

## A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação

Interprofessional collaboration in primary health care from the perspective of implementation science

La colaboración interprofesional en la atención primaria de salud desde la perspectiva de la ciencia de la implementación

Natália de Paula Kanno <sup>1,2</sup>  
Marina Peduzzi <sup>3</sup>  
Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani <sup>2</sup>  
Patrícia Coelho De Soárez <sup>2</sup>  
Andréa Tenório Correia da Silva <sup>4,5</sup>

doi: 10.1590/0102-311XPT213322

### Resumo

O objetivo foi analisar as percepções de trabalhadores da atenção primária à saúde (APS) sobre a colaboração interprofissional na perspectiva da ciência de implementação. Trata-se de estudo qualitativo que utilizou a entrevista em profundidade como técnica de produção de dados. Foram entrevistados 15 trabalhadores (três agentes comunitários de saúde, um auxiliar de enfermagem, três enfermeiros, três gerentes, três médicos e dois técnicos de enfermagem) de unidades básicas de saúde no Município de São Bernardo do Campo, São Paulo, Brasil. O roteiro da entrevista baseou-se em três dimensões do Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR; Consolidated Framework for Implementation Research). Foi realizada análise de conteúdo temática. Na dimensão características da colaboração interprofissional, os entrevistados destacaram a complexidade, e sua possível influência, na implementação e sustentabilidade dessa prática. Na dimensão cenário interno, foram identificados fatores que influenciam a colaboração interprofissional: como se utiliza o tempo destinado a comunicação formal/reuniões de equipe; interações sociais entre os profissionais; e características da liderança, como feedback, autonomia e participação nas decisões. Na dimensão características dos indivíduos, os participantes destacaram a colaboração interprofissional direcionada para a qualidade do cuidado e a necessidade de integração entre os núcleos de saberes. Assim, ações para aperfeiçoar a qualidade da comunicação, a construção coletiva em equipe e o aprimoramento da liderança podem contribuir para melhorar a colaboração interprofissional na APS e potencializar seus impactos na atenção à saúde.

Ciência da Implementação; Atenção Primária à Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

### Correspondência

N. P. Kanno  
Secretaria da Saúde de São Bernardo do Campo, Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo.  
Rua João Pessoa 59, 2º andar, São Bernardo do Campo, SP  
09715-000, Brasil.  
nat.kanno@gmail.com

- <sup>1</sup> Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo, São Bernardo do Campo, Brasil.  
<sup>2</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.  
<sup>3</sup> Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.  
<sup>4</sup> Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, Brasil.  
<sup>5</sup> Faculdade de Medicina Santa Marcelina, São Paulo, Brasil.



## Introdução

A colaboração interprofissional é um processo que envolve profissionais de diferentes áreas da saúde, com articulação de distintos saberes para a produção do cuidado <sup>1</sup>. Um estudo realizado na atenção primária em saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) identificou dois tipos de colaboração interprofissional: colaboração em equipe e colaboração em rede e com a comunidade <sup>2</sup>.

Uma revisão de literatura reúne prática interprofissional colaborativa e trabalho em equipe <sup>3</sup>. Outra revisão analisa as quatro modalidades do trabalho interprofissional: trabalho em equipe, colaboração interprofissional ou prática interprofissional colaborativa, coordenação e trabalho em rede <sup>4</sup>. Esses autores destacam que o trabalho em equipe é o núcleo do trabalho interprofissional, caracterizado por objetivos comuns, identidade compartilhada, clareza de papéis, interdependência e corresponsabilização dos profissionais da equipe. A interação e a comunicação interprofissional são reconhecidas como dimensões constitutivas do trabalho interprofissional <sup>2,3,5</sup>.

Neste estudo, adotamos a concepção de colaboração interprofissional que apresenta alguns elementos-chave do trabalho interprofissional apontados anteriormente, porém de forma menos sistematizada e com menor intensidade <sup>4</sup>. A colaboração interprofissional também constitui uma estratégia valorizada pelos modelos de atenção universal, que priorizam a integralidade <sup>6</sup>, atributo essencial de modelos de APS <sup>7</sup>. Ao promover a interação entre os diferentes profissionais da saúde, a colaboração interprofissional contribui para reduzir a morbidade e as hospitalizações <sup>8</sup>, além de proporcionar maior satisfação dos pacientes e melhores desfechos em saúde na APS <sup>9</sup>.

Investimentos na implementação da colaboração interprofissional em equipes de APS têm sido feitos por gestores de diversos países, incluindo o Brasil, que desde 1994 implantou as equipes de saúde da família (EqSF) <sup>10,11</sup>. Cada EqSF é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A partir de 2022, mais de 40 mil equipes passaram a ser responsáveis pelo cuidado de aproximadamente 134 milhões de pessoas em todo o território nacional <sup>11</sup>.

A Política Nacional de Atenção Básica <sup>12</sup> (PNAB) destaca que a provisão de atenção integral e contínua é o propósito central da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para atingir esse objetivo, os profissionais da ESF devem atuar de forma interdisciplinar, coadunando conhecimentos de diferentes disciplinas e áreas de formação, e buscar a realização do trabalho interprofissional no sentido mencionado, para o planejamento compartilhado do cuidado em saúde e a integração das ações. Cabe ressaltar que as abordagens interprofissional e interdisciplinar são distintas, mas complementares e têm potencial para melhorar a qualidade da atenção à saúde.

Vários estudos têm analisado a colaboração interprofissional em equipes de APS, em países de alta renda <sup>13</sup>. No Brasil, ainda são poucos os que se concentram na colaboração interprofissional na ESF. Matuda et al. <sup>5</sup> analisaram as percepções dos profissionais da APS sobre a colaboração interprofissional no Município de São Paulo e identificaram a interação entre as categorias profissionais e as metas de produção como temas relacionados à colaboração interprofissional.

Araújo et al. <sup>14</sup> realizaram um estudo de casos comparados e entrevistaram profissionais da ESF no Município de Sobral (Ceará, Brasil) e de unidades de saúde na cidade de Coimbra, em Portugal, utilizando um instrumento desenvolvido com base no modelo de D'Amour et al. <sup>1</sup> para caracterizar a colaboração interprofissional. No entanto, esses estudos não tiveram como objetivo analisar a implementação da colaboração interprofissional na ESF.

Nos últimos 10 anos, a ciência da implementação tem sido amplamente utilizada como método para investigar as barreiras à adoção sistemática de práticas baseadas em evidência. Isso visa melhorar a adoção e a sustentabilidade dessas práticas, impactando diretamente a qualidade e a efetividade das ações em saúde <sup>15</sup>. Paralelamente, a ciência da implementação busca compreender por que a adesão a certas inovações foi bem-sucedida em alguns lugares e malsucedida em outros <sup>16,17</sup>.

Dessa forma, consideramos a ciência da implementação uma ferramenta valiosa para identificar barreiras e facilitadores para a instauração da colaboração interprofissional em serviços de APS. Isso pode ocasionar implicações práticas tanto para a gestão local quanto para os trabalhadores envolvidos.

Este é um dos primeiros estudos a utilizar um instrumento da ciência da implementação para investigar a colaboração interprofissional na APS. O objetivo deste estudo é analisar a percepção de

trabalhadores da APS sobre os fatores que influenciam a adesão da colaboração interprofissional, a partir da perspectiva da ciência da implementação.

## **Método**

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada em unidades básicas de saúde (UBS) no Município de São Bernardo do Campo (São Paulo). São Bernardo do Campo tem uma população estimada em 844.483 habitantes<sup>18</sup>. Destes, 63,3% estão cadastrados nas 154 EqSF<sup>12</sup>.

### **Seleção dos participantes**

Para realizar a amostragem qualitativa, seguimos os pressupostos descritos por Minayo<sup>19</sup>: privilegiar a escolha de sujeitos que tivessem os atributos que se pretende conhecer na pesquisa e considerar um número suficiente e diversificado de participantes que permita reincidência de informações e potencial explicativo dos relatos. Desse modo, foram convidados a participar trabalhadores das EqSF (ACS, enfermeiros, médicos, técnicos/auxiliares de enfermagem) e gerentes de três UBS do Município de São Bernardo do Campo de diferentes regiões, cujas populações adscritas apresentavam distintos graus de vulnerabilidade, conforme o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)<sup>20</sup>. Buscamos a diversidade de sujeitos em relação a gênero, idade, profissão, tempo de atuação na ESF e vínculo ou não com a residência de medicina de família e comunidade ou prática multiprofissional em saúde da família, pois consideramos que essas diferenças poderiam enriquecer a coleta e a análise das percepções dos trabalhadores.

### **Coleta de dados**

Como técnica de produção de dados empíricos, utilizamos a entrevista semiestruturada, conduzida a partir de um roteiro composto por questões norteadoras, por permitir a modulação das perguntas em função das verbalizações e reações dos entrevistados, visando compreender a percepção relativa às experiências vividas e alcançar o coletivo no relato individual, no contexto histórico e social<sup>19</sup>.

Testamos o roteiro na fase piloto da pesquisa para avaliar a clareza das perguntas e dos termos utilizados. Para isso, entrevistamos três trabalhadores de uma UBS, cujo material transcrito não foi incluído na análise.

Para selecionar as UBS incluídas no estudo, foi adotado o seguinte procedimento: (1) das 31 UBS do Município de São Bernardo do Campo com ESF há mais de dois anos, foram excluídas 10 pelo motivo de os profissionais terem contato próximo com a pesquisadora principal (N.P.K.); (2) a seguir, as 21 UBS restantes foram agrupadas de acordo com o IPVS para a população cadastrada, o que resultou na classificação segundo IPVS “muito baixa”, “baixa-média” e “média-alta”; (3) foi selecionada uma UBS de cada uma dessas três categorias. Nas três UBS, foram convidados a participar quatro profissionais por equipe e os gerentes. No total, foram entrevistados 15 trabalhadores da APS. As entrevistas foram agendadas previamente com cada participante, sendo realizadas em ambientes reservados dentro das UBS no horário de trabalho. A coleta aconteceu entre os meses de setembro e outubro de 2021. As entrevistas foram gravadas e transcritas e tiveram duração média de uma hora e 20 minutos. Não houve recusa em participar.

As entrevistas foram conduzidas por uma médica de família e comunidade (N.P.K.) que atuou nas EqSF e, no momento, trabalha na gestão da APS no Município de São Bernardo do Campo. Desse modo, optamos por excluir as UBS nas quais a pesquisadora tinha trabalhado e aquelas diretamente vinculadas à sua atuação enquanto gestora, na tentativa de minimizar o viés de respostas por parte de participantes ligados à pesquisadora N.P.K.

A pesquisadora A.T.C.S. supervisionou o estudo e analisou o material transcrito, em conjunto com N.P.K. A.T.C.S. é médica de família e comunidade, atuou na assistência e na gestão no Município de São Paulo e desenvolve pesquisas na área de APS e gestão em saúde. A.C.C.G.G. e M.P. atuam na área de educação interprofissional, sendo que A.C.C.G.G. tem foco em APS, e M.P. em gestão do trabalho e educação interprofissional. P.C.D.S. tem atuação reconhecida em avaliação de tecnologias em saúde.

### • Instrumento de coleta de dados

Para compor o roteiro de entrevista, utilizamos dimensões e constructos do Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR; *Consolidated Framework for Implementation Research*), um dos instrumentos mais frequentemente aplicados em pesquisa de implementação. O CFIR é constituído por 39 constructos organizados em cinco dimensões, incluindo características da intervenção/ inovação, cenário externo, cenário interno, características dos indivíduos e processo <sup>21</sup>.

A seleção dos constructos utilizados foi feita de acordo com os objetivos da pesquisa <sup>16</sup> e a intervenção/ inovação estudada foi a colaboração interprofissional. Foram selecionadas três dimensões do CFIR: (1) Características da Intervenção, para compreender as dificuldades percebidas na implementação da colaboração interprofissional; (2) Cenário Interno, para descrever fatores relacionados ao ambiente de trabalho na APS que poderiam influenciar a implementação e sustentabilidade da colaboração interprofissional; e (3) Características dos Indivíduos, para contemplar as inter-relações entre os profissionais, e deles com a organização, dada a relevância da interação social e comunicação na colaboração interprofissional <sup>21</sup>.

Essas três dimensões foram selecionadas por serem relevantes para identificar barreiras e facilitadores para a instauração da colaboração interprofissional em serviços de APS. No entanto, optamos por não investigar a dimensão “cenário externo”, que analisa as interações do serviço com organizações externas, políticas externas e incentivos à adoção da intervenção; e a dimensão “processo”, que analisa a implementação desde o planejamento até a avaliação <sup>21</sup>, porque a colaboração interprofissional na APS já havia sido instaurada desde o início da ESF em meados dos anos 1990. Essas duas dimensões poderiam estar sujeitas a viés de memória e limitariam a seleção dos participantes àqueles que estivessem atuando nas EqSF desde o início da implantação das equipes.

As entrevistas foram conduzidas com base em um roteiro constituído pelos seguintes tópicos: características sociodemográficas dos participantes, aspectos relacionados ao trabalho na APS e na ESF, além da caracterização da implementação da colaboração interprofissional, norteadas pelas três dimensões do CFIR mencionadas anteriormente.

### Análise dos dados

O material transcrito foi submetido à análise de conteúdo temática, realizada por duas pesquisadoras, que seguiram as etapas predefinidas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação <sup>19</sup>. Foram adotados procedimentos como condensação, codificação e elaboração das categorias e temas segundo a lógica dedutiva. O software NVivo 1.6.1 (<https://www.qsrinternational.com/nvivo/home>) foi utilizado para apoiar a análise de conteúdo.

### Procedimentos para aumentar a confiabilidade

Para adaptação e validação do roteiro no eixo das dimensões do CFIR, enviamos a tradução e a adaptação para a apreciação de dois pesquisadores que atuam na área de ciência da implementação. Além disso, solicitamos o *feedback* dos participantes sobre o material transcrito.

### Procedimentos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (parecer nº 4.406.541). O sigilo e a privacidade dos dados foram garantidos aos participantes. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como garantia de anonimato, os nomes dos participantes foram substituídos por letras M (médico/a), E (enfermeiro/a), T (técnico/a ou auxiliar de enfermagem), A (ACS) ou G (gerente).

## Resultados e discussão

Dos 15 trabalhadores da ESF participantes, a maioria era mulher (73%) e tinha idade entre 22 e 59 anos. A média de tempo de atuação na APS do município foi de oito anos; e na EqSF atual, 2,9 anos. Mais informações sobre os participantes estão dispostas no Quadro 1.

A seguir, serão apresentados os achados referentes às dimensões do CFIR e seus respectivos constructos, conforme apresentado na Figura 1.

### Dimensão Características da Intervenção

#### • Constructo – Fonte da colaboração interprofissional

Os participantes descreveram a colaboração interprofissional como uma tecnologia inerente às competências das equipes de APS, desenvolvida localmente e diretamente vinculada ao trabalho integrado de uma equipe de profissionais comprometidos com a qualidade do cuidado ofertado aos usuários.

*“...A colaboração interprofissional faz parte do dia a dia na ESF (...) é um trabalho realizado pelos membros da equipe, buscando o melhor para o paciente. É uma troca de informações e de experiências que levam a uma assistência mais integral. Integra a visão do ACS, da enfermeira e é complementada pelos profissionais do NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família]...” (M1).*

### Quadro 1

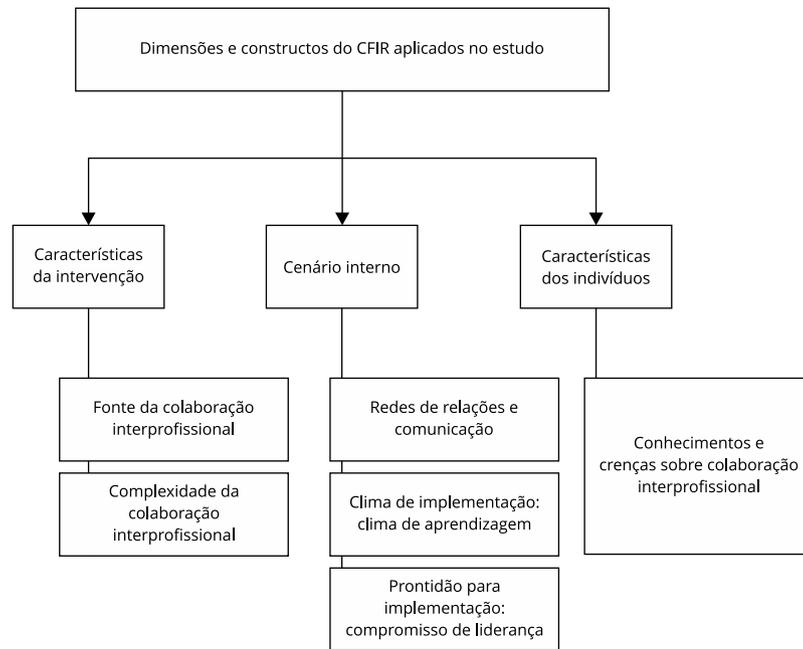
Características dos entrevistados.

Código do participante	Categoria	UBS	Grau de vulnerabilidade da área da UBS conforme IPVS (2010)	Idade (anos)	Sexo biológico
A1	ACS	1	Muito baixo	58	Masculino
A2	ACS	2	Baixo a médio	29	Feminino
A3	ACS	3	Médio a alto	45	Feminino
E1	Enfermeira	1	Muito baixo	33	Feminino
E2	Enfermeira	2	Baixo a médio	38	Feminino
E3	Enfermeira	3	Médio a alto	29	Masculino
G1	Gerente	1	Muito baixo	44	Feminino
G2	Gerente	2	Baixo a médio	47	Feminino
G3	Gerente	3	Médio a alto	47	Feminino
M1	Médica	1	Muito baixo	59	Masculino
M2	Médica	2	Baixo a médio	38	Masculino
M3	Médica	3	Médio a alto	38	Feminino
T1	Técnica de enfermagem	1	Muito baixo	40	Feminino
T2	Auxiliar de enfermagem	2	Baixo a médio	55	Feminino
T3	Técnica de enfermagem	3	Médio a alto	22	Feminino

ACS: agente comunitário de saúde; IPVS: Índice Paulista de Vulnerabilidade Social; UBS: unidade básica de saúde.

**Figura 1**

Dimensões e constructos do Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR) identificados na análise de conteúdo.



Considerar a colaboração interprofissional como um dos eixos do trabalho das EqSF com foco na qualidade do cuidado é fundamental para que os trabalhadores da APS estabeleçam espaços de construção e articulação dos saberes e das experiências das diversas categorias profissionais que compõem as equipes. Promover a educação permanente sobre o tema e alinhar conceitos e impactos para o cuidado poderia contribuir para aprimorar a implementação e sustentabilidade, como proposto na PNAB de 2012 <sup>12</sup>.

#### • Constructo – Complexidade da colaboração interprofissional

Para os participantes, a complexidade da colaboração interprofissional se constituiu a partir do reconhecimento da necessidade de compreender o papel de cada componente da equipe, de integrar as ações de saúde incluindo a contribuição dos diversos núcleos de saber que compõem a equipe, de construção de objetivo comum em cada equipe, de lidar com relações de assimetria de poder e de estabelecer canais efetivos de comunicação.

*“Pessoas são complexas. (...) E aí, essa parte, cada um tem que tirar um pouquinho da vaidade de lado e ser mais aberto à escuta, né? (...) a médica, por exemplo, é superaberta quando fala alguma coisa, alguma conduta de curativo, porque talvez seja uma coisa que eu tenha um pouco mais de vivência do que ela. Eu acho que quando a equipe consegue estar muito alinhada com um objetivo, quando consegue traçar as expectativas” (E3).*

*“Eu acho que [os profissionais conhecem o papel um do outro] muito pouco e a gente teria que dar condições para que isso acontecesse (...). Só que é algo que a gente não consegue efetivar. Por quê? Porque a urgência do serviço atrapela (...). Então, vai aprendendo no tranco, né?” (G3).*

*“E hoje mesmo eu estava discutindo esse caso com a assistente social e falei assim: ‘Então qual o teu papel nessa história?’ (...). Porque às vezes a gente quer tanto dela e às vezes não é tudo dela, né?” (M3).*

A compreensão limitada sobre o papel de cada trabalhador da EqSF, as dificuldades comunicacionais de expressar ideias e o medo de não ser acolhido <sup>22</sup> podem afetar a qualidade do cuidado ofertado pela equipe, gerar conflitos <sup>23</sup>, ações de saúde duplicadas e subutilização das habilidades <sup>24</sup>. Nesse sentido, a capacidade comunicacional do líder, do supervisor e do gerente é essencial para destacar as atribuições de cada trabalhador, levando os profissionais a conhecerem suas funções e as dos colegas <sup>24</sup>, o que propicia a redução de disputas de poder, a integração de novos papéis na equipe e a colaboração interprofissional <sup>25</sup>. Os entrevistados descreveram a importância da habilidade comunicacional do líder para a colaboração interprofissional, reconhecendo os saberes e as potencialidades de cada profissional e exercendo uma liderança compartilhada e colaborativa.

*“...Quando ele [o líder da equipe, enfermeiro] tem alguma coisa pra falar, ele chama a gente, ele pergunta, ele fala ‘O que é que você acha? Olha, está acontecendo isso’. (...) Então, eu acho que a gente se sente valorizado, né? E ele, e ele sempre está elogiando e falando a importância do nosso trabalho” (A3).*

Cabe destacar que há inter-relação entre os pontos levantados pelos participantes relacionados ao constructo “complexidade da intervenção” (CFIR), às dimensões “visão/objetivos compartilhados” e à “liderança” do modelo de colaboração interprofissional de D’Amour et al. <sup>26</sup>. A compreensão dos objetivos compartilhados pela equipe, o foco na centralidade do cuidado e líderes que promovam participação dos trabalhadores nas decisões são pontos-chave, segundo o modelo referido. Para tanto, é fundamental que os trabalhadores conheçam as atribuições de cada um e se dediquem à construção do cuidado, integrando os núcleos de saberes da EqSF.

### **Dimensão Cenário Interno**

#### **• Constructo – Redes de relações e comunicação**

Esse constructo se refere à natureza e à qualidade das redes de interações e de relações formal e informal em uma organização <sup>21</sup>. Para os participantes, os aspectos relevantes relacionados à comunicação foram: qualidade do tempo reservado para comunicação formal entre os profissionais da equipe e aspectos interacionais entre os profissionais.

#### **a) Espaço de comunicação formal**

Apesar de os espaços de comunicação formal nas EqSF serem parte da agenda semanalmente, com duração de duas horas, os relatos dos participantes mostraram que a qualidade do encontro tem fundamental importância para que a colaboração interprofissional seja efetiva. De acordo com os participantes, a ausência ou a insuficiência de espaços de comunicação formal constituiu uma barreira para a colaboração interprofissional, com impacto na qualidade do cuidado, particularmente para os casos de maior complexidade acompanhados pela equipe. A influência das interações e da comunicação na implementação da colaboração interprofissional apareceu com maior destaque nas falas dos profissionais de EqSF que cuidam de populações em áreas de maior vulnerabilidade, o que pode estar vinculado não apenas à quantidade de demandas, mas à complexidade dos casos na perspectiva da interseccionalidade.

*“Eu acho que, embora a gente tenha um bom diálogo (...), eu sinto que falta tempo para a gente conseguir avaliar, criar processos terapêuticos para os pacientes (...). Então, a demanda é grande...” (E2).*

Apesar de as reuniões das EqSF estarem direcionadas para identificação dos problemas, tomada de decisão para programação das ações e avaliação das atividades <sup>27</sup>, alguns autores afirmam que profissionais da APS relataram aspectos problemáticos relacionados às reuniões, indicando que elas eram protocolares e com assimetria de poder entre profissionais, o que dificultava a expressão de ideias e gerava conflitos <sup>22</sup>. Nesse sentido, Carvalho et al. <sup>23</sup> identificaram que tais conflitos incluem o desrespeito decorrente de relações assimétricas, o comportamento dos profissionais e a falta de colaboração no trabalho. Savio et al. <sup>28</sup> descreveram o uso de aplicativos de mensagens para atender demandas fora do horário de trabalho, reduzindo a separação entre vida pessoal e trabalho <sup>28</sup> e aumentando o estresse e a sobrecarga. Cabe destacar que a comunicação face a face em encontros presenciais tem a vantagem de possibilitar trocas verbais e não verbais <sup>28</sup> e de tornar a comunicação mais efetiva. Desse modo, a discussão de como aprimorar os espaços de encontro e de reunião das EqSF deve ser realiza-

da. O melhor aproveitamento desses espaços promove redução da sobrecarga, trocas dos núcleos de saberes, elaboração de planos de cuidados e colaboração interprofissional mais efetiva <sup>29</sup>.

A comunicação nas EqSF deve ser desenvolvida como um processo de escuta ativa e empática <sup>30</sup>, contribuindo para redução de conflitos <sup>31</sup>. Ter momentos para aprimorar a comunicação, com o uso de técnicas específicas e da comunicação não violenta, pode melhorar as relações, aumentar a empatia e confiança, expandir o suporte social e repercutir diretamente na colaboração interprofissional <sup>32</sup>. A comunicação entre os profissionais orientada para as necessidades de saúde dos usuários e da população do território é uma condição *sine qua non* do trabalho em equipe e da prática interprofissional colaborativa <sup>33</sup>.

### **b) Falta de profissionais e rotatividade dos membros das EqSF**

Equipes desfalcadas e alta rotatividade de profissionais da APS foram considerados fatores limitantes para a implementação e sustentabilidade da colaboração interprofissional. Esses elementos geram sobrecarga de trabalho, reduzem o tempo de serviço destinado para a sua própria equipe e podem gerar conflitos entre os profissionais.

*“Fazer com que as pessoas se relacionem, construam relações e que a gente tenha equipes que possam também ter o seu tempo até para ter as suas dificuldades e depois se reconstruir, porque o que a gente vê sempre é que quando parece que está tudo caminhando bem, aí é um médico que vai embora...”* (G3).

Maior tempo de convivência na mesma equipe pode aumentar o amadurecimento do grupo <sup>15</sup>. A alta taxa de rotatividade de profissionais impossibilita a manutenção de equipes integradas, fundamental para a colaboração interprofissional, além de diminuir a produtividade e aumentar custos pelo tempo gasto em treinamentos e novas contratações <sup>34,35</sup>.

#### **• Constructo – Clima de implementação: clima de aprendizagem**

Esse constructo se relaciona à atuação dos líderes em promover a valorização e contribuição dos membros das equipes nas tomadas de decisão, com espaço seguro para reflexão e avaliação <sup>21</sup>. Nesse sentido, os participantes relataram como aspectos relevantes relacionados ao compromisso de liderança para a colaboração interprofissional: *feedback* realizado pela liderança, promoção de autonomia e liderança participativa.

#### **a) Feedback realizado pela liderança**

Apesar de os momentos de *feedback* terem sido considerados estratégias voltadas para aprimorar as relações no trabalho, promover aprendizados e melhorar a satisfação com o trabalho, a forma como se tem fornecido o *feedback* pode ser compreendida como uma barreira para a colaboração interprofissional, podendo gerar competição e desmotivação.

*“Então, quando eu trabalhava com outro enfermeiro, acredito que a maneira que ele fazia essa cobrança das planilhas e tudo mais acabava gerando (...) um clima meio de que estava competindo [com] a outra. ‘Ah, fulano fez tantas visitas, você não’”* (A2).

Alguns autores defendem que o *feedback* priorize a reflexão e o reconhecimento das fortalezas <sup>36</sup>, forneça suporte social, aumentando a motivação <sup>37</sup> e favorecendo a colaboração interprofissional <sup>37,38,39</sup>.

#### **• Constructo – Prontidão para implementação: compromisso de liderança**

#### **a) Promoção de autonomia**

Os entrevistados destacaram a importância de o gerente estimular a autonomia e a redução da dependência nas tomadas de decisões. Alguns trabalhadores referiram que ter autonomia e sentir que o gerente confia no trabalho do profissional impacta o sentimento de reconhecimento e valorização.

*“E quando eles escutam, quando eles se interessam pelo assunto (...). A sua voz não fica uma voz que fica tapada (...). Você tem voz, né? Aquilo que você falou é importante”* (A3).

*“No começo, as pessoas achavam estranho. ‘Peráí, é pra gente sentar entre a gente para fazer a nossa escala de recepcionista? É, você que trabalha como recepcionista. Eu posso sentar aqui com você, eu vou olhar’” (G3).*

Lideranças que reconhecem e incorporam saberes dos diferentes núcleos <sup>40</sup> de profissionais que compõem as equipes de APS e valorizam as ideias dos membros das equipes <sup>41</sup> contribuem para remover barreiras para a comunicação e favorecem a colaboração interprofissional. Hjalmarson et al. <sup>37</sup>, em seu estudo envolvendo equipes de APS, observou que estruturas nas quais os profissionais são encorajados a agir criativamente e líderes os encorajam a construir propostas de soluções para os problemas resultam em maior colaboração interprofissional <sup>37</sup>.

### **Dimensão Características dos Indivíduos**

#### **• Constructo – Conhecimentos e crenças sobre colaboração interprofissional**

Para os entrevistados, compartilhar as mesmas metas, objetivos e responsabilização sobre o cuidado da população adscrita à equipe constitui condição fundamental para a colaboração interprofissional na ESF.

*“É exatamente isso, é você... Todo mundo... ter o mesmo olhar para cuidar do paciente” (G2).*

Outro ponto comum observado nos relatos dos participantes foi a relação do trabalho em equipe com a interação e a integração entre os profissionais na forma de trabalhos complementares, união de forças, vínculo, troca de conhecimentos, informações e experiências.

Todas as características de trabalho em equipe apresentadas neste estudo estão presentes na síntese realizada por Reeves et al. <sup>42</sup> sobre elementos que caracterizam trabalho em equipe: identidade compartilhada na equipe, clareza de papéis, objetivos comuns, interdependência, integração, responsabilidade compartilhada e atividade a ser desempenhada <sup>42</sup>. Os resultados convergem com os achados de um estudo com profissionais da ESF do Paraná, que descreveu o trabalho da EqSF como uma atuação coletiva, com integração e interdependência entre os profissionais <sup>43</sup>, como vem sendo apontado por outros estudos sobre o tema <sup>33</sup>.

#### **a) Percepção sobre membros da equipe**

Apesar de todos os profissionais entrevistados integrarem EqSF, alguns participantes não incluíram os técnicos de enfermagem como componentes da EqSF. Muitas vezes, os técnicos de enfermagem são requisitados para realizar outras tarefas na UBS em detrimento de participar das atividades da própria EqSF. Por exemplo, justamente na UBS em que esse profissional foi menos citado como membro da equipe, os técnicos de enfermagem não participam rotineiramente das reuniões de equipe, estavam na escala para outras atividades na UBS.

*“Nós temos um médico, um enfermeiro e um ACS. Esses são... esse é o ‘core’, né? Mas existe a equipe do NASF que participa...” (M1).*

A não descrição do técnico de enfermagem como integrante da equipe foi apontada também em um estudo realizado na APS no Paraná <sup>44</sup>, que destacou a invisibilidade do trabalho dessa categoria profissional pela própria equipe.

Carvalho et al. <sup>23</sup> analisaram as percepções de trabalhadores da APS e destacaram que as relações assimétricas de poder entre os membros da equipe e a falta de colaboração no trabalho estão relacionadas aos conflitos na equipe. A não participação dos técnicos de enfermagem nas reuniões da EqSF contribui para a percepção descrita anteriormente e para perpetuar sua invisibilidade no trabalho da equipe. Grandó et al. <sup>22</sup> apontaram os desafios identificados nas reuniões de EqSF para que esse espaço seja utilizado como uma possibilidade de construção coletiva do cuidado. Os referidos autores observaram que os espaços de reunião são protocolares, centrados em aspectos técnicos e que os profissionais têm dificuldade de expressar ideias e assumir uma postura crítica, que pode levar à segregação por parte do grupo. Esse resultado assinala as limitações acarretadas pela percepção parcial dos membros da equipe acerca de seus integrantes, em especial no que se refere à ausência de reconhecimento do papel de algumas profissões que compõem a equipe de trabalho.

### **Limitações e forças do estudo**

O estudo apresentou como limitação o fato de a pesquisadora principal fazer parte da gestão central de saúde do município e já ter trabalhado em algumas UBS como médica generalista e/ou preceptora, tendo interação social prévia com alguns entrevistados. Isso pode ter aumentado a possibilidade de respostas socialmente aceitáveis, apesar da garantia de sigilo e privacidade das informações. Outra limitação a ser destacada diz respeito à seleção dos participantes, o estudo deixou de incluir a percepção dos trabalhadores das equipes de saúde bucal e dos NASF, equipes que compõem a APS e contribuem para o cuidado integral ofertado à população na ESF. Neste estudo, buscou-se a percepção dos trabalhadores apenas das equipes mínimas da ESF (ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos). Optou-se por incluir somente trabalhadores das EqSF por considerarmos que elas estão presentes na maior parte dos municípios brasileiros e com maior continuidade desde sua implantação, quando comparadas às equipes de saúde bucal e do NASF.

Uma das forças do estudo é a utilização de um instrumento da ciência da implementação para analisar a colaboração interprofissional no âmbito da APS. Seguindo os pressupostos de estudos em ciência da implementação, a composição da equipe de pesquisa contemplou diversos núcleos de saberes<sup>15</sup> e áreas que se interseccionam para análise e interpretação dos resultados, assim como para o desenho das recomendações. Cabe ressaltar, por fim, que o fato de a pesquisa ter sido realizada no período da pandemia de COVID-19 pode contribuir para aprimorar a colaboração interprofissional na APS em futuros eventos de crise sanitária.

### **Conclusão**

Nossos resultados podem contribuir para elaboração de ações pelos gestores e pelos trabalhadores da saúde para fortalecer a colaboração interprofissional na APS. As ações para aprimorar a implementação e a sustentabilidade da colaboração interprofissional na APS incluem: (1) compreender o próprio papel e o papel dos profissionais das demais áreas em um trabalho que busque produzir colaboração interprofissional em benefício da atenção da população adscrita; (2) garantir espaços efetivos de interação e comunicação, formal e informal, sobretudo em reunião de equipe, para lidar com a complexidade dos casos e as demandas de acordo com a vulnerabilidade da área da EqSF; (3) reconhecer e elaborar estratégias para mitigar as assimetrias de poder; (4) promover educação permanente voltada para habilidades comunicacionais, escuta ativa e empática, garantindo espaço seguro de fala e de escuta; (5) promover educação permanente de líderes e gerentes de unidade para fornecer *feedbacks* que incluam reconhecimento do trabalho, suporte social, aprimoramento de habilidades e conhecimentos, redução de conflitos e motivação para a colaboração interprofissional.

## Colaboradores

N. P. Kanno contribuiu com a concepção do estudo, análise dos dados e redação; e aprovou a versão final. M. Peduzzi contribuiu com a concepção do estudo, análise dos dados e revisão; e aprovou a versão final. A. C. C. G. Germani contribuiu com a revisão; e aprovou a versão final. P. C. De Soárez contribuiu com a revisão; e aprovou a versão final. A. T. C. Silva contribuiu com a concepção do estudo, análise dos dados e revisão; e aprovou a versão final.

## Informações adicionais

ORCID: Natália de Paula Kanno (0000-0003-4989-4546); Marina Peduzzi (0000-0002-2797-0918); Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani (0000-0002-7409-915X); Patrícia Coelho De Soárez (0000-0001-8383-0728); Andréa Tenório Correia da Silva (0000-0002-3403-5792).

## Conflitos de interesse

As autoras declaram não haver conflito de interesse.

## Referências

1. D'Amour D, Ferrada-Videla M, Rodriguez LSM, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005; 19:116-31.
2. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)* 2018; 22:1525-34.
3. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud* 2015; 52:1217-30.
4. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care* 2017; 13:1-3.
5. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc Saúde Colet* 2015; 20:2511-21.
6. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344:1129-33.
7. Pascucci D, Sassano M, Nurchis MC, Cicconi M, Acampora A, Park D, et al. Impact of interprofessional collaboration on chronic disease management: findings from a systematic review of clinical trial and meta-analysis. *Health Policy (New York)* 2021; 125:191-202.
8. McCutcheon LRM, Haines ST, Valaitis R, Sturpe DA, Russell G, Saleh AA, et al. Impact of interprofessional primary care practice on patient outcomes: a scoping review. *SAGE Open* 2020; 10:1-17.
9. Stange KC, Nutting PA, Miller WL, Jaén CR, Crabtree BF, Flocke SA, et al. Defining and measuring the patient-centered medical home. *J Gen Intern Med* 2010; 25: 601-12.
10. Elston S, Holloway I. The impact of recent primary care reforms in the UK on interprofessional working in primary care centres. *J Interprof Care* 2001; 15:19-27.
11. Ministério da Saúde. e-Gestor AB – informação e gestão da atenção básica. Cobertura da atenção básica. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessopublico/relatorios/rehistoricocoberturaab.xxhtm> (accessed on 10/Jan/2023).
12. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica 2012. <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/view> (accessed on 10/Aug/2022).
13. Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract* 2016; 17:83.

14. Araujo EMD, Serapioni M, Araujo Junior JLA, Santos Neto PM. A colaboração interprofissional no contexto da saúde da família no Brasil e em Portugal: um estudo de casos comparados. *Brazilian Journal of Health Review* 2020; 3:6632-52.
15. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol* 2015; 3:32.
16. Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implement Sci* 2015; 11:72.
17. Bauer MS, Kirchner JA. Implementation science: what is it and why should I care? *Psychiatry Res* 2020; 283:112376.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados do município de São Bernardo do Campo, São Paulo. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/sao-bernardo-do-campo.html> (accessed on 19/Oct/2022).
19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2<sup>nd</sup> Ed. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 1993.
20. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS. <https://ipvs.seade.gov.br/view/index.php> (accessed on 04/Sep/2023).
21. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 2009; 4:50.
22. Grando MK, Dall'agnol CM. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2010; 14:504-10.
23. Carvalho BG, Peduzzi M, Ayres JRCM. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública* 2014; 30:1453-62.
24. Ly O, Sibbald SL, Verma JY, Rocker GM. Exploring role clarity in interorganizational spread and scale-up initiatives: The 'INSPIRED' COPD collaborative. *BMC Health Serv Res* 2018; 18:680.
25. Brault I, Kilpatrick K, D'Amour D, Contandriopoulos D, Chouinard V, Dubois C-A, et al. Role clarification processes for better integration of nurse practitioners into primary health care teams: a multiple-case study. *Nurs Res Pract* 2014; 2014:170514.
26. D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:188.
27. Voltolini BC, Andrade SR, Piccoli T, Pedebôs LA, Andrade V. Estratégia saúde da família meetings: an indispensable tool for local planning. *Texto & Contexto Enferm* 2019; 28:e20170477.
28. Savio RO, Barreto MFC, Pedro DRC, Costa RG, Rossaneis MA, Silva LGC, et al. Uso do WhatsApp® por gestores de serviços de saúde. *Acta Paul Enferm* 2021; 34:eAPE001695.
29. Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)* 2018; 22:1535-47.
30. McCaffrey R, Hayes RM, Cassell A, Miller-Reyes S, Donaldson A, Ferrell C. The effect of an educational programme on attitudes of nurses and medical residents towards the benefits of positive communication and collaboration. *J Adv Nurs* 2012; 68:293-301.
31. Torre VD, Nacul F, Rosseel P, Baid H, Bhowmick K, Szawarski P, et al. Human factors and ergonomics to improve performance in intensive care units during the COVID-19 pandemic. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2021; 53: 265-70.
32. Museux AC, Dumont S, Careau E, Milot E. Improving interprofessional collaboration: the effect of training in non violent communication. *SocWork Health Care* 2016; 55:427-39.
33. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde* 2020; 18 Suppl 1:e0024678.
34. Tonelli BQ, Leal APR, Tonelli WFQ, Veloso DCMD, Gonçalves DP, Tonelli SQ. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *RFO UPF* 2018; 23:180-5.
35. Stancato K, Zilli PT. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de saúde: uma revisão da literatura. *Rev Adm Saúde* 2010; 12:87-9.
36. Stracke E, Kumar V. Realising graduate attributes in there search degree: the role of peer support groups. *Teaching in Higher Education* 2014; 19:616-29.
37. Hjalmarsen HV, Ahgren B, Kjölrsrud MS. Developing interprofessional collaboration: a longitudinal case of secondary prevention for patients with osteoporosis. *J Interprof Care* 2013; 27:161-70.
38. Olupeliyawa A, Balasooriya C, Hughes C, O'Sullivan A. Educational impact of an assessment of medical students' collaboration in health care teams. *Med Educ* 2014; 48:146-56.
39. Yusoff MSB, Hadie SNH, Abdul Rahim AF. Adopting programmatic feedback to enhance the learning of complex skills. *Med Educ* 2014; 48:108-10.

40. De Brún A, McAuliffe E. Identifying the context, mechanisms and outcomes underlying collective leadership in teams: building a realist programme theory. *BMC Health Serv Res* 2020; 20:261.
41. Dewar B, Cook F. Developing compassion through a relationship centered appreciative leadership programme. *Nurse Educ Today* 2014; 34:1258-64.
42. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. *Interprofessional team work for health and social care*. Oxford: John Wiley & Sons; 2010.
43. Navarro ASS, Guimarães RLS, Garanhan ML. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. *REME Rev Min Enferm* 2013; 17: 61-8.
44. Marcondes C, Silva PM, Gehlen GC, Gobatto M. Processo de trabalho dos técnicos de enfermagem. *Rev Enferm UFPE* 2019; 13:e241220.

## Abstract

The objective was to analyze the perceptions of primary health care (PHC) workers about inter-professional collaboration from the perspective of implementation science. This is a qualitative study that used in-depth interview as a data production technique. Interviews were conducted with 15 workers (three community health agents, one nursing assistant, three nurses, three managers, three physicians, and two nursing technicians) from basic health units in the Municipality of São Bernardo do Campo, São Paulo State, Brazil. The interview plan was based on three domains of the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). Thematic content analysis was used. In the interprofessional collaboration characteristics domain, respondents highlighted the complexity, and its possible influence, as to the implementation and sustainability of this practice. In the inner setting domain, factors that influence interprofessional collaboration were identified, namely: how the time allocated to formal communication/team meetings is used; social interactions between professionals; and leadership characteristics, such as feedback, autonomy and participation in decisions. In the individuals characteristics domain, participants noted interprofessional collaboration geared to quality of care and the need for integration between knowledge centers. Thus, measures to enhance the quality of communication, collective team building and leadership can contribute to improve interprofessional collaboration in PHC and leverage its impacts on health care.

*Implementation Science; Primary Health Care; Patient Care Team; Health Sciences, Technology and Innovation Management*

## Resumen

El objetivo fue analizar las percepciones de los trabajadores de atención primaria de salud (APS) sobre la colaboración interprofesional desde la perspectiva de la ciencia de implementación. Se trata de un estudio cualitativo que utilizó la entrevista en profundidad como técnica de producción de datos. Fueron entrevistados 15 trabajadores (tres agentes comunitarios de salud, un auxiliar de enfermería, tres enfermeros, tres gerentes, tres médicos y dos técnicos de enfermería) de unidades básicas de salud en el Municipio de São Bernardo do Campo, São Paulo, Brasil. La guía de la entrevista se basó en tres dimensiones del Marco Consolidado para la Investigación sobre la Implementación (CFIR; Consolidated Framework for Implementation Research). Se realizó un análisis de contenido temático. En la dimensión característica de la colaboración interprofesional, los entrevistados destacaron la complejidad y la posible influencia en su implantación y sostenibilidad. En la dimensión escenario interno, fueron identificados factores que influyen en la colaboración interprofesional: cómo se utiliza el tiempo destinado a la comunicación formal/reuniones de equipo; las interacciones sociales entre los profesionales, y las características del liderazgo, como feedback, la autonomía y la participación en las decisiones. En la dimensión de las características de los individuos, los participantes destacaron la colaboración interprofesional orientada a la calidad de la atención y la necesidad de integración entre los núcleos de saberes. Así, las acciones para mejorar la calidad de la comunicación, la construcción colectiva en equipo y la mejora del liderazgo pueden contribuir para mejorar la colaboración interprofesional en la APS y mejorar sus impactos en la atención a la salud.

*Ciencia de la Implementación; Atención Primaria de Salud; Grupo de Atención al Paciente; Gestión de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud*

---

Recebido em 11/Nov/2022

Versão final reapresentada em 31/Mai/2023

Aprovado em 06/Jun/2023