et al.</i> (2020)	Reino Unido	Descrever de modo contextualizado as barreiras e obstáculos do Serviço Nacional de Saúde Comunitário e os serviços municipais para funcionar como um sistema integrado.	Entrevistas semiestruturadas. Enfermagem e Assistência Social (n= 24).	Fornecem uma compreensão do contexto, facilitadores e barreiras para o processo de integração de duas entidades anteriormente separadas em uma parceria, considerando o nível do sistema e a prestação de cuidados conforme descrito pelos profissionais envolvidos. Três elementos-chave são apresentados para o processo de integração: visão compartilhada e liderança; integração em nível organizacional; e, integração da força de trabalho profissional.
12. De Brún <i>et al.</i> (2020)	Irlanda	Fornecer <i>insights</i> sobre como a liderança coletiva pode ser implementada para levar aos resultados desejados, incluindo a prática de liderança coletiva, trabalho em equipe, melhorias na qualidade e na cultura de segurança.	Entrevistas semiestruturadas. Chefe de Serviços Clínicos e Planejamento de Negócios, Farmacêutico, Terapia Ocupacional, Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista, Fonoaudióloga, Psicóloga, Coordenador de Pesquisa, Pesquisador Institucional, Consultor e Gerente de Projeto (n= 23).	A liderança é um processo dinâmico e sugerem que profissionais da saúde desenvolvam práticas de liderança coletiva e trabalho em equipe para melhorar a qualidade e segurança. Os autores analisaram 12 situações envolvendo “contexto-mecanismo-resultado” para subsidiarem uma proposta inicial de programa e sete delas foram analisadas por um grupo de especialistas. Os aspectos contextuais incluíram: treinamento da equipe no local, uso de estratégias colaborativas e co-design, tempo dedicado para reflexão da equipe sobre o desempenho, apoio da organização e da administração central, comunicação inclusiva, processos de tomada de decisão e fortalecimento das relações interpessoais dentro das equipes. Os mecanismos incluíram: motivação, empoderamento, clareza de papéis, sentir-se apoiado e valorizado e segurança

				psicológica. Os resultados apontam melhorias na qualidade e segurança, satisfação da equipe e do paciente, trabalho em equipe aprimorado e maior disponibilidade para compartilhar e adotar papéis e responsabilidades de liderança.
13. Diniz <i>et al.</i> (2021)	Brasil	Analisar a Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) realizada pelos profissionais da ESF e do NASF-AB no contexto da Atenção Primária à Saúde em um município de pequeno porte. Descrever o processo de trabalho desenvolvido durante a PIC e identificar competências colaborativas para o desenvolvimento dessa prática.	Estudo exploratório, compreensivo-interpretativo. Entrevistas semiestruturadas. Enfermeiros, nutricionista e fisioterapeuta (n= 5).	Observaram que a maioria dos profissionais tinha experiência na prática desde sua implantação, o que os aproximou do processo colaborativo e contribuiu para a continuidade do cuidado. Quanto à liderança colaborativa, todos os participantes caracterizaram essa competência como presente na PIC analisada, o que resultou em relações horizontais entre os membros da equipe, favorecendo a prática colaborativa interprofissional.
14. O'Neill <i>et al.</i> (2021)	Irlanda	Identificar a prontidão da organização para implementar a política nacional de reforma integrada para os cuidados comunitários em termos de desenvolvimento de liderança.	Investigação sequencial explicativa. Medicina, Odontologia, Enfermagem e Obstetrícia, Assistência Social, Gestão e Administração (n= 445).	A mudança nas pontuações de liderança em todos os tipos é impressionante, com diferenças significativas entre a liderança atual relatada e as pontuações de liderança preferida. A atual predominância da liderança do tipo Mercado, que é considerada agressiva, objetiva e focada em resultados, está em desacordo com o tipo de liderança identificado pelos respondentes como preferidos à reforma da entrega que é baseada em flexibilidade e discrição.
15. El-Aswaini <i>et al.</i> (2021)	Qatar	Explorar as perspectivas dos profissionais de saúde nos centros de Atenção Primária à Saúde para a colaboração interprofissional e identificar facilitadores e barreiras para a prática colaborativa.	Pesquisa transversal. Formulário online e impresso. Médicos, Dentistas, Farmacêuticos, Enfermeiros, Nutricionistas, Tecnólogos de laboratórios, Tecnólogos radiológicos, Fisioterapeutas e Audiologistas (n= 1415).	Os profissionais de saúde indicaram uma atitude positiva e prontidão para a colaboração interprofissional. Além disso, os médicos tiveram uma prontidão ligeiramente mais positiva para compreender sua identidade profissional do que outros profissionais de saúde. Os participantes com experiências anteriores de colaboração interprofissional ou educação interprofissional exibiram atitudes positivas maiores, mas não significativas, em relação à colaboração interprofissional em comparação com aqueles sem experiências anteriores.
16. Mathews <i>et al.</i> (2021)	Canadá	Examinar como as atividades de assistência à saúde familiar se	Entrevistas semiestruturadas.	Para a colaboração interprofissionais, seis domínios de competências foram listados: liderança, profissionalismo,

		relaciona com as declarações nacionais de competências da enfermagem na prática familiar.	Médicos de Família e Enfermeiros de clínica de família (n= 8).	prática clínica, comunicação, colaboração e parceria, garantia da qualidade, pesquisa e avaliação.
17. Subedi <i>et al.</i> (2021)	Nepal	Explorar a jornada dos líderes de saúde pública e os fatores que influenciam o desenvolvimento da liderança, especialmente nos países em desenvolvimento.	Entrevistas semiestruturadas. Enfermagem, Farmácia, Biomedicina, Medicina Integrada (n= 22).	A liderança na saúde pública é necessária para lidar com problemas complexos. Os achados indicam que características individuais, ambiente familiar, sociocultural e ambientes de trabalho têm um papel importante no desenvolvimento da qualidade da liderança. O desenvolvimento da liderança é categorizado e descrito em quatro momentos: Fase inicial, na qual a pessoa deseja ser ou atuar como líder, sem um papel ou reconhecimento formal, onde o ambiente familiar/social e as características individuais influenciam a atualização de estilos e ações de liderança; Fase de Identificação, na qual a pessoa é formal e profissionalmente identificada e inicia sua jornada de liderança em organizações de saúde; Fase de Desenvolvimento, na qual a pessoa se apropria de conhecimentos sobre as capacidades básicas de liderança; e, Fase de Expansão, na qual a pessoa expande suas capacidades de liderança e aprimora os conhecimentos e competências relacionadas a essa função.
18. Singh <i>et al.</i> (2021)	EUA	Examinar a prontidão e as atitudes de estudantes em relação à educação interprofissional online e a importância dessa preparação durante a COVID-19.	Entrevistas semiestruturadas. Administração de Serviços de Saúde, Enfermagem, Assistência Social, Medicina, Psicologia, Educador Físico, Gerontologia (n= 215).	Examinaram a prontidão e as atitudes de estudantes para a educação interprofissional online durante a pandemia. Os resultados mostraram que essa preparação foi essencial para a conscientização das funções da equipe, comunicação e colaboração, e obtenção de melhores resultados para os pacientes. O treinamento interprofissional estabelece as bases para uma prática eficaz e colaborativa. O uso da tecnologia como ferramenta para manter o vínculo entre instituições de ensino e seus estudantes foi essencial, no entanto, é preciso compreender que ensino remoto não é apenas uma questão técnica para fornecer os conhecimentos teóricos, é preciso que as práticas do cuidado em saúde sejam adaptadas para esse novo formato de ensino, para proporcionar a real aprendizagem e prática interprofissional.
19. Fournier	Canadá	Compreender como surgem os	Entrevistas semiestruturadas.	A liderança evoluiu para se adaptar ao contexto de integração

<i>et al. (2022)</i>		diferentes estilos de liderança através da implementação de um sistema de gestão de desempenho com as ferramentas relacionadas, e, compreender como estas ferramentas podem fomentar a liderança distribuída.	Assistentes Psicossociais, Gerentes superiores (diretores) e Gerentes intermediários (n= 15).	organizacional e deixou de estar confinada a uma única pessoa. A liderança transformacional é necessária para encorajar o surgimento de um novo sistema integrado de gestão de desempenho e novos comportamentos entre gestores e membros da equipe. A liderança transacional é um estilo de liderança que se concentra na supervisão direta e no desempenho do grupo. Tanto a liderança transformacional quanto a transacional abrem caminho para a liderança distribuída ou compartilhada, que por sua vez promoveu práticas colaborativas entre os membros da equipe e fez a diferença nos resultados do projeto de integração, que se tornou um impulsionador da colaboração.
20.Curry <i>et al. (2022)</i>	Reino Unido	Compreender como a integração efetiva da saúde e da assistência social pode ocorrer no contexto de uma grande interrupção do sistema (a pandemia de COVID-19). E, como a iniciativa pode superar as barreiras à integração entre saúde e assistência social.	Entrevistas semiestruturadas. Médicos, Gerência intermediária/liderança, Integrantes do Grupo de Comissionamento Clínico, Parceiros da assistência social (n= 26).	Quatro temas recorrentes promoveram a liderança e desenvolveram práticas organizacionais com compartilhamento de informações e prestação de serviços: caracterizar as formas de trabalho que apoiaram a colaboração rápida; alavancar a diversidade e a contribuição dos profissionais para mudanças nos sistemas; permitir tanto o controle central quanto a adaptação local; e, equilibrar a tomada de decisão, ocorrência de riscos e a responsabilidade.
21.Pulido-Fuentes <i>et al. (2022)</i>	Espanha	Explorar a gestão, as estratégias organizacionais e a capacidade de resposta dos centros de saúde primários em duas diferentes regiões de saúde espanholas para enfrentar e se adaptar à pressão da pandemia de COVID-19, na perspectiva dos profissionais de saúde da linha de frente.	Entrevistas semiestruturadas. Equipe de Enfermagem (Enfermeiras, Gerentes de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Técnicos da Emergência), Médicos, Gerentes dos Médicos, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, pessoal Administrativo, Parteiras, Auxiliares de Limpeza (n= 53).	Durante a primeira onda da pandemia de Covid-19, novos modelos de organização e gestão foram implementados nos ambientes da atenção primária. A percepção dos trabalhadores mostrou que a improvisação e práticas flexíveis se tornaram mais frequentes, afetando o desempenho profissional com falta de valorização e falta de inclusão na tomada de decisões.
22.Clouder <i>et al. (2022)</i>	Reino Unido	Estabelecer a oferta de educação e treinamento para apoiar o trabalho integrado dentro da força de trabalho existente na região de West	Entrevistas semiestruturadas. Enfermeiros, Médicos de Clínica Geral e Psiquiatria, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Administrador, Gerente,	Os resultados mostraram que os treinamentos e avaliação da liderança oferecem oportunidades para desenvolver práticas mais colaborativa com capacidade para lidar com problemas gerenciais diários com maior efetividade. Na perspectiva dos membros das equipes, os treinamentos indicaram melhorias: no

		Midlands no Reino Unido.	Conselheiros, Trabalhador de apoio, Assistente Social, Educador Físico, Nutricionista e Psicólogo (n= 27).	contexto flexível e integrado do trabalho em equipes; a influência da liderança na educação permanente dos profissionais; a potência do treinamento em serviço; uma cultura de compartilhamento de saberes e fazeres no contexto de trabalho.
23. Horváth <i>et al.</i> (2022)	Filipinas	Determinar até que ponto o Programa do Instituto Nacional de Saúde Pública do Camboja juntamente com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA, alcançaram o resultado pretendido (maior competência gerencial dos participantes) e qual o impacto que o Programa teve sobre os graduados e os centros de saúde.	Entrevistas semiestruturadas. Gerentes e funcionários seniores (n= 20).	O treinamento indicou melhorias nas seguintes categorias: liderança e governança como aumento no uso de dados ao desenvolver planos mensais e trimestrais; força de trabalho em saúde, o uso de avaliações formais de desempenho e utilização da escala de serviço do pessoal; saneamento e higiene - existência de banheiro para atender às necessidades de pessoas com deficiência.

Fonte: Elaborado pela própria autora.

As análises das evidências científicas deram origem a quatro categorias: Liderança Colaborativa em Saúde; Prática Interprofissional Colaborativa; Desafios e Possibilidades nas Organizações de Saúde; e, Aprendizagem sobre Liderança em Saúde.

O Quadro 2 ilustra as categorias que emergiram das análises das publicações e a distribuição dos artigos pelas temáticas.

Quadro 2 - Categorias emergentes e distribuição dos artigos pelas temáticas, UFSCar, 2023.

Categorias	Artigos
Concepções e Perspectivas da Liderança	1, 10, 12, 14, 17, 19
Características dos modelos de Liderança	2, 3, 4, 6, 8, 13, 15, 16
Desafios e Possibilidades da Liderança Colaborativa nas Organizações de Saúde	7, 9, 11, 20, 21
Potencial da Educação Interprofissional para o desenvolvimento da competência de Liderança Colaborativa	5, 18, 22, 23

Fonte: Elaborado pela própria autora.

A seguir, apresenta-se as características dos artigos que contribuíram para a categorização nas temáticas.

6.1 Concepções e Perspectivas da Liderança

A liderança em saúde pública é necessária, relevante e importante, pois permite o engajamento, a gestão e a transformação de desafios complexos da saúde pública. Os achados de Subedi et al. (2021) mostraram as percepções sobre o significado e as ações das experiências profissionais dos participantes e destacou o papel das características individuais, ambiente familiar e sociocultural e ambientes de trabalho no desenvolvimento de capacidades de liderança.

Através do estudo de Gordon et al. (2017) e De Brún et al. (2020), descobriu-se que havia consenso em torno da liderança ser um processo dinâmico, negociado e renegociado de várias formas ao longo das interações

(formais e informais), e mostrou a necessidade de redefinir a maneira como os profissionais de saúde podem facilitar o desenvolvimento da liderança e como a prática de liderança coletiva, o trabalho em equipe e as melhorias na qualidade e cultura de segurança, levaram a resultados positivos que incluíram: melhorias na qualidade e segurança, satisfação da equipe e do paciente, trabalho em equipe aprimorado e maior disposição para compartilhar e adotar papéis e responsabilidades de liderança.

Acredita-se que líderes podem ser ensinados, podem ser treinados, mas principalmente, competências são desenvolvidas. Esse processo é chamado de “fazer” a liderança, baseado em procedimentos e ferramentas que podem fazer parte de um sistema integrado de gestão de desempenho e de processos de integração aplicados ao longo do tempo e deixar de estar confinada a um único gestor (BOYLE; MERVYN, 2019; FOURNIER; MOISAN; LAGACÉ, 2022).

O artigo de O’Neill et al. (2021) mostrou que os participantes observaram o tipo de liderança atual da organização como concorrente e controladora. Outra disparidade importante sugeriu que os participantes queriam ver uma liderança mais criativa, demonstrando um sinal de alerta ao serviço de saúde de que a situação atual em termos de desenvolvimento desejado de liderança colaborativa e inovadora ainda está distante do que é considerado necessário para efetivar as reformas pretendidas.

6.2 Características dos modelos de Liderança

A adoção de práticas de cooperação interprofissional requer a criação de um ambiente que incentive a colaboração, a comunicação e a partilha de conhecimento entre os profissionais. Diniz, Melo e Vilar (2021) em seu estudo descrevem o processo de trabalho realizado e identificam as competências colaborativas no desenvolvimento dessa prática. O estudo de Al Harthy et al. (2018) buscou desenvolver as competências interprofissionais necessárias para gestores de serviços de saúde. Os achados desses estudos apontaram para o desenvolvimento de uma efetiva experiência interprofissional, a partir da identificação de competências colaborativas, fortalecendo as capacidades de recursos humanos pela prática fundamental entre o saber e o fazer.

Nos artigos de El-Aswail et al. (2021) e Wong et al. (2017) consideraram que a colaboração é um processo abrangente e necessário na prática eficaz da assistência e no sucesso das iniciativas de EIP. Os estudos indicam que a EIP deve ser valorizada e incentivada, para que os profissionais da saúde possam oferecer uma assistência mais humanizada, eficiente e segura aos pacientes. Portanto, é indicado fornecer treinamento e oportunidades formativas, para promover e apoiar práticas colaborativas interprofissionais, amparadas por uma infraestrutura educacional, com mudanças curriculares, formação permanente nos espaços do trabalho e sistemas de saúde que investem em aprendizagens para a prática colaborativa.

Alguns autores observaram o desenvolvimento da cooperação interprofissional, explorando as opiniões pessoais dos profissionais de saúde sobre a prática atual na atenção primária à saúde. Ao avaliarem os resultados, Asakawa et al. (2017) indicaram três fatores que são importantes para o estabelecimento de equipes colaborativas: reuniões regulares, uma boa comunicação e facilitação da liderança. Van Dongen et al. (2017) observaram falta de clareza quanto ao objetivo das reuniões e aos temas discutidos; o presidente além de seu papel 'técnico', também, é indicado que assumam o papel de um líder. Findyartini et al. (2019) mostraram que fatores socioculturais, organizacionais afetam a eficácia da prática colaborativa interprofissional. No artigo de Mathews et al. (2021), profissionais discutiram papéis e atividades da prática de enfermagem de família e mostrou que foi possível identificar modelos de profissionais com domínio das competências clínicas e assistenciais, mas identificaram exemplos reduzidos de profissionais com domínio de competências relacionadas à garantia de qualidade, avaliação, pesquisa e liderança.

6.3 Desafios e Possibilidades da Liderança Colaborativa nas Organizações de Saúde

Embora o ambiente político atual possa representar uma oportunidade para o desenvolvimento de colaborações, ainda há questões a serem resolvidas antes que a colaboração, especialmente as abordagens mais holísticas e integradas, se torne sistematicamente incorporada à prática (SOUTHBY; GAMSU, 2018). Mitchell et al. (2020) destacam obstáculos nos sistemas de

saúde para funcionar de modo integrado, como: desafios relacionados à introdução da liderança descentralizada; a falta de detalhes sobre o planejamento clínico e de prestação de serviços; tensões em torno de práticas variáveis de recursos humanos e barreiras ao compartilhamento de dados; e, falta de compreensão e confiança na integração de trabalho profissional.

O estudo de Avby, Kjellström e Bäck et al. (2019) identificou que uma cultura e um clima orientados para a aprendizagem, compreendendo a liderança empreendedora; colaboração transfronteiriça; medições de desempenho visíveis e compreensíveis; e, capacidade de adaptação à pressão externa, mostraram-se vantajosas para a inovação. Os autores recomendam que os gerentes precisam transformar e integrar as políticas públicas, com a compreensão e os valores dos profissionais para melhor apoiar a inovação na atenção primária. Em última análise, a chave para a inovação está no engajamento dos profissionais no trabalho, ou seja, sua disposição, capacidade e oportunidade de inovar.

A pandemia de COVID-19 alterou as estratégias organizacionais e de gestão das instituições de saúde e nos centros de atenção primária, assim, explorando o papel e ações da gestão, as estratégias organizacionais e a capacidade de resposta diante dos desafios enfrentados. No artigo de Curry et al. (2022) os achados ressaltam que a liderança do projeto superou as barreiras à integração, incluindo o envolvimento com a impossibilidade da ocorrência de riscos clínico e de segurança, promoveu a liderança distribuída e desenvolveu práticas organizacionais integradas para compartilhamento de dados e prestação de serviços. O estudo de Pulido-Fuentes et al. (2022) mostrou que durante a primeira onda da pandemia de Covid-19, novos modelos de organização e gestão foram implementados nos ambientes da atenção primária. A percepção dos trabalhadores mostrou que a improvisação e práticas flexíveis se tornaram mais frequentes, afetando o desempenho profissional com falta de valorização e falta de inclusão na tomada de decisões. Nesse contexto, a identidade profissional dos trabalhadores tornou-se gradualmente “turva, indefinida”, devido às mudanças em seus papéis e funções profissionais nesse contexto de trabalho imprevisível e de crescente improvisação.

6.4 Potencial da Educação Interprofissional para o desenvolvimento da competência de Liderança Colaborativa

O desenvolvimento da competência da liderança em saúde vem sendo delineado por iniciativas práticas, políticas e pedagógicas, que estabelecem diferentes formas e abordagens para o ensino e a aprendizagem nas diferentes profissões. No estudo de Clarke e Cilenti (2018) os participantes sugerem que os investimentos em treinamentos para o desenvolvimento da liderança com profissionais e sistemas de avaliação, podem oferecer oportunidades para utilizarem práticas de liderança colaborativa. Os achados de Clouder et al. (2022) e Horváth et al. (2022) destacaram que o clima de aprendizagem depende altamente do modo de liderança no contexto da prática, o que influencia na alocação de tempo e recursos para treinamentos e supervisão clínica. Como resultados de curto prazo, programas implementados forneceram evidências convincentes de como as habilidades adquiridas em treinamentos estão sendo utilizadas pelos participantes para identificar, priorizar e resolver problemas gerenciais do “dia-a-dia”.

Singh e Matthees (2021) pesquisaram a prontidão e as atitudes dos profissionais em relação à formação para a EIP online e a importância dessa preparação durante a COVID-19. Os resultados mostraram que a EIP aumenta a conscientização das funções dos membros da equipe, melhora a colaboração, melhora a comunicação e coesão entre os membros das equipes, sendo fundamental durante a pandemia, sendo possível obter um melhor atendimento aos pacientes com COVID-19 (GIOVANELLA et al., 2021). Foi demonstrado que a colaboração e a comunicação interprofissional na área da saúde melhoram os resultados dos pacientes. Acredita-se que a inclusão de experiências e práticas integradas e colaborativas durante a formação dos profissionais, leve a uma colaboração interprofissional mais bem-sucedida no trabalho em saúde. A EIP estabelece as bases para uma prática colaborativa eficaz (TORRES et al., 2020).

Ao longo dos anos, o conceito de liderança foi adaptado a diferentes contextos e necessidades, como destacado em diversos estudos.

De modo geral, liderança é vista como um processo que influencia pessoas e grupos na realização de objetivos comuns, tanto individualmente

quanto coletivamente. Além disso, busca-se construir relações saudáveis, baseadas no auxílio mútuo e na melhoria contínua das habilidades, para obter uma liderança eficaz. Por essa razão, a liderança é considerada um fator importante na organização, unindo comunicação, planejamento, relações interpessoais, comprometimento com o sucesso e capacidade de resolver conflitos.

A liderança nas instituições de saúde foi apontada com características, competências, habilidades, atitudes e comportamentos que permitem influenciar o grupo. A comunicação, seja verbal ou não verbal, é essencial para alcançar resultados promissores. Outras habilidades necessárias são a conquista de confiança dos seguidores; ouvir atentamente; promover relacionamentos interpessoais saudáveis; motivar os liderados e ajudá-los no desenvolvimento da maturidade; ter responsabilidade e experiência profissional; saber dar e receber feedback. Tudo isso para que as pessoas se encontrem constantemente em um campo interacional com o líder (FARAH et al., 2017).

É notório que as características essenciais à liderança são desenvolvidas com o passar do tempo, contudo, é imprescindível que os líderes/gestores busquem aperfeiçoar-se continuamente por meio da educação permanente. É importante destacar que a educação é capaz de contribuir na valorização da formação acadêmica e, conseqüentemente, no desenvolvimento da competência necessária para o exercício da liderança nos cenários do trabalho em saúde. A busca por essa competência deve ser estimulada tanto por parte dos indivíduos que desejam ser líderes, quanto por parte dos gestores e das políticas institucionais.

Os trabalhos de Clarke e Cilenti (2018), Clouder et al. (2022) e Horváth et al. (2022) discutem os resultados de um ensino em saúde fragmentado, pouco resolutivo e que corrobora para o crescimento do sistema empresarial que dificulta o exercício da liderança. Esta forma de ensino pode explicar a dificuldade na aplicação da liderança no ambiente de trabalho, uma vez que há falta de alinhamento entre a teoria e a prática e não se oferece as condições necessárias para consolidar a carreira de líder, já que exige tomada de decisão baseada na experiência.

Reeves (2016) destaca a necessidade de colaboração entre os sistemas de educação e saúde para implementar estratégias eficazes na força de trabalho e prestação de serviços de saúde, diante de questões cada vez mais complexas. De acordo com Silva et al. (2018), a crescente complexidade das demandas em saúde exige que profissionais trabalhem em equipes comprometidas com a prestação de cuidados à saúde.

No Brasil, a saúde enfrenta obstáculos como a falta de compreensão e de estratégias de enfrentamento aos desafios do contexto social e ao funcionamento do sistema de saúde que requer conhecimento dos serviços, da rede de atenção e das especificidades dos casos e recursos disponíveis. Outro obstáculo refere-se à formação profissional excessivamente técnica, a falta de alinhamento entre os perfis profissionais e as necessidades da população, a dificuldade de trabalhar em equipe, a valorização da lógica de atenção clínica-hospitalar em detrimento da formação para atender às demandas da atenção primária, além da tendência de os profissionais agirem de forma individual, fragmentada e/ou competitiva.

Os estudos mostram que há certo consenso em torno de algumas competências que são fundamentais para o exercício de liderança. Essas competências de liderança podem ser desenvolvidas e aplicadas em âmbito pessoal, educacional, interpessoal, organizacional, cognitivo e profissional (MARINHO; OLIVEIRA, 2005). Os líderes devem comprometer-se com o crescimento humano, valorizando as pessoas e buscando melhorias contínuas em processos, produtos e inovação (TAVARES et al., 2022).

A realização de negociações regulares entre os profissionais de diversas categorias, com o objetivo de promover ações conjuntas e solucionar os problemas de saúde dos pacientes, é fundamental para a prática colaborativa interprofissional. Contudo, é comum que haja limitação de conhecimentos acerca da atuação, das competências e das responsabilidades de cada profissional envolvido no processo do cuidado (BATISTA et al., 2012).

De acordo com a OMS (2010) os mecanismos que delineiam a prática colaborativa compreendem: mecanismos de apoio institucional (modelos de governança, protocolos estruturados, recursos operacionais compartilhados,

políticas de pessoal, práticas gerenciais de apoio), ambiental (construção de ambientes, instalações, desenho de espaço) e de cultura de trabalho (estratégias de comunicação, políticas para resolução de conflitos, processos de tomada de decisão compartilhadas) para que a colaboração possa acontecer com ênfase em um serviço de saúde de excelência.

Pesquisadores se dedicaram a definir e detalhar as principais competências que compõem a prática colaborativa, tendo por objetivo aprimorar o entendimento da Prática Interprofissional Colaborativa. Esta busca visa facilitar o desenvolvimento das competências, tanto no processo de formação (inicial e permanente) como no trabalho interprofissional.

O CIHC, grupo colaborativo de saúde interprofissional canadense, com o financiamento do governo canadense e auxílio de diversas entidades e profissionais da área, desenvolveu um documento com a finalidade de orientar a formação e a prática colaborativa interprofissional. Esta abordagem enfatiza os seis domínios de competências necessárias para um sistema interprofissional eficiente, incluindo conhecimento, habilidades, atitudes, valores e julgamentos essenciais para a colaboração interprofissional.

De acordo com o documento do CIHC (2010), os seis domínios de competência são: Comunicação interprofissional; Cuidado centrado no usuário, famílias e comunidade; Clareza de papéis; Funcionamento da equipe; Liderança colaborativa; e, Resolução de conflitos.

A liderança colaborativa se fundamenta em princípios de práticas colaborativas e tomada de decisão compartilhada. Ela requer que cada indivíduo assuma responsabilidade por suas ações, responsabilidades e papéis de acordo com sua prática profissional ou disciplinar. Esta liderança promove o trabalho interdependente entre todos os envolvidos, facilita processos de equipe eficazes, tomadas de decisão eficientes, cria um ambiente propício para liderança compartilhada e práticas colaborativas, além de melhorar a qualidade nos processos de trabalho e resultados (CIHC, 2010).

A EIP e a educação permanente buscam melhorar a qualidade dos cuidados de saúde por meio da formação e qualificação dos trabalhadores. Enquanto a educação permanente em saúde busca transformar o processo de

trabalho e promover o cuidado integral, a EIP tem como objetivo promover o aprendizado interativo, compartilhado com desenvolvimento de competências colaborativas para o efetivo trabalho em equipe. Ambas buscam qualificar o trabalho em saúde por meio da formação de profissionais (OGATA et al., 2021).

De acordo Ogata et al. (2021), a EIP pode melhorar a qualidade dos cuidados de saúde ao promover a integração entre o sistema educacional e o sistema de saúde. Isso permite que a formação e a saúde se retroalimentem em suas demandas, resultando em profissionais mais preparados para lidar com as complexidades das necessidades de saúde dos usuários e dos sistemas de saúde. Além disso, a EIP pode ajudar a melhorar a comunicação e colaboração entre os profissionais de saúde, resultando em uma abordagem mais integrada e eficaz para o cuidado do paciente.

Alguns dos desafios enfrentados na implementação da EIP incluem a falta de clareza sobre os objetivos e metodologias para a EIP, a resistência de algumas instituições e profissionais em adotar abordagens interprofissionais, a falta de recursos financeiros e humanos para implementar programas de EIP e a necessidade de mudanças na cultura organizacional para apoiar a colaboração interprofissional (OGATA et al., 2021).

Entendendo que a liderança colaborativa ou compartilhada é uma competência, e que assim sendo, é passível de ser desenvolvida ou aprimorada, fizemos um exercício de sistematizar um conjunto de atributos que estão relacionados à temática e que poderão ser referência, tanto para um processo de formação de líderes para atuar na área da saúde, como também, estruturado em formato de um instrumento que possa auxiliar nos processos de avaliação e/ou autoavaliação da atuação do líder.

As competências identificadas na literatura subsidiaram a organização do quadro descrito a seguir.

6.5 Quadro de referência para competências relacionadas à liderança colaborativa

A liderança colaborativa também é reconhecida como uma competência que deve ser desenvolvida por equipes interprofissionais. A liderança é reiteradamente reconhecida como fenômeno comunicativo de promoção da colaboração. É essencial que o líder desenvolva habilidades para motivar as pessoas a focarem no mesmo objetivo e participarem de forma colaborativa dos processos (PEDUZZI et al., 2016).

Compreende-se a EIP como uma possibilidade de formação nos espaços do trabalho interprofissional e da prática colaborativa, como estratégia de aprendizado mútuo entre os profissionais da saúde e de como trabalhar em equipe para a produção do cuidado à saúde de modo coletivo. Os fundamentos da EIP são aplicáveis tanto na educação formal (graduação) quanto na educação permanente dos profissionais que atuam nos cenários de prática, por meio de processos formativos contínuos (BATISTA, 2012).

A formação profissional é de responsabilidade dos atores envolvidos nos contextos da saúde, não só das Instituições de Ensino Superior, mas também, das Instituições de Saúde que devem ter conhecimento sobre as abordagens pedagógicas e que se engajem em discussões integrando ensino-serviço-comunidade, no sentido de promover a educação permanente dos profissionais dos serviços, com vistas ao preparo para o trabalho em equipe e a liderança colaborativa.

Ao acreditar que a liderança é uma competência que é passível de ser desenvolvida por meio de processos formativos, a presente pesquisa busca contribuir a partir da organização de um quadro que apresenta os elementos envolvidos no contexto da liderança colaborativa, na atenção primária à saúde.

O trabalho em equipe, os relacionamentos interpessoais e a comunicação são elementos essenciais que abrangem a multidisciplinaridade e a interprofissionalidade, temas amplamente discutidos na formação profissional atual. Além disso, destaca-se o conceito de "cuidado ampliado", que envolve a relação dos profissionais com os usuários dos serviços de saúde, bem como entre os próprios membros da equipe. É importante ressaltar que a nova Política

Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 destaca o Cuidado Centrado na Pessoa como uma de suas diretrizes, enfatizando a necessidade de desenvolver competências relacionadas à comunicação, trabalho em equipe e relações interpessoais, entre outros aspectos.

É comum a ocorrência de conflitos nas equipes profissionais, o que exige lideranças fortes, projetos de ação claros e equipes coesas para a resolução desses desafios. Para isso, são essenciais para a construção de equipes de sucesso. o planejamento, a avaliação, o compartilhamento de saberes e fazeres, além da oferta de oportunidades de formação e aprimoramento profissional.

Para definir uma competência de forma apropriada, ela deve refletir uma conduta que evidencie as habilidades e capacidades que um profissional deve possuir e o que dele se espera. Esse comportamento precisa ser expresso por meio de um verbo e um objeto de ação, adicionando uma condição sempre que viável, na qual se prevê que o desempenho aconteça. Além disso, é fundamental incluir um critério, sinalizando um padrão de qualidade ou nível satisfatório de desempenho do profissional.

Assim, torna-se um desafio identificar um conjunto de saberes, capacidades e posturas requeridas aos trabalhadores nas organizações. Neste contexto, os serviços de saúde têm demandado cada vez mais uma postura flexível e uma reinvenção das práticas profissionais para atender às necessidades de saúde da população e à transição para um modelo de atenção à saúde centrado no indivíduo. Ressalta-se a importância das posturas e comportamentos considerados relevantes neste modelo, para um uso mais eficiente da força de trabalho.

A construção do quadro de referência para competências relacionadas à liderança colaborativa (Quadro 3) foi alimentado com informações contidas nos artigos incluídos na revisão integrativa e em demais leituras realizadas para o desenvolvimento da presente pesquisa, e principalmente, nas publicações de Kouzes e Posner (2012), Mango (2018), Marinho e Oliveira (2005) e Orchard e Rykhoof (2015).

Quadro 3 - Quadro de competências relacionadas à liderança colaborativa nos contextos da saúde, São Carlos, 2023.

Área de domínio	Descrição	Competências
Pessoal/ Interpessoal	<p>Adotar uma postura fundamentada em princípios éticos que orientam os relacionamentos e as decisões pessoais, desenvolvendo uma comunicação eficaz que atenda às necessidades individuais e de grupos por meio de uma escuta ativa e habilidades resolutivas, com uma abordagem humanizada. Buscar compreender as emoções das pessoas como uma forma de estabelecer conexão, mantendo a cordialidade, o respeito e a empatia. Demonstrar preocupação com a humanização tanto em relação à equipe como aos usuários, acolhendo todas as necessidades e lidando com inúmeros sentimentos, como frustrações, medos e incertezas.</p> <p>Apreciar o valor das pessoas e dedicar-se ao desenvolvimento do seu potencial em todos os seus pontos, cultivando relacionamentos saudáveis, uma comunicação interpessoal eficiente e uma sensibilidade para interagir em um mundo globalizado diversificado. O objetivo é promover um ambiente de constante integração com a equipe, liderados, usuários e todas as partes envolvidas no processo de liderança.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adotar fundamentos éticos e responsabilidade social - Utilizar comunicação efetiva - Manter diálogo aberto e respeitoso - Conhecer o indivíduo como um ser complexo - Ter senso de justiça - Tenho tolerância à (completar com aspectos pertinentes ao contexto) - Ter coragem - Ter criatividade - Ser resolutivo - Valorizar o desenvolvimento de pessoas - Desenvolver relacionamentos e comunicação interpessoal - Trabalhar em equipe - Transitar na diversidade - Coordenar, organizar e desenvolver o trabalho colaborativo - Comemorar conquista de passos em direção aos objetivos de cuidado e bem-estar do paciente
Processual / Procedimental	<p>Contribuir para a compreensão de novas demandas e, também, para a reestruturação e atribuição de novos significados aos processos já estabelecidos. Participar ativamente do planejamento e implementação de programas de treinamento e educação continuada/permanente, estabelecendo um diálogo com as práticas e princípios do SUS, de forma objetiva, no contexto de trabalho específico de cada equipe e nos espaços de interação em</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar teorias e estratégias de aprendizagem - Busca constante pelo conhecimento, articulando teoria e prática - Utilizar ferramentas para identificar demandas de saúde - Planejar e implementar programas de treinamento - Organizar estratégias para avaliar processos e produtos

	grupo, tanto na comunidade quanto na gestão. Dessa forma, busca-se construir novos significados e acordos organizacionais, promovendo melhorias no processo de trabalho.	
Cognitivo	Implica estar constantemente engajado na busca por conhecimento e informação, realizando pesquisas, analisando e interpretando dados provenientes de diversas fontes. Esse esforço visa alcançar um maior domínio dos princípios e teorias de liderança, compreendendo suas implicações práticas em contextos diversos, levando em consideração as particularidades do sistema, a legislação e o modelo de atenção em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os fundamentos e teorias de liderança - Conhecer as competências relacionadas à liderança - Conhecer as políticas públicas - Conhecer o sistema de saúde vigente - Conhecer os níveis de atenção (primária, secundária e terciária) - Planejar e implementar projetos - Pesquisar e analisar dados - Gerir informação e gerar conhecimentos - Identificar necessidades, aspirações e valores mútuos e agir para realizá-lo
Profissional / interprofissional	Demonstrar habilidade em integrar equipes multiprofissionais, participando ativamente do planejamento, coordenação, execução e avaliação de ações de prevenção e promoção da assistência em saúde. Utilizar competências de liderança no exercício da profissão, buscando desenvolver o potencial da equipe e promover decisões e soluções eficientes. Essa abordagem envolve a articulação de ações e conhecimentos de diversos profissionais, visando alcançar consenso e garantir a qualidade da atenção integral às necessidades de saúde dos usuários.	<ul style="list-style-type: none"> - Solucionar problemas e tomar decisões coletivas - Ser a pessoa de referência para compartilhar demandas e problemas - Ter capacidade de influenciar o comportamento dos liderados - Compartilhar responsabilidades - Criar clima de trabalho de respeito - Ter flexibilidade - Ter capacidades para gerenciar conflitos - Valorizar a diversidade de opiniões - Adotar comportamento ético - Incentivar relações dialógicas - Valorizar a parceria na realização de projetos e ações - Cooperar com outros profissionais - Criar uma coordenação relacional entre o papel de liderança e a equipe - Conhecer o próprio papel e o dos outros - Reconhecer valores profissionais para colaborar - Conduzir processos de trabalho com motivação e integração

		<ul style="list-style-type: none"> - Adotar comunicação, escuta qualificada e acolhimento - Trabalhar com a equipe para criar uma visão compartilhada das metas, propósitos e atenção para os pacientes/famílias - Estar comprometido com a equipe e trabalhar juntos para atingir as metas definidas coletivamente - Adotar um modelo de liderança vertical e colaborativo baseado em relacionamentos de uns com os outros - Valorizar os pontos de vista ou ideias da equipe - Delinear expectativas para interações e desempenho - Encorajar outros membros da equipe a assumirem o papel de liderança e apoiar os pacientes em suas decisões com a equipe - Reconhecer o trabalho positivo dos membros da equipe, incluindo o paciente, para atingir as metas definidas para o cuidado
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Elaborado pela própria autora.

A relevância de organizar um quadro com competências que possa contribuir para a formação profissional, para subsidiar ações de educação permanente que busquem obter conhecimentos e compreender os princípios de liderança, participando ativamente do planejamento e implementação de programas e treinamentos aplicados e alinhados aos princípios e contextos do SUS, torna-se relevante para reestruturar os processos formativos. Por consequência, podem contribuir para melhorar o contexto de trabalho por meio de relações dialógicas e de favorecer a participação ativa, valorizar as pessoas e incentivar o desenvolvimento de seu potencial, fortalecer o trabalho em equipe e promover um ambiente de integração. Estes aspectos poderão influenciar a qualidade da assistência e a satisfação de profissionais, usuários, famílias e comunidades.

Considera-se importante essa iniciativa de criar uma ferramenta envolvendo um conjunto de competências que poderão subsidiar ações com a intencionalidade de desenvolver a liderança entre os profissionais das equipes

de saúde, de fornecer elementos para reflexões nos serviços de saúde da APS na perspectiva da consolidação das ações formativas nos territórios.

O exercício de sistematização das competências identificadas na literatura, mostra-se necessário, visto que poderá facilitar a avaliação dos resultados alcançados e, também, promover a visibilidade de suas ações. Além disso, essa ferramenta é de grande importância, pois pode ampliar a compreensão das mudanças no perfil de trabalho dos profissionais na APS.

Ressalta-se, entretanto, que a estrutura proposta no presente estudo carece de aprimoramentos e validação, antes de sua possível aplicação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para garantir que a liderança colaborativa não perca sua eficácia, é fundamental compreender seus conceitos e resultados de forma conceitual. A troca de conhecimentos e experiências no trabalho em equipe é crucial para o desenvolvimento intelectual e para cumprir as tarefas de maneira mais eficiente.

A liderança colaborativa não se limita a grupos engajados em uma meta específica, mas busca reorganizar os modelos assistenciais para atender às necessidades de saúde de forma integral. É importante analisar o contexto em que as equipes estão inseridas para entender suas dinâmicas, resultados e como estes influenciam a dinâmica do grupo. Nesse sentido, torna-se importante considerar fatores como a cultura organizacional, a gestão dos recursos humanos, as políticas de saúde, a infraestrutura disponível e o contexto social, econômico e político da região em que a equipe atua. A compreensão desses aspectos é essencial para a criação de um ambiente colaborativo e produtivo, que possa resultar em melhores práticas de saúde e atendimento mais efetivo às necessidades dos pacientes e da comunidade. Portanto, a liderança colaborativa e o trabalho em equipe são elementos fundamentais para a melhoria do sistema de saúde, e sua compreensão constitui-se em um diferencial para o avanço da atenção primária em saúde.

A liderança colaborativa na saúde pode ter um impacto positivo na qualidade da assistência e segurança, além de influenciar o envolvimento dos profissionais nas relações interprofissionais. Isso pode levar a níveis significativos de satisfação dos trabalhadores com seus gerentes e supervisores próximos. Conseqüentemente, é possível inferir que há um conhecimento produzido sobre os conceitos e resultados da liderança colaborativa na área da saúde.

Esse conhecimento pode ser aplicado na prática, por meio da adoção de estratégias e ferramentas que visam promover uma liderança colaborativa eficaz. Dentre essas estratégias, destaca-se a promoção de uma cultura de trabalho em equipe e a valorização da comunicação e do diálogo entre os profissionais de saúde. Além disso, é importante que os gestores de saúde sejam

capazes de identificar e desenvolver as competências necessárias para liderar equipes de forma colaborativa, incluindo habilidades de comunicação, negociação e resolução de conflitos. A implementação de práticas colaborativas na área da saúde pode contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, além de promover um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo.

Na saúde, a liderança acontece por meio da colaboração coordenada e interativa de profissionais de diversas formações, que promovem o cuidado ao paciente por meio da corresponsabilidade e reconhecimento das competências, compartilhando conhecimentos e experiências e definindo objetivos em conjunto para desenvolver ações inerentes ao processo do cuidado. Isso implica em uma mudança de paradigma na organização do trabalho, uma vez que a liderança deixa de ser exercida de forma hierárquica e individualizada, e passa a ser compartilhada entre os membros da equipe.

A estrutura hierárquica da equipe é um fator importante para a eficácia do trabalho em equipe. Equipes com hierarquia horizontal, compartilhada pela colaboração interprofissional, tendem a ser mais fortes, com maior satisfação e união entre os membros, melhores padrões de cuidado e segurança do paciente.

A liderança colaborativa contribui para os resultados na saúde de pacientes, famílias e comunidade por meio da promoção de uma cultura de trabalho em equipe, onde os profissionais trabalham juntos para fornecer atendimento de boa qualidade, seguro e centrado no paciente. Incentiva a comunicação aberta e a troca de ideias entre os membros da equipe, promove a resolução coletiva de problemas e tomada de decisões compartilhada.

A melhoria nos resultados à saúde tem um impacto positivo nas famílias e na comunidade com redução de erros e complicações, aumento da confiança no sistema de saúde e fortalecimento da relação de cuidado entre os pacientes, profissionais de saúde e a comunidade em geral, além de melhorar a experiência do usuário.

A liderança colaborativa, também, contribui para a melhoria dos resultados de saúde, pois promove a comunicação efetiva entre os membros da equipe, facilita a troca de informações e conhecimentos e favorece a tomada de

decisões compartilhada. Esses aspectos são fundamentais para o desenvolvimento de um cuidado centrado no paciente e na sua família, o que pode levar a uma maior adesão ao tratamento e melhores desfechos de saúde. De modo semelhante, pode ajudar a identificar e solucionar problemas de forma mais rápida e eficiente.

A liderança pode ser observada em diferentes aspectos, como na melhoria da qualidade da assistência à saúde, no desenvolvimento de novos protocolos de atendimento, na criação de novos modelos de gestão de serviços de saúde, na utilização de novas tecnologias e no aprimoramento constante dos processos de trabalho.

A prática colaborativa interprofissional fortalece o trabalho em equipe, motivando e capacitando seus membros a perceberem a relevância e o reconhecimento de seus papéis e contribuições dentro da organização.

A EIP e a educação permanente tem sido uma estratégia importante para a formação de profissionais preparados para o trabalho em equipe e a liderança colaborativa, que visam desenvolver habilidades interpessoais, tais como a comunicação efetiva, a negociação, a resolução de conflitos e o trabalho colaborativo, que são fundamentais para uma liderança colaborativa.

Dessa forma, acredita-se que a presente pesquisa forneceu referenciais teórico-conceituais que possibilitou compreender os aspectos envolvidos com a liderança colaborativa, na perspectiva de poder promover a coordenação e o alinhamento das atividades e objetivos da equipe, bem como, a satisfação dos profissionais e dos pacientes.

REFERÊNCIAS

AL HARTHY, S. N. *et al.* Interprofessional competency framework for health service managers in Oman: An E-Delphi study. **Oman Medical Journal**, North Azaiba, v. 33, n. 6, p. 486–496, 2018. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85056672642&doi=10.5001%2Fomj.2018.90&partnerID=40&md5=c5b82a2f0459b867d939c185c274ee34>. Acesso em: 10 mar. 2023.

ASAKAWA, T. *et al.* Establishing community-based integrated care for elderly patients through interprofessional teamwork: a qualitative analysis. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, Auckland, v. 10, p. 399–407, 2017.

AVBY, G.; KJELLSTRÖM, S.; BÄCK, M. A. Tending to innovate in swedish primary health care: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, London, v. 19, n. 1, p. 42.

BARR, H. **Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow**. CAIPE: London, 2002. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2002-interprofessial-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 25-8, 2012.

BOOKEY-BASSETT, S. *et al.* Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 73, n. 1, p. 71-84, 2017.

BOYLE, T. J.; MERVYN, K. The Making and sustaining of leaders in health care. **Journal of health Organization and Management**, Bradford, v. 33, n. 2, p. 241–262, Mar. 2019.

BRASIL. **Constituição 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. **Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. 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, p. 89-89, 30 dez. 2010.

BREWER, M.; JONES, S. An interprofessional practice capability framework focusing on safe, high quality, client-centred health service. **Journal of Allied Health**, Thorofare, v. 42, n. 2, p. e45-9, 2013.

BURMESTER, H. **Manual de gestão**: organização, processos e práticas de liderança. São Paulo: Saraiva, 2012.

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.

CHANES, M. Os desafios na formação de gestores líderes em saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 30, n. 2, p. 326-331, 2006.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE - CIHC. **A national interprofessional competency framework**: canadian interprofessional health collaborative. Vancouver (BC): University of British Columbia, 2010.

CLARKE, A. N.; CILENTI, D. Developing collaborative maternal and child health leaders: A descriptive study of the national maternal and child health workforce development center. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 22, p. 17-23, 2018.

CLOUDER, L. *et al.* Education for integrated working: a qualitative research study exploring and contextualizing how practitioners learn in practice. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 36, n. 1, p. 24–33, 2022. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85112715318&doi=10.1080%2F13561820.2021.1889485&partnerID=40&md5=ea407d4b20e0e8d11c7b4dfea54ea835>.

COSTA, M. V. **A Educação Interprofissional como abordagem para a Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. 2014. 150 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2014.

COSTA, M. V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-8, 2016.

CUFF, P. A. *et al.* **Interprofessional education for collaboration**: learning how to improve health from interprofessional models across the continuum of education to practice. [S.l.]: National Academies Press, 2013.

CURRY, L. *et al.* The role of leadership in times of systems disruption: a qualitative study of health and social care integration. **BMJ Open**, London, v. 12, n. 5, art. e054847, Maio. 2022.

CRUZ, M. J. E.; BRAZ, H. M. F. S. Trabalho em equipe: uma estratégia de gestão. **Entrepreneurship**, Aracaju, v. 1, n. 1, p. 46-58, 2017.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, suppl. 1, p. 8-20, 2005.

DE BRÚN, A. *et al.* Identifying the context, mechanisms and outcomes underlying collective leadership in teams: building a realist programme theory. **BMC Health Services Research**, London, v. 20, n. 1, art. 261, Mar. 2020.

DINIZ, A. L. T. M.; MELO, R. H. V.; VILAR, R. L. A. Análise de uma prática interprofissional colaborativa na estratégia saúde da família. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 7, n. 3, p. 137–157, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/23953/14649>. Acesso em: 13 fev. 2023.

EL-AWAISI, A. *et al.* Perspectives of healthcare professionals toward interprofessional collaboration in primary care settings in a Middle Eastern Country. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, Auckland, v. 14, p. 363-379, 2021.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. S. F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1717-1727, 2018.

FARAH, B. F. *et al.* Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 8, n. 2, p. 1638-1655, 2017.

FINDYARTINI, A. *et al.* Interprofessional collaborative practice in primary healthcare settings in Indonesia: a mixed-methods study. **Journal of Interprofessional Education and Practice**, New York, v. 17, art. 100442, 2019.

FOURNIER, P. L.; MOISAN, L.; LAGACÉ, D. Seizing the opportunity: the emergence of shared leadership during the deployment of an integrated performance management system. **BMC Health Services Research**, London, v. 22, n. 1, art. 285, mar. 2022.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239–255, 2007.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, p. 183-184, 2014.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 44, p. 161-176, 2021.

GILTINANE, C. L. Leadership styles and theories. **Nursing Standard**, [s.l.], v. 27, n. 41, p. 35–39, 2013. DOI: <https://doi.org/10.7748/ns2013.06.27.41.35.e7565>.

GITTELL, J. H.; GODFREY, M.; THISTLETHWAITE, J. Interprofessional collaborative practice and relational coordination: improving healthcare through relationships. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 27, n. 3, p. 210–13, 2013. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.73056>.

GORDON, L. *et al.* Using video-reflexive ethnography to capture the complexity of leadership enactment in the healthcare workplace. **Advances in Health Sciences Education**, Dordrecht, v. 22, p. 1101-1121, 2017.

HORVÁTH, C. *et al.* How management and leadership training can impact a health system: evaluation findings from a public health management training program in Cambodia. **Frontiers in Public Health**, Lausanne, v. 9, art. 784198, 2022.

KÖRNER, M. *et al.* Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 30, n. 1, p. 15-28, 2016.

KOUZES, J.; POSNER, B. **The leadership challenges**: how to make extraordinary things happen in organizations. San Francisco, CA: The Leadership Challenge - A Willy Brand, 2012.

MAFFIA, L. F. C. M. *et al.* Premissas e benefícios do modelo de gestão colaborativo em startups | premises and benefits of the collaborative management model in startups. **Revista Brasileira de Gestão e Inovação**, Caxias do Sul, v. 6, n. 1, p. 71-94, 2018.

MANGO, E. Beyond leadership. **Open Journal of Leadership**, Hubei Province, v. 7, n. 1, p. 117-143, 2018. DOI: <https://doi.org/10.4236/ojl.2018.71007>.

MARINHO, R.; OLIVEIRA, J. F. O. **Liderança**: uma questão de competência. São Paulo: Saraiva, 2005.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem**: teoria e prática. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

MATHEWS, M. *et al.* Family Practice nursing in newfoundland and labrador: are reported roles reflective of professional competencies for registered nurses in primary care? **SAGE Open Nursing**, Thousand Oaks, v. 7, art. 23779608211053496, 2021.

MITCHELL, C. *et al.* More that unites us than divides us? a qualitative study of integration of community health and social care services. **BMC Family Practice**, London, v. 21, n. 1, art. 96, Maio. 2020.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 151, n. 4, p. 264-269, 2009.

MOSSER, G.; BEGUN, J. W. **Compreendendo o trabalho em equipe na saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NEVES, V. R.; SANNA, M. C. Conceitos e práticas de ensino e exercício da liderança em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, p. 733-740, 2016.

O'NEILL, D. *et al.* Leadership and community healthcare reform: a study using the Competing Values Framework (CVF). **Leadership in Health Services**, Bradford, v. 34, n. 4, p. 485-498, Ago. 2021. Disponível em:

<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85111715055&doi=10.1108%2FLHS-01-2021-0007&partnerID=40&md5=3c280eb79083ce27339ea57ca17fb44b>. Acesso em: 15 fev. 2023.

OANDASAN, I.; REEVES, S. Key elements of interprofessional education. Part 2: factors, processes and outcomes. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 19, n. sup. 1, p. 39-48, 2005.

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, art. e03733, 2021.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>_Acesso em: 27 jul. 2022.

ORCHARD, C. A. *et al.* Assessment of interprofessional team collaboration scale (aitcs): development and testing of the instrument. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, New York, v. 32, n. 1, p. 58-67, 2012.

ORCHARD, C.; RYKHOFF, M. Collaborative leadership within interprofessional practice. *In*: FORMAN, D.; JONES, M.; THISTLETHWAITE, J. (ed.). **Leadership and collaboration: further developments for interprofessional education**. London: Palgrave Macmillan, 2015. p. 71-94.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: WHO, 2010.

Disponível em:

http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf.

Acesso em: 27 jul. 2022.

OUZZANI, M. O. *et al.* Rayyan - a web and mobile app for systematic review.

Systematic Reviews, London, v. 5, n. 1, art. 210, 2016. Disponível em:

<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 27 jul. 2022.

PANEL, I. E. C. E. **Interprofessional education collaborative expert panel: core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel Interprofessional Education Collaborative**. Washington, DC, 2011.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, London, v. 372, n. 71, p. 1-9, 2021. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>. Disponível em: [https://www-bmj-](https://www-bmj-com.ez67.periodicos.capes.gov.br/content/bmj/372/bmj.n71.full.pdf)

[com.ez67.periodicos.capes.gov.br/content/bmj/372/bmj.n71.full.pdf](https://www-bmj-com.ez67.periodicos.capes.gov.br/content/bmj/372/bmj.n71.full.pdf). Acesso em: 27 jul. 2022.

PEARCE, C. L.; MANZ, C. C.; AKANNO, S. Searching for the holy grail of management development and sustainability: Is shared leadership development the answer? **Journal of Management Development**, [s.l.], v. 31, n. 2, p. 247-

257, 2013. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/02621711311318274>. Acesso em: 05 maio 2022.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**, Rio de Janeiro, p. 161-177, 2007.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, p. 199-201, 2016.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1525-1534, 2018.

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, art. e0024678, 2020.

PULIDO-FUENTES, M. *et al.* Towards a liquid healthcare: primary care organisational and management strategies during the covid-19 pandemic - a qualitative study. **BMC Health Services Research**, London, v. 22, n. 1, art. 665, Maio. 2022.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Hoboken, n. 3, art. CD002213, 2013.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-96, 2016.

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: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13561820.2017.1400150>. Acesso em: 27 jul. 2022.

SATO, E. **Comportamento organizacional**: o impacto das emoções. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SILVA, F. A. M. *et al.* A Educação Interprofissional em saúde na Região das Américas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, art. 3013, 2018.

SINGH, J.; MATTHEES, B. Facilitating interprofessional education in an online environment during the COVID-19 pandemic: a mixed method study. **Healthcare**, Basel, v. 11, n. 9, art. 567, 2021.

SOARES, L. O. O estímulo à prática colaborativa: o impacto da Web 2.0 na gestão do conhecimento organizacional. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 20, n. 4, p. 231-232, 2015.

SOBRAL, F.; FURTADO, L. A liderança pós-heroica: tendências atuais e desafios para o ensino de liderança. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 59, p. 209-214, 2019.

SOUTHBY, K.; GAMSU, M. Factors affecting general practice collaboration with voluntary and community sector organisations. **Health and Social Care in the Community**, Oxford, v. 26, n. 3, p. e360–e369, 2018.

SOARES, L. O. O estímulo à prática colaborativa: o impacto da web 2.0 na gestão do conhecimento organizacional. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 20, n. 4, p. 231-232, 2015.

SOUZA, M. T. D.; SILVA, M. D. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, p. 102-106, 2010.

SUBEDI, S. *et al.* Leadership development among public health officials in Nepal: a grounded theory. **PloS One**, San Francisco, v. 16, n. 11, art. e0259256, 2021.

TAVARES, C. Z. *et al.* Lideranças participativas em saúde e educação: uma revisão de literatura. **Docent Discunt**, Engenheiro Coelho, v. 3, n. 1, p. 34-48, 2022.

TORRES, A. C. M.; COSTA, A. C. N.; ALVES, L. R. G. Educação e saúde: reflexões sobre o contexto universitário em tempos de Covid-19. **Scielo Preprints**, São Paulo, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.640>.

VAN DONGEN, J. J. J. *et al.* Interprofessional primary care team meetings: a qualitative approach comparing observations with personal opinions. **Family Practice**, Oxford, v. 34, n. 1, p. 98–106, Feb. 2017.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. 2. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WONG, S. T. *et al.* What systemic factors contribute to collaboration between primary care and public health sectors? An interpretive descriptive study. **BMC Health Services Research**, London, v. 17, n. 1, p. 1-10, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE B - Síntese das evidências científicas

Concepções e Perspectivas da Liderança

O estudo de Gordon et al. (2017) foi desenvolvido no Reino Unido e teve por objetivo explorar como as equipes interprofissionais de saúde decretam liderança em um nível micro, através de atos influentes de organização. Foi utilizada a metodologia da etnografia videorreflexiva (VRE), na qual o vídeo captura os participantes em seu ambiente 'natural' de trabalho, sendo considerado 'reflexivo' no sentido de que envolve os participantes observando em grupo. Participaram 39 profissionais de diferentes categorias (médicos, estudantes de medicina, equipes de enfermagem, pessoal administrativo, pessoal de saúde), resultando num ambiente interprofissional complexo, onde a liderança é um processo dinâmico, negociado e renegociado de várias formas ao longo das interações (formais e informais). Refere ainda que esses resultados do estudo, portanto, indicam a necessidade de redefinir a maneira como os profissionais de saúde podem facilitar o desenvolvimento da liderança e defender novas abordagens de pesquisa que mudam o foco de líderes para liderança.

O estudo de Boyle et al. (2019) foi desenvolvido no Canadá e teve por objetivo demonstrar abordagens mais modernas por meio de procedimentos e ferramentas para alcançar o objetivo triplo da assistência médica (qualidade, saúde geral da comunidade e custo reduzido). Dez entrevistas semiestruturadas foram realizadas com executivos seniores de saúde (médicos, enfermeiras, administradores). A análise qualitativa mostra que o apoio entre os profissionais se estende muito além da equipe ou rede; que os líderes podem ser ensinados e treinados, mas principalmente, que a liderança é desenvolvida. Baseado em procedimentos e ferramentas, denominam de “fazer” a liderança. Recomendam que o objetivo triplo continuará a ser um modelo de negócios eficaz que aborda a saúde individual e comunitária e suas consequências de custo relativo. O modelo empregado começa com o desenvolvimento da liderança, criando líderes que colaboram para a inovação.

De Brún et al. (2020), desenvolveram seu estudo na Irlanda e teve por objetivo fornecer *insights* sobre como a liderança coletiva pode ser efetivamente implementada para levar aos resultados desejados, incluindo a prática de liderança coletiva, trabalho em equipe e melhorias na qualidade e cultura de segurança, levaram a resultados incluindo melhorias na qualidade e segurança, satisfação da equipe e do paciente, trabalho em equipe aprimorado e maior disposição para compartilhar e adotar papéis e responsabilidades de liderança. Realizaram entrevistas com membros de equipes identificadas (n = 23), de diversas categorias (Chefe de Serviços Clínicos e Planejamento de Negócios, Farmacêutico, Especialista Clínico em Terapia Ocupacional, Equipe de Terapia Ocupacional, Assistente social médica, Equipe de Terapia Ocupacional, Fisioterapeuta Sênior, Equipe de Terapia Ocupacional, Fisioterapeuta, Fisioterapeuta Sênior, Nutricionista, Fonoaudióloga, Consultor, Assistente Social de Saúde Mental Sênior, Assistente Social Sênior, Psicóloga Clínica, Líder de Assistência Social, Terapeuta Ocupacional, Coordenador de Pesquisa, Pesquisador Cientista, Consultor, Psicóloga Clínica, Gerente de Projeto). No entanto, relativamente pouca pesquisa tem explorado a liderança coletiva em saúde e, portanto, há uma falta de compreensão dos mecanismos que promovem ou inibem a prática da liderança coletiva nas equipes de saúde.

No artigo de O'Neill et al. (2021), realizado com 445 participantes (Medicina, odontologia, enfermagem e obstetrícia, assistência social, gestão e administração) também foi desenvolvido na Irlanda e teve por objetivo identificar que tipo de liderança os profissionais de saúde comunitária observam na prática e suas preferências de liderança. Os achados mostram que os participantes observaram o tipo de liderança atual da organização como concorrente e controladora. Outra disparidade importante sugere que os participantes queriam ver uma liderança mais criativa. O estudo fornece um sinal de alerta ao serviço de saúde de que a situação atual em termos de desenvolvimento desejado de liderança colaborativa e inovadora ainda está distante do que é considerado necessário para efetivar as reformas pretendidas.

Subedi et al. (2021) traz no seu artigo, desenvolvido no Nepal, que a liderança em saúde pública é necessária, relevante e importante, pois permite o engajamento, a gestão e a transformação de desafios complexos de saúde

pública, assim, objetivaram desenvolver uma teoria fundamentada sobre o desenvolvimento da liderança individual no contexto nepalês. Para isso, realizaram entrevistas com 22 funcionários de saúde pública entre eles: Enfermagem, Farmácia, Laboratório, Medicina. O resultado forneceu várias percepções sobre o significado e as ações das experiências profissionais dos participantes e destacou o papel das características individuais, ambiente familiar e sociocultural e ambientes de trabalho no desenvolvimento de capacidades de liderança.

Fournier et al. (2022) desenvolveram seu estudo no Canadá, por meio de 15 entrevistas semiestruturadas individuais e em grupo com Assistentes psicossociais, gerentes superiores (diretores) e gerentes intermediários e teve por objetivo compreender como surgem os diferentes estilos de liderança através da implementação de um sistema de gestão de desempenho e suas ferramentas relacionadas e como estas podem fomentar a liderança distribuída. Como consequência a liderança evoluiu para se adaptar ao contexto de integração organizacional e deixou de estar confinada a um único gestor. No geral, este estudo qualitativo traz uma contribuição útil sobre a complementaridade dos fundamentos da liderança distribuída, as ferramentas de um sistema integrado de gestão de desempenho e os processos de integração aplicados ao longo do tempo.

Características dos modelos de Liderança

No artigo Wong et al. (2017) realizado com 74 participantes no Canadá em diversas categorias da atenção primária (Enfermeiros, enfermeiros de saúde pública, enfermeiros registrados, médicos assistentes e nutricionistas), teve como objetivo relatar quais fatores sistêmicos influenciaram, interagiram na saúde pública e poderiam afetar a colaboração interprofissional. Notavelmente, os resultados mostraram que a colaboração é considerada um processo abrangente e necessário na prática clínica eficaz, além de realizar com sucesso a educação interprofissional. A educação direcionada que inclui atenção à dinâmica de poder, criação em conjunto de conhecimento acionável e uso do conhecimento existente uns dos outros precisa ser apoiada por infraestrutura

adicional, como mudanças curriculares universitárias e sistemas de saúde que investem em comunidades de prática de aprendizagem colaborativa.

Van Dongen et al. (2017) desenvolveram seu estudo na Holanda com o objetivo de examinar as práticas atuais em reuniões de interprofissionais na atenção primária, bem como são conduzidas, explorando as opiniões pessoais dos profissionais de saúde sobre a prática atual. As experiências foram exploradas através da realização de entrevistas individuais semiestruturadas com participantes (Médicos de família, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, gerentes de caso de demência, um consultor de recursos humanos, conselheiros de pacientes e um paciente e seu cuidador informal) nas reuniões de equipe observadas. Quanto aos principais resultados, observaram falta de clareza quanto ao objetivo das reuniões e aos temas discutidos, resultando em discussões bastante superficiais; o presidente além de seu papel 'técnico', também foi afirmado que deve assumir o papel de um líder, que é o responsável pelo desempenho, orientação e desenvolvimento da equipe ao longo do tempo.

No estudo de Asakawa et al. (2017) realizado no Japão, teve por objetivo mostrar se o processo de desenvolvimento da cooperação interprofissional, estudando o que os profissionais (incluindo médicos, enfermeiros, enfermeiros de saúde pública, assistentes sociais e funcionários administrativos) sentem é necessário para construir efetivamente a cooperação interdisciplinar ao fornecer serviços de base comunitária de cuidado integrado. Ao avaliarem os resultados, indicaram que três fatores são importantes para o estabelecimento de equipes colaborativas de acordo com os profissionais de saúde: Reuniões regulares, uma boa comunicação e facilitar uma liderança eficaz podem promover a prática colaborativa e a compreensão mútua entre várias profissões.

Segundo Al Harthy et al. (2018), o objetivo foi desenvolver as competências interprofissionais necessárias para gestores de serviços de saúde em Omã, é um impulso para fortalecer as capacidades de recursos humanos, manter um alto nível de resultados de qualidade para os pacientes e alcançar a Visão de Saúde 2050 do Ministério da Saúde. Espera-se que os gestores enfrentem desafios como necessidades e demandas dos pacientes, força de trabalho adequada, acessibilidade a cuidados de qualidade, igualdade na saúde,

custos médicos e adoção de tecnologia, entre outros. Assim, por meio de processos de gerenciamento eficazes, os gerentes podem introduzir ainda mais a coprodução de serviços e a cocriação de valor para aumentar as capacidades organizacionais. Foram aplicadas questões abertas e de escala Likert para 20 profissionais da saúde incluindo Enfermagem, Medicina, Ciência de laboratório, Farmácia, Ciência de imagens médicas, Fisioterapia.

Findyartini et al. (2019) traz no seu artigo as percepções da força de trabalho atual em relação à prática colaborativa interprofissional (PCI) e como objetivo explorar os desafios e barreiras associados aos valores socioculturais e outros fatores que podem potencialmente afetar a sua implementação. Foi desenvolvido na Indonésia e através de entrevistas semiestruturadas com 303 participantes entre eles: Enfermeira, Médico, Parteira, Dentista, Nutricionista, Analista, Farmácia, Saúde pública, Radiologista, entre outros, os resultados mostraram que fatores socioculturais, como tendência para evitar incertezas, diferenciais de poder entre profissões e cultura coletivista, ambiente de saúde e fatores organizacionais afetam a eficácia da prática colaborativa interprofissional, bem como incluindo formação profissional, faixa etária e tempo de experiência profissional (em termos de liderança), tomada de decisão e gestão de conflitos; e envolvimento do paciente, responsabilidades e autonomia. Explorações futuras de PCI requerem uma compreensão das características específicas do ambiente de saúde e uma consciência dos fatores socioculturais que existem nos níveis organizacional, grupal e individual.

Diniz et al. (2021) realizaram seu estudo no Brasil, por meio de 5 entrevistas semiestruturadas com enfermeiros, nutricionista e fisioterapeuta (questionários sobre perfil profissional e competências colaborativas; e observação direta, apoiada por diário de campo) com o objetivo de analisar a Prática Interprofissional Colaborativa realizada pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e descrever o processo de trabalho desenvolvido e identificam as competências colaborativas no desenvolvimento dessa prática. Os resultados deste estudo mostraram que a prática analisada foi uma ferramenta para aprimorar o cuidado integral em saúde, destacando a importância da atenção centrada no paciente. A pesquisa apontou o desenvolvimento de uma experiência interprofissional

eficaz, através da identificação de competências colaborativas, resultante do diálogo entre teoria e prática.

De acordo com o artigo de El-Aswail et al. (2021), foi desenvolvido no Qatar e teve como objetivo compreender as perspectivas dos profissionais de saúde nos centros de Atenção Primária à Saúde (APS) para a colaboração interprofissional e identificar os facilitadores e as barreiras para a prática colaborativa, levou a resultados onde os profissionais de saúde em ambientes de APS demonstraram disposição e prontidão para se envolver em colaboração interprofissional. Reformas recentes no cenário da APS consistem na promoção de equipes interprofissionais e cultura colaborativa. No entanto, é imperativo fornecer treinamento e educação para fomentar e apoiar práticas colaborativas interprofissionais. Questões de múltipla escolha e abertas foram aplicadas à 1.415 participantes de diferentes formações (Médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, nutricionistas, tecnólogos de laboratórios médicos, tecnólogos radiológicos, fisioterapeutas e audiologistas), utilizando uma técnica de amostragem probabilística.

Mathews et al. (2021) trouxe no seu estudo, desenvolvido no Canadá, uma análise onde 8 participantes entre médicos e enfermeiros de família. Teve por objetivo examinar como as atividades da enfermeira da prática familiar se relaciona com as declarações nacionais de competência de enfermagem da prática familiar recentemente desenvolvidas. Realizamos uma análise secundária de entrevistas qualitativas com médicos de família e enfermeiros de clínica de família. Mostrou também que os participantes de nosso estudo foram capazes de identificar prontamente exemplos de enfermeiras de clínica familiar que encenam os domínios de competência clínica, mas forneceram menos exemplos relacionados aos domínios de garantia de qualidade, avaliação e pesquisa e liderança.

Desafios e Possibilidades da Liderança Colaborativa nas Organizações de Saúde

No artigo de Southby et al. (2018), realizado no Reino Unido, por meio de entrevistas semiestruturadas (n = 18) que foram realizadas com clínico geral,

gerente e enfermeira de clínica, gerente sênior e dois profissionais em cada organização. Teve como objetivo aumentar a visibilidade do conhecimento em torno da prática colaborativa entre a clínica geral e organizações do setor comunitário e examinar os fatores que auxiliam ou inibem tal colaboração. Os fatores identificados refletem aqueles encontrados em avaliações de serviços anteriores e na literatura mais ampla sobre trabalho em parceria, entendimento compartilhado, tempo e recursos, confiança, liderança forte, sistemas operacionais e governança e a “negociação” de limites profissionais. Embora o ambiente político atual possa representar uma oportunidade para o desenvolvimento de colaborações, ainda há questões a serem resolvidas antes que a colaboração, especialmente abordagens mais holísticas e integradas que se torne sistematicamente incorporada à prática.

Avby et al. (2019) no seu estudo, desenvolvido na Suécia, teve por objetivo explorar casos de sucesso e identificar o que possibilita a inovação na atenção primária. Usando entrevistas semiestruturadas com 48 administradores, enfermeiras, gerentes e outros membros da equipe e análise qualitativa, identificou três tipos de inovações, que rompem com as formas anteriores de organização do trabalho: (1) inovação em serviços; (2) inovação de processo; e (3) inovação organizacional. Uma cultura e um clima orientados para a aprendizagem, compreendendo liderança empreendedora, colaboração transfronteiriça, medições de desempenho visíveis e compreensíveis e capacidade de adaptação à pressão externa, mostraram-se vantajosas para a inovação. Recomendam os gerentes precisam transformar e integrar consistentemente um “empurrão” de políticas com a compreensão e os valores dos profissionais para melhor apoiar a inovação da atenção primária. Em última análise, a chave para a inovação é o engajamento dos profissionais no trabalho, ou seja, sua disposição, capacidade e oportunidade de inovar.

Segundo Mitchell et al. (2020), teve por objetivo relataram uma compreensão contextualizada das barreiras e obstáculos do Serviço Nacional de Saúde (NHS) comunitário e os serviços municipais reunidos para funcionar como um sistema integrado, encontraram clareza de visão e propósito de integração em toda a parceria, mas havia desafios relacionados à introdução da liderança descentralizada, a falta de detalhes sobre o planejamento clínico e de prestação

de serviços, tensões em torno de práticas variáveis de recursos humanos e barreiras ao compartilhamento de dados, a falta de compreensão e confiança na integração de trabalho profissional. No entanto, dado o foco da política nacional do presente estudo, o longo prazo na integração, esta abordagem ambiciosa para integrar a saúde comunitária e a assistência social destacou implicações para a liderança, desenho organizacional e trabalho interprofissional. O estudo foi desenvolvido no Reino Unido; foram realizadas 24 entrevistas semiestruturadas com igual número de profissionais de enfermagem e assistência social em nível estratégico e operacional. Os dados foram submetidos à análise temática.

De acordo com o estudo de Curry et al. (2022), realizado com 26 participantes no Reino Unido com Gerência intermediária liderança, CCG (Grupo de Comissionamento Clínico), Parceiro de assistência social, o objetivo foi de compreender como a integração efetiva da saúde e da assistência social pode ocorrer no contexto de uma grande interrupção do sistema (a pandemia de COVID-19), com foco em como a iniciativa pode superar as barreiras anteriores à integração. Os achados ressaltam o papel da liderança em grandes esforços de mudança de sistemas, especialmente em tempos de grandes rompimentos. A liderança do projeto superou as barreiras à integração destacadas por estudos anteriores, incluindo o envolvimento com aversão ao risco clínico/de segurança, promover a liderança distribuída e desenvolver práticas organizacionais compartilhadas para compartilhamento de dados e prestação de serviços. Esses insights oferecem considerações para esforços futuros para apoiar a integração estratégica de saúde e assistência social.

Pulido-Fuentes et al. (2022) por meio do seu estudo desenvolvido na Espanha, teve como objetivo mostrar que a pandemia de COVID-19 alterou as estratégias organizacionais e de gestão das instituições de saúde, bem como nos centros de atenção primária, assim, explorando a gestão, as estratégias organizacionais e a capacidade de resposta dos centros de saúde para enfrentar e se adaptar à pressão da pandemia de COVID-19, do ponto de vista dos profissionais de saúde da linha de frente, realizaram 53 entrevistas semiestruturadas em diversas categorias (Enfermeiras, Clínicos Gerais,

Gerentes de Enfermagem, Gerentes de Clínica, Auxiliares de Enfermagem, Técnicos de Emergência, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, pessoal Administrativo, Parteiras, Auxiliares de Limpeza). O resultado destacou que a identidade profissional dos trabalhadores da atenção primária tornou-se gradualmente “turva” devido à mudança nas percepções de seus papéis profissionais em um contexto de crescente improvisação e práticas de trabalho flexíveis. Isso afetou seu desempenho profissional.

Potencial da Educação Interprofissional para o desenvolvimento da competência de Liderança Colaborativa

Clarke et al. (2017) realizaram 40 entrevistas semiestruturadas com Médicos, Departamentos de Educação, Associações Rurais de Saúde, Departamentos de Saúde e grupos de defesa de pais, por telefone, com o objetivo de realizar uma avaliação para descrever os efeitos do treinamento sobre o uso de práticas de liderança colaborativa pelos líderes e as barreiras percebidas. Como consequência deste estudo, desenvolvido nos EUA, os participantes sugerem que os investimentos em treinamento de desenvolvimento de liderança para profissionais, podem oferecer oportunidades para utilizarem práticas de liderança colaborativa. No geral, ferramentas de pensamento de sistemas de avaliação e treinamento relacionado foram altamente referenciados, e os entrevistados frequentemente relacionaram práticas de liderança baseadas em processos com seus projetos de transformação da saúde de aprendizagem aplicada.

No artigo Singh et al. (2021) realizado com 215 participantes nos EUA em diversas categorias de saúde clínica e não clínica (Administração de Serviços de Saúde, Enfermagem, Trabalho social, Ciências médicas e de saúde, Psicologia, Treino Atlético, Gerontologia), teve por objetivo examinar a prontidão e as atitudes dos alunos em relação à educação interprofissional (EIP) online e a importância dessa preparação durante a COVID-19. Notavelmente, os resultados mostraram que EPI aumenta a conscientização das funções dos membros da equipe e melhora a colaboração, melhora a comunicação e coesão

entre os membros das equipes é fundamental durante a pandemia e pode levar a um melhor atendimento aos pacientes com COVID-19. Foi demonstrado que a colaboração e a comunicação interprofissional na área da saúde melhoram os resultados dos pacientes. Espera-se que incluir experiência e prática na prática interprofissional durante a formação dos profissionais leve a uma colaboração interprofissional mais bem-sucedida na prática. Esta educação interprofissional estabelece as bases para uma prática eficaz.

Clouder et al. (2022) no seu artigo descreve os resultados de um estudo qualitativo que teve por objetivo explorar a natureza da educação e treinamento baseados na prática que sustentam equipes de cuidados integrados disponíveis dentro da força de trabalho existente na região de West Midlands no Reino Unido. Um total de 27 participantes: Enfermeiros, médicos de clínica geral, psiquiatra, TO, fisioterapeuta, voluntários Terapeutas Complementares, Administrador, gerente, conselheiros, trabalhador de apoio, Enfermeira (consultora de bem-estar) trabalha em estreita colaboração com centros médicos, assistente social e instrutor de ginástica, nutricionistas e psicólogos, foram envolvidos em entrevistas semiestruturadas, durante as quais compartilharam suas visões e experiências de aprendizagem na prática. Os achados destacaram que o clima de aprendizagem depende altamente do modo de liderança no contexto da prática, o que influencia na alocação de tempo e recursos para treinamento e supervisão clínica. Embora a educação formal e a formação tenham um papel importante a desempenhar na promoção do trabalho integrado, a aprendizagem informal é fundamental para uma integração bem sucedida e tem potencialmente maior impacto, tornando-a digna de estudo mais aprofundado.

No estudo de Horváth et al. (2022) o objetivo era determinar através de uma avaliação, até que ponto o programa do Instituto Nacional de Saúde Pública (NIPH) no Camboja juntamente com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA, alcançaram o resultado pretendido (maior competência gerencial dos participantes) e qual o impacto que o programa teve sobre os graduados e os centros de saúde. Realizado com 20 participantes entre

gerentes e funcionários seniores, ao avaliarem os resultados, indicaram melhorias nas seguintes categorias: liderança e governança como aumento no uso de dados ao desenvolver planos mensais e trimestrais; força de trabalho em saúde, o uso de avaliações formais de desempenho e utilização da escala de serviço do pessoal; saneamento e higiene - existência de banheiro para atender às necessidades de pessoas com deficiência. O Programa de Treinamento em Gerenciamento forneceu evidências convincentes de curto prazo de como as habilidades do treinamento estão sendo usadas pelos participantes para identificar, priorizar e resolver problemas gerenciais do “dia-a-dia”.