

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**NIELLY ANDRADE CARVALHO RIBEIRO**

**TRABALHO INTERPROFISSIONAL E SUA RELAÇÃO COM O ALCANCE DOS  
INDICADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO QUALITATIVO**

**ALFENAS/MG**

**2024**

**NIELLY ANDRADE CARVALHO RIBEIRO**

**TRABALHO INTERPROFISSIONAL E SUA RELAÇÃO COM O ALCANCE  
DOS INDICADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO  
QUALITATIVO**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para  
obtenção do título de Mestre em Gestão Pública e  
Sociedade, pela Universidade Federal de Alfenas.  
Área de concentração: Enfermagem.  
Orientador: Prof. Dr. Rogério Silva Lima

**ALFENAS/MG**

**2024**

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas  
Biblioteca Central

Ribeiro, Nielly Andrade Carvalho.

Trabalho interprofissional e sua relação com o alcance dos indicadores da Atenção Primária à Saúde : estudo qualitativo / Nielly Andrade Carvalho Ribeiro. - Alfenas, MG, 2024.

86 f. : il. -

Orientador(a): Rogério Silva Lima.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2024.

Bibliografia.

1. Trabalho Interprofissional. 2. Interprofissionalidade. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Estratégia de Saúde da Família. 5. Indicadores de Qualidade. I. Lima, Rogério Silva, orient. II. Título.

NIELLY ANDRADE CARVALHO RIBEIRO

**TRABALHO INTERPROFISSIONAL E SUA RELAÇÃO COM O ALCANCE DOS INDICADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO QUALITATIVO**

O Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 03 de dezembro de 2024.

Prof. Dr. Rogério Silva Lima  
Presidente da Banca Examinadora  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Simone Albino da Silva  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Lucélia Terra Chini  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Rogério Silva Lima, Presidente**, em 03/12/2024, às 15:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1394570** e o código CRC **21DC58C7**.

## **AGRADECIMENTOS**

Neste momento de conclusão de mais uma etapa da minha trajetória acadêmica, é imprescindível expressar minha profunda gratidão a todos que contribuíram para a realização deste trabalho. Em especial, gostaria de agradecer ao meu orientador, Professor Rogério Silva Lima, cuja orientação, paciência e expertise foram fundamentais para o desenvolvimento desta dissertação. Seus conselhos e estímulos foram essenciais para superar os desafios encontrados ao longo do percurso.

A todos que, de alguma forma, colaboraram nesta jornada, meu sincero obrigado. Este trabalho é o resultado de um esforço coletivo, e sou grato por ter tido a companhia de pessoas tão comprometidas e inspiradoras ao longo deste processo.

Agradeço também o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), sob o Código de financiamento 001.

## RESUMO

A Atenção Primária em saúde (APS) configura-se como ferramenta imprescindível para o gerenciamento do cuidado em saúde no contexto brasileiro. Considera-se que a íntima relação entre a natureza do trabalho interprofissional e o alcance dos objetivos da APS deva ser objeto de mais estudos que provoquem novas reflexões e direcionamentos para a formação inicial e continuada dos profissionais integrantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Assume-se como objetivo geral dessa investigação: Analisar a influência do trabalho interprofissional no alcance dos indicadores de desempenho para financiamento da APS na visão dos profissionais de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, analítica, realizada em duas ESF. Participaram 23 profissionais que atuavam diretamente na assistência, integrantes de duas equipes de ESF do município do Sul de Minas Gerais. Foram selecionadas por conveniência as equipes que atendessem aos seguintes critérios: a com melhor alcance das metas dos indicadores de desempenho e aquela com menor taxa de alcance dos mesmos indicadores. Adicionalmente, as equipes deveriam também atender uma população com características sociodemográficas semelhantes, cobrirem um território contíguo e possuírem a mesma composição de profissionais. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas norteadas por um roteiro semiestruturado, gravadas em áudio. Para a organização e análise de dados foi utilizada a Análise Temática Reflexiva. Elaborou-se dois temas, intitulados: “O trabalho multiprofissional e sua lógica de linha de produção para o alcance dos indicadores e metas da Atenção Primária” e “O Paradoxo do bom relacionamento entre a equipe e o desconhecimento dos papéis de seus membros no alcance dos indicadores”. Pôde-se observar que os profissionais entendem que a adequada integração da equipe influencia o trabalho e, conseqüentemente, o alcance dos indicadores. No entanto, não se notou um alto nível de integração, esperado em um trabalho de cunho interprofissional. Da mesma forma, não foi possível assegurar que exista o reconhecimento mútuo de papéis entre os membros e objetivos claros e compartilhados entre a equipe no processo de obtenção dos resultados observados no SISAB. Sugere-se mais estudos para explorar como a formação básica e continuada dos profissionais de saúde podem ser direcionados com vistas à melhoria da integração da equipe para maior colaboração interprofissional, avançando para um modelo de trabalho em que os papéis e responsabilidades são claramente definidos e os objetivos compartilhados.

Palavras-chave: trabalho interprofissional; interprofissionalidade; atenção primária à saúde; estratégia de saúde da família; indicadores de qualidade.

## ABSTRACT

Primary health care (PHC) is an essential tool for managing health care in the Brazilian context. It is considered that the intimate relationship between the nature of interprofessional work and the achievement of PHC objectives should be the subject of further studies that provoke new reflections and directions for the initial and continued training of professionals who are part of the Family Health Strategy (FHS). The general objective of this investigation is analyzing the influence of interprofessional work on achieving performance indicators for PHC financing from the perspective of health professionals. This is a qualitative, analytical research, carried out in two ESF. 23 professionals who worked directly in assistance participated, members of two ESF teams from the city of Southern Minas Gerais. The teams that met the following criteria were selected for convenience: the one with the best achievement of performance indicator targets and the one with the lowest rate of achievement of the same indicators. Additionally, the teams should also serve a population with similar sociodemographic characteristics, cover a contiguous territory and have the same composition of professionals. Data collection was carried out through interviews guided by a semi-structured script, recorded in audio. Reflective Thematic Analysis was used to organize and analyze data. Two themes were developed, entitled: "Multidisciplinary work and its production line logic for achieving Primary Care indicators and goals" and "The Paradox of good relationships between the team and the lack of knowledge about the roles of its members in achieving of indicators". It was observed that professionals understand that adequate team integration influences the work and, consequently, the achievement of indicators. However, a high level of integration, expected in interprofessional work, was not noticed. Likewise, it was not possible to ensure that there is mutual recognition of roles between members and clear and shared objectives among the team in the process of obtaining the results observed in SISAB. Further studies are suggested to explore how the basic and continuing training of health professionals can be targeted with a view to improving team integration for greater interprofessional collaboration, moving towards a work model in which roles and responsibilities are clearly defined and shared goals.

Keywords: interprofessional work; interprofessionality; primary health care; family health strategy; quality indicators.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Gratificação de produtividade do Profissional Médico (a). Estratégia Saúde da Família, Três Corações, MG.....	30
Quadro 2 – Gratificação de produtividade do Profissional Enfermeiro (a). Estratégia Saúde da Família, Três Corações, MG.....	30
Quadro 3 – Gratificação de produtividade do Profissional Dentista. Estratégia Saúde da Família, Três Corações, MG.....	31

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Relatório quadrimestral de indicadores do Programa Previne Brasil por unidade desaúde do município, Três Corações, 2024 .....	34
Tabela 2 – Sinalização semafórica do alcance dos indicadores.....	35
Tabela 3 – Variáveis sócio-demográficas dos participantes do estudo, Três Corações, 2024...	42

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CPF	Cadastro de Pessoa Física
EAB	Equipe de Atenção Básica
eABP	Equipe de Atenção Básica Prisional
eCR	Equipe de Consultório na Rua
EIP	Educação Interprofissional
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS – SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Previne Brasil
PMAQ	Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PSH	Programa Saúde na Hora
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial

UOM	Unidade Odontológica Móvel
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1	JUSTIFICATIVA .....	15
1.2	OBJETIVOS .....	16
<b>1.2.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2.2</b>	<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>MARCO CONCEITUAL.....</b>	<b>17</b>
2.1	TRABALHO INTERPROFISSIONAL.....	17
2.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL .....	19
2.3	CRITÉRIOS DE DESEMPENHO PARA FINANCIAMENTO DO SUS.....	21
<b>3</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>33</b>
3.1	CENÁRIO DO ESTUDO .....	34
<b>3.1.1</b>	<b>Descrição das equipes .....</b>	<b>36</b>
3.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	36
3.3	COLETA DE DADOS, INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS .....	36
3.4	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	37
3.5	REFLEXIVIDADE E CONFIABILIDADE DO ESTUDO .....	38
3.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	39
3.7	RISCOS E DESCONFORTOS.....	40
3.8	MEDIDAS MINIMIZADORAS .....	40
3.9	BENEFÍCIOS .....	40
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>42</b>
4.1	O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E SUA LÓGICA DE LINHA DE PRODUÇÃO PARA O ALCANCE DOS INDICADORES E METAS DA APS.....	43
4.2	O PARADOXO DO BOM RELACIONAMENTO ENTRE A EQUIPE E O DESCONHECIMENTO DOS PAPÉIS DE SEUS MEMBROS NO ALCANCE DOS INDICADORES .....	45
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>49</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>61</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>62</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>74</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>81</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Considera-se profissional da saúde todo trabalhador que atua em alguma das vertentes no campo das ciências da saúde. Sua prática relaciona-se às situações políticas, ao contexto cultural, social e financeiro e seu papel dependerá da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas das entidades onde ocorre a sua atividade (Cunha; Mendes, 2021).

À vista de uma concepção ampla de saúde, como a proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), reconhece-se que os profissionais da saúde devem atuar atentando-se ao cenário em que vive a pessoa sob cuidados, preocupando-se com os diversos fatores que influenciam o processo saúde-doença, e posicionando-se como agentes transformadores do trabalho, para garantir a atenção integral à saúde (OMS, 2010; Sales *et al.* 2019).

No entanto, salienta-se que a conjuntura histórica e as transformações societárias desde as últimas décadas do século passado, impactaram profundamente o chamado mundo do trabalho. Após o longo período de crescimento da economia capitalista, as demandas econômicas e sociais contribuíram para que houvesse um amplo processo de reestruturação produtiva culminando em novos modelos laborais com implicações para toda a estrutura de mercado, inclusive o de saúde (Faria *et al.*, 2020).

No cenário brasileiro, na contramão da mercantilização da saúde, destaca-se o movimento de revisão dos processos de atenção à saúde que resultaram na idealização do Sistema Único de Saúde (SUS). Este movimento visou à consolidação de um modelo que garantisse o acesso da população às ações e aos serviços de saúde, com base em diretrizes e princípios que, estrategicamente, visam uma transição de racionalidade. Tais propostas de reordenação do sistema influenciaram fortemente o mercado de trabalho em saúde, ora precarizado devido aos modelos de financiamento público (Brasil, 1988; Lancman *et al.*, 2020).

A concepção ampliada de saúde e suas consequentes implicações no processo de trabalho colocam em perspectiva a necessidade de novas abordagens laborais que permitam otimizar os recursos disponíveis, ao mesmo tempo em que se promova uma assistência mais integrada. Isso inclui a utilização de tecnologias de saúde diversificadas e a articulação das práticas de diferentes profissionais e esferas da assistência, sem perder de vista a atenção centrada no paciente e em suas necessidades (Bertussi *et al.*, 2022; Ximenes Neto *et al.*, 2019).

Daí que se nota a complexidade da atuação profissional no mundo do trabalho, cada vez mais exigente. Em contrapartida, prevalecem instituições precarizadas, que visam ao maior

número de atendimentos com conseqüente aumento de arrecadação, estimulando a competição entre as categorias, relegando a um segundo plano a qualidade do serviço oferecido (Lago *et al.*, 2022).

Se por uma perspectiva o trabalho em saúde é cada vez mais complexo, por outra o deficit e a distribuição desigual de profissionais de saúde aliados aos modelos de formação pouco alinhados aos princípios necessários ao fortalecimento dos sistemas de saúde, dificultam a colaboração e o trabalho em equipe interprofissional (Freire Filho *et al.*, 2019; Miorin *et al.*, 2020).

Com vistas a contribuir para mitigar este problema, a OMS, desde a década de 1950 tem enfatizado a necessidade de estratégias que estimulem a integração dos profissionais, culminando em 2010 na criação de um referencial voltado para o conceito de educação interprofissional (OMS, 2010).

Este conceito remete à colaboração entre os profissionais de diferentes áreas da saúde com o objetivo de fornecer atendimento mais eficaz e centrado no paciente. Busca-se superar as barreiras entre as diversas áreas de atuação, permitindo que os profissionais trabalhem em conjunto à vista de um objetivo comum. Isso é especialmente importante na contemporaneidade, em que a complexidade dos cuidados e o aumento da prevalência de doenças crônicas requerem uma perspectiva integrada dos diversos atores do campo da saúde (Freire Filho *et al.*, 2019; Khalili *et al.*, 2019; Viana; Hostins; Buenza, 2021).

Nesse ínterim, a colaboração interprofissional na área da saúde tem se destacado nas políticas públicas como uma forma de melhorar a assistência e otimizar o uso dos recursos. Não obstante, a reorganização dos serviços de saúde para implementar a interprofissionalidade exige a criação de novas áreas e funções nas estruturas organizacionais e o desenvolvimento de práticas de cuidado compartilhado. Iniciativas nessa direção podem favorecer o alcance de diversos objetivos, tais como: a melhoria do desempenho do sistema de saúde, a melhoria da experiência de atenção dos indivíduos, a redução do custo *per capita* da atenção em saúde e a melhoria da experiência de trabalho dos profissionais de saúde (Finkler *et al.*, 2021; Khalili *et al.*, 2019; Souza; Belotti; Iglesias, 2022).

De fato, a colaboração entre os profissionais de diferentes áreas pode contribuir significativamente para a promoção de uma assistência mais centrada no paciente. Além disso, pode favorecer a redução de erros e retrabalho na assistência, ao mesmo tempo em que melhora a comunicação e a qualidade do cuidado oferecido. Dessa forma, a prática colaborativa no contexto da equipe interprofissional pode configurar-se como uma estratégia fundacional para promoção da saúde e do bem-estar dos indivíduos (Vasconcelos *et al.*, 2021).

Embora seja notável o avanço das produções científicas que se dedicam ao estudo do trabalho interprofissional em saúde, observa-se na literatura uma pluralidade de conceitos e termos utilizados para fazer alusão ao fenômeno. Isso coloca em perspectiva a ausência de consenso sobre os determinantes que constituem o trabalho em equipe e suas variações. Notadamente, vários termos são utilizados nesse campo: multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, multiprofissional e interprofissional (Agreli *et al.*, 2019; Khalili *et al.*, 2019).

O termo interdisciplinaridade não é um conceito contemporâneo, embora tenha recebido destaque somente no século XX. Fortalece a premissa de que saúde é um assunto para muitos profissionais, porque parte do pressuposto de que é possível a colaboração de várias especialidades com conhecimentos e qualificações distintas (Khalili *et al.*, 2019; Lima; Lemos; Antunes, 2019; Vasconcelos *et al.*, 2021).

A vertente multidisciplinar enfoca a interação entre diversas áreas e saberes disciplinares, contudo sem avançar para o campo do trabalho em conjunto e integrado, de forma que cada profissional segue dentro da sua cúpula de saberes e atribuições na prática (Barbosa *et al.*, 2021; Ogata *et al.*, 2021).

Transdisciplinar compreende a definição de ensino no qual as disciplinas se correlacionam, porém, possuem um preceito de ordem, que caracteriza um denominador comum dos sistemas, visando ao conhecimento de uma forma plural. Pode ser entendida como uma corrente de pensamento que busca por uma melhor resposta ao método tradicional de divisão de disciplinas (Bogossian *et al.*, 2023; Japiassu, 1976; Roquete *et al.*, 2012).

Mesmo diante da polissemia conceitual, a literatura é congruente em destacar as contribuições da interprofissionalidade para a qualidade do serviço ofertado no campo de saúde. Sobretudo porque é necessário manter a equipe coordenada, colaborativa e com um objetivo comum, que requer o ensino e a aprendizagem sinérgicos e recíprocos entre trabalhadores de duas ou mais profissões (Batista; Uchôa-Figueiredo, 2022).

Não obstante, ressaltam-se algumas barreiras para a implantação de um processo de trabalho alicerçado na interprofissionalidade, haja vista as inúmeras dificuldades do trabalho, que por muitas vezes ocasionam conflitos entre os profissionais. Tais dificuldades acarretam a quebra de vínculo e a perda de foco, o que por sua vez reduz a qualidade do atendimento, aumentando os prejuízos e gastos desnecessários com insumos (Batista; Peduzzi, 2018).

A exemplo, a dificuldade na comunicação interna é uma recorrente reclamação das inúmeras instituições de saúde. Em organizações onde a comunicabilidade é ineficaz, o nível de qualidade dos atendimentos também se mostra ineficiente. Diante disso, a prática interprofissional almeja melhorias nos processos de trabalho e na relação entre os profissionais

de saúde, visando à superação dos inúmeros conflitos, sanando possíveis ineficiências durante o acompanhamento dos usuários de saúde (Zwarestein; Goldman; Reeves, 2009).

Embora esteja evidente que o trabalho interprofissional é um processo que qualifica a assistência à saúde, proporcionando diversos benefícios para o sistema, profissionais e usuários, readequa-lo nas equipes na Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto complexo da Estratégia Saúde da Família (ESF) permanece um desafio (Peduzzi *et al.*, 2016; 2020; Peduzzi; Agreli, 2018).

No Brasil, a APS tem como principal finalidade fomentar as diretrizes do SUS, tornando-se uma ferramenta importante para o gerenciamento do cuidado em saúde. Seu contexto de produção do cuidado é circunscrito a um território favorável para a geração de impactos positivos na assistência integral de uma parcela da população (Lima *et al.*, 2018). Todavia, a efetividade no âmbito da APS está intimamente relacionada aos profissionais de saúde que operacionalizam os saberes e as práticas no contexto de uma equipe, responsável por um território, próxima da realidade sanitária da população (Santos *et al.*, 2013).

Considera-se que a íntima relação entre a natureza do trabalho interprofissional e o alcance dos objetivos da APS deva ser objeto de mais estudos que provoquem novas reflexões e direcionamentos para a formação inicial e continuada dos profissionais integrantes da ESF. Para tanto, assume-se esse fenômeno como objeto dessa investigação.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A interprofissionalidade representa um aspecto central na formação e no trabalho, constituindo-se como uma força motriz para consolidação das diretrizes propostas pelo SUS, reforçando o ideal de equidade e integralidade. Assim, de acordo com Olsson *et al.* (2021), é preciso que se assumam uma concepção de trabalho subsidiária da melhoria da qualidade de assistência à saúde, produzindo novas tecnologias que contribuam para este objetivo.

Destarte, a interprofissionalidade pode fortalecer as diretrizes do SUS, ao promover a integração e a cooperação entre os diversos profissionais de saúde, potencializando assim a qualidade e a efetividade dos cuidados oferecidos. Portanto, é fundamental que se conduzam estudos que explorem as dinâmicas e interações entre os profissionais de saúde, visando compreender melhor como essas relações impactam no alcance das metas e objetivos da atenção básica à saúde.

Estudos nessa ótica podem influenciar positivamente os gestores na reformulação das políticas. Ademais, podem proporcionar subsídios para a revisão das estratégias de formação

inicial e continuada dos profissionais de saúde, levando-se em conta a dinâmica das equipes no micro espaço do trabalho.

Embora a literatura se apresente cada vez mais robusta no que diz respeito às evidências dos benefícios da interprofissionalidade nos indicadores assistenciais, não se pode perder de vista o fato de que a realidade é complexa e que serviços de diferentes naturezas podem se beneficiar de estudos que favoreçam a compreensão da realidade micro institucional, o que é amparado pela abordagem qualitativa, que confere voz aos atores envolvidos no processo (Freire Filho *et al.*, 2019).

Nessa direção, é importante considerar a escassez de pesquisas que explorem a realidade brasileira, analisando os indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil (PB), no contexto da interprofissionalidade. Entende-se que as melhorias no Programa devem necessariamente ponderar sobre as perspectivas dos profissionais envolvidos, sobretudo em momentos de transição, que justifica a demanda por mais estudos nesse campo.

## 1.2 OBJETIVOS

Do cenário apresentado, estabelece-se o seguinte:

### 1.2.1 Objetivo geral

Analisar a influência do trabalho interprofissional no alcance dos indicadores de desempenho para financiamento da APS na visão dos profissionais de saúde.

### 1.2.2 Objetivos específicos

O estudo propõe-se a:

- a) conhecer a percepção dos profissionais da ESF sobre o trabalho interprofissional na APS;
- b) identificar os fatores que influenciam no alcance dos indicadores de desempenho para financiamento da APS, na perspectiva dos profissionais da ESF.

## 2 MARCO CONCEITUAL

O trabalho interprofissional e a colaboração interprofissional são abordagens fundamentais no campo da saúde. Tais conceitos destacam a importância de profissionais de diferentes disciplinas que trabalham em conjunto para fornecer cuidados de qualidade, aumentar a segurança do paciente, reduzir erros de comunicação e garantir que todos os aspectos do atendimento sejam considerados (Silva; Miranda, 2022).

Cada profissional traz sua própria experiência e perspectiva para a equipe, o que enriquece a tomada de decisões e a elaboração de planos de cuidados individualizados. Ao considerar e valorizar as contribuições de cada membro da equipe, os resultados das intervenções tendem a ser mais eficazes para os pacientes (Brito *et al.*, 2022).

Em síntese, o trabalho interprofissional e a colaboração interprofissional são fundamentais para enfrentar os desafios complexos e multifacetados vivenciados na prestação de serviços em diversas áreas. Essas abordagens promovem uma visão mais abrangente e integrada do atendimento ao paciente, resultando em melhores desfechos e uma experiência mais positiva para todos os envolvidos (Silva; Miranda, 2022).

Essa seção apresenta uma síntese dos princípios que fundamentam o trabalho interprofissional. Além disso, busca-se refletir sobre as políticas que favorecem a implementação dos indicadores de pagamento por desempenho na APS.

### 2.1 TRABALHO INTERPROFISSIONAL

Partindo do conceito multifacetado de interprofissionalidade, tem-se a premissa de que a colaboração entre os profissionais de diferentes especialidades implica na necessidade de aprimoramento da cultura laboral (Vasconcelos *et al.*, 2021).

O trabalho interprofissional ocorre quando diversas áreas profissionais atuam em conjunto, mantendo uma relação de interdependência, com propósitos, valores e responsabilidades comuns, principalmente quando se trata da relação com as necessidades de saúde do usuário. Enfatiza-se a comunicação aberta, a cooperação e a busca por sinergia entre as habilidades e os conhecimentos de uma equipe, visando à atenção centrada no paciente (Freire Filho *et al.*, 2019).

Por outro lado, no trabalho multiprofissional identifica-se a atuação de profissionais de diferentes áreas, mas cada um desenvolve seu trabalho com menor grau de interação, de modo compartimentalizado. Ou seja, cada profissional contribui com sua expertise de forma

independente, sem necessariamente integrarem os esforços. A colaboração, então, pode ocorrer principalmente por meio de relatórios e troca de informações, mas a cooperação e a tomada de decisões podem ser menos interdependentes do que no trabalho interprofissional, traduzindo este menor nível de integração (Pezuzzi *et al.*, 2020).

Ambos os conceitos representam abordagens distintas na prestação de serviços e na colaboração entre os profissionais em diferentes contextos. A principal diferença entre os dois conceitos reside na natureza da colaboração e na integração das disciplinas envolvidas (Reeves; Xyrichis; Zwarenstein, 2018).

Para Batista e Pezuzzi (2018), Waldman e Bowlin (2020), em se tratando da área da saúde, o trabalho interprofissional oferece vantagens que podem beneficiar tanto os profissionais quanto os pacientes, dentre as quais destacam-se:

- a) melhoria na qualidade do cuidado: promove uma abordagem holística e coordenada para o tratamento de pacientes. isso resulta em uma avaliação mais completa das necessidades do paciente e em planos de cuidados mais efetivos, levando a melhores resultados de saúde;
- b) maior segurança do paciente: a comunicação aberta e a colaboração entre profissionais ajudam a evitar erros e reduzir o risco de eventos adversos. quando as equipes trabalham juntas, há uma melhor identificação e mitigação de problemas potenciais;
- c) redução de custos: uma melhoria progressiva da relação entre os profissionais pode ajudar a evitar exames e tratamentos desnecessários, diminuindo os custos de assistência à saúde. além disso, o cuidado centrado no paciente pode ajudar a evitar internações hospitalares frequentes;
- d) satisfação do paciente: pacientes que recebem cuidados de uma equipe interprofissional frequentemente relatam maior satisfação, pois experimentam uma abordagem mais completa e personalizada para suas necessidades de saúde;
- e) desenvolvimento profissional: o trabalho interprofissional permite que os profissionais de saúde aprendam com seus colegas de diferentes disciplinas, enriquecendo seus conhecimentos e habilidades. isso pode promover o desenvolvimento profissional contínuo e o aprimoramento das práticas;
- f) maior eficiência: a colaboração entre profissionais pode reduzir o tempo de espera do paciente, acelerar o processo de diagnóstico e tratamento e melhorar a eficiência geral dos sistemas de saúde;
- g) abordagem preventiva: equipes interprofissionais têm a capacidade de enfatizar a

- h) prevenção de doenças e promoção da saúde, identificando fatores de risco e intervindo precocemente, o que pode levar a uma população mais saudável a longo prazo;
- i) inovação e pesquisa: a colaboração entre profissionais de diferentes disciplinas pode levar abordagens inovadoras e à pesquisa colaborativa, resultando em avanços na ciência médica e na prática clínica (Batista; Peduzzi, 2018; Waldman; Bowlin, 2020).

Em resumo, o trabalho interprofissional na área da saúde oferece um conjunto de vantagens que podem aprimorar a qualidade do cuidado, melhorar a experiência do paciente e otimizar a eficiência dos sistemas de saúde. É uma abordagem essencial para enfrentar os desafios complexos e a constante evolução da assistência à saúde moderna (Peduzzi *et al.*, 2016).

## 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

Com a promulgação da nova Constituição Brasileira em 1988 garantiu-se o direito a saúde como de escopo universal e o situou como dever do Estado. Assegurou-se na lei o acesso à saúde por meio de um sistema de saúde único, denominado SUS, que tem por princípios norteadores a universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1988, 1990a).

Em 1990 foi promulgada a Lei 8.080, dispositivo que regulamenta o SUS. Reconhece-se então, a saúde como um bem, produto de vários fatores inter-relacionados presentes no dia-a-dia das pessoas, tais como alimentação, moradia, trabalho, lazer e saneamento básico. No mesmo ano, decreta-se a Lei 8.142 que confere à comunidade a corresponsabilidade em relação ao gerenciamento do SUS, criando as conferências e os conselhos de saúde e estabelecendo as chamadas (NOB) Normas Operacionais Básicas (Brasil, 1990b).

A reorientação do modelo brasileiro de atenção à saúde, tem como finalidade transpor o modelo biomédico, cujo foco da assistência recai sobre a doença. Propõe-se um modelo reorganizado das práticas de saúde, sob uma abordagem interdisciplinar com vistas à integralidade da atenção, centrado no território e nas necessidades de saúde do paciente (Brasil, 2000).

Nesse cenário desponta-se a APS, organizada de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo SUS, como uma abordagem que forma a base e determina o trabalho dos demais níveis de atenção à saúde, dimensionando e racionalizando o uso dos recursos que são direcionados para

a promoção, manutenção e melhora da saúde (Viacava *et al.*, 2018).

No Brasil utiliza-se também o termo Atenção Básica (AB) para se referir a APS, ambos são associados às noções de vinculação e responsabilização, acessibilidade, atenção abrangente e integral, resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado (Mendes, 2019).

Nesse contexto, surge em 1993 o Programa Saúde da Família (PSF), que pautado em um modelo mais moderno de atuação na saúde, busca não apenas a cura, mas assistência integral, concebendo o paciente como ser humano pertencente a uma comunidade que influencia sua qualidade em saúde (Santos *et al.*, 2013).

Por meio deste programa, a AB foi gradualmente incorporada à lista de prioridades do estado brasileiro, tornando-se uma necessidade fundamental na reestruturação do modelo de cuidados de saúde. Em seu estágio inicial, o programa tinha como objetivo contribuir para a organização do SUS e para a descentralização dos serviços de saúde, particularmente em regiões com maior vulnerabilidade social. Com a renomeação para ESF, o MS buscou ressaltar que a Saúde da Família não se tratava de um programa isolado, mas sim de uma estratégia central e estruturante para o fortalecimento do SUS, permitindo a participação de uma variedade de profissionais de saúde e assistência social, incluindo equipes de odontologia e equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de fornecer cuidados de saúde abrangentes e integrados, com foco na universalidade e integralidade da atenção (Ronzani; Silva, 2008).

Embora possua sua própria metodologia de trabalho, a ESF, baseia-se nos mesmos princípios fundamentais que orientam o SUS e a AB. Tais princípios orientam ações voltadas para cumprir o que está estabelecido constitucionalmente, ou seja, proporcionar acessibilidade e qualidade nos serviços de saúde (Brasil, 2011).

Tal mudança, na verdade, refletiu uma evolução conceitual e estratégica na abordagem da APS no país. Várias razões contribuíram para que o PSF fosse transformado em ESF, dentre as quais, enfatiza-se: o caráter de estratégia, como uma abordagem mais ampla e contínua da APS; a abrangência e a continuidade do cuidado, promovendo uma relação de longo prazo entre as equipes de saúde e as famílias atendidas; a ampliação dos serviços oferecidos pelas equipes; a interdisciplinaridade, promovendo a colaboração entre os profissionais para abordar de forma mais eficaz as necessidades de saúde das famílias; a descentralização, conferindo mais autonomia aos municípios na organização e operação dos serviços de saúde (Santos *et al.*, 2018; Santos; Mishima; Merhy, 2018; Santos; Silva, 2018; Tomasi; Souza; Madureira, 2018).

Dessa forma, a estratégia volta-se à saúde da população visando atender às necessidades de saúde de forma mais abrangente, levando em consideração os determinantes sociais da saúde

e a participação ativa das comunidades (Santos *et al.*, 2018; Santos; Mishima; Merhy, 2018; Santos; Silva, 2018; Tomasi; Souza; Madureira, 2018).

É evidente, portanto, que essa mudança de nomenclatura reflete a evolução do entendimento sobre como fornecer cuidados de saúde de qualidade, acessíveis e sustentáveis em um contexto de APS. A ESF tem desempenhado um papel crucial na melhoria dos indicadores de saúde no Brasil, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade (Santos *et al.*, 2018).

Atualmente, a ESF configura-se como o maior programa assistencial no país e é considerada como um eixo estratégico reorganizador do SUS. Tem sido destacada como um exemplo a ser replicado na gestão da saúde, sobretudo porque assume a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, de forma que a prevenção representa uma meta fundamental, favorecendo o cuidado antes do surgimento da doença (Mendes, 2013; Santos *et al.*, 2018; Santos; Mishima; Merhy, 2018).

Não se pode negar a relevância da APS na rede de assistência à saúde da população, especialmente quando se trata da capacidade de resolução, acesso e utilização eficiente dos recursos de saúde com custo-benefício otimizado. Portanto, é imperativo que os gestores priorizem essa ferramenta como política de Estado no contexto do SUS, independentemente da dimensão populacional do município e da ideologia partidária do gestor (Aguiar *et al.*, 2023).

### 2.3 CRITÉRIOS DE DESEMPENHO PARA FINANCIAMENTO DO SUS

Os critérios de desempenho no contexto do SUS foram inicialmente propostos no final da década de 1990 como parte de uma série de estratégias adotadas para enfrentar os desafios impostos ao sistema de saúde brasileiro. Nesse período, o MS começou a implementar políticas de monitoramento e avaliação com o objetivo de melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados (Brasil, 2006).

À época, o utilizava-se um sistema de financiamento baseado em componentes fixos e variáveis para a AB. O componente fixo, conhecido como Piso da Atenção Básica (PAB) fixo, representava uma transferência *per capita* destinada a todos os municípios, calculada com base no número de habitantes. Esse recurso estabelecia uma estrutura financeira que permitia aos municípios manterem o funcionamento regular dos serviços de saúde, independentemente de qualquer avaliação de desempenho (Sousa; Sousa; Silva, 2019).

O componente variável, ou PAB variável, complementava o financiamento por meio da destinação de recursos adicionais baseados na adesão dos municípios a programas específicos,

como o PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esses recursos variáveis ofereciam certa flexibilidade aos gestores municipais, permitindo que direcionassem investimentos para áreas prioritárias e incentivando a expansão das coberturas de saúde (Massuda, 2020).

No início dos anos 2000, o financiamento do SUS passou por mudanças significativas, principalmente na APS. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2007 estabeleceu a gestão plena da APS Ampliada, aumentando as responsabilidades da APS no país, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Harzheim *et al.*, 2022).

A NOAS representou um avanço importante na descentralização da gestão do SUS, ao redistribuir responsabilidades entre as esferas federal, estadual e municipal. Esse pacto visava fortalecer a autonomia dos municípios, permitindo-lhes uma maior capacidade de decisão e gestão sobre os recursos e ações de saúde, enquanto a União e os estados assumiam um papel de apoio e coordenação. Contudo, embora o pacto tenha contribuído para uma maior descentralização, a sua implementação revelou desafios significativos, especialmente relacionados à capacidade de gestão dos municípios, que variava amplamente em função das desigualdades regionais, afetando a equidade e a eficácia na prestação de serviços de saúde (Brasil, 2005).

Outra estratégia que marcou o processo de financiamento e avaliação da qualidade da AP no Brasil, tratou-se do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ – AB). Iniciado em 2011, o programa visou expandir o acesso e aprimorar a qualidade dos serviços de saúde na AB do SUS, promovendo uma cultura de avaliação contínua e transparente. Utilizava um conjunto de 47 indicadores divididos em áreas estratégicas para classificar as equipes de saúde conforme seu desempenho, com incentivos financeiros para equipes que alcançavam os resultados esperados. Os principais objetivos do PMAQ incluíam a melhoria da qualidade dos serviços, a padronização e avaliação objetiva, o incentivo financeiro às equipes, e a promoção da participação comunitária.

O PMAQ teve impacto positivo na orientação de melhorias na qualidade dos serviços e na formulação de políticas de saúde baseadas em evidências, mas sua implementação encontrou desafios como burocracia excessiva e o foco estreitado nos indicadores de desempenho. Em outro aspecto, defrontou-se com a complexidade administrativa, que pode sobrecarregar as equipes e os gestores de saúde, prejudicando o uso efetivo dos recursos e a atenção direta aos usuários. A transição para o PB representou uma mudança na lógica de financiamento e alocação de recursos, enfatizando a ESF e a promoção da qualidade dos serviços na APS. (Brasil, 2015a; 2019; Cavalcanti; Oliveira Neto; Sousa, 2016; Harzheim

*et al.*, 2022; Pinto; Sousa; Florêncio, 2012).

A ideia principal do PMAQ era promover uma cultura de avaliação contínua, onde os municípios e suas equipes de saúde eram recompensados conforme atingiam metas de qualidade, medindo-se o desempenho por meio de indicadores estabelecidos. O PB, por sua vez, ao invés de enfatizar apenas na melhoria da qualidade com base em metas específicas, introduziu um modelo de financiamento que vincula diretamente os repasses financeiros ao número de pessoas cadastradas e ao cumprimento de ações estratégicas essenciais, mudando assim o foco para uma maior cobertura e acesso (Cavalcanti; Oliveira Neto; Sousa, 2016; Harzheim, 2020).

A Portaria nº 2.979/2019 que estabeleceu as diretrizes para a implementação do PB, não apenas consolidou os esforços anteriores, mas também os expandiu. Introduziu mudanças substanciais, incluindo a revisão dos indicadores de desempenho, a adoção do inovador modelo de financiamento denominado "Saúde da Família 4.0". Essa transição denotou o esforço para alinhar os incentivos financeiros com a melhoria dos resultados de saúde e a integração de serviços em todo o país, com o objetivo de proporcionar uma APS mais eficaz (Brasil, 2019).

Merece que se pontue a existência de uma variedade de modelos de remuneração na construção de políticas de financiamento e monitoramento do SUS, com seus respectivos pontos positivos e negativos. É necessário destacar a importância da integração e equilíbrio entre esses modelos. Um exemplo disso é a nova política de financiamento para a APS, implementada a partir de 2020, que utiliza do Identificador Nacional de Equipe (INE) para classificar as equipes de APS. Tal abordagem contribuiu para aprimorar a precisão dos indicadores, como a cobertura das equipes de Saúde da Família, ao eliminar registros duplicados e gerenciar inconsistências nos dados por meio do Cadastro de Pessoa Física (CPF) (Harzheim, 2020).

Nesse contexto, o PB tratou-se de uma nova modalidade de financiamento para repasse das verbas que são transferidas aos municípios, com enfoque no aumento do acesso aos serviços oferecidos pela APS e ESF, valorizou o vínculo entre a população atendida e a equipe de saúde, estabeleceu diretrizes para tornar a gestão municipal mais ativa e responsável pelos serviços oferecidos e pela população adscrita (Brasil, 2022a).

A pandemia de COVID-19 trouxe desafios significativos para a implementação do PB, impactando diretamente na capacidade das equipes de saúde da família em atingir as metas estabelecidas pelo programa. A sobrecarga dos sistemas de saúde e a necessidade de redirecionar esforços para o enfrentamento da pandemia reduziram a capacidade de acompanhamento regular da população e a realização de ações preventivas. Esse cenário levou

a uma diminuição no cadastramento e na estratificação de risco da população, o que afetou os indicadores de desempenho e, conseqüentemente, o financiamento das equipes de saúde. Além disso, a pandemia expôs desigualdades regionais, dificultando ainda mais a execução uniforme do programa em diferentes áreas do país (Schönholzer *et al.*, 2023)

Esse panorama permite afirmar que a transição para o novo programa trouxe desafios na adaptação dos municípios e estados às novas regras de financiamento e na interpretação dos critérios de alocação de recursos. Além disso, houve discussões e debates sobre como os incentivos financeiros poderiam melhorar a qualidade dos serviços prestados (Reis *et al.*, 2019). Desde então, o MS, em parceria com estados e municípios, tem estabelecido metas e indicadores de produtividade e qualidade para diferentes áreas da saúde, como a AB, a saúde da mulher, a saúde da criança, dentre outras. Essas metas têm como objetivo orientar a gestão e a prestação de serviços, além de permitir a monitoração dos resultados alcançados ao longo do tempo (Reis *et al.*, 2019).

As metas são estabelecidas com base em critérios técnicos, documentais e analíticos da realidade epidemiológica e demográfica do país, sendo pactuadas entre os gestores do SUS nos âmbitos federal, estadual e municipal, tendo em vista as demandas regionais (Harzheim, 2020). É importante ressaltar que as metas devem ser vistas como instrumentos de gestão e não como um fim em si mesmas. Devem ser utilizadas como uma ferramenta para orientar e direcionar as ações de saúde, promovendo uma melhoria contínua dos serviços e busca pela equidade e qualidade no atendimento à população (Brasil, 2010).

O PB possui os componentes do financiamento da APS e é calculado com base em quatro componentes: Capitação ponderada; Pagamento por desempenho; Incentivo financeiro com base em critério populacional e Incentivos para ações estratégicas. Cada um desses elementos foi idealizado com o objetivo de aumentar o alcance dos serviços de APS e fomentar uma conexão mais sólida entre a população e a equipe de saúde (Brasil, 2022a).

A capitação ponderada é um mecanismo de transferência de recursos financeiros para as prefeituras e o Distrito Federal no âmbito da APS, cujo cálculo de remuneração se baseia no número de indivíduos cadastrados. Esse cadastro é responsabilidade das ESF, equipes de AP, equipes de saúde da família ribeirinha, equipes de consultório na rua ou equipes de atenção primária prisional (Brasil, 2022a).

O componente da Capitação Ponderada leva em consideração fatores de ajuste, como vulnerabilidade socioeconômica, perfil etário e a caracterização rural ou urbana do município, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essa abordagem de cálculo permite estimar a quantidade de pessoas que poderá utilizar os serviços oferecidos pelas

equipes. Isso, por sua vez, proporciona informações valiosas para o planejamento das equipes em relação à oferta de serviços e ao acompanhamento de indivíduos, famílias e comunidades (Brasil, 2022a).

O elemento de incentivo financeiro, que se baseia no critério populacional, integra o cálculo do valor de referência para o financiamento da APS. O valor do incentivo por habitante é determinado anualmente pelo MS e divulgado por meio de portaria. A alocação de recursos para cada município e o Distrito Federal leva em consideração a estimativa populacional mais recente fornecida pelo IBGE (Brasil, 2022a).

Os incentivos destinados a ações estratégicas englobam particularidades adaptadas às necessidades de cada município ou região. Esses estímulos abrangem a implementação de programas, estratégias e ações, que contribuem para aprimorar o cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde, dos seguintes programas: Programa Saúde na Hora (PSH); Equipe de Saúde Bucal (eSB); Unidade Odontológica Móvel (UOM); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); Equipe de Consultório na Rua (eCR); Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF); Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); Microscopista; Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP); Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade; Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Academia da Saúde; Programas de apoio à informatização da APS; Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico (Brasil, 2022a).

As transferências de recursos relacionadas a cada uma das ações estratégicas seguiram as diretrizes estabelecidas nas normativas em vigor que regulamentam a estrutura, operação e financiamento dos programas, estratégias e ações correspondentes (Brasil, 2022a).

Quanto ao critério pagamento por desempenho, sua principal função é estimular o aprimoramento dos processos de trabalho, melhora da qualidade dos serviços prestados, o que também permite uma melhor avaliação do cumprimento dos indicadores no âmbito do PB. Os indicadores para o ano de 2022 sofreram uma alteração e foram divididos em sete unidades (Brasil, 2022a).

- a) proporção de gestante com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a décima segunda semana de gestação;
- b) proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- c) proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- d) proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS;

- e) proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada;
- f) proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre;
- g) proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre (Brasil, 2022a).

O PB apresenta a potencialidade de contribuir com os objetivos do SUS e melhorar a efetividade da APS.

Uma das principais metas do programa é aprimorar significativamente o acesso da população aos serviços de saúde. Isso implica em garantir que as pessoas tenham a oportunidade de receber atendimento adequado e de qualidade em suas próprias comunidades. Ao assegurar que os serviços de saúde estejam mais próximos das pessoas, o programa visa eliminar barreiras geográficas e financeiras que muitas vezes dificultam o acesso a cuidados médicos essenciais (Mendes, 2018).

O programa privilegia a prevenção de doenças e a promoção da saúde, incentivando ações que ajudem a evitar o surgimento de problemas de saúde graves. Isso não apenas pode reduzir a carga sobre o sistema de saúde, mas também melhorar a qualidade de vida da população (Harzheim *et al.*, 2022; Massuda, 2020).

Nessa direção, o PB busca aumentar os recursos financeiros destinados à APS. Essa medida tem o potencial de resultar em melhorias significativas na infraestrutura de saúde, na contratação de mais profissionais de saúde e na expansão dos serviços oferecidos à população. (Giovanella *et al.*, 2019).

Em contrapartida, o incentivo ao cadastramento de pacientes é uma estratégia do programa que simplifica o acompanhamento da saúde e o agendamento de consultas. Além disso, permite um melhor gerenciamento da demanda por serviços de saúde contribuindo para uma maior organização e coordenação dos cuidados de saúde (Harzheim *et al.*, 2022; Massuda, 2020).

Entende-se que um dos aspectos centrais do PB é revisar os critérios de distribuição de recursos para municípios e estados, com o objetivo de promover maior equidade no acesso aos serviços de saúde, reduzir as desigualdades regionais, garantindo que áreas menos desenvolvidas e com maiores necessidades recebam a assistência necessária para alcançar um padrão de atendimento mais próximo ao das regiões mais favorecidas (Albuquerque *et al.*, 2018).

Tais medidas promovem uma cultura de avaliação contínua dos serviços de saúde. Isso implica identificar áreas que precisam de melhoria e incentivar a implementação de ações corretivas. A avaliação de desempenho é uma ferramenta valiosa para garantir que os recursos sejam alocados de forma eficaz e que os serviços de saúde estejam sempre se adaptando às necessidades em constante evolução da população (Harzheim *et al.*, 2022; Massuda, 2020).

Valoriza-se também a participação ativa da comunidade na gestão dos serviços de saúde. Isso não apenas promove a responsabilidade local, mas também garante que os serviços de saúde sejam mais alinhados com as necessidades específicas de cada comunidade. Ao envolver as pessoas diretamente no processo de tomada de decisões, o programa busca criar um sistema de saúde mais inclusivo e eficaz (Giovanella *et al.*, 2019).

No entanto, o PB também apresenta características que implicam em resultados desfavoráveis que precisam ser considerados para que não se prejudique a qualidade e a equidade na assistência à saúde.

A esse respeito, ressalta-se a diversidade regional que, determina muitas variações em termos de necessidades de saúde, infraestrutura, demografia e cultura. Em outro aspecto a falta de flexibilidade pode tornar árduo o manejo de questões locais urgentes e específicas. À medida que as necessidades de saúde de uma comunidade podem mudar rapidamente, a centralização pode dificultar a adaptação rápida do programa para abordar essas mudanças (Reis *et al.*, 2017).

A centralização das tomadas de decisão e a alocação de recursos no nível federal podem apresentar desafios significativos em relação à adequação das políticas de saúde à realidade local. O fato de que essas decisões podem não considerar as nuances locais, como variações nas práticas culturais e nas condições de saúde, pode resultar em estratégias e políticas que não coadunam com as necessidades e características específicas de cada região. Isso pode levar a falta de eficácia na implementação das políticas de saúde e, por consequência, na entrega de cuidados adequados à população local (Harzheim *et al.*, 2022; Mendes; Melo; Carnut, 2022; Morosini; Fonseca; Baptista, 2020; Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

As decisões no nível federal, muitas vezes trazem consigo processos burocráticos e uma resposta lenta às emergências de saúde ou às mudanças nas necessidades da população. A complexidade dos trâmites e a hierarquia administrativa podem atrasar ações cruciais, prejudicando a capacidade de resposta eficiente em situações de crise. Isso é especialmente problemático em um cenário de saúde dinâmico, onde a agilidade na tomada de decisões é essencial para proteger a saúde pública e garantir a eficácia dos programas de saúde (Harzheim *et al.*, 2022; Mendes; Melo; Carnut, 2022; Morosini; Fonseca; Baptista, 2020; Seta; Ocké-Reis;

Ramos, 2021).

Muitas decisões críticas são tomadas exclusivamente no nível federal, reduzindo a capacidade das autoridades locais de adaptar e personalizar as estratégias de saúde de acordo com as necessidades específicas de suas comunidades, o que pode levar a uma sensação de frustração entre as autoridades locais (Minayo; Gualhano, 2017).

É importante reconhecer que algumas comunidades e estados podem resistir à implementação de políticas e programas federais em saúde. Isso ocorre porque essas áreas podem preferir estratégias mais adaptadas às suas realidades locais. A imposição de políticas centralizadas pode levar a conflitos e resistência, o que pode prejudicar a eficácia e aceitação das intervenções de saúde. Portanto, é essencial considerar as diferentes perspectivas e necessidades das comunidades locais ao desenvolver políticas de saúde, a fim de evitar conflitos desnecessários e promover a cooperação na promoção da saúde pública (Harzheim *et al.*, 2022; Mendes; Melo; Carnut, 2022; Morosini; Fonseca; Baptista, 2020; Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

Para mitigar essas dificuldades, é necessário que os programas federais, como o PB, tenham mecanismos de consulta e colaboração com as autoridades de saúde estaduais e locais, de forma a adaptar as políticas e diretrizes gerais às realidades regionais (Harzheim *et al.*, 2022).

Além disso, uma abordagem de subsidiariedade, que descentraliza o poder de tomada de decisões para o nível mais baixo de segurança, pode ajudar a superar algumas das especificidades da centralização. É fundamental encontrar um equilíbrio entre a padronização no nível nacional e a flexibilidade necessária para abordar as especificidades locais (Mendes; Melo; Carnut, 2022).

Portanto, a segmentação de ações e a divisão de equipes podem ser eficazes em certos contextos, mas é importante encontrar um equilíbrio para garantir que a qualidade, a continuidade do cuidado e a comunicação eficaz não sejam comprometidos. Cada abordagem deve ser cuidadosamente planejada e adaptada às necessidades específicas da população e do sistema de saúde em questão (Harzheim *et al.*, 2022).

Em uma última atualização do PB, o MS publicou uma portaria em que delimita que as pactuações estarão vigentes somente até o segundo quadrimestre do ano de 2023, com previsão de que uma nova portaria seja lançada com a proposta de um novo modelo de financiamento e consequente novos indicadores (Brasil, 2023a).

A política do MS do Brasil, em relação à definição e pactuação de indicadores de desempenho em saúde, pode apresentar brechas que permitem variações significativas entre os municípios. Essa flexibilidade na definição de metas pode ser identificada com base em vários

argumentos encontrados na literatura.

A descentralização do sistema de saúde no Brasil é um dos princípios fundamentais do SUS que respalda a flexibilidade na gestão. Esse sistema altamente descentralizado concede aos municípios uma considerável autonomia para tomar decisões sobre a organização e prestação de serviços de saúde em suas regiões. Tal descentralização é positiva, pois permite que cada município adapte as políticas e metas de saúde de acordo com suas necessidades específicas e recursos locais. No entanto, essa autonomia também resulta em variações substanciais nos indicadores de desempenho, uma vez que cada município pode ter abordagens diferentes para alcançar resultados eficazes (Brasil, 2008; 2015b; Massuda, 2020).

Além disso, as diferenças socioeconômicas e demográficas entre os municípios brasileiros são notáveis. Existem áreas com diferentes níveis de desenvolvimento econômico, densidade populacional e perfil epidemiológico. Essas disparidades tornam evidente a necessidade de estratégias e metas específicas para abordar eficazmente as demandas de saúde de cada região. Portanto, a política ministerial deve levar em consideração essas diferenças locais para garantir que a assistência à saúde seja equitativa (Oliveira *et al.*, 2023). Disponibilidade de recursos e instalações de saúde variam amplamente entre os municípios.

Enquanto algumas áreas possuem unidades de saúde bem equipadas e profissionais qualificados, outras podem enfrentar deficiências significativas. Nesse contexto, a política deve ser flexível o suficiente para ajustar-se às variações na infraestrutura de saúde, garantindo que os indicadores de desempenho sejam realistas e factíveis em todas as regiões (Brasil, 2008; 2015b; Massuda, 2020).

A diversidade cultural e geográfica do Brasil é outro fator crucial a ser considerado. O país abriga uma ampla variedade de culturas, tradições e realidades geográficas, desde áreas urbanas densamente povoadas até regiões remotas e rurais. Portanto, as abordagens de saúde e os indicadores de desempenho precisam ser adaptados para atender às especificidades culturais e geográficas de cada município, garantindo que os serviços de saúde sejam culturalmente sensíveis e geograficamente acessíveis (Shimizu *et al.*, 2022).

Por fim, a participação da comunidade e a gestão participativa desempenham um papel fundamental, haja vista que o SUS é norteado por este princípio. Isso significa que os indicadores de desempenho podem ser influenciados pela participação local, resultando em variações nas prioridades e estratégias de saúde em diferentes municípios. Em resumo, a diversidade e descentralização do sistema de saúde brasileiro exigem que as políticas de saúde sejam flexíveis, sensíveis às diferenças locais e orientadas pela participação da comunidade (Brasil, 2008; 2015b; Massuda, 2020).

Em suma, a flexibilidade permite a diversidade e estabelece a complexidade nas diferentes localidades do país, possibilitando que cada município adapte suas estratégias para atender às necessidades específicas de sua população e sua infraestrutura de saúde (Massuda, 2020).

A exemplo, no município em que ocorreu o presente estudo conta-se com um decreto próprio em relação a gratificação de produtividade dos profissionais de saúde, médico (a), enfermeiro (a) e dentista, que integram a ESF.

O decreto municipal estabelece o requisito do cumprimento de metas mínimas exigidas, a saber:

Quadro 1 – Gratificação de produtividade do Profissional Médico (a). Estratégia Saúde da Família, Três Corações, MG

<b>Procedimento</b>	<b>Parâmetro dia/mês</b>	<b>Pontuação</b>
Consultas médicas	20/ DIA	Meta mínima
Atividade educativa em grupo	01/ MÊS	Meta mínima
Visita Domiciliar	10/ MÊS	Meta mínima

Fonte: Três Corações. Prefeitura (2012).

Quadro 2 – Gratificação de produtividade do Profissional Enfermeiro (a). Estratégia Saúde da Família, Três Corações, MG

<b>Marcador</b>	<b>População alvo</b>	<b>Parâmetro mensal</b>	<b>Pontuação</b>
Acompanhamento da Enfermagem em Pré-Natal	Gestantes	95% da População cadastrada	Meta mínima
Acompanhamento de Enfermagem em Saúde da Mulher/Papanicolau	Mulheres na faixa etária de 25 anos à 59 anos	2,5% da População cadastrada	Meta mínima
Acompanhamento de Enfermagem em Puericultura (vacinas e pesagem)	Crianças menores de 1 ano	95% da população cadastrada	Meta mínima
Visita Domiciliar	População cadastrada na área de abrangência da equipe	10/ MÊS	Meta mínima
Atividade Educativa em Grupo	População cadastrada na área de abrangência da equipe	01/ MÊS	Meta mínima

Fonte: Três Corações. Prefeitura (2012).

Quadro 3 – Gratificação de produtividade do Profissional Dentista. Estratégia Saúde da Família, Três Corações, MG

<b>Marcador</b>	<b>População alvo</b>	<b>Parâmetro mensal</b>	<b>Pontuação</b>
Procedimentos Individuais	População cadastrada na área de abrangência da equipe	24/ DIA	Meta mínima
Procedimentos Coletivos	População cadastrada na área de abrangência da equipe	21/ DIA	Meta mínima
Atividade Educativa em Grupo	População cadastrada na área de abrangência da equipe	01/ MÊS	Meta mínima
Visita Domiciliar	População cadastrada na área de abrangência da equipe	03/ MÊS	Meta mínima

Fonte: Três Corações. Prefeitura (2012).

O decreto também estabelece uma tabela de proporcionalidade referente a porcentagem de valores que o profissional deverá receber de acordo com a quantidade de procedimentos realizados, acima das metas mínimas. Quanto maior a quantidade de procedimentos realizados maior será a porcentagem em valores reais recebido pelo profissional, não ultrapassando a cinquenta por cento do valor do salário em questão (Prefeitura de Três Corações, 2012).

A segmentação de ações e a divisão de equipes nas métricas de produtividade municipal podem ser motivadas por diversos fatores e objetivos. No entanto, essas abordagens também podem ter desafios e implicações (Massuda, 2020).

O foco na especialização permite a segmentação de ações e pode contribuir para que as equipes de saúde se aperfeiçoem em áreas específicas de atenção à saúde, como atendimento agestantes, crianças, pacientes com doenças crônicas, entre outros, com impactos positivos na qualidade de atendimento de situações específicas (Ferreira *et al.*, 2021; Mattos; Schlindwein, 2015; Souza; Cunha, 2013).

A maior eficiência e coordenação, favorecem a melhor divisão das equipes o que aumenta a eficiência na prestação de serviços. Cada equipe pode concentrar-se em suas tarefas específicas, evitando duplicações e garantindo que cada paciente receba o atendimento necessário, o que contribui para uma distribuição de recursos mais eficaz e uma melhor gestão do tempo, resultando em um atendimento mais oportuno e de melhor qualidade (Ribeiro; Cavalcanti, 2020).

No entanto, é importante considerar que a segmentação de ações e a divisão de equipes também podem apresentar desafios como a fragmentação de cuidados, devido a divisão excessiva de equipes, com cada grupo de trabalho tratando apenas de partes específicas do atendimento ao paciente. Isso pode prejudicar a continuidade do cuidado (Ferreira *et al.*, 2021;

Mattos; Schlindwein, 2015; Souza; Cunha, 2013).

Em consequência, dificulta-se a comunicação e a coordenação, devido a segmentação excessiva das equipes, o que pode gerar lacunas na assistência ao paciente, limitar a capacidade de abordar as necessidades de saúde de maneira integral (Ferreira *et al.*, 2021; Mattos; Schlindwein, 2015; Souza; Cunha, 2013).

### 3 MÉTODO

Tratou-se de um estudo de natureza analítica com abordagem qualitativa. Considera-se que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados e permite acesso às relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2019).

O desenvolvimento da pesquisa qualitativa depende das escolhas dos pesquisadores dentre uma multiplicidade de opções e paradigmas. As decisões devem ser registradas para permitir ao leitor a compreensão de todo o processo investigativo. Tais decisões passam pela escolha de um objeto de estudo, a seleção de um método que permita acessar o fenômeno, os cuidados para garantia do rigor e da transparência do processo de investigação, resultados e interpretação e, por fim, da ética na condução, divulgação e devolução dos resultados, produzindo um conhecimento socialmente significativo para a comunidade e a sociedade (Egry, 2020).

A pesquisa qualitativa desempenha um papel fundamental no avanço do conhecimento em saúde, uma vez que se dedica ao estudo de fenômenos complexos, cuja compreensão vai além da superficialidade e requer uma abordagem imersiva. Assume-se como objetivo primordial da pesquisa qualitativa revelar dados, indicadores e tendências observadas, além de construir modelos teóricos que possam ser aplicados na prática. Assim, sua finalidade está centrada na investigação da história, das representações, das relações, das crenças, das percepções e das opiniões, refletindo as interpretações que os indivíduos elaboram sobre a produção e reprodução de suas próprias vidas (Nunes, 2007).

De fato, a análise de dados na pesquisa qualitativa em saúde, deve considerar que a prática científica envolve a interação entre teoria, método e técnicas, em que esses elementos se influenciam mutuamente (Minayo, 2019).

A disseminação da pesquisa qualitativa tem sido evidente nas publicações científicas na área da saúde. Isso se relaciona à necessidade de conhecimentos que questionem a natureza da ciência e os métodos que a sustentam (Taquette, 2016). Essa perspectiva requer uma abordagem de pesquisa que transcenda as disciplinas, englobando humanidades, ciências sociais e naturais, propiciando a compreensão de realidades complexas, o que implica em diferentes olhares disciplinares, haja vista que fez um único prisma não é capaz de capturar toda a complexidade da existência (Minayo; Costa, 2019).

Corroborar-se a ideia de que uma questão de pesquisa em enfermagem nunca surge isolada de seu contexto, sendo moldada pela reflexão crítica e informada pela consciência das

limitações do conhecimento atual para a prática profissional. A abordagem qualitativa, portanto, assume uma natureza intrinsecamente prática, onde a interação entre o conhecimento e a ação determina sua potencialidade (Minayo, 2019).

### 3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em um município, localizado na região sul do estado de Minas Gerais, Brasil. O município é considerado de médio porte e apresentava uma população estimada de 75.485 habitantes em 2022 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022). Conta com uma rede de APS constituída por 16 ESF e uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para esta investigação foram selecionadas por conveniência duas equipes de ESF que possuíam a mesma configuração de profissionais, e que de acordo com o sistema próprio do município para abastecimento de dados, alcançavam as metas de produtividade municipais, e concomitantemente, os indicadores do PB.

Este recorte tem em vista o fato de que devido às contínuas mudanças políticas de acompanhamento dos indicadores das metas da AB, o governo municipal, exige o cumprimento dos indicadores do PB e das metas de produtividade elencadas em um decreto próprio.

Para levantamento dos dados de produtividade das equipes, foram consultados os documentos municipais que congregam os indicadores. Para tanto foi solicitada a anuência por meio do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (Apêndice A). A síntese dos indicadores de desempenho analisados para seleção das equipes está apresentada na Tabela 1. As Unidades de Saúde do município são apresentadas na primeira coluna, renomeadas com letras, para garantia do anonimato dos participantes, seguidas dos Indicadores do PB de acordo com a ordem referida pelo MS, com as porcentagens alcançadas em cada indicador.

Tabela 1 – Relatório quadrimestral de indicadores do Programa Previne Brasil por unidade de saúde do município, Três Corações, 2024

(continua)

Nome Unidade de Saúde	Pré-Natal (6 Consultas)	Pré-Natal (HIV e Sífilis)	Gestantes Saúde Bucal	Cobertura Citopatológico	Cobertura Pólio e Penta	Hipertensos (PA aferida)	Diabetes (Hemoglobina glicada)
A	42%	92%	79%	28%	45%	48%	50%
B	50%	75%	83%	13%	50%	43%	7%
C	57%	86%	57%	22%	50%	48%	31%
D	88%	88%	100%	19%	55%	62%	61%
E	46%	85%	85%	10%	9%	53%	3%
F	30%	80%	70%	17%	13%	44%	24%

Tabela 1 – Relatório quadrimestral de indicadores do Programa Previne Brasil por unidade de saúde do município, Três Corações, 2024

(conclusão)

Nome Unidade de Saúde	Pré-Natal (6 Consultas)	Pré-Natal (HIV e Sífilis)	Gestantes Saúde Bucal	Cobertura Citopatológico	Cobertura Pólio e Penta	Hipertensos (PA aferida)	Diabetes (Hemoglobina glicada)
G	59%	88%	94%	17%	50%	52%	53%
H	64%	79%	43%	29%	61%	43%	13%
I	53%	93%	93%	21%	47%	28%	2%
J	45%	82%	91%	34%	56%	39%	11%
K	64%	100%	86%	6%	22%	42%	10%
L	46%	100%	69%	24%	67%	38%	6%
M	21%	100%	43%	27%	58%	49%	8%
N	64%	91%	91%	22%	45%	43%	23%
O	33%	50%	67%		50%	37%	
P	25%	50%	100%			40%	
Q	0%	50%					

Fonte: Brasil (2023b).

Cumpre explicar que a tabela possui visualização semafórica do percentual de alcance da meta definida para cada indicador, à semelhança do que é apresentado no próprio SISAB. Assim, as cores (vermelho, laranja, verde e azul) são atribuídas a partir do cálculo entre o valor do resultado do indicador dividido pela meta definida para o mesmo indicador. Ou seja, se menor que 40% da meta atribui-se a cor vermelha, entre 40% e 69% da meta, laranja, entre 70% e 99% da meta, verde e maior ou igual a meta, a cor azul (Tabela 2).

Tabela 2 – Sinalização semafórica do alcance dos indicadores

Indicador	Meta	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
Indicador 1	45%	<18%	≥18% e <31%	≥31% e <45%	≥45%
Indicador 2	60%	<24%	≥24% e <42%	≥42% e <60%	≥60%
Indicador 3	60%	<24%	≥24% e <42%	≥42% e <60%	≥60%
Indicador 4	40%	<16%	≥16% e <28%	≥28% e <40%	≥40%
Indicador 5	95%	<38%	≥38% e <67%	≥67% e <95%	≥95%
Indicador 6	50%	<20%	≥20% e <35%	≥35% e <50%	≥50%
Indicador 7	50%	<20%	≥20% e <35%	≥35% e <50%	≥50%

Fonte: Brasil (2022b).

Selecionou-se por conveniência as equipes A e B, destacadas na Tabela 1. Para tanto, utilizou-se como critério a equipe que melhor atendesse às metas dos indicadores de desempenho e aquela com menor taxa de alcance dos mesmos indicadores. Adicionalmente, as equipes deveriam atender população com características sociodemográficas semelhantes, o que foi favorecido pelo fato de que a equipe A e B encontrarem-se em um território de cobertura

sobrepostas e possuem a mesma composição de profissionais, o que também foi observado, com exceção do profissional fisioterapeuta, pelo motivo apresentado na sequência.

### **3.1.1 Descrição das equipes**

A Equipe A situa-se em uma unidade urbana, possui uma sede fora dos padrões exigidos pelo MS, com equipe formada por um médico, um enfermeira, um dentista, uma auxiliar de saúde bucal, seis agentes comunitários de saúde, dois técnicos(as) de enfermagem, e uma psicóloga. Possuía também um fisioterapeuta, contudo, o contrato foi encerrado no período de coleta de dados e o novo profissional encontra-se em fase de contratação.

A Equipe B localiza-se em uma unidade urbana, possuía uma estrutura física improvisada, entretanto, após mudanças de governo, foi realocada para nova estrutura, a qual atende ao padrão do MS. Constitui-se por um médico, uma enfermeira, um dentista, uma auxiliar de saúde bucal, seis agentes comunitários de saúde, três técnicos(as) de enfermagem, uma psicóloga e uma fisioterapeuta.

## **3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Foram convidados a participar da pesquisa os profissionais integrantes da equipe independente do vínculo empregatício.

Foram selecionados por conveniência aqueles que atendiam aos seguintes critérios: atuar em uma das duas equipes selecionadas, atuar junto a mesma ESF pelo menos há seis meses, profissionais da saúde e agentes comunitários de saúde que tenham assistência direta a pessoa, família ou comunidade. Não foram incluídos os profissionais de licença ou afastamento das atividades no período da coleta de dados.

Não houve recusas, dessa forma, integram o estudo: dois médicos, duas enfermeiras, 12 agentes comunitários de saúde, cinco técnicas de enfermagem, duas auxiliares de consultório odontológico, dois dentistas, duas psicólogas e uma fisioterapeuta.

## **3.3 COLETA DE DADOS, INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS**

Os dados foram coletados por meio de entrevistas, com roteiro semiestruturado. As entrevistas foram audiogravadas, conduzidas pela pesquisadora principal, em ambiente privativo na própria ESF.

O roteiro foi constituído por duas partes: a primeira com dados sobre o perfil profissional dos entrevistados (idade, sexo, formação básica, formação complementar, tempo de trabalho na APS, tempo de trabalho na ESF, cenário de estudo). A segunda foi composta pelas questões norteadoras a respeito da percepção do trabalho interprofissional e sua influência no alcance dos indicadores da APS (Apêndice B).

Realizou-se um estudo piloto com quatro profissionais que atendiam aos critérios de inclusão, entretanto, não eram das equipes selecionadas, para averiguação da pertinência do roteiro e para treinamento da pesquisadora para a entrevista. Após o estudo piloto observou-se a necessidade de adequação de uma palavra da pergunta de número 8, mudando o sentido de “da equipe” para “da sua equipe”, porque os profissionais, dessa forma, remetiam suas narrativas à equipe atual de trabalho e não ao trabalho pregresso, o que favoreceu o alcance do objetivo do estudo (Apêndice B). Esses dados não foram incluídos na amostra final para análise.

Os dados foram coletados na própria ESF, em uma sala privativa, onde permaneceram apenas a pesquisadora e o entrevistado. Os participantes foram convidados à participação pessoalmente, e foi agendado o momento oportuno de acordo com a disponibilidade do profissional e do serviço. As entrevistas foram gravadas em áudio, com o uso de celular, após o participante ser informado dos objetivos da pesquisa e conceder a anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

A entrevista foi conduzida em forma de diálogo pela pesquisadora principal, num total de 393,12 min. de entrevistas. Ao término, foi realizada a transcrição em editor de texto e os áudios foram excluídos dos arquivos da pesquisadora. O material transcrito resultou em 57 laudas.

Pontua-se que foi realizada a correção da linguagem coloquial durante a transcrição, haja vista que a análise proposta não se atém às formações linguísticas dos discursos.

### 3.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para organização e análise dos dados foi utilizada a Análise Temática Reflexiva, proposta por Braun e Clarke (2006). Trata-se de uma abordagem qualitativa amplamente utilizada para analisar dados textuais, como entrevistas, questionários abertos e diários.

Nota-se que essa proposta de análise temática é uma abordagem flexível que enfatiza a reflexão crítica dos pesquisadores sobre os dados e os temas elaborados. Isso permite a descoberta de entendimentos profundos e uma compreensão rica dos fenômenos em estudo (Braun; Clarke, 2006; 2021; 2022).

O processo de Análise Temática Reflexiva envolveu seis etapas, seguindo-se um ciclo recursivo para conduzir a pesquisa e lidar com a multiplicidade de dados. O primeiro estágio iniciou-se com a familiarização com os dados, que requereu uma imersão profunda nos conteúdos, uma leitura ativa e a obtenção de uma compreensão aprofundada do tema. Nesta etapa, os áudios das entrevistas foram ouvidos e seus conteúdos transcritos, pela pesquisadora principal. Foram registradas também as notas de familiarização, as ideias que surgiram a partir do aprofundamento nos dados, para posterior análise.

O segundo estágio abrangeu o processo de codificação, baseado nos dados coletados (Braun; Clarke, 2006; 2021; 2022). Nesse estágio, realizado colaborativamente entre a pesquisadora e o orientador do estudo, foram atribuídos rótulos, grafados em diferentes cores, aos fragmentos relevantes dos dados. Considerou-se para isso tanto o aspecto semântico da linguagem quanto o aspecto latente, o significado implícito nas entrelinhas e no contexto de produção dos dados.

O terceiro estágio envolveu a elaboração dos temas e apresentam as principais ideias ou conceitos que surgem dos dados e podem fornecer compreensão sobre as experiências, opiniões, ou fenômenos em estudo, à medida que recorrências e padrões nos dados foram interpretados durante o processo de agrupamento (Braun; Clarke, 2006; 2021; 2022). Ressalta-se que este processo foi realizado indutivamente, a partir dos dados, e não se estabeleceu temas previamente pautados no arcabouço teórico, embora não se tenha perdido de vista os conceitos relativos à interprofissionalidade e a dinâmica do trabalho na ESF, sobretudo, a inter-relação do processo de trabalho na consecução dos indicadores.

O quarto estágio compreendeu uma revisão e aprimoramento dos temas em dois níveis distintos. No primeiro nível, ocorreu uma análise detalhada dos trechos de dados previamente codificados, enquanto o segundo nível consistiu em identificar a coerência dos temas elaborados em face do conjunto amplo de dados e do objetivo da pesquisa (Braun; Clarke, 2006; 2021; 2022).

Na quinta fase, foram atribuídos nomes aos temas identificados, e na última etapa, redigiu-se o relatório de pesquisa (Braun; Clarke, 2006; 2021; 2022).

### 3.5 REFLEXIVIDADE E CONFIABILIDADE DO ESTUDO

A reflexividade refere-se à capacidade do pesquisador de examinar e reconhecer suas próprias influências, preconceitos e pressupostos ao conduzir o estudo. É necessário que os pesquisadores estejam cientes de como suas próprias crenças e experiências podem moldar suas

interpretações dos dados e influenciar suas escolhas metodológicas (Cunha Filho, 2019).

Por outro lado, a confiabilidade na pesquisa científica diz respeito à consistência e reprodutibilidade dos resultados. Para que os achados de um estudo sejam considerados confiáveis, é fundamental que outros pesquisadores possam replicar os procedimentos e obter resultados semelhantes. Isso requer uma descrição detalhada dos métodos utilizados, além da transparência na apresentação dos dados (Sousa; Santos, 2020).

Esses dois pilares conferem a credibilidade aos estudos. A autoconsciência do pesquisador em relação às suas próprias posições e limitações, aliada à aplicação rigorosa de métodos confiáveis, são aspectos essenciais para a construção de uma base sólida de evidências e para o desenvolvimento de teorias e intervenções que possam ser confiáveis e significativas (Melucci, 2005).

Para tanto, buscou-se apresentar o percurso metodológico de forma clara para possibilitar ao leitor a compreensão de todo o processo de produção dos dados e subsídios que possibilitaram a interpretação.

A seleção das equipes, embora tenha sido realizada por conveniência, possibilitou a eleição de duas equipes por meio de critérios objetivos, retratando dois panoramas possíveis, um em que existia melhor alcance dos indicadores de desempenho e outro com menor obtenção dos indicadores propostos.

Reconhece-se que a autora primária dessa investigação é enfermeira concursada, atuante na ESF do município cenário do estudo, entretanto, o contato prévio com as equipes era esporádico, restringindo-se às reuniões com a diretoria da APS.

Ademais, estabeleceu-se na coleta um canal de comunicação aberta, assegurando que as informações eram confidenciais e não implicariam nas relações de trabalho.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo seguiu as diretrizes estabelecidas pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a realização de Pesquisa envolvendo Seres Humanos no Brasil (Brasil, 2013). O projeto de pesquisa foi submetido para avaliação ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), sendo aprovado sob o parecer número: 6.523.460 (Anexo A).

Para tanto, foi solicitada e obtida a anuência da Secretaria de Saúde e Coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS) do município (Anexo B).

Respeitou-se integralmente os preceitos da autonomia, anonimato e privacidade dos

participantes. Todos os profissionais envolvidos foram devidamente informados sobre os objetivos da pesquisa, bem como sobre a natureza voluntária de sua participação, garantindo-lhes o direito de retirar-se a qualquer momento, sem penalização. Para formalizar a concordância, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), em duas vias, uma das quais ficou sob posse do pesquisador e a outra com os participantes.

Para garantir o anonimato dos participantes, foi atribuído um nome fictício iniciado com a mesma letra de sua equipe, por exemplo, Antônio (profissional da equipe A), Betina (profissional da equipe B).

### 3.7 RISCOS E DESCONFORTOS

A participação na pesquisa poderia trazer risco mínimo aos participantes e causar prováveis constrangimentos e desconfortos ao responder os questionamentos. Caso houvesse a necessidade, a coleta de dados seria interrompida e o (a) participante poderia deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de expor justificativa e sem prejuízos de ordem alguma. Contudo, nenhum participante manifestou desconforto ou interesse em deixar de responder à entrevista.

### 3.8 MEDIDAS MINIMIZADORAS

Foi garantido o sigilo em relação as respostas, as quais foram tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos. Foi assegurado um ambiente que proporcionava privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, como a escuta atenta e acolhimento. A transcrição dos dados de áudio foi conduzida de maneira estritamente confidencial, preservando a privacidade dos participantes. Ressalta-se que os áudios não foram armazenados em dispositivos móveis ou em qualquer plataforma de armazenamento de arquivos, incluindo serviços de nuvem.

### 3.9 BENEFÍCIOS

Espera-se como benefício uma melhor percepção sobre o tema do trabalho interprofissional na APS no contexto do financiamento por desempenho, com vistas a identificação de subsídios que contribuam para o alcance da melhoria do atendimento em saúde,

o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados e alcance das metas de produtividade municipais e dos indicadores do PB.

## 4 RESULTADOS

Os participantes foram: dois médicos, duas enfermeiras, dois dentistas, duas auxiliares de saúde bucal, 12 agentes comunitários de saúde, cinco técnicas de enfermagem, duas psicólogas e uma fisioterapeuta. A caracterização dos participantes está representada na tabela 3.

Tabela 3 – Variáveis sócio-demográficas dos participantes do estudo, Três Corações, 2024

<b>Número absoluto n= 28</b>	<b>Porcentagem</b>	
Idade		
Mínima: 26 anos	Máxima: 59 anos	Desvio Padrão: 16,5
Gênero		
Homens	5	17,4%
Mulheres	23	82,6%
Escolaridade		
Especialização	8	34,8%
Curso superior	6	21,7%
Técnico	12	34,8%
Ensino Médio	2	8,7%
Tempo de atuação na Atenção Primária		
1 a 5 anos	11	39,3%
6 a 10 anos	12	42,9%
11 a 15 anos	-	-
16 a 20 anos	4	14,3%
Acima de 20 anos	1	3,5%
Tempo de atuação na unidade de saúde atual		8,7%
1 a 5 anos	15	53,6%
6 a 10 anos	12	42,9%
11 a 15 anos	1	3,5%

Fonte: Autora (2023).

O trabalho interpretativo permitiu a elaboração de dois temas intitulados: “O trabalho multiprofissional e sua lógica de linha de produção para o alcance dos indicadores e metas da APS”, e “O paradoxo do bom relacionamento entre a equipe e o desconhecimento dos papéis de seus membros no alcance dos indicadores”.

Embora apresentados didaticamente separados, os temas estão intrinsecamente relacionados.

#### 4.1 O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E SUA LÓGICA DE LINHA DE PRODUÇÃO PARA O ALCANCE DOS INDICADORES E METAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Observou-se que os profissionais das equipes estudadas reportam que sua atuação para alcance dos indicadores nem sempre ocorre de forma integrada, sinalizando um processo de trabalho em que cada um executa sua função à vista de metas que não parecem objetivos compartilhados por todos os membros.

A exemplo, nota-se nas falas dos ACS o entendimento de que seu papel dentro da equipe constituem em trazer as demandas da população para a equipe ou para um profissional em específico:

“É porque quando a gente traz alguma demanda, alguma coisa da rua, a gente vê que tem aquela preocupação, principalmente da Enfermeira, na coordenação, assim, ela é bem receptiva com os casos que a gente traz e às vezes mesmo que não depende só dela, ela ainda tenta dar um jeito, entendeu? Então eu acredito que nesse ponto, as coisas que a gente traz, as demandas e ela tenta estar solucionando na medida do possível” (Aparecida, acs, equipe A).

“Por exemplo, a gente faz as visitas todas e traz para cá para o PSF. O que a população está mais necessitando. Em relação de acamados, em relação de vacina de criança, em relação a gestante, a quantidade de gestante, em relação a crianças também menores de 5 anos, quem está com vacina atrasada, quem não está. Tudo isso é para o PSF que a gente traz. Os hipertensos, se estão tomando a medicação correta ou não, se estão em dia, até os adultos mesmo, se estão em dia com a vacina ou não, porque a gente às vezes preocupa muito, igual eu falo para os meus assistidos, a gente preocupa às vezes com a vacina da criança e esquece da vacina do adulto também que tem. Então, isso tudo sim, traz um benefício, sim” (Ana, acs, equipe A).

“Eu acho que é importante, não é? Porque o agente que traz os casos para a unidade que vai atrás. Então acho que é importante nessa parte, certo?” (Betina, acs, equipe B).

Nessa direção, há o entendimento de que cabe ao ACS apenas realizar visitas para que seja possível cumprir as metas dos indicadores da AP:

“Então, é ir nas visitas, é ver a... como se diz? Como que eu vou te falar? As necessidades de cada um, de cada família, não é? Assim, a gente chega aqui porque a gente vê que está precisando de ajuda, que está precisando melhorar, a gente chega aqui e conversa, não é? Então, é isso” (Antônia, acs, equipe A).

“É com o enfermeiro, é a gente tem interação de quando tem alguma casa que a gente precisa de visita. A gente comunica ou alguma coisa que a gente identifica na casa. A gente comunica a enfermeira ou o médico mesmo para ele fazer as visitas quando a gente acha que precisa, não é?” (Benedita, acs, equipe B).

“O agente de saúde, ele tem várias funções. Nesse caso aí. Eu acho que é a ponte que a gente faz com o pessoal venha até aqui, a gente acaba conquistando a confiança deles. E muitas coisas que às vezes eles são meio travados que eles não querem vir aqui e acaba convencendo.

E isso ajuda nos indicadores e as visitas que a gente faz, não é? Busca ativa de vacina, busca ativa no geral” (Bruno, acs, equipe B).

Não diferentemente, outros profissionais parecem assumir uma postura expectante da demanda apresentada pelos ACS:

“Por exemplo, quando alguém precisa de um atendimento de urgência, as meninas trazem para mim, a gente troca informações, as vezes faz uma visita quando precisa também” (Angélica, dentista, equipe A).

“Eu dependo do trabalho de todo mundo para o meu funcionar. Desde a recepção até as visitas, as triagens, as agentes de saúde. Dependo de todo mundo. Se eles não fizerem um bom trabalho, para mim fica difícil também. Marcação de consulta, renovação de receita, visitas domiciliares, resolução de problemas. Enfim, eu dependo deles” (Bernardo, médico, equipe B).

“Ah, eu sou meio que o último não é, as meninas precisam trazer o serviço para mim, para eu saber quem precisa da visita, ou se estão tomando os remédios direitinho” (Artur, médico, equipe A).

Desta forma, é possível inferir que cada profissional atua individualmente, no escopo de suas responsabilidades, sem que se tenha maior grau de integração da equipe na busca de resultados específicos:

“Eu acho que é importante, não é, porque o agente que traz os casos para a unidade que vai atrás. Então acho que é importante nessa parte, certo?” (Betina, acs, equipe B).

“Ah, meu dia-a-dia no PSF tem sempre muito trabalho principalmente de manhã, as meninas me ajudam muito com os pacientes e principalmente com as gestantes” (Angélica, dentista, equipe A).

“Ah, eles vêm pedir ajuda, falar comigo para agendar para os pacientes deles, a gente conversa bem, ajudatambém quando precisa também, a gente fica mais no consultório mais quando precisa eles vão lá também e eu venho também falar com eles” (Bruna, auxiliar de saúde bucal, equipe B).

Nesta esteira de pensamento, reconhece-se que, ao longo das entrevistas, o entendimento dos participantes sobre os indicadores parece ser diverso, sem uma linha guia comum:

“Eu tento fazer o melhor possível, tento orientar a população, prestar um bom atendimento, tento acolher a população para que eles tenham uma certa aderência às condutas, ao posto, a participar de tudo daqui da unidade, a gente tem um bom número de pacientes que frequentam a unidade” (Bernardo, médico, equipe B).

“Ah por exemplo, quando precisa fazer busca ativa para aumentar a cobertura de vacina das crianças e a gente faz as visitas domiciliares também vê o que a população está precisando, então é tudo junto” (Amanda, acs, equipe A).

“As metas são difíceis, na vacina às vezes precisamos que os agentes vão atrás das crianças, às

vezes está faltando só uma vacina e a mãe não traz, é difícil” (Barbara, técnica de enfermagem, equipe B).

Na mesma direção, não é possível identificar consenso entre os participantes acerca de quais estratégias contribuem para o alcance das metas propostas para cada indicador, da mesma forma, não desponta de forma consistente reflexões sobre os impactos da obtenção de resultados mensuráveis na saúde da população:

“Ah, eu acho que o pessoal assim, acha que eu trabalho direitinho, cada uma de nós, cada uma tem o seu papel, infelizmente a gente não consegue agradar todo mundo, atender da maneira que a gente gostaria não é, sempre tem um que fica insatisfeito, tem outro que acha que a gente fica meio a desejar, mas a gente dá o melhor, acho que todos nós aqui” (Antônia, acs, equipe A).

“Um exemplo, se o agente de saúde não fizer um trabalho bem feito, prejudica o trabalho de todo mundo, porque eles estão na ponta. Então, tem paciente que vem até o PSF, a gente consegue acolher aqui e tudo. Às vezes tem paciente que a gente nem conhece ainda, que é a pessoa que trabalha o dia todo, procura a gente. Tem paciente que não procura a gente, a gente nunca vai saber quem é ele. Então, assim, um exemplo, se o agente de saúde não me trouxer a demanda, falou - olha, mudou uma senhorinha para minha área - um exemplo, [...] precisa de uma visita da enfermeira, precisa de uma visita do médico, a gente nunca vai saber quem é. Então é um trabalho de equipe começando lá no agente de saúde” (Aline, enfermeira, equipe A).

Dessa perspectiva, é possível afirmar que embora os indicadores sejam alcançados, como se atesta a partir das informações do SISAB, o tipo de trabalho predominantemente desenvolvido é de caráter multiprofissional, indicando menor grau de interação entre os membros da equipe à vista de um objetivo comum.

#### 4.2 O PARADOXO DO BOM RELACIONAMENTO ENTRE A EQUIPE E O DESCONHECIMENTO DOS PAPÉIS DE SEUS MEMBROS NO ALCANCE DOS INDICADORES

Este tema congrega as percepções dos profissionais que apresentam, paradoxalmente, as afirmações de que há bom relacionamento e adequada interação entre os membros da equipe, por um lado, e aparente desconhecimento do que cada indivíduo realiza no âmbito do trabalho na ESF, particularmente em relação ao alcance das metas dos indicadores.

Nessa lógica, em uma vertente nota-se que o trabalho é harmonioso e as relações interpessoais saudáveis contribuem para a sensação de satisfação entre os colaboradores. Em outro aspecto, no entanto, não existem menções assertivas que reportem uma compreensão

sólida dos papéis e responsabilidades em relação aos objetivos e indicadores estabelecidos e sua contribuição no desempenho organizacional.

“É, tipo assim, quando tem união entre as pessoas, aí eu acredito que isso é onde que a gente consegue alcançar mais os objetivos, não é? Acho por conta disso” (Aparecida, acs, equipe A)

“Se a equipe trabalha bem, em união, a gente consegue ter um resultado melhor” (Ângela, técnica de enfermagem, equipe A)

“Ah, tranquilo. Assim, a gente tem problema como todo mundo tem, mas até que aqui é bem tranquilo de trabalhar. Não tem muito problema de relacionamento, graças a Deus. Não tem muito problema de separar brigas, essas coisas. É uma equipe bem consciente do trabalho. Lógico, de vez em quando a gente tem que ir no cantinho da disciplina, sentar para conversar, não é? Mas, na maioria das vezes, vai indo. Flui bem” (Aline, enfermeira, equipe A).

“Quando a gente trabalha em harmonia, conseguimos entregar um atendimento mais completo e eficaz. Agora, se houver desorganização ou falta de compromisso tudo desanda, precisamos andar juntos para que todo mundo consiga atingir suas metas” (Artur, médico, equipe A).

“[...] é preciso manter eles unidos e trabalhando em equipe, por exemplo quando é necessária busca ative de paciente, acompanhamento mais de perto de algum paciente mais grave e fora o exemplo não é, é necessário mostrar para eles a importância do trabalho de cada um” (Beatriz, enfermeira, equipe B).

Inclusive profissionais que não participam das metas dos indicadores também acreditam que a união seja um diferencial:

“Sem dúvida, o modo como a equipe trabalha influencia muito. Quando há cooperação, e trabalho em equipe, a gente consegue sim, atingir os objetivos sim. Acho que discutindo um caso, vendo o que é melhor a ser feito” (Arlete, psicóloga, equipe A).

“A convivência é legal, a troca de informação é legal, tranquilo, a gente consegue se comunicar bem, não tem problema nenhum” (Ângela, técnica de enfermagem, equipe A).

“É muito bom, a equipe é muito boa, fácil de trabalhar, temos um ótimo entrosamento [...] apesar de eu não influenciar diretamente nas metas, vejo eles correndo atrás e batalhando pelas metas, principalmente no final do mês. A equipe é bem unida então é acredito que seja mais fácil por isso” (Bianca, psicóloga, equipe B)

“[...] A equipe é muito boa, a gente trabalha bem junto, eu e as meninas dividimos o serviço, é muito bom sim” (Barbara, técnica de enfermagem, equipe B).

Embora as equipes possuam aparentemente uma boa comunicação e uma relação cordial entre seus membros, o que é fundamental para o ambiente de trabalho, a falta de clareza sobre as responsabilidades individuais pode levar a uma desintegração entre os esforços coletivos e os objetivos organizacionais.

Nesse entendimento, pode-se constatar que os participantes do estudo não conhecem ao certo como são estabelecidos os indicadores e quais os papéis recíprocos no seu alcance, assim como parecem não ter certeza de como seus pares percebem seu trabalho no conjunto de

ações para cumprimento das metas:

“Eu, como psicóloga, não possuo metas e nem indicadores, mas acredito que a equipe atinja os objetivos dela sim”. [Ao ser indagada sobre quais os papéis de cada integrante no alcance dos indicadores]

Sinceramente dizendo não sei” (Bianca, psicóloga, equipe B).

“Acho que mais ou menos, não sei ao certo assim o de cada um, mas eu tenho uma ideia pelos meus, sei que todo mundo trabalha muito” (Angélica, dentista, equipe A).

“Ah, eu sei que são muitas, vejo o pessoal falando no fim do mês, na época de fechamento, mas não sei quais são as deles, só aqui do dentista mesmo” (Bruna, auxiliar de saúde bucal, equipe B).

“[Quando indagada qual seu papel no cumprimento dos indicadores] Ah, de auxiliar o dentista a cumpriras dele, não é?” (Bruna, Auxiliar de saúde bucal, Equipe B).

Inclusive observa-se que os médicos entrevistados não sabem informar qual o papel de seus colegas no alcance dos indicadores, simultaneamente, assumem papel coadjuvante no trabalho multiprofissional:

“[Ao ser questionado se conhece o papel de seus colegas no alcance dos indicadores] “Ah sim, mais ou menos, eu faço o que me pedem, claro que discutimos casos e vemos as prioridades, mas te falar certinho o que é de cada um eu não sei não. Mas a enfermeira com certeza sabe” (Artur, médico, equipe A).

“De cada um com detalhes não, não sei falar não [Ao ser indagado se seus colegas conhecem seu papel no cumprimento dos indicadores] A não sei. (Risos). Aí, eu não sei como eles me veem não. Eu passaria essa pergunta para eles” (Bernardo, médico, equipe B).

Em outro aspecto, há também as menções dos profissionais que permitem o entendimento de que cada um exerce seu papel para o alcance dos indicadores de forma restrita ao seu escopo profissional:

“Ah, até então não tive nenhum problema, nenhuma reclamação até hoje, acho que está funcionando. Eu acho que eles acham que eu cumpro o meu papel dentro dos indicadores” (Alice, técnica de enfermagem, equipe A).

“Bom, eu acho que nunca tivemos nenhum tipo de briga, nenhum tipo de rancor contra mim, o que eles me pedem para fazer quando é para ajudar, eu ajudo, na medida do possível, e eu também nunca observei nenhuma má vontade, que eles não quisessem me ajudar quando eu preciso” (Bruno, acs, equipe B).

Cumpra ponderar que em algumas falas despontou a ideia de que é necessária uma liderança para orientar diretamente a relação de trabalho em direção ao alcance dos indicadores:

“Influencia, principalmente a supervisão [...] nós tínhamos reuniões, a enfermeira reforçava muito com a gente sobre crianças menores de cinco anos, gestante, tivemos até reunião fora daqui reforçando para que atingíssemos esses indicadores, então a gente procura fazer o máximo para nesse alcance” (Bonifácia, acs, equipe B).

Em determinados momentos, as enfermeiras aparentam ter a noção de que grande parte da responsabilidade pelo alcance dos indicadores recai sobre seu processo de trabalho:

“Liderança, porque se não tiver alguém que toma a frente, alguém que cobra, alguém que vai atrás, não funciona, precisa, não é que eu faço tudo sozinha o que é impossível, mas é aquela pessoa que tem que ficar atrás - olha fulano, vai atrás de uma agente de saúde - olha, a sua gestante fulana de tal faltou, descobre para mim o que aconteceu - a gente vai. Então tem que ter alguém que está ali e que corre atrás das coisas, que liga também que vai atrás também, mas que puxa a equipe, que lidera realmente, não é mandar, é liderar e colocar frente, organizar as coisas eu acho que o papel do enfermeiro nesse problema é mais a organização. Organizar, estar sempre por dentro do que está acontecendo, o que que está faltando, porque que não veio, correr atrás, não dá para eu ir em todos, mas eu tenho a quem eu posso pedir para ir, fulano liga, as técnicas também me ajudam bastante com isso, e é isso” (Aline, enfermeira, equipe A).

No entanto, ao mesmo tempo as enfermeiras alegam:

“[...] conhecer, mas assim o que vai fazer é outra história, não é? Muita coisa eu acho que acaba sobrando para gente enquanto líder, não é? Porque por mais que a gente repassa algumas coisas, mas a maioria acaba sobrando para gente, cada um tem o seu papel, cada um tem que fazer, mas a gente tem que estar sempre falando - fulano já fez? - Então tem que estar sempre na maioria das vezes é a gente mesmo” (Aline, enfermeira, equipe A).

“De liderança, a coordenação traz essa responsabilidade e acredito também que eles me veem como termômetro não é? Porque cabe a mim saber quais metas estão sendo cumpridas ou não, delegar funções, orienta-los no que precisa ser melhorado. Então essa confiança em relação ao meu trabalho existe e eles me respeitam muito também” (Beatriz, enfermeira, equipe B).

“Bom, cabe a nós a coordenação, acredito ser o papel mais difícil, até porque toda a responsabilidade administrativa é nossa, além de praticamente todos os indicadores do Previne estarem relacionados a enfermagem, é muito trabalho, é cansativo, mas é muito recompensador” (Beatriz, enfermeira, equipe B).

Todavia, não foi possível observar nos depoimentos menções de que a responsabilidade pelo cumprimento ou não de determinados indicadores é compartilhada pela equipe e que a liderança é exercida de forma a estabelecer objetivos e estratégias conjuntamente entre os membros.

## 5 DISCUSSÃO

Embora a maioria dos profissionais tenha o entendimento de que o trabalho multiprofissional é importante para a produção dos indicadores, percebe-se nas falas indícios de que o trabalho operado para seu alcance é preponderantemente fragmentado, remetendo a paradigmas um pouco dissociados do que se espera do processo de trabalho em saúde, concebido da ótica da integralidade, conceito estrutural da APS.

A lógica da fragmentação do trabalho, remete ao legado deixado pela Revolução Industrial com o estabelecimento do modelo Fordista, no início do século XX, modificando a produção manufatureira ao introduzir a linha de montagem. Esse sistema permitiu a fabricação em massa de produtos, aumentando significativamente a eficiência e a produtividade. Em contrapartida, o trabalho tornou-se altamente segmentado e especializado, com cada trabalhador assumindo a responsabilidade por uma tarefa específica e repetitiva. Tal divisão reduziu os custos de produção e os tempos de fabricação, resultando em produtos mais acessíveis para o consumidor final. A padronização dos processos e a mecanização foram elementos-chave para o sucesso desse modelo (Fontoura; Tenório; Allebrandt, 2023).

No entanto, o fordismo também trouxe desafios e despertou críticas. A intensa especialização e repetição das tarefas contribuíram para a alienação dos trabalhadores, que realizavam atividades monótonas e tinham pouca ou nenhuma visão do produto final. Além disso, a rigidez do sistema fordista dificultava a adaptação às mudanças do mercado e às demandas por produtos personalizados. Apesar dessas limitações, esse modelo foi fundamental para a consolidação da indústria moderna e influenciou significativamente práticas de produção em todo o mundo (Fontoura; Tenório; Allebrandt, 2023).

Embora tenha revolucionado a indústria fabril, sua aplicação no setor de saúde acarreta uma série de implicações significativas, frequentemente debatidas por estudiosos da área, haja vista que a lógica produtivista do Fordismo pode levar à fragmentação do cuidado em razão da excessiva padronização, visando o aumento da eficiência e redução de custos. Isso pode transformar o atendimento de saúde em uma série de procedimentos segmentados e repetitivos, o que contribui para desconsiderar a singularidade dos indivíduos, conformando, assim, pessoas objetos de uma linha de produção (Santos; Mishima; Merhy, 2018).

Adicionalmente, a fragmentação do trabalho em saúde e sua lógica produtivista do cuidado pode resultar na mecanização do atendimento, na qual os profissionais de saúde, pressionados por metas quantitativas e com tempo restrito, têm menor oportunidade de estabelecer relações interpessoais com os usuários, comprometendo, assim, a qualidade do

cuidado. Essa problemática precisa ser considerada na proposição de estratégias de trabalho, pois a saúde envolve aspectos subjetivos e emocionais que não podem ser simplesmente padronizados na lógica da linha de produção (Santos; Mishima; Merhy, 2018).

Sublinha-se que a subjetividade no trabalho em saúde está ligada à produção subjetiva do cuidado, o que, segundo Franco e Merhy (2013), envolve a valorização da integralidade do cuidado e a autonomia dos profissionais, norteadas tanto pelo conhecimento, quanto pela percepção sensível da vida. Dessa perspectiva, o modelo de produção em saúde pode ser renovado e reinventado, ao enfatizar a importância do trabalho vivo, valorizando as redes vivas de cuidado que se conformam por meio de tecnologias leves, tais como o acolhimento, a escuta e o diálogo, aspectos fundamentais para promoção do cuidado humanizado e eficaz (Franco; Merhy, 2013).

Nessa direção, Santos, Mishima e Merhy (2018) destacam a importância do trabalho subjetivo na saúde, que inclui a criação de vínculos de confiança entre profissionais e pacientes. Todavia, o paradigma fordista calcado na produtividade pode negligenciar essa interface fundamental da assistência à saúde.

Esse aspecto é relevante nos achados dessa investigação. Se por um lado se observa que as equipes conseguem alcançar as metas dos indicadores, por outro, nota-se que há pouca integração em termos de objetivos compartilhados entre os atores do processo de trabalho na ESF, a exemplo, nem todos os profissionais conseguem delimitar com clareza os objetivos de seu trabalho bem como o de seus colegas na trajetória de obtenção dos resultados.

Pode-se inferir que a maioria dos ACS entrevistados desenvolvem seu trabalho com vistas ao cumprimento de tarefas, sem articularem suas práticas aos resultados mais amplos obtidos pela equipe. Nesse aspecto, os gestores das unidades de saúde se deparam com o duplo desafio de cumprirem as metas pactuadas e mobilizarem a equipe para que encontrem sentido naquilo que executam.

Nesse arcabouço, cumpre ressaltar que as diferenças de *status*, remuneração e condições de trabalho entre os profissionais podem influenciar a dinâmica de suas relações e a qualidade dos serviços prestados. Naturalmente, a divisão social das profissões na APS não somente retrata, como também perpetua, as desigualdades sociais.

A divisão social do trabalho refere-se à especialização das tarefas e funções, em que diferentes grupos ou indivíduos assumem responsabilidades específicas para aumentar a eficiência e a produtividade coletiva. Se por um lado esse ideário proporciona o desenvolvimento econômico e social, ao favorecer com que os trabalhadores se tornem cada vez mais eficientes em suas áreas de atuação, por outro, origina desigualdades, já que nem todas

as funções são valorizadas ou remuneradas de maneira igualitária (Endlich, 1997).

No contexto da saúde, tal divisão pode levar à especialização excessiva, posto que os profissionais tornam-se altamente competentes em áreas específicas, mas podem perder a visão da integralidade da pessoa sob seus cuidados. Ainda, esse fenômeno tende potencializar a fragmentação dos cuidados, dificultando a interação entre a equipe de profissionais e prejudicando a continuidade da atenção (Ayala; Oliveira, 2007).

Além disso, a desvalorização de determinadas funções e a diferenciação salarial podem afetar negativamente a motivação e a satisfação dos trabalhadores, comprometendo a eficácia dos serviços de saúde prestados e a equidade no acesso aos cuidados (Ayala; Oliveira, 2007).

Torna-se fundamental a promoção de políticas que valorizem todos os profissionais de saúde de maneira mais equitativa, oferecendo melhores condições de trabalho e oportunidades de desenvolvimento profissional. Entende-se que este passo é necessário para avanços na interprofissionalidade, ao estabelecer uma cultura de respeito e colaboração entre as diversas categorias profissionais. Somente assim será possível construir um sistema de saúde mais justo e eficiente (Peduzzi; Agreli, 2018).

Reconhece-se que o entrosamento da equipe é necessário para alcançar metas na AP porque permite uma abordagem coordenada do cuidado. Os profissionais de saúde, trazem perspectivas e habilidades complementares que, quando bem integradas, podem melhorar significativamente a qualidade do atendimento e os resultados de saúde (Ribeiro *et al.*, 2022).

A percepção da necessidade de boas relações profissionais e bom relacionamento entre os membros da equipe de saúde é um fator frequentemente enfatizado pelos profissionais entrevistados. No entanto, os depoimentos permitem inferir que a comunicação, por vezes, restringe-se ao cumprimento de tarefas, sem proporcionar espaços para discussões que avancem para o compartilhamento de objetivos e tomada de decisão. Parece contribuir para isso a estrutura hierárquica da organização, típica dos serviços de saúde tradicionais, e a cultura organizacional que valoriza eficiência pessoal, expressa na política municipal de pagamento por desempenho, como mencionado acima.

Não obstante, o convívio positivo, que é um passo para abertura de canais de comunicação entre os pares pode, de fato, influenciar no alcance dos indicadores do PB. O bom relacionamento interpessoal dos membros da equipe pode criar um ambiente de trabalho mais solidário e colaborativo, em que os indivíduos podem sentirem-se mais apoiados e confiantes para desenvolver suas atividades. Com isso, a motivação e o comprometimento da equipe podem ser potencializados, e a busca pelos resultados esperados pelo PB se tornar mais proativa (Gonçalves; Alves; Campos, 2021).

Nessa ótica, quando os membros da equipe se sentem valorizados e apoiados, tornam-se mais inclinados à colaboração para o sucesso coletivo. Esse ambiente estimula a inovação e a busca constante por melhorias nos processos de trabalho. Ademais, os profissionais satisfeitos e motivados tendem a engajarem mais nos programas de saúde pública, que visam melhorar indicadores de saúde. Portanto, investir em um relacionamento interpessoal saudável e construtivo no contexto das unidades de saúde é um movimento indispensável para alcançar as metas de saúde preventiva e garantir o sucesso dos programas de saúde pública (Rodrigues; Reis Neto; Gonçalves Filho, 2014).

De fato, o trabalho em equipe integrado promove um ambiente de apoio e aprendizagem contínua. Equipes que se comunicam bem e valorizam a colaboração são mais propensas a identificar e resolver problemas rapidamente e a inovar nas práticas de cuidado. Isso é particularmente importante na APS, cenário em que os profissionais lidam frequentemente com desafios complexos e variados. A confiança mútua e a coesão da equipe não só melhoram a satisfação dos trabalhadores, mas também aumentam a satisfação dos pacientes, que percebem um cuidado mais coordenado e personalizado (Ribeiro *et al.*, 2022).

Nessa investigação chama a atenção a constatação de que os profissionais reportam que existe boa interação entre a equipe e, quando se analisa o desempenho mensurado pelo SISAB, os indicadores são alcançados. No entanto, há o contraditório de que na descrição dos processos de trabalho observa-se pouca integração em termos de objetivos formalmente compartilhados. Esse resultado desperta reflexões acerca das metas da APS.

Mesmo quando os objetivos individuais de trabalho não são adequadamente compartilhados, as metas do programa podem ser alcançadas devido a uma série de fatores que promovem a eficácia coletiva. Um dos principais fatores é a estrutura e organização, aliados as metas bem específicas. Isso cria um quadro de referência comum que orienta as ações dos profissionais de saúde, independentemente de suas motivações pessoais. A padronização de procedimentos e a utilização de protocolos bem definidos garantem que as ações necessárias para atingir as metas sejam executadas de forma consistente (Costa; Silva; Jatobá, 2022).

Daí que se considera a necessidade de que as políticas que pactuam as metas e os indicadores sejam claramente definidos e acessíveis a todos os profissionais envolvidos na obtenção dos resultados.

As metas são fundamentais para monitorar e mensurar indicadores da saúde pública em números, oferecendo uma visão clara sobre a cobertura e a efetividade das ações preventivas realizadas nas unidades de saúde. No entanto, esses indicadores quantitativos não necessariamente garantem a qualidade do serviço prestado. Embora os números possam mostrar

que determinadas metas foram atingidas, não capturam nuances importantes como a experiência do paciente, a adequação do atendimento e a satisfação geral dos usuários com os serviços de saúde (Rosa *et al.*, 2023).

Além do mais, os indicadores numéricos podem mascarar problemas estruturais e operacionais nas unidades de saúde, ocasionando uma atenção superficial, na qual a quantidade é priorizada em detrimento da qualidade, comprometendo a eficácia do cuidado preventivo (Costa; Silva; Jatobá, 2022).

A ênfase em números pode ignorar fatores contextuais importantes, como as condições de trabalho dos profissionais de saúde e a disponibilidade de recursos. Um atendimento de qualidade requer condições adequadas para o trabalho, acesso a materiais e medicamentos necessários, e suporte para lidar com situações complexas. Sem esses elementos, a qualidade do atendimento pode ser comprometida, mesmo que as metas numéricas sejam alcançadas (Rosa *et al.*, 2023).

Em síntese, os indicadores de saúde na AP desempenham um papel relevante na avaliação e aprimoramento da qualidade do trabalho efetuado pelos profissionais de saúde. Não obstante os indicadores forneçam uma base quantitativa para mensurar o desempenho dos serviços de saúde e identificar as áreas com maior necessidade, o alcance das metas é uma tarefa complexa que exige integração da equipe, posto que o sucesso neste empreendimento não depende unicamente da competência individual dos profissionais, mas também da capacidade de trabalharem de forma colaborativa (Mendes; Melo; Carnut, 2022; Ribeiro *et al.*, 2022).

A influência dos indicadores de saúde na qualidade do trabalho na APS é multifacetada. Primeiramente, tais métricas oferecem um panorama objetivo e mensurável do estado de saúde da população e do desempenho das equipes de saúde. Esses dados permitem aos gestores identificar rapidamente áreas críticas, monitorar tendências ao longo do tempo e avaliar o impacto das intervenções implementadas (Carvalho; Andrade, 2021a).

No entanto, a ênfase excessiva nos indicadores quantitativos pode apresentar vieses. Embora sejam necessários para monitoramento e planejamento, o foco estreitado sob estes aspectos podem levar à negligência dos elementos qualitativos do cuidado. A qualidade do trabalho efetuado na AP não pode se restringir aos números, mas deve envolver a satisfação dos pacientes, a continuidade do cuidado e a acessibilidade dos serviços. Dessa forma, métodos complementares de análise podem ajudar a construir um panorama mais amplo da qualidade do atendimento, garantindo que as metas quantitativas não sejam atingidas à custa da qualidade do serviço (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

Sublinha-se que a distinção entre o mero alcance de metas quantitativas de indicadores

em saúde e a garantia da qualidade do serviço é um tema central nas discussões sobre a eficácia dos sistemas de saúde. Indicadores quantitativos, como o número de consultas realizadas, taxas de vacinação ou redução de mortalidade, são frequentemente utilizados pelos gestores de saúde para avaliar o desempenho e a eficiência dos serviços. Esses indicadores são valiosos porque fornecem dados concretos que podem ser facilmente medidos e comparados ao longo do tempo, ajudando a identificar áreas que necessitam de melhorias e a alocar recursos de maneira mais eficaz (Mendes; Carnut; Guerra, 2018).

Nessa direção, a adoção de indicadores de saúde na AP exige uma cultura organizacional que valorize a melhoria contínua e a participação ativa de todos os membros da equipe. Treinamentos regulares, *feedback* construtivo e a inclusão dos profissionais de saúde no processo de planejamento e avaliação são estratégias que podem fortalecer o compromisso com a qualidade. A transparência na divulgação dos resultados e a utilização desses dados para informar políticas e práticas também são fundamentais para promover a responsabilidade e o aprimoramento contínuo (Carvalho; Andrade, 2021a).

A falta de retorno acerca das atividades realizadas pode desmotivar a equipe e não retroalimentar o processo de trabalho à guisa de um objetivo comum. Sem saber se estão cumprindo suas tarefas de maneira satisfatória, os profissionais podem se sentir desvalorizados e incertos sobre suas contribuições, o que pode diminuir a produtividade e, conseqüentemente, no alcance dos indicadores de desempenho, os profissionais podem estagnar em suas funções, não desenvolvendo novas competências nem aprimorando suas práticas (Michael; Oderich, 2019; Stone; Heen, 2016).

Portanto, a falta de *feedback* pode gerar um ambiente de trabalho menos colaborativo e mais fragmentado, por não se caracterizar apenas como uma via de correção, mas também de reconhecimento e incentivo. Sem essa dinâmica, a colaboração entre diferentes setores e profissionais pode ser prejudicada, comprometendo a integridade dos processos e, conseqüentemente, o alcance dos indicadores do programa (Pita, 2014).

Reitera-se, portanto, que a estratégia de mensuração e financiamento por meio de indicadores na AP, deve ser utilizada de maneira equilibrada e integrada, considerando tanto os aspectos quantitativos quanto qualitativos do cuidado, aliado ao compartilhamento de objetivos e resultados entre a equipe. Dessa forma, será possível garantir que a AP não apenas alcance suas metas numéricas, mas também forneça cuidados de qualidade que atendam às necessidades e expectativas da população (Mendes; Melo; Carnut, 2022).

Além das dificuldades mencionadas acerca da adoção de indicadores para financiamento da AP, sinaliza-se pelas entrevistas que a mudança constante das políticas

dificulta o estabelecimento de sinergismo entre a equipe estabelecendo barreiras para o alcance das metas.

No transcorrer da coleta dos dados dessa investigação houve uma alteração na política do Governo Federal, modificando os critérios de pagamentos dos indicadores do PB. Embora tal acontecimento não tenha influenciado os dados numéricos das equipes selecionadas para o estudo, haja vista que pautou-se nos dados referentes aos indicadores do terceiro quadrimestre do ano de 2023, é possível observar que essa inconstância nas pactuações é um fator que influencia a percepção dos profissionais.

A introdução frequente de novos indicadores exige que as unidades de saúde se adaptem rapidamente aos novos critérios e metodologias e esse processo de adaptação envolve a reconfiguração de sistemas de informação, a revisão de processos internos e a capacitação contínua dos profissionais de saúde (Massuda, 2020).

Em outro aspecto, a inconsistência no monitoramento dos indicadores dificulta a manutenção de um sistema contínuo e confiável de mensuração, assim, comparar o desempenho ao longo do tempo se torna problemático, pois os critérios de avaliação estão em constante evolução. Isso impede uma análise longitudinal e pode mascarar tendências importantes, dificultando a identificação de áreas que necessitam de intervenção e comprometendo a capacidade de avaliar o impacto das políticas e práticas implementadas (Melo *et al.*, 2019).

Ademais, as mudanças frequentes nos indicadores podem causar incertezas na alocação de recursos, pois as unidades de saúde podem ser penalizadas ou recompensadas de maneira inconsistente. Em consequência, afeta-se a previsibilidade financeira, dificultando o planejamento a longo prazo e a execução eficaz de programas de saúde. As unidades que estavam adaptadas aos indicadores antigos podem sofrer cortes de financiamento, mesmo que estejam realizando um bom trabalho conforme os critérios anteriores (Melo *et al.*, 2019).

Nesse sentido, é razoável afirmar que as metas do PB são cumpridas no cenário do estudo, mas não se pode dizer com precisão que o trabalho realizado é integrado de tal forma a se caracterizar como interprofissional, posto que é fragmentado, na contramão do que se espera no contexto do SUS.

Pondera-se que os profissionais que atuam diretamente na linha de frente do cuidado, incluem médicos de família, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, dentistas, auxiliares de saúde bucal, dentre outros. São esses trabalhadores que realizam os atendimentos direto ao paciente, realizam as ações com as comunidades, registram tais atividades e abastecem o sistema que é a base de dados que sustenta a avaliação dos serviços de saúde, por meio dos indicadores, consolidando o modelo baseado em desempenho e resultados proposto pela

política do Estado.

Contudo, há bastante diferença entre a natureza do trabalho operacional na APS e o gerencial que envolve o cumprimento das metas do PB. O primeiro processo atem-se à execução direta de cuidados de saúde, enquanto o segundo se concentra no planejamento, monitoramento e avaliação para garantir a eficácia e a eficiência dos serviços prestados. Segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018), essa distinção, no entanto, não deveria implicar em isolamento, mas sim em uma colaboração contínua para aprimorar o sistema de saúde como um todo, ao contrário do observado nessa pesquisa.

Os profissionais responsáveis por definir e monitorar as metas desse programa geralmente não estão envolvidos diretamente na prestação de cuidados clínicos, mas desempenham um papel de destaque na gestão e avaliação do sistema. E embora os papéis dos trabalhadores operacionais e dos gestores sejam distintos, são complementares e interdependentes (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Desperta a atenção o fato de que a equipe verbaliza, em diversos momentos, sobre o bom relacionamento como aspecto central de seu processo de trabalho, contudo, é contraditório o fato de que, apesar de interagirem adequadamente, há desconhecimento dos papéis recíprocos na obtenção dos resultados em termos de indicadores.

Manser (2017) destaca que a clareza nos papéis e responsabilidades dentro das equipes de saúde é fundamental para a eficácia do atendimento. Argumenta, ainda, que a falta de entendimento sobre os papéis individuais pode resultar em duplicação de esforços, lacunas nas tarefas e erros, mesmo quando a comunicação é boa.

Esse paradoxo merece uma análise aprofundada. Na prática da APS, a coesão e a harmonia entre os membros da equipe são consideradas os pilares fundamentais de um atendimento eficaz e humanizado. No entanto, tal característica pode nem sempre traduzir o entendimento claro e funcional dos papéis e responsabilidades individuais de cada membro da equipe, o que pode afetar negativamente no alcance dos indicadores de desempenho (Manser, 2017).

Uma equipe articulada geralmente apresenta comunicação aberta, suporte mútuo e promove um ambiente de trabalho positivo. Esses fatores são indiscutivelmente importantes para a satisfação no trabalho e para a criação de um clima organizacional saudável. No entanto, infere-se que quando a boa convivência não se traduz a compreensão dos papéis de cada membro, pode-se incorrer em problemas significativos, tais como a falta de clareza sobre a responsabilidade pelas tarefas, que pode levar à duplicidade de esforços, lacunas no atendimento e, eventualmente, à diminuição da eficiência do serviço prestado (Manser, 2017).

Estudos como o de Kondo *et al.* (2016) enfatizam a necessidade de clareza nos papéis e responsabilidades como um componente indispensável para a eficácia das equipes, propondo o uso de ferramentas de gestão de equipe, como matrizes de responsabilidades e planos de ação colaborativa, para assegurar que todos os membros compreendam suas atribuições, melhorando assim a eficiência das equipes de saúde.

Neste estudo o desconhecimento mútuo dos papéis dos membros acerca das responsabilidades no alcance dos indicadores desponta-se frequentemente nas falas. A exemplo, os ACS parecem desconhecer os papéis de outros profissionais da equipe, realizando somente aquilo que acreditam ser de sua incumbência. Entende-se que se o profissional não consegue compreender os objetivos da equipe, de forma ampliada, pode ser que não consiga compreender também sua responsabilidade e seu papel no alcance dos mesmos. Essa tipologia de trabalho pode não contribuir para a oferta de atendimento integral aos usuários, mesmo que objetivamente os indicadores sejam alcançados.

Entende-se que a falta de definição clara de papéis pode dificultar o monitoramento e a avaliação do desempenho individual e coletivo, comprometendo a capacidade da equipe de atingir metas e indicadores estabelecidos (Kondo *et al.*, 2016).

Cumprir ponderar que o alcance dos indicadores de desempenho na APS, embora tenha relação com o adequado relacionamento da equipe, como se nota nas entrevistas, é também influenciado por processos que precisam ser bem definidos e geridos eficazmente. Indicadores como a cobertura vacinal, a redução de internações por condições sensíveis à APS e a satisfação dos pacientes são métricas que exigem uma atuação coordenada e bem organizada. Ao contrário, sem integração e gestão eficientes, pode-se enfrentar dificuldades na identificação de áreas de melhoria e implementação de estratégias para avanço nas métricas (Ribeiro *et al.*, 2022).

Em outro aspecto, a falta de clareza de papéis pode impactar a formação continuada e o desenvolvimento profissional dos membros da equipe. Profissionais que não têm uma visão clara de suas responsabilidades podem ter dificuldades em identificar suas necessidades de treinamento e desenvolvimento, o que pode levar a estagnação profissional e a menor capacidade de adaptação às mudanças e inovações no campo da saúde (Kondo *et al.*, 2016).

Portanto, pode-se inferir que a solução para esse paradoxo pode passar por medidas que articulem o bom relacionamento interpessoal a uma gestão eficaz, pautada na comunicação clara sobre os papéis e responsabilidades. A implementação de reuniões regulares de equipe, a definição clara de tarefas e a promoção de ambiente de aprendizado contínuo são estratégias que não podem ser dispensadas para que se avance na compreensão de papéis na mesma medida

que se progrida no alcance de indicadores (Ribeiro *et al.*, 2022).

Desse ponto de vista, pode-se considerar que, talvez, os critérios de bonificação no município, cenário do estudo, pode desfavorecer a integração da equipe acerca dos objetivos e sedimentar a divisão do trabalho, haja vista que remunera adicionalmente, com base no desempenho, apenas os médicos, dentistas e enfermeiros. Paradoxalmente, outros membros da equipe, tais como ACS e técnicos de enfermagem, que tem participação direta no cumprimento das metas de indicadores do PB, não denotam, em suas falas, qualquer insatisfação em relação a esse modelo de pagamento.

Nessa direção, chama-se a atenção para o fato de que, embora se tenha como ideal a interprofissionalidade e a horizontalidade das relações entre a equipe, a remuneração adicionalde alguns profissionais em detrimento de outros, com base em produtividade, pode ir na contramão desse ideário. Isso pode gerar desconfortos e constrangimento entre os profissionais, sobretudo porque os indicadores do PB contabilizam apenas dados quantitativos (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

A implementação de bonificações para o alcance das metas do programa PB suscita questões importantes quando não envolve todos os membros que, em maior ou menor grau, participam dos resultados finais. Este modelo de bonificação seletiva, embora ofereça certos benefícios, também impõe desafios significativos que devem ser analisados com cuidado (Carvalho; Andrade, 2021b).

Um dos principais argumentos a favor da bonificação seletiva é a potencial capacidade de incentivar um desempenho superior entre os profissionais diretamente responsáveis pelo alcance das metas. Quando apenas aqueles que atingem ou superam determinados indicadores recebem recompensas financeiras, cria-se um ambiente que motiva os indivíduos a dedicarem-se mais às suas funções. Esta abordagem pode levar a um aumento da eficiência e da qualidade dos serviços prestados, haja vista que os profissionais buscam não apenas cumprir, mas exceder as expectativas (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

Ademais, a bonificação seletiva pode ajudar a identificar e valorizar os profissionais que demonstram excelência em suas práticas. Ao reconhecer financeiramente aqueles que se destacam, é possível promover um ambiente de trabalho onde o desempenho elevado é a norma e os melhores talentos são retidos e valorizados. Este reconhecimento pode ser particularmente eficaz em contextos onde há escassez de profissionais de saúde qualificados, pois pode contribuir para a permanência na APS (Melo *et al.*, 2019).

Porém, ter um sistema de bonificação que exclui determinados profissionais pode ser um pouco injusto. Em primeiro lugar, esta abordagem pode fazer com que os membros da

equipe que não estão incluídos se sintam sem apoio ou desmotivados, mesmo que sejam fundamentais no trabalho da equipe, o que pode desencadear divisões e enfraquecer a colaboração dentro da equipe (Melo *et al.*, 2019).

Outra desvantagem da bonificação seletiva é a deflagração de competição negativa entre os profissionais, que ao invés de promover a colaboração, estimula apenas o alcance de interesses individuais. Esta dinâmica pode minar o espírito de equipe e comprometer a qualidade do atendimento, pois os profissionais podem priorizar atividades que garantam suas próprias recompensas em detrimento das necessidades gerais dos pacientes (Silva *et al.*, 2023).

Ao beneficiar principalmente os profissionais de níveis hierárquicos mais altos, pode-se intensificar a divisão social e econômica do trabalho dentro das equipes de saúde. Enfermeiros, que frequentemente possuem maior qualificação e responsabilidade, tendem a receber maiores bonificações, enquanto os ACS, que desempenham um papel importante na comunidade podem ser excluídos (Mendelson *et al.*, 2017).

Essa dinâmica não apenas perpetua desigualdades econômicas, mas também pode impactar negativamente a motivação e a coesão da equipe. ACS desmotivados devido à falta de reconhecimento adequado podem ter seu desempenho prejudicado, afetando diretamente a qualidade do serviço prestado à comunidade (Scott *et al.*, 2011).

Adicionalmente, a abordagem de bonificação seletiva pode não considerar adequadamente o impacto dos determinantes sociais da saúde e as variáveis contextuais que afetam o desempenho das equipes. Por exemplo, profissionais que trabalham em áreas com maior vulnerabilidade social podem enfrentar desafios adicionais que dificultam o alcance das metas, independentemente de seus esforços ou competências. A falta de bonificação nesses contextos pode desestimular os profissionais ao trabalho nas áreas carentes, exacerbando as desigualdades em saúde (Silva *et al.*, 2023).

Portanto, a implementação de bonificações seletivas no âmbito do PB, deve ser acompanhada de critérios transparentes e justos, que considerem tanto o desempenho individual quanto o contexto em que os profissionais operam, garantindo que todos tenham oportunidades equitativas de serem recompensados por suas contribuições. Além disso, deve-se promover um sistema que reconheça e valorize a colaboração e o esforço coletivo, ao invés de incentivar apenas a competição individual (Mendelson *et al.*, 2017).

Reconhece-se como limitação do estudo o fato do desenho metodológico não possibilitar a avaliação do serviço, na ótica dos usuários, considerando-o não apenas como receptor de serviços, mas como participante ativo na co-produção do cuidado. Talvez, entrevistas com usuários do serviço, associadas à observação não participante poderiam

acrescentar informações importantes acerca da realidade dos indicadores e metas de financiamento em sua relação com o processo de trabalho dos membros da equipe.

Não obstante, esta pesquisa contribui para a área de conhecimento ao buscar visualizar o fenômeno do alcance das metas de indicadores de financiamento na APS na sua relação com os conceitos relativos ao trabalho interprofissional. Neste campo de pesquisa, observa-se poucas produções e esta investigação é útil para mapear a necessidade de novos estudos, sobretudo porque a interprofissionalidade desponta-se como um horizonte necessário para melhorias na estruturação dos serviços de saúde no contexto do SUS.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta pesquisa, pode-se observar que os profissionais entenderam que a adequada integração da equipe influencia o trabalho e, conseqüentemente, o alcance dos indicadores. No entanto, não se notou um alto nível de integração, esperado em um trabalho de cunho interprofissional. Da mesma forma, não foi possível assegurar que exista o reconhecimento mútuo de papéis entre os membros, e objetivos claros e compartilhados entre a equipe no processo de obtenção dos resultados observados no SISAB.

Contudo, embora os profissionais não pareçam compreender o trabalho à luz da interprofissionalidade, denota-se nas entrevistas percepções de que a equipe desempenha um trabalho multiprofissional, que possui o bom relacionamento e a comunicação como aspectos positivos, não obstante, caracterize-se predominantemente como fragmentado, na lógica do produtivismo Fordista.

Portanto, considera-se importante mais estudos para explorar como a formação básica e continuada dos profissionais de saúde podem ser direcionadas com vistas à melhoria da integração da equipe para maior colaboração interprofissional, avançando para um modelo de trabalho em que os papéis e responsabilidades são claramente definidos e os objetivos compartilhados.

Em outro aspecto, reitera-se a necessidade de que as políticas que fomentam o financiamento da APS e a bonificação dos profissionais de saúde sejam repensadas à luz do trabalho interprofissional. Entende-se que isto é um passo necessário para progressos nos resultados assistenciais de forma longitudinal e sustentável, para além das medidas quantitativas de desempenho.

Sugere-se a realização de outros estudos com delineamento que possibilite a triangulação dos dados e relacionem outros indicadores, como as causas evitáveis de internação, a satisfação no trabalho e o relacionamento com o usuário. Esses estudos poderão fornecer uma visão mais ampla sobre a influência do trabalho interprofissional nos indicadores de desempenho e no financiamento da ESF.

## REFERÊNCIAS

- AGRELI, H. F. *et al.* Effect of interprofessional education on teamwork and on knowledge of chronic conditions management. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3095.3203>. Acesso em: 22 maio 2024.
- AGUIAR, V. R. *et al.* Quais aspectos influenciam a priorização da Atenção Primária à Saúde pelos gestores municipais do Rio Grande do Sul - Brasil?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 197-208, 2023 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.00182022>. Acesso em: 10 fev. 2024.
- ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Governança regional e redes de atenção à saúde: avanços e desafios no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4721-4730, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13032018>. Acesso em: 27 ago. 2024.
- AYALA, A. L. M.; OLIVEIRA, W. F. de. A divisão do trabalho no setor de saúde e a relação social de tensão entre trabalhadores e gestores. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 1-25, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462007000200003>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- BARBOSA, M. L. C. da S. *et al.* Os desafios na aplicabilidade da educação interprofissional no âmbito da atenção primária à saúde. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 15, p. 1-11, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22942>. Acesso em: 5 fev. 2023.
- BATISTA, N. A.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. da R. (org.). **Educação interprofissional no Brasil: formação e pesquisa**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2022.
- BATISTA, R. E. A.; PEDUZZI, M. Collaborative interprofessional practice in emergency services: specific and shared functions of physiotherapists. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, n. 2, p.1685-1695, 2018. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0755>. Acesso em: 22 mar. 2023.
- BERTUSSI, D. C. *et al.* Dimensões do apoio matricial: dispositivo na organização do cuidado e na formação em saúde. **Práticas e Cuidado: revista de saúde coletiva**, Salvador, v. 3, p. 1-16, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/12854/9618>. Acesso em: 26 mar. 2023.
- BOGOSSIAN, F. *et al.* The implementation of interprofessional education: a scoping review. **Advances in Health Sciences Education: theory and practice**, Netherlands, v. 8, n. 1, p. 243-277, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10459-022-10128-4>. Acesso em: 15 maio 2024.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011. Disponível em: [https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_3.pdf](https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf). Acesso em: 22 ago, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//resolucao-cns-466-12.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 220, p. 97-99, 13 nov. 2019. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/legislacao/legislacao-especifica/programa-previne-brasil/2019/prt\\_2979\\_12\\_11\\_2019.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/legislacao/legislacao-especifica/programa-previne-brasil/2019/prt_2979_12_11_2019.pdf/view). Acesso em: 16 jun.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool pcatool-Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf). Acesso em: 26 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 15, p. 197, 21 jan. 2022a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-102-de-20-de-janeiro-de-2022-375495336>. Acesso em: 19 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 610, de 17 de maio de 2023. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, para dispor sobre os indicadores do pagamento por desempenho no primeiro e segundo quadrimestres do ano de 2023a. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 91, p 96, 18 maio 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-610-de-17-de-maio-de-2023-483958877>. Acesso em: 18 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Análise dos indicadores da política nacional de atenção básica no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise\\_indicadores\\_politica\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_indicadores_politica_atencao_basica.pdf). Acesso em: 25 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **PNASS**: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass\\_programa\\_nacional\\_avaliacao\\_servicos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf). Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo PMAQ**: para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf). Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf). Acesso em: 25 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_unidade\\_saude\\_familia\\_cab1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf). Acesso em: 22 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_gestao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf). Acesso em: 28 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. **Nota técnica explicativa do relatório de indicadores de desempenho da APS (previne Brasil-2022)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: [https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota\\_tecnica\\_indicadores\\_de\\_desempenho\\_20220603.pdf](https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_indicadores_de_desempenho_20220603.pdf). Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil - 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 1, 5 out. 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 7 fev. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 20 fev. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em: 18 fev. 2023.

BRASIL. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. **Indicadores de desempenho: 2023 Q3: relatório quadrimestral de indicadores**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2023b. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRAUN, V.; CLARK, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, London, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. **Counselling and Psychotherapy Research**, England, v. 21, n. 1, p. 37-47, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/capr.12360>. Acesso em: 22 ago. 2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Conceptual and design thinking for thematic analysis. **Qualitative Psychology**, Washington, v. 9, n. 1, p. 3-26, 2022. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/>

pluginfile.php/7429720/mod\_resource/content/2/Braun%20Clark\_Conceptual%20and%20design%20thinking%20for%20thematic%20analysis\_2022.pdf.

Acesso em: 22 maio 2023.

BRITO, J. D. Q. *et al.* Percepção de enfermeiros sobre as práticas colaborativas interprofissionais na atenção básica em Palmas (TO). **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 1-16, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2022v15n4.e10737>.

Acesso em: 28 maio 2023.

CARVALHO, M. F. de; ANDRADE, C. S. Pagamentos por desempenho na atenção primária à saúde: uma revisão sistemática. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 24, n. 2, p. 296-310, 2021.

Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.25789>. Acesso em: 22 jun. 2024.

CARVALHO, M. F.; ANDRADE, C. S. The Brazilian National Program for Improving Access and Quality of Primary Care: a disciplinary apparatus in the management. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, p. 1-14, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/interface.200825>. Acesso em: 22 ago. 2023.

CAVALCANTI, P. C. da S.; Oliveira Neto, A. V. de; Sousa, M. F. de. Uma narrativa sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. *In*: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (org.). **Atenção básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 17-47.

COSTA, N. do R.; SILVA, P. R. F. da; JATOBÁ, A. Performance assessment of Primary Health Care: balance and perspective for the ‘Previne Brasil’ Program. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 8, p. 8-20, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E801>. Acesso em: 16 ago, 2023.

CUNHA FILHO, M. C. Os desafios do pesquisador nativo: reflexividade, triangulação e questões éticas em pesquisas qualitativas que envolvem o local de trabalho do pesquisador. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 97-118, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.19092/reed.v6i2.361>. Acesso em: 30 mar. 2024.

CUNHA, F. M. da; MENDES, A. Revisão narrativa sobre a questão da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. **Journal of Management & Primary Health Care**, Uberlândia, v. 13, p. 1-23, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1164>. Acesso em: 01 fev. 2023.

EGRY, E. Y. The place of qualitative in nursing research. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020EDT0002>. Acesso em: 20 maio 2024.

ENDLICH, A. M. Divisão social do trabalho: breve paralelo de clássicos - Comte, Durkheim, Weber e Marx. **Boletim de Geografia**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 46-56, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/bolgeogr.v15i1.12879>. Acesso em: 10 ago. 2023.

FARIA, M. G. A. de *et al.* Worker’s health in the context of family health strategy: integrative literature review. **Escola Ana Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1-10, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0027>. Acesso em: 01 fev. 2023.

FERREIRA, D. S. *et al.* Obstacles to the educational praxis of nurses in the Family Health Strategy. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190521>. Acesso em: 22 fev. 2023

FINKLER, M. *et al.* Formação ética de profissionais de saúde: contribuições de uma vivência interprofissional. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 25, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210096>. Acesso em: 11 jun. 2023.

FONTOURA, F. B. B. da; TENÓRIO, F. G.; ALLEBRANDT, S. L. Historical context of production organizational forms: organizational and social repercussions. **Redes**, Santa Cruz do Sul, v. 28, p. 1-18, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/redes.v28i1.17928>. Acesso em: 15 fev. 2024.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. *In*: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 151-171.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Educação interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 86-96, 2019. Edição especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S107>. Acesso em: 22 set. 2023.

GIOVANELLA, L. *et al.* Participação social na gestão da atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 120-137, 2019.

GONÇALVES, L. C. F.; ALVES, R. A.; CAMPOS, G. A importância do relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho em uma instituição pública. **Revista Científica da AJES**, Juína, v. 10, n. 20, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.revista.ajes.edu.br/index.php/rca/article/view/414/359>. Acesso em: 18 out. 2023.

HARZHEIM, E. Previsão Brasil: bases of the Primary Health Care Reform. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 1189-1196, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>. Acesso em: 15 maio 2024.

HARZHEIM, E. *et al.* Primary health care for 21st century: first results of the new financing model. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 609-617, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.20172021>. Acesso em: 12 maio 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**: Três Corações. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/tres-coracoes.html>. Acesso em: 10 fev. 2023.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KHALILI, H. *et al.* **Orientação para a educação interprofissional global e pesquisa sobre a prática colaborativa**: documento de trabalho. [S. l.]: IPR.Global: Interprofessional.Global, 2019. Disponível em: <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2019/10/Orienta%C3%A7%C3%A3o-sobre-pesquisa-global-em->

educa%C3%A7%C3%A3o-interprofissional-e-pr%C3%A1tica-colaborativa-Documento-de-trabalho\_FINAL-WEB.pdf. Acesso em: 22 jun. 2023.

KONDO, K. K. *et al.* Implementation processes and pay for performance in healthcare: a systematic review. **Journal of General Internal Medicine**, [s. l.], v. 31, n. 1, p. 61-69, 2016. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3567-0>. Acesso em: 25 jun. 2024.

LAGO, L. P. M. *et al.* Resistance to interprofessional collaboration in in-service training in primary health care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0473en>. Acesso em: 15 set. 2023.

LANCMAN, S. *et al.* Workers' health intersectoriality: old questions, new perspectives?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 4033-4044, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.27572018>. Acesso em: 2 fev. 2023.

LIMA, A. F. S. de; LEMOS, E. C. de; ANTUNES, M. B. de C. Educação interprofissional em saúde e a promoção da integralidade do cuidado: uma revisão de literatura. **Caminhos do Cuidado**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/cc.v3n2.144>. Acesso em: 5 fev. 2023.

LIMA, V. V. *et al.* Challenges in the education of health professionals: an interdisciplinary and interprofessional approach. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 1549-1562, 2018. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0722>. Acesso em: 25 fev. 2023.

MANSER, T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, England, v. 53, n. 2, p. 143-151, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>. Acesso em: 10 maio 2024.

MASSUDA, A. Primary health care financing changes in the Brazilian Health System: advance ou setback?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em: 22 jun. 2024.

MATTOS, C. B. M. de; SCHLINDWEIN, V. de L. D. C. Excelência e produtividade: novos imperativos de gestão no serviço público. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 322-331, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p322>. Acesso em: 26 jun. 2023.

MELO, E. A. *et al.* Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 137-144, 2019. Edição especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S512>. Acesso em: 29 ago. 2023.

MELUCCI, A. **Por uma sociologia reflexiva**: pesquisa qualitativa e cultura. Petrópolis: Vozes, 2005.

MENDELSON, A. *et al.* The effects of pay-for-performance programs on health, health care

use, and processes of care: a systematic review. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 166, n. 5, p. 341-353, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/m16-1881>. Acesso em: 17 jun. 2024.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. da S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 224-243, 2018. Edição especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>. Acesso em: 22 set. 2023.

MENDES, A.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>. Acesso em: 10 mar. 2024.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>. Acesso em: 19 set. 2023.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2024.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF. CONASS, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>. Acesso em: 22 out. 2023.

MICHUEL, L. de A. B.; ODERICH, C. O uso do feedback e do feedforward como ferramentas complementares para a gestão de conflitos intergeracionais using feedback and feedforward as complementary tools for intergenerational conflict management. **Pleiade**, [s. l.], v. 13, n. 28, p. 36-48, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.32915/pleiade.v13i28.544>. Acesso em: 15 jun. 2024.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2019.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. **Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação**. Portugal: Ludomedia, 2019.

MINAYO, M. C. de S.; GUALHANO, L. Sistemas de saúde no Brasil e políticas de regionalização. **SciELO em Perspectiva**, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2017/05/08/sistemas-de-saude-no-brasil-e-politicas-de-regionalizacao/>. Acesso em: 28 ago. 2024.

MIORIN, J. D. *et al.* Colaboração interprofissional entre equipes de saúde de serviços de emergência: revisão integrativa. **Research Society and Development**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 1-27, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i2.2074>. Acesso em: 2 fev. 2023.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. de F. Previne Brasil, the Agency for the Development of Primary Healthcare, and the Services Portfolio: radicalization of privatization policy in basic healthcare?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-19, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>. Acesso

em: 9 fev. 2023.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 23 set. 2023.

NUNES, E. D. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1087-1088, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400030>. Acesso em: 20 mar. 2023.

OGATA, M. N. *et al.* Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>. Acesso em: 30 mar. 2023.

OLIVEIRA, L. G. F. *et al.* **Acesso à saúde**: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na Atenção Primária à Saúde. São Carlos: Pedro & João Editores, 2023.

OLSSON, T. O. *et al.* Educação interprofissional em cenários de prática do sistema único de saúde: contribuições e desafios na formação em odontologia. **ABENO Revista**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 24, 2021. Suplemento. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003055795>. Acesso em: 18 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/publicacoes/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2023.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. *In*: MARTINA, M. A. *et al.* (ed.). **Clínica médica**. 2. ed. Barueri: Manole, 2016. v. 1, p. 171-179.

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, n. 1, p. 1-20, 2020. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Acesso em: 10 abr. 2024.

PEDUZZI, M. The SUS is interprofessional. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>. Acesso em: 18 jan. 2023.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 1525-1534, 2018. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em: 22 mar. 2024.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. The National Program for Improving the Access and Quality of Primary Care: Reflections on the program design and deployment process. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 1-18, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.3395/reciis.v6i2.492>.

Acesso em: 15 abr. 2024.

PITA, E. **Como dizer?:** a arte de dar e receber feedback. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 2014.

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**, England, v. 2, n. 1, p. 1-3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>. Acesso em: 26 set. 2023.

REIS, J. G. dos *et al.* Creation of the Primary Health Care Secretariat and its implications for SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.18612019>. Acesso em: 22 mar. 2024.

REIS, A. A. C. dos *et al.* Thoughts on the development of active regional public health systems. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26552016>. Acesso em: 27 ago. 2024.

RIBEIRO, A. A. *et al.* Interprofessional collaboration in primary health care: the team's intentions versus the reality of work processes. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0141>. Acesso em: 12 abr. 2024.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. de L. T. Primary Health Care and Coordination of Care: device to increase access and improve quality. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1799-1808, maio 2020. Disponível : <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>. Acesso em: 28 ago. 2024.

RODRIGUES, W. A.; REIS NETO, M. T.; GONÇALVES FILHO, C. As influências na motivação para o trabalho em ambientes com metas e recompensas: um estudo no setor público. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 253-273, 2014. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/16077/14903>. Acesso em: 16 maio 2024.

RONZANI, M. T.; SILVA, C. de M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100007>. Acesso em: 19 abr. 2024.

ROQUETE, F. F. *et al.* Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 463-474, 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/245/361>. Acesso em: 25 abr. 2024.

ROSA, L. *et al.* **Previne Brasil:** análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-09/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

SALES, O. P. *et al.* O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de

história. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1045>. Acesso em: 30 mar. 2024.

SANTOS, D. de S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 861-870, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>. Acesso em: 10 jun. 2024.

SANTOS, N. C. C.; SILVA, C. M. Efetividade da assistência do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. **Ciências Biológicas e da Saúde Unit**, Aracaju, v. 5, n. 1, p. 145-162, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5547/3011>. Acesso em: 12 set. 2023.

SANTOS, P. V. S. *et al.* Integralidade e multiprofissionalidade na atenção à saúde: VER-SUS transformando ensinagens na busca da formação integral em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 1-11, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.3395/reciis.v7i4.537>. Acesso em: 19 maio 2024.

SANTOS, S. V. dos *et al.* Dificuldades e facilidades no processo de planejamento em saúde na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 42, n. 1, p. 142-157, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n1.a2533>. Acesso em: 11 jun. 2024.

SCHÖNHOLZER, T. E. *et al.* Performance indicators of Primary Care of the Previner Brasil Program. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 31, p. 1-13, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6640.4008>. Acesso em: 27 set. 2024.

SCOTT, A. *et al.* The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, England, v. 9, p. 1-55, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008451.pub2>. Acesso em: 22 jun. 2024.

SETA, M. H. de; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Previner Brasil Program: the apex of threats to Primary Health Care?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 3781-3786, 2021. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>. Acesso em: 10 fev. 2024.

SHIMIZU, H. E. *et al.* Regionalização em saúde no Brasil: uma análise da percepção dos gestores de Comissões Intergestores Regionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 1-23, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320105>. Acesso em: 28 ago. 2024.

SILVA, A. M. da; MIRANDA, L. Paradoxos e limites da colaboração interprofissional: análise de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1-17, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs504>. Acesso em: 15 mar. 2024.

SILVA, H. F. R. da *et al.* Distributive conflict: analysis of the Program for Improving Access

and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) in two Brazilian northeastern capitals. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 27, p. 1-17, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220280>. Acesso em: 19 maio 2024.

SOUSA, J. R. de; SANTOS, S. C. M. dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modode pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 1396- 1416, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>. Acesso em: 30 mar. 2024.

SOUSA, N. L.; SOUSA, M. H. L.; SILVA, M. G. C. da. Evolução do financiamento federal da atenção primária da saúde frente às políticas de financiamento federal: o caso do Ceará - Brasil. **Journal of Management & Primary Health Care**, Uberlândia, v. 11, n. 1, p. 1-3, 2019. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v11i1Sup.883>. Acesso em: 2 set. 2024.

SOUZA, M. R. de; BELOTTI, M.; IGLESIAS, A. Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde: experiência da educação interprofissional na graduação. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24972>. Acesso em: 01 fev. 2023.

SOUZA, T. de P.; CUNHA, G. T. A gestão por meio da avaliação individualizante e competitiva como elemento comum nas políticas públicas e gerenciais contemporâneas: uma contribuição crítica a partir de Michel Foucault. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 655-663. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/tRPQZsFdN5HXsgQhgNt5DDd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2024.

STONE, D.; HEEN, S. **Obrigado pelo feedback**: a ciência e a arte de receber bem o retorno de chefes, colegas, familiares e amigos. São Paulo: Schwarcz, 2016.

TAQUETTE, S. R. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. *In*: CONGRESSO IBERO AMERICANO DE INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5., 2016, Porto. **Anais [...]**. Porto: CIAIQ, 2016. p. 1111-20.

TOMASI, Y. T.; SOUZA, J. B. de; MADUREIRA, V. S. F. Diagnóstico comunitário na Estratégia Saúde da Família: potencialidades e desafios. **Revista Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 12, n. 6, p. 1546-1553, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230505p1546-1553-2018>. Acesso em: 16 ago. 2023.

TRÊS CORAÇÕES. Prefeitura. **Decreto nº 2.309/2012**. Dispõe sobre a gratificação de produtividade, aos profissionais de saúde: Médico, Enfermeiro e Dentista, Integrantes do Programa Saúde da Família – PSF e dá outras providências. Três Corações: Prefeitura, Corações, 2012.

VASCONCELOS, R. O. *et al.* Percepções de enfermeiros acerca da colaboração interprofissional em um serviço de urgência e emergência hospitalar. **SciELO Preprints**, São Paulo, p. 1-20, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1867>. Acesso em: 25 mar. 2023.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. Disponível

em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>. Acesso em: 25 fev. 2024.

VIANA, S. B. P.; HOSTINS, R. C. L.; BUENZA, J. J. Educação interprofissional na graduação em saúde no brasil: uma revisão qualitativa da literatura. **Revista e-Curriculum**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 817-839, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/1809-3876.2021v19i2p817-839>. Acesso em: 18 fev. 2024.

WALDMAN, S. D.; BOWLIN, S. Patient-Centered Interprofessional Education: the time is now. *In*: WALDMAN, S. D.; BOWLIN, S. (ed.). **Building a Patient-Centered Interprofessional Education Program**. Hershey, PA: IGI Global, 2020. p. 1-34.

XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* Reflections on Brazilian Nursing Education from the regulation of the Unified Health System. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 37-46, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27702019>. Acesso em: 16 mar. 2024.

ZWARENSTEIN, M.; GOLDMAN, J. REEVES, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, England, v. 8, n. 3, p. 1-26, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000072.pub2>. Acesso em: 10 fev. 2024.

## APÊNDICE A - Termo de Compromisso e Utilização de Dados (TCUD)

Ao ler e concordar com este Termo, DECLARAMOS que conhecemos e que cumprimos os requisitos das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e suas complementares, bem como da Lei 13.709/18 - Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado percepções dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre a influência do trabalho interprofissional no alcance das metas de indicadores da atenção primária em saúde, cujo objetivo é analisar a influência do trabalho interprofissional no alcance das metas de produtividade na Estratégia de Saúde da Família na visão dos profissionais de saúde.

Em caso de pesquisas na área da Saúde, declaramos conhecer o conteúdo da Carta Circular 039/2011/CONEP/CNS que trata do uso de prontuários médicos para fins de pesquisa.

Os dados obtidos a partir dos bancos acessados e os procedimentos para o acesso a esses dados estão descritos no projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas (CEP-UNIFAL) e serão preservados em absoluto sigilo, sendo utilizados apenas para os fins específicos deste projeto de pesquisa e a partir da aprovação do referido CEP.

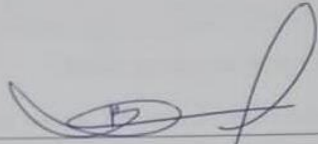
### I. Do pesquisador responsável

Eu, Rogério Silva Lima, comprometo-me a garantir a adequada utilização das informações coletadas a partir dos bancos e documentos acessados para esta pesquisa, coordenando e supervisionando os trabalhos, manuseando e analisando-os no local e/ou sob as condições estabelecidas pela instituição responsável pela sua guarda, devolvendo-os nas mesmas condições que os recebi.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos (arquivos/prontuários/banco), bem como com a privacidade de seus conteúdos e dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Para qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações será submetida à apreciação do CEP/UNIFAL-MG.

Alfenas, 25 de 09 de 2023.



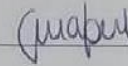
\_\_\_\_\_  
**Rogério Silva Lima**  
 Prof. Dr. Rogério S. Lima  
 Filósofo CORDEIRO MARTINS  
 UFPA 13

## II. Da instituição responsável pelo banco/base de dados

Eu, Sarah Maria Andrade Gomes, Secretária de Saúde do Município de Três Corações – MG e Eu, Eliane Bezerra da Silva Cruz, Coordenadora da Atenção Primária do Município de Três Corações – MG, AUTORIZAMOS os pesquisadores, Rogério Silva Lima e Nielly Andrade Carvalho Ribeiro, a terem acesso às informações: dados da produtividade alcançada pela equipe de ESF selecionada, dados virtuais de acordo com os relatórios fornecidos pela empresa E&L, empresa proprietária do sistema de armazenamento de dados utilizado pela Prefeitura Municipal, dados dos indicadores do Previne Brasil das ESF selecionadas, que estão sob a responsabilidade desta instituição.


As informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução desse projeto e os pesquisadores se comprometem a preservar as informações constantes nos bancos de dados acessados, garantindo o sigilo e a privacidade dos mesmos.

Três Corações, 25 de setembro de 2023.



\_\_\_\_\_  
**Sarah Maria A. Gomes**  
 Gestora Municipal de Saúde  
 Prefeitura Municipal de Três Corações

Secretária de Saúde do Município de Três Corações – MG



\_\_\_\_\_  
**Eliane Bezerra da Silva Cruz**  
 Diretora de Atenção Primária à Saúde  
 Secretária Municipal de Saúde/PMTC

Coordenadora da atenção Primária do Município de Três Corações – MG

## APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada

Características Sociodemográficas:

Nome (fictício):

1. - Sexo: ( ) Feminino            ( ) Masculino

2. Idade (em anos):\_\_\_\_\_.

3. Formação Profissional:\_\_\_\_\_.

4. Formação Complementar: Especificar:

.

5. Tempo de Trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS): Especificar:

\_\_\_\_\_.

6. Tempo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no cenário de estudo:

Especificar:\_\_\_\_\_.

7. Como é seu dia-a-dia de trabalho com seus colegas de equipe?

8. Na sua opinião, o modo como sua equipe trabalha influencia o alcance de objetivos naESF? Poderia dar alguns exemplos?

9. Como você vê os indicadores e metas da APS na equipe que você trabalha?

10. Na sua opinião, o modo como sua equipe trabalha influencia os resultados dos indicadores da APS na sua equipe? Por quê?

11. Para você qual é o seu papel no alcance dos indicadores da APS?

12. Você conhece o papel de cada integrante da sua equipe no alcance dos indicadores e metas da APS?

13. Para você, como seus colegas veem seu papel na equipe?

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### -Participante da Pesquisa-

#### Dados de Identificação

**Título da pesquisa:** PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A INFLUÊNCIA DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL NO ALCANCE DAS METAS DE INDICADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

**Pesquisador(a) responsável:** Rogério Silva Lima

**Pesquisador(es) participante(s):** Nielly Andrade Carvalho Ribeiro

**Nome do participante:** \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa Percepções Dos Profissionais Da Estratégia De Saúde Da Família Sobre A Influência Do Trabalho Interprofissional No Alcance Das Metas De Indicadores Da Atenção Primária Em Saúde, de responsabilidade do pesquisador Rogério Silva Lima. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador(a) responsável. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

**Ao ler os itens abaixo, você deve declarar, ao final desse documento, se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa.**

1. Esta pesquisa tem por objetivo analisar a influência do trabalho interprofissional no alcance das metas de produtividade na Estratégia de Saúde da Família na visão dos profissionais de saúde. Considerada de suma importância na formação e no trabalho, a interprofissionalidade, representa uma força motriz para consolidação das diretrizes propostas pelo SUS, reforçando o ideal de equidade e integralidade. Nesse contexto, é preciso que se assuma uma concepção de trabalho subsidiária da melhoria da qualidade de assistência à saúde.

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista audiogravada, via celular, modelo Xiaomi, conduzida pela pesquisadora principal, em ambiente privativo na própria ESF.

O roteiro será constituído por duas partes: a primeira com dados sobre o perfil profissional dos entrevistados (idade, sexo, formação básica, formação complementar, tempo de trabalho na APS, tempo de trabalho na ESF, cenário de estudo). A segunda será composta pelas questões norteadoras a respeito da

Rubrica do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_ Rubrica do(a) participante: \_\_\_\_\_

percepção do trabalho interprofissional e sua influência no alcance das metas e indicadores da APS.

Os participantes serão convidados à participação pessoalmente, e será agendado o momento oportuno de acordo com a disponibilidade do profissional e do serviço. Os dados serão coletados na própria ESF, em uma sala privativa, onde permanecerão apenas a pesquisadora e o entrevistado.

As entrevistas será iniciada somente após o participante ser informado dos objetivos da pesquisa e conceder a anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos mínimos aos participantes e causar prováveis constrangimentos e desconfortos ao responder os questionamentos. Caso haja necessidade, a coleta de dados poderá ser interrompida e o(a) participante possuirá a liberdade de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de expor qualquer justificativa e sem prejuízos de ordem alguma, porém, o pesquisador tomará os devidos cuidados quanto a apresentação do roteiro de coleta de dados para a entrevista, mantendo postura ética e garantindo a privacidade.

Será garantido o sigilo em relação as respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos. Será assegurado o acesso em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa. Será garantido a não identificação nominal no formulário, a fim de garantir o seu anonimato. O participante será esclarecido a respeito do anonimato e da possibilidade de interromper o processo quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio.

A transcrição dos dados de áudio será conduzida de maneira estritamente confidencial, preservando a privacidade dos participantes. Ressalta-se que tais transcrições não serão armazenadas em dispositivos móveis ou em qualquer plataforma de armazenamento de arquivos, incluindo serviços de nuvem. Ademais, a realização da transcrição será pautada pela preservação do anonimato dos entrevistados, empregando nomes fictícios com o intuito de evitar qualquer possibilidade de identificação dos mesmos. Após a transcrição das entrevistas os áudios serão deletados do aparelho celular.

Caso algum participante manifeste desconforto com o roteiro de entrevista, ela será interrompida.

4. Ao participar dessa pesquisa você contribuirá com uma melhor percepção sobre o tema do trabalho interprofissional e educação interprofissional dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária, com vistas a identificação de subsídios que contribuam para o alcance da melhoria do atendimento em saúde, o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados e alcance das metas de produtividade municipais e dos indicadores do Previne Brasil.

5. Sua participação neste projeto terá a duração de cerca de 30 minutos, uma única vez e a entrevista será agendada de acordo com a disponibilidade de cada participante. A mesma será realizada na sua Unidade de trabalho sem que haja prejuízo do andamento de suas atividades.

Rubrica do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_ Rubrica do(a) participante: \_\_\_\_\_

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo as entrevistas, totalmente gratuitos; e deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado(a) e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito a buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito à assistência integral e imediata, de forma gratuita (pelo pesquisador responsável), pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área. Sendo assim:

**AUTORIZO ( ) / NÃO AUTORIZO ( )** a coleta e gravação do som da voz para fim de pesquisa.

11. Você poderá consultar o pesquisador Rogério Silva Lima, no seguinte telefone (35) 9124-6998 e/ou email: rogerio.lima@unifal-mg.edu.br e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG\*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: [comite.etica@unifal-mg.edu.br](mailto:comite.etica@unifal-mg.edu.br) sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

*\*O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

Rubrica do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_ Rubrica do(a) participante: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrita.

Três Corações, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

.....  
(Assinatura do(a) participante da pesquisa)

.....  
Nielly Andrade Carvalho Ribeiro

Rubrica do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_ Rubrica do(a) participante: \_\_\_\_\_

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS - UNIFAL



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A INFLUÊNCIA DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL NO ALCANCE DAS METAS DE INDICADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.

**Pesquisador:** Rogério Silva Lima

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 74806623.3.0000.5142

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.523.460

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, analítica, tem como objetivo geral analisar a influência do trabalho interprofissional no alcance das metas de produtividade na ESF, conforme percebido pelos profissionais de saúde. Será realizada em duas ESF, terá como participantes os profissionais que atuam diretamente com o paciente. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas norteadas por um roteiro semiestruturado, gravadas em áudio, após consentimento dos participantes. O projeto será submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e a coleta somente será realizada após a devida aprovação. Para a organização e análise de dados será utilizada a Análise Temática Reflexiva. Refere financiamento próprio. Projeto desenvolvido no curso de enfermagem.

#### Objetivo da Pesquisa:

1. Objetivo Primário:

Analisar a influência do trabalho interprofissional no alcance das metas de produtividade na Estratégia de Saúde da Família na visão dos profissionais de saúde.

2. Objetivo Secundário:

a. Conhecer a percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre o trabalho interprofissional na Atenção Básica em Saúde.

b. Identificar os fatores que influenciam no alcance das metas de produtividade na percepção dos

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

**Bairro:** centro

**CEP:** 37.130-001

**UF:** MG

**Município:** ALFENAS

**Telefone:** (35)3701-9153

**Fax:** (35)3701-9153

**E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.523.460

profissionais da ESF.

Análise do CEP:

Os objetivos são:

1. claros e bem definidos;
2. coerentes com a propositura geral do projeto e exequíveis

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A participação na pesquisa pode trazer risco mínimo aos participantes e causar prováveis constrangimentos e desconfortos ao responder os questionamentos. Caso haja necessidade, a coleta de dados poderá ser interrompida e o(a) participante possuirá a liberdade de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de expor qualquer justificativa e sem prejuízos de ordem alguma, porém, o pesquisador tomará os devidos cuidados quanto a apresentação do roteiro de coleta de dados para a entrevista, mantendo postura ética e garantindo a privacidade. Será garantido o sigilo em relação as respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos. Será assegurado o acesso em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa. Será garantido a não identificação nominal no formulário, a fim de garantir o seu anonimato. O participante será esclarecido a respeito do anonimato e da possibilidade de interromper o processo quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio. Caso algum participante manifeste desconforto com o roteiro de entrevista, ela será interrompida.

Benefícios:

Espera-se como benefício uma melhor percepção sobre o tema do trabalho interprofissional e educação interprofissional dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária, com vistas a identificação de subsídios que contribuam para o alcance da melhoria do atendimento em saúde, o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados e alcance das metas de produtividade municipais e dos indicadores do Previne Brasil.

Análise do CEP:

1. Descreve os riscos da participação do estudo e as medidas minimizadoras.

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E  
**Bairro:** centro **CEP:** 37.130-001  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 6.523.460

2. Menciona os benefícios indiretos em participar do estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

1. Metodologia: Coerente com os objetivos do estudo. Trata-se de um estudo de natureza analítica com abordagem qualitativa. Este estudo será realizado em um município, localizado na região sul do estado de Minas Gerais, Brasil. Conta com uma rede de Atenção Primária à Saúde constituída por 15 Estratégias de Saúde da Família (ESF) e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para esta investigação serão selecionadas por conveniência duas equipes de ESF que possuam a mesma configuração de profissionais, e que, de acordo com o sistema próprio do município para abastecimento de dados, alcancem as metas de produtividade municipais, e concomitantemente, os indicadores do Previne Brasil. Serão convidados a participar da pesquisa os profissionais integrantes da equipe independente do vínculo empregatício. Serão selecionados por conveniência aqueles que atendam aos seguintes critérios: atuar junto a mesma ESF pelo menos há seis meses, profissionais da saúde com assistência direta a pessoa, família ou comunidade. Não serão incluídos os profissionais de licença ou afastamento das atividades no período da coleta de dados. Serão coletados por meio de entrevistas, com roteiro semiestruturado. As entrevistas serão audiogravadas, conduzidas pela pesquisadora principal, em ambiente privativo na própria ESF. O roteiro será constituído por duas partes: a primeira com dados sobre o perfil profissional dos entrevistados (idade, sexo, formação básica, formação complementar, tempo de trabalho na APS, tempo de trabalho na ESF, cenário de estudo). A segunda será composta pelas questões norteadoras a respeito da percepção do trabalho interprofissional e sua influência no alcance das metas e indicadores da AP. Os dados serão coletados na própria ESF, em uma sala privativa, onde permanecerão apenas a pesquisadora e o entrevistado. Os participantes serão convidados à participação pessoalmente, e será agendado o momento oportuno de acordo com a disponibilidade do profissional e do serviço. Para organização e análise dos dados será utilizada a Análise Temática Reflexiva, proposta por Braun e Clarke (2006).

2. Referencial teórico da pesquisa - Está em consonância aos objetivos e com a metodologia proposta.

3. Cronograma de pesquisa: Presente e adequado, a coleta está prevista para Janeiro e Fevereiro de 2024.

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E  
**Bairro:** centro **CEP:** 37.130-001  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS - UNIFAL**



Continuação do Parecer: 6.523.460

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado
2. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica
3. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica
4. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – Presente e adequado
5. Declaração de Compromisso - presente e adequada
6. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado
7. Folha de rosto - presente e adequada
8. Projeto detalhado - presente e adequado

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomenda-se a aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após análise, a Coordenação do CEP emite parecer ad referendum.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2221476.pdf	13/11/2023 22:32:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoProntopdfnovo.pdf	13/11/2023 22:27:18	NIELLY ANDRADE CARVALHO RIBEIRO	Aceito
Outros	CartaRespostapdf.pdf	13/11/2023 22:25:23	NIELLY ANDRADE CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpdfNovo.pdf	13/11/2023 22:24:48	NIELLY ANDRADE CARVALHO RIBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_corrigeno.pdf	03/10/2023 14:23:59	Rogério Silva Lima	Aceito
Outros	declaracaoPDF.pdf	30/09/2023 20:05:46	NIELLY ANDRADE CARVALHO	Aceito
Outros	TCUDpdf.pdf	30/09/2023 20:01:28	NIELLY ANDRADE CARVALHO	Aceito
Outros	TAIpdf.pdf	30/09/2023 20:00:28	NIELLY ANDRADE CARVALHO	Aceito

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

**Bairro:** centro **CEP:** 37.130-001

**UF:** MG **Município:** ALFENAS

**Telefone:** (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.523.460

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ALFENAS, 22 de Novembro de 2023

---

**Assinado por:**

**Ana Cláudia Mesquita Garcia**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

**Bairro:** centro

**CEP:** 37.130-001

**UF:** MG

**Município:** ALFENAS

**Telefone:** (35)3701-9153

**Fax:** (35)3701-9153

**E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

## ANEXO B – Termo de Anuência Institucional (TAI)

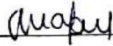
Eu, Sarah Maria Andrade Gomes, Secretária de Saúde do Município de Três Corações – MG e Eu, Eliane Bezerra da Silva Cruz, Coordenadora da Atenção Primária do Município de Três Corações – MG. Estamos cientes, de acordo e autorizamos a execução da pesquisa intitulada “PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A INFLUÊNCIA DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL NO ALCANCE DAS METAS DE INDICADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE”, e que tem como objetivo principal analisar a influência do trabalho interprofissional no alcance das metas de produtividade na Estratégia de Saúde da Família na visão dos profissionais de saúde, coordenada pelo pesquisador Rogério Silva Lima e realizada pela pesquisadora Nielly Andrade Carvalho Ribeiro.

A pesquisa será realizada em consonância com as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, com a Lei 13.709/18 Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que tratam dos aspectos éticos em pesquisa e tratamento de dados pessoais envolvendo seres humanos.

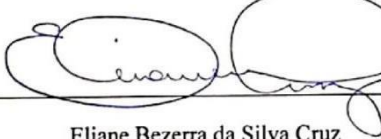
Afirmamos o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo e sinalizamos que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, bem como dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

Afirmamos ainda que todo procedimento a ser desenvolvido neste instituto/organização, que envolva o participante de pesquisa, será iniciado apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas -UNIFAL-MG, responsável pelo acompanhamento ético de pesquisas com seres humanos, localizado na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala O 314-E, Alfenas/MG, no telefone (35) 3701-9153, ou no e-mail: [comite.etica@unifal-mg.edu.br](mailto:comite.etica@unifal-mg.edu.br).

Três Corações - MG, 25 / 09 / 23 .

  
 Sarah Maria A. Gomes  
 Gestora Municipal de Saúde  
 Prefeitura Municipal de Três Corações

Secretária de Saúde do Município de Três Corações – MG



Eliane Bezerra da Silva Cruz  
 Diretora de Atenção Primária à Saúde  
 Secretaria Municipal de Saúde/PATC.

Eliane Bezerra da Silva Cruz

Coordenadora da atenção Primária do Município de Três Corações – MG