

SARA DA SILVA MENESES

**O CAPITALISMO BIOMÉDICO E SUAS REPERCUSSÕES NO TRABALHO
INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE**

BRASÍLIA-DF, 2023

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SARA DA SILVA MENESES

**O CAPITALISMO BIOMÉDICO E SUAS REPERCUSSÕES NO TRABALHO
INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Dr.^a Dais Gonçalves Rocha

BRASÍLIA-DF, 2023

SARA DA SILVA MENESES

**O CAPITALISMO BIOMÉDICO E SUAS REPERCUSSÕES NO TRABALHO
INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em: 15 de Dezembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Dais Gonçalves Rocha - Presidente

Universidade de Brasília

Dra. Marina Peduzzi

Universidade de São Paulo

Dra. Dirce Guilhem

Universidade de Brasília

Dr. Claudio Lorenzo

Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

Agradeço por estar com saúde e forças para finalizar este trabalho. Agradeço à minha família Sabrine, Raul, minha mãe Telma e meu Pai Rubinho, às minhas duas avós, Vó Bia e Vó Maria, por serem meus modelos de vida, de amor e de força.

Agradeço à minha família Sheyla, Karen e Artur, por serem um abraço que posso voltar e me refugiar de tempos em tempos.

Agradeço à Lorrany meu chão, meu sol e meu Mar. Uma companheira para todas as lutas, que foi um colo que eu podia chorar, sorrir, amar em todos os momentos dessa trajetória.

Agradeço à Dais, por ser minha amiga, companheira de luta, de estudos e de reflexões coletivas. E em seu nome agradeço a seu Grupo de Pesquisa Promoção e Equidade em Saúde, espaço colaborativo que potencializou muitas reflexões que estão neste trabalho.

Agradeço às minhas amigas Sheila e Kicia, por serem uma alegria em lugares tão desérticos. Agradeço à Debora Noal, inspiração de vida e de trabalho, uma pessoa muito querida e companheira de luta na saúde mental em desastres. Em seu nome agradeço a todas (e todos) as pesquisadoras dos NUSMAPS – Fiocruz Brasília. Mais que colegas de trabalho, *friends*, Ionara, Ana Cecília e Lara que levo pra vida!

Agradeço a todas, todos e todes que se interessarem em ler este trabalho. Eu adorei escrevê-lo, então ficarei feliz que outras pessoas o leiam.



POEMA

Estudar é minha praia, mas nunca foi uma praia de descanso.

Sempre foi praia de mergulho, de idas e vindas ao mar.

De encarar as ondas só para sentir que não controla aquele movimento e que está à mercê de toda aquela água.

Eu adoro conversar água, surfar de um assunto a outro só para expandir, expandir sem fim, porque o conhecimento é mar,

Mar grande, sem fim, a perder de vista.

Estudar é minha sombra debaixo de um pequizeiro.

É o sol quente das duas da tarde, que me obriga a procurar sombra, a sombra do estudo.

E nessa sombra eu deito e observo todas aquelas flores brancas do pequi tão cheias de cor e de vida, sabendo que tão breve virá um pequi amarelo vivo e de sabor forte, marcante na boca e que me fará lembrar do estudo o resto do dia.

Estudar são meus banhos de chuva na infância, quando eu sabia que podia ficar ali sentindo as gotas caírem em mim, sem julgamento, afinal eu sou uma criança aprendendo.

Estudar são meus livros de romance LGBT e ficção científica, quando a história me prende e não consigo mais largar aquele livro, mesmo sabendo que vai acabar e eu até começo a ler devagar para acabar menos depressa.

Estudar são as boas companhias que eu encontro na vida, são meus amores, minhas amigas, minhas professoras, que compartilham desse encontro e tornam o estudo uma casa para abrigar ideias, histórias, dores, amores, sabores, praias, sombras, chuva, livros, autoras.

Para todas as amantes do estudo,
Sara.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo geral compreender a relação entre o capitalismo/modelo biomédico e as barreiras e facilitadores para o trabalho interprofissional das equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde, na literatura científica publicada no Brasil e no exterior. O referencial teórico fundamentou-se no paradigma interpretativo com recorte crítico a partir da lente teórica da determinação social da saúde. Desenvolveu-se uma revisão de escopo que mapeou as barreiras e os facilitadores para o trabalho interprofissional na atenção primária à saúde com metodologia fundamentada no Joanna Briggs Institute (JBI). O levantamento ocorreu em seis bases de dados e repositórios: BVS (Biblioteca Virtual da Saúde); SCIELO (Scientific Electronic Library Online); PUBMED/MEDLINE; LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Web of Science e SCOPUS. Foram incluídos 169 artigos majoritariamente qualitativos, publicados em português, inglês e espanhol, com destaque para a produção do Canadá (50) e do Brasil (44). As barreiras predominaram em relação aos facilitadores, dentre os quais se evidenciou o capitalismo biomédico, que apareceu em quatro dimensões: sistema – formação no modelo biomédico; organizacional – gestão e atenção produtivistas; interindividual – hierarquização e concentração de poder da medicina; e individual – individualismo. A ambiência e a criatividade na organização dos fluxos de trabalho foram identificadas como facilitadores inovadores na temática. A metodologia de avaliação do trabalho interprofissional ainda é majoritariamente qualitativa e a revisão indica a necessidade de aumentar a fundamentação teórico-metodológica dos estudos na temática. As intervenções para promover o trabalho interprofissional precisam levar em conta as implicações do capitalismo biomédico e da interseccionalidade na saúde. Uma das contribuições inovadoras deste estudo deu-se no desvelar da implicação do sistema capitalista a partir do recorte do capitalismo biomédico/modelo biomédico, como um atravessador do trabalho interprofissional, expressando-se por meio de diversas barreiras desde a formação, gestão, atenção e no âmbito do nível micro dos profissionais da saúde, com o individualismo.

Palavras-chave: Relações Interprofissionais; Atenção Primária à Saúde; Práticas Interdisciplinares; Educação Interprofissional; Capitalismo.

ABSTRACT

The goal of this study was to understand the relationship between capitalism/biomedical model and the barriers and facilitators for the interprofessional work of multidisciplinary teams in primary health care, in the scientific literature published in Brazil in Brazil and abroad. The theoretical framework was based on the interpretative paradigm with a critical focus from the theoretical lens of the social determination of health. A scoping review was developed that mapped the barriers and facilitators for interprofessional work in primary health care with a methodology based on the Joanna Briggs Institute (JBI). Six databases and repositories were searched: VHL (Virtual Health Library); SCIELO (Online Scientific Electronic Library); PUBMED/MEDLINE; LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), Web of Science and SCOPUS. 169 mostly qualitative articles were included, published in Portuguese, English, and Spanish, with emphasis on production from Canada (50) and Brazil (44). The barriers predominated in relation to facilitators, where biomedical capitalism was evident, which appeared in four dimensions: system – training in the biomedical model; organizational – productivist management and attention; interindividual – hierarchy and concentration of power in medicine; and individual – individualism. The ambience and creativity in the organization of workflows were identified as innovative facilitators in the theme. The methodology for evaluating interprofessional work is still mostly qualitative and the review indicates the need to increase the theoretical-methodological foundation of studies on the subject. Disciplines to promote interprofessional work need to take into account the implications of biomedical capitalism and intersectionality in healthcare. One of the innovative contributions of this study was in the development of the implication of the capitalist system from the perspective of biomedical capitalism/biomedical model, as a mediator of interprofessional work, expressing itself through various barriers from training, management, care and within the scope of micro level of health professionals, with individualism.

Keywords: Interprofessional Relationships; Primary Health Care; Interdisciplinary Health Teams; Capitalism.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de Venn que descreve o referencial teórico adotado neste trabalho, 2023.....	10
Figura 2 - Marcos Históricos na política de saúde brasileira sobre a prática profissional e a interprofissionalidade, 2023.....	16
Figura 3 - Termos associados à interprofissionalidade, 2023.....	19
Figura 4 - Diferentes formas do trabalho interprofissional nas dimensões relacionais, contextuais e da organização do trabalho, 2023.....	27
Figura 1 (Artigo) - Fluxograma da seleção final dos estudos, 2023.....	55
Figura 2 (Artigo) - Mapa de distribuição das publicações científicas por país publicadas de 1990-2022.....	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Barreiras à colaboração interprofissional, 2021.....	37
Quadro 1 (Artigo) - Descritores e bases de dados/ repositórios utilizados na revisão, 2023.....	53
Quadro 2 (Artigo) - Barreiras para o trabalho interprofissional na APS, convergentes e singulares nos idiomas português, espanhol e inglês, segundo as dimensões sistema, organizacional, interindividual e individual, 2023.....	58
Quadro 3 (Artigo) - Facilitadores para o trabalho interprofissional na APS, convergentes e singulares nos idiomas português, espanhol e inglês, segundo as dimensões sistema, organizacional, interindividual e individual, 2023.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ACE - Agentes de Combate às Endemias
ADAPS - Agência para o Desenvolvimento da APS
BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CAIPE - *Centre for the Advancement of Interprofessional Education*
CAIC – Centros de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP - Comitê de ética
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRP - Conselho Regional de Psicologia no Conselho de Saúde do Distrito Federal
DF – Distrito Federal
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
EC nº 95 – Emenda Constitucional número 95
EIP - Educação Interprofissional e Prática Colaborativa
ESF - Estratégia Saúde da Família
eSF - equipes de Saúde da Família
eAP - equipes de Atenção Primária
e-Multi - equipes Multiprofissionais
eSB - equipes de Saúde Bucal
eCR - equipes de Consultório na Rua
eAPP - equipe de Atenção Primária Prisional
EPS - Educação Permanente em saúde
EJARCI - Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional
FCE - Faculdade de Ceilândia
FHC - Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz Brasília
FORMANCIPA - Programa de democratização do acesso à Educação Superior
GO - Goiás
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JBI – Joanna Briggs Institute
LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queers, Intersexuais, Assexuais e mais.
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC – Ministério da Educação
MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
MEI - Microempreendedores Individuais
MeSH - *Medical Subject Headings*
MG – Minas Gerais
NHS - *National Health Service*
NASF- AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NP – *Nurse Practitioners*
NUSMAPS - Núcleo de Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres e Emergências em saúde pública
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Panamericana da Saúde
PCC - População, Conceito e Contexto
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
PRISMA-ScR - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*
PSF - Programa Saúde da Família
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
REBETIS - Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional
RILPS - *Readiness for Interprofessional Learning Scale*
RAS - Redes de Atenção à Saúde
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SSA - Serviço Social Autônomo
SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UnB – Universidade de Brasília
VER SUS – Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	7
2. REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO A PARTIR DA INTERPROFISSIONALIDADE	11
2.1.1 Marcos Históricos: as mudanças de orientação sobre a prática profissional e a interprofissionalidade	14
2.2 A POLISSEMIA DA INTERPROFISSIONALIDADE	19
2.2.1 Um foco no trabalho interprofissional	22
2.3 DISPUTAS PARADIGMÁTICAS NA SAÚDE COLETIVA: DESIGUALDADES E AS IMPLICAÇÕES DO CAPITALISMO BIOMÉDICO NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL	28
2.3.1 As desigualdades sociais em saúde e a Questão Social	29
2.3.2 A perspectiva da Determinação Social da Saúde e do Capitalismo Biomédico sobre o trabalho em saúde	31
2.3.3 O trabalho interprofissional na atenção primária à saúde: implicações do capitalismo biomédico	36
2.4. OBJETIVO GERAL	40
2.4.1 Objetivos específicos	41
3. MÉTODO	41
3.1 POPULAÇÃO	42
3.2 CONCEITO	42
3.3 CONTEXTO	42
3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	43
3.6 ESTRATÉGIA DE BUSCA	44
3.7 SELEÇÃO DOS ESTUDOS	45
3.8 EXTRAÇÃO DOS DADOS	45
3.9 ANÁLISE DOS DADOS	45
3.10 ASPECTOS ÉTICOS	46
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1 ARTIGO: BARREIRAS E FACILITADORES PARA O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO DE ESCOPO	47
4.2. REFLEXÕES PARA A REESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL A PARTIR DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.	73
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	77

APÊNDICES	85
APÊNDICE A - QUADRO COM A RELAÇÃO DOS 169 ESTUDOS INCLUÍDOS DE ACORDO COM CÓDIGO, AUTORAS/ANO, REGIÃO - PAÍS, OBJETIVO E METODOLOGIA	85
APÊNDICE B - MATRIZ DE EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO DE ESCOPO.....	104
ANEXOS.....	105
ANEXO A - PRISMA SCR.....	105

1. APRESENTAÇÃO

Sou Sara Meneses, tenho 28 anos, sou psicóloga, uma pessoa parda, faço parte da população LGBTQIA+, moro em Brasília, represento o Conselho Regional de Psicologia no Conselho de Saúde do Distrito Federal (DF). Fiz residência em Saúde da Família, já trabalhei no Ministério da Saúde e na Fiocruz - Brasília com pesquisa para o SUS – Sistema Único de Saúde, em Saúde Mental e Emergências em Saúde Pública.

Eu cresci no entorno sul do DF, no Pedregal, município de Novo Gama – Goiás, uma área periférica. Estudei no CAIC – Novo Gama, e, no meu último ano do Ensino Médio, isto é, 2012, conheci o Projeto de Extensão FORMANCIPA da Faculdade de Educação da UnB, coordenado pelo Professor Erlando Rêses. Nesse projeto eu recebi todo o apoio por meio de aulas de reforço, além do incentivo para entrar na UnB. No mesmo ano, fui aprovada no vestibular e fui a primeira pessoa da minha família a cursar Ensino Superior graças às políticas do Bolsa Família e das cotas para pessoas que cursaram escolas públicas. Minha graduação só foi possível porque eu recebi as bolsas do Programa de Assistência Estudantil e morei na Casa do Estudante Universitário, pois minha família não tinha condições de arcar com os custos de estudar na UnB. O curso de Psicologia ainda era majoritariamente elitista e voltado para o consultório privado em 2013 e eu não me identificava com esse caminho, porque venho de família pobre e me questionava sobre como devolver meu saber para a população à qual eu pertencço.

Em 2015, cursei uma matéria sobre Saúde Mental em Desastres e conheci a Professora Débora Noal, que me apresentou ao VER SUS – Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS – e à residência em saúde, ambos projetos dos quais ela havia participado. A partir disso, construí junto com estudantes dos cursos de Saúde Coletiva, Psicologia, Farmácia e outros graduandos da Faculdade de Ceilândia (FCE/UnB) a primeira e a segunda edição do VER SUS-DF (2015 e 2016). Em 2016, veio a PEC 55 (hoje emenda 95) e, com ela, as ocupações da UnB. Lá me tornei ocupante, militante e passei quarenta dias morando na Reitoria, lutando contra essa política de austeridade, e, nesse processo, passei por uma profunda socialização política ao lado do movimento estudantil da UnB.

Em 2017, minha amiga Ticiania Torres, que havia participado do VER SUS comigo, me falou de um projeto de extensão do curso de Saúde Coletiva chamado “Projeto Interprofissional de Promoção da Saúde e Prevenção às violências em escolas e na comunidade” e recomendou que eu participasse. Foi lá que conheci minha amiga, Professora Dais Rocha. Junto a mim, nesse projeto estava a Professora Sheila Murta, minha orientadora

de iniciação científica. Nesse projeto fiz grandes amizades, inclusive a querida amiga e assistente social Dyana Helena, que tanto me incentivou a tentar o mestrado em saúde coletiva. Assim, com o apoio de tantas amigas, fui fazer residência em Saúde da Família e Comunidade (2019-2021). Inspirada pelo projeto, eu queria trabalhar com promoção da saúde no SUS. Nos primeiros seis meses, conheci Lorrany Rodrigues e Maurício Hirata – nutricionistas –, Kleverson Gomes – terapeuta ocupacional –, Thaís Galvão – fisioterapeuta –, e Thaís Barbosa – sanitarista. Durante seis meses ao lado desses amigos e profissionais excelentes, desenvolvemos um trabalho interprofissional. Uma experiência desafiadora e ao mesmo tempo empolgante!

Atuamos em uma equipe do NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) localizado na Região Norte de Saúde do Distrito Federal, que trabalhava de forma itinerante em dois territórios (urbano e rural) para apoiar nove equipes de Saúde da Família (eSFs). Ambos os territórios apresentavam vulnerabilidades, pois se localizavam em áreas periféricas do DF. Havia profissionais da Nutrição, Terapia Ocupacional, Serviço Social e Fisioterapia inseridas no NASF-AB, que receberam os cinco residentes.

Após a chegada dos residentes, foi estabelecida uma rotina multiprofissional, em que cada saber buscava seu espaço na rotina de atendimentos individuais, visitas domiciliares e realização de grupos. Ao iniciar um processo de escuta das equipes, os residentes perceberam conflitos eminentes entre a equipe NASF-AB e as eSFs apoiadas. A partir do mês de maio de 2019, o afastamento psiquiátrico de uma profissional do NASF-AB provocou um desequilíbrio nas ações. Nas semanas seguintes, outra profissional também foi afastada e, dessa vez, por um período maior. Os residentes se reuniram para pensar juntos uma intervenção que pudesse ser participativa e que possibilitasse a construção de um enfrentamento coletivo à situação. Foram realizadas oficinas reflexivas sobre o processo de trabalho entre NASF-AB e eSFs matriciadas. A partir desse evento, a construção compartilhada foi sendo implementada nas atividades grupais, visitas domiciliares e atendimentos compartilhados.

A seguir, trago o registro de duas falas minhas do meu portfólio da residência:

(...) a mudança de equipe me fez sentir desamparo e ao chegar na nova equipe percebi que eu adotei uma postura de distanciamento, pois não estava conseguindo lidar com todas as mudanças. Como caí de paraquedas em uma equipe já em andamento, senti que deveria “mostrar” serviço então fui muito afoita dando feedbacks e propondo mudanças, o que desagradou a todos. (...) Uma reunião difícil, com muita resistência do profissional médico ao processo de mudança. No entanto, com contribuições do mesmo para melhoria de alguns processos. Muita tensão, o NASF adotou uma postura de reatividade, defesa e justificção o que contribuiu com a tensão da reunião aumentando a polarização (equipes-NASF). Fala registrada no portfólio Sara (2019).

Sobre as Oficinas de Processos de Trabalho:

“Quando a equipe se coloca e assume sua fragilidade a tensão diminui. Uma fala muito importante ‘Hoje todo mundo pode falar (foram induzidos), pode participar’.” Fala registrada no portfólio Sara (2019).

O que os trechos acima apontam são profundos incômodos que me atravessaram nesse período. Fui para a residência também com o intuito de buscar lacunas de pesquisa para o meu mestrado. Encontrei muitas, mas para esses incômodos eu não tinha explicação. Então, ao longo dos dois anos fui buscando nomeá-los. Encontrei o livro “Produtivismo na Saúde” (MARTINS, 2014), que me apresentou ao conceito de capitalismo biomédico, e foi a partir disso e da minha vivência intensa ao lado de Lorrany, Maurício, Kleverson, Thaís e Thaisinha que decidi olhar para o trabalho interprofissional na APS com a lente da determinação social na saúde. Por isso, esta dissertação é fruto desse trabalho coletivo que me trouxe até aqui, de todas essas pessoas e muitas outras que me ajudaram a refletir, gestar e construir as reflexões desse texto. Aqui eu busco desvelar esses incômodos, essas relações invisibilizadas no trabalho interprofissional do sistema capitalista, por meio de uma pesquisa de abordagem qualitativa reflexiva e crítica.

O trabalho a seguir inicia-se com o Referencial Teórico, que discute a relação do Sistema Único de Saúde e a reorientação da formação por meio da interprofissionalidade. Apresentam-se as categorias chave para este estudo: trabalho em saúde, trabalho interprofissional e capitalismo biomédico. Em seguida, apresenta-se o método adotado neste trabalho: a revisão de escopo e a análise temática. A seção de resultados e discussão está composta por um artigo (submetido) e um ensaio crítico no formato de capítulo. Além disso, têm-se as considerações finais, acompanhadas das referências utilizadas neste estudo, uma seção de apêndice que apresenta o quadro síntese e a matriz de extração de dados, e, por fim, na seção anexo, está o Checklist PRISMA ScR utilizado no artigo da revisão de escopo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A figura 1 ilustra as bases teóricas utilizadas neste trabalho. Partiu-se do paradigma interpretativo com recorte da teoria crítica (BOSI, 2021), pois se realizou uma aproximação do Materialismo Histórico-dialético (MARX, 2017) e adotou-se como lente teórica a determinação social da saúde (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018). Esses recortes possibilitaram dialogar criticamente com o capitalismo biomédico/modelo biomédico (MARTINS et al., 2014). Portanto, realizou-se uma investigação na literatura científica publicada das barreiras e facilitadores ao trabalho interprofissional das equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde (APS) do Brasil e do contexto internacional.

Neste capítulo, parte-se da compreensão da APS no Brasil e de como o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) influenciou, por meio de suas políticas, a adoção das equipes multiprofissionais e do trabalho interprofissional. Em seguida, aprofunda-se a compreensão da polissemia conceitual da interprofissionalidade e, por fim, se discute a disputa entre o modelo biomédico/capitalismo biomédico e a perspectiva da determinação social da saúde sobre o processo saúde-doença mediante o debate acerca do trabalho em saúde no Brasil.

Figura 1 – Diagrama de Venn que descreve o referencial teórico adotado neste trabalho, 2023.



Fonte: elaborado pela autora (2023).

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO A PARTIR DA INTERPROFISSIONALIDADE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de saúde universal, que foi fruto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), um movimento social e político que se consolidou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Em um país recém-saído do período da Ditadura Militar, o campo das políticas sociais precisava ser fortalecido (PAIM, 2018). É na Constituição Federal de 1988, no capítulo II do título “VIII – da ordem social”, que compreende as políticas de saúde, assistência social e previdência social, em seu artigo 196, que o direito à saúde se inscreve como direito de todas as pessoas e dever do Estado. Vindo a ser regulamentado pelas leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o SUS tem sido construído ao longo dos últimos trinta anos por muitas mãos: movimento sociais, usuários da saúde, trabalhadores da saúde, pesquisadores, gestores e atores da política executiva, judiciária e legislativa brasileira (PAIM, 2018).

O SUS, por ser uma política de saúde, requer para sua operacionalização um modelo de saúde. Os modelos pré-SUS restringiam o acesso à saúde aos trabalhadores formais, direcionando a prática em saúde à medicina previdenciária, o que trazia uma dicotomia entre assistência e prevenção pela concepção biomédica e era centrada no atendimento individual e hospitalar (GIOVANELLA; FRANCO; DE ALMEIDA, 2020). Uma concepção importante para a construção de sistemas universais de saúde é a de modelo de atenção, que pode ser caracterizado como uma lógica ou racionalidade que direciona as práticas em saúde. Além disso, um modelo de saúde envolve modos de organizar uma ação a partir de meios técnico-científicos visando intervir em necessidades de saúde, sejam elas individuais ou coletivas.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram construídos os princípios do SUS: universalidade – todos os cidadãos brasileiros devem ter acesso à saúde –; integralidade – a atenção à saúde deve abarcar todas as necessidades de saúde de uma pessoa –; e equidade – todas as pessoas devem ser acolhidas nas suas especificidades de maneira que a atenção à saúde incida sobre as iniquidades em saúde e possibilite o acesso à saúde, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados (GIOVANELLA; FRANCO; DE ALMEIDA, 2020). O SUS compreende a atenção primária à saúde, a atenção secundária e a atenção hospitalar. A partir da portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a organização do SUS passou a ser em Redes de Atenção à Saúde (RAS), que objetivava integrar e articular serviços e ações dos diferentes níveis de atenção à saúde e construir redes temáticas e linhas de cuidado, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2010b).

O Programa Saúde da Família (PSF), um modelo para reorientar a prática assistencial, implementou-se na década de 1990 na atenção primária. Precedido pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o PSF evoluiu gradativamente e atualmente compreende a Estratégia Saúde da Família (ESF), caracterizada como um modelo que alia o atendimento individual à abordagem populacional, na perspectiva da vigilância em saúde, compreendendo a vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária (GIOVANELLA; FRANCO; DE ALMEIDA, 2020). A ESF está ancorada em atributos essenciais: primeiro contato abrangência/integralidade, longitudinalidade/vínculo e coordenação. Além disso, está orientada pela atenção familiar, comunitária e com competência cultural, prevendo ações territorializadas, com atenção clínica, articulação intersetorial, visando a um atendimento programado e espontâneo centrado no usuário do SUS.

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira preconizava a adoção do conceito de Atenção Básica em oposição à Atenção Primária à Saúde, especialmente devido à discussão sobre acesso universal à saúde e a cobertura universal à saúde (GIOVANELLA, 2018). Esse debate permanece atual, especialmente devido às constantes tentativas de organismos internacionais de implementarem em países de capitalismo dependente, como o Brasil, uma política de saúde focada na cobertura universal e não no acesso universal à saúde (MENDES; MELO; CARNUT, 2022). Importante destacar que a ideia de cobertura universal se refere a uma cobertura financeira para algum tipo de seguro ou pacote/cesta de serviços de saúde ofertadas, inclusive a partir de seguros de saúde com participação privada, públicos e subsidiados pelo Estado. Enquanto o acesso universal está alinhado ao princípio da universalidade do SUS, que prevê um subsídio à oferta de todos os serviços disponíveis por meio de um sistema universal de saúde (GIOVANELLA, 2018).

A discussão conceitual acerca de atenção básica e atenção primária à saúde evoluiu para um alinhamento teórico no Brasil, especialmente após a compreensão de que são a robustez e a proposição de um sistema público universal de qualidade que preconizam uma atenção primária à saúde fundamentada no acesso universal à saúde (GIOVANELLA, 2018). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017) considera como termos equivalentes Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde. A definição adotada pela PNAB 2017 (BRASIL, 2017) descreve a APS como um conjunto de ações atuando sobre indivíduos, famílias e coletividades. Além disso, a APS deve envolver ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Todas essas ações devem ser desenvolvidas por equipes

multiprofissionais, com populações estabelecidas e definidas em um território adscrito (BRASIL, 2017).

O principal modelo de atenção adotado pela PNAB é a Estratégia Saúde da Família (ESF). Em consulta aos sistemas e-Gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde, é possível verificar que a cobertura em 2023 está em 78,56%, o que abrange 167.603.602 – cento e sessenta e sete milhões, seiscentos e três mil seiscentos e seiscentos e dois – brasileiros cadastrados em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Além disso, existem atualmente 50.415 equipes de Saúde da Família (eSF) e 5.310 equipes de Atenção Primária (eAP) financiadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2023a).

O ponto a que o parágrafo anterior chama atenção tem relação com as mudanças implementadas pela PNAB em 2017 (BRASIL, 2017), a diferenciação entre dois tipos de equipes operando dentro da ESF (eSF e eAP). A composição da eSF compreende como equipe mínima os profissionais da medicina, enfermagem, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No entanto, a eAP (equipe de Atenção Primária), instituída pela portaria 2.539 de 26 de setembro de 2019, é composta minimamente pelos profissionais da medicina e da enfermagem, ou seja, diminui-se a carga horária mínima – profissionais com 20h ou 30h. De acordo com a população adscrita, quando comparada às eSF, foram retirados da eAP os seguintes profissionais da equipe mínima: técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate às endemias (ACE). Também se retirou o caráter transitório da eAP, que anteriormente poderia ser complementada e tornar-se uma eSF (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Dentre outras mudanças que mais se destacam estão a não obrigatoriedade de cirurgiões dentistas nas eSFs, a possibilidade de as eSFs terem apenas um ACS, a expansão das atribuições desses agentes compreendendo também atribuições dos Agentes de Endemias e a possibilidade de financiamento de outras modalidades de equipes da APS para além das eSFs (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Não obstante, as mudanças na organização da APS continuaram e, em 2019, houve a publicação da portaria nº 2.979, de 12 de novembro 2019, que instituiu o Programa Previne Brasil, que estabeleceu um novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2019).

Ao instituir as equipes multiprofissionais na APS, o SUS realizou uma aposta no cuidado realizado por diferentes profissões da saúde em conjunto como forma de qualificar a atenção à saúde centrada no usuário. Entretanto, a precarização das políticas sociais impacta essa composição, tais como a das eAP, direcionando o cuidado para atendimentos individuais e focados na doença. A retirada dos ACS das equipes fragiliza o cuidado focado nas

necessidades do território, intervindo no modelo de atenção à saúde (GIOVANELLA; FRANCO; DE ALMEIDA, 2020).

Outro exemplo de precarização recente da APS foi o desfinanciamento a nível federal do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), composto por diversas categorias profissionais, como nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia, saúde coletiva, psicologia, fonoaudiologia, serviço social, dentre outras. Recentemente foi publicada a Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023, que restabeleceu o financiamento após a mudança de governo (BRASIL, 2023b). No entanto, o objetivo da portaria foi instituir um incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais (e-Multi) na atenção primária à saúde. Ou seja, adequar as equipes NASF-AB à lógica do Programa Previne Brasil, desfazendo-se da nomenclatura NASF-AB para e-Multi, instituindo o pagamento por desempenho com o uso de indicadores e descaracterizando o modelo de apoio matricial por meio dos eixos clínico-assistencial e técnico-pedagógico, que deixam de existir como ações das e-Multi.

Nesse contexto de precarização da saúde e profundas mudanças desde o financiamento até a composição das equipes da APS, a interprofissionalidade é incentivada na Portaria nº 635, como uma das ações da e-Multi: “atenção interprofissional, de modo a superar a lógica de fragmentação do cuidado que compromete a corresponsabilização clínica”. Assim, para compreender por que a interprofissionalidade tem sido apoiada na APS, a seção seguinte retomará marcos históricos no contexto brasileiro sobre a política de reorientação da prática profissional e a interprofissionalidade.

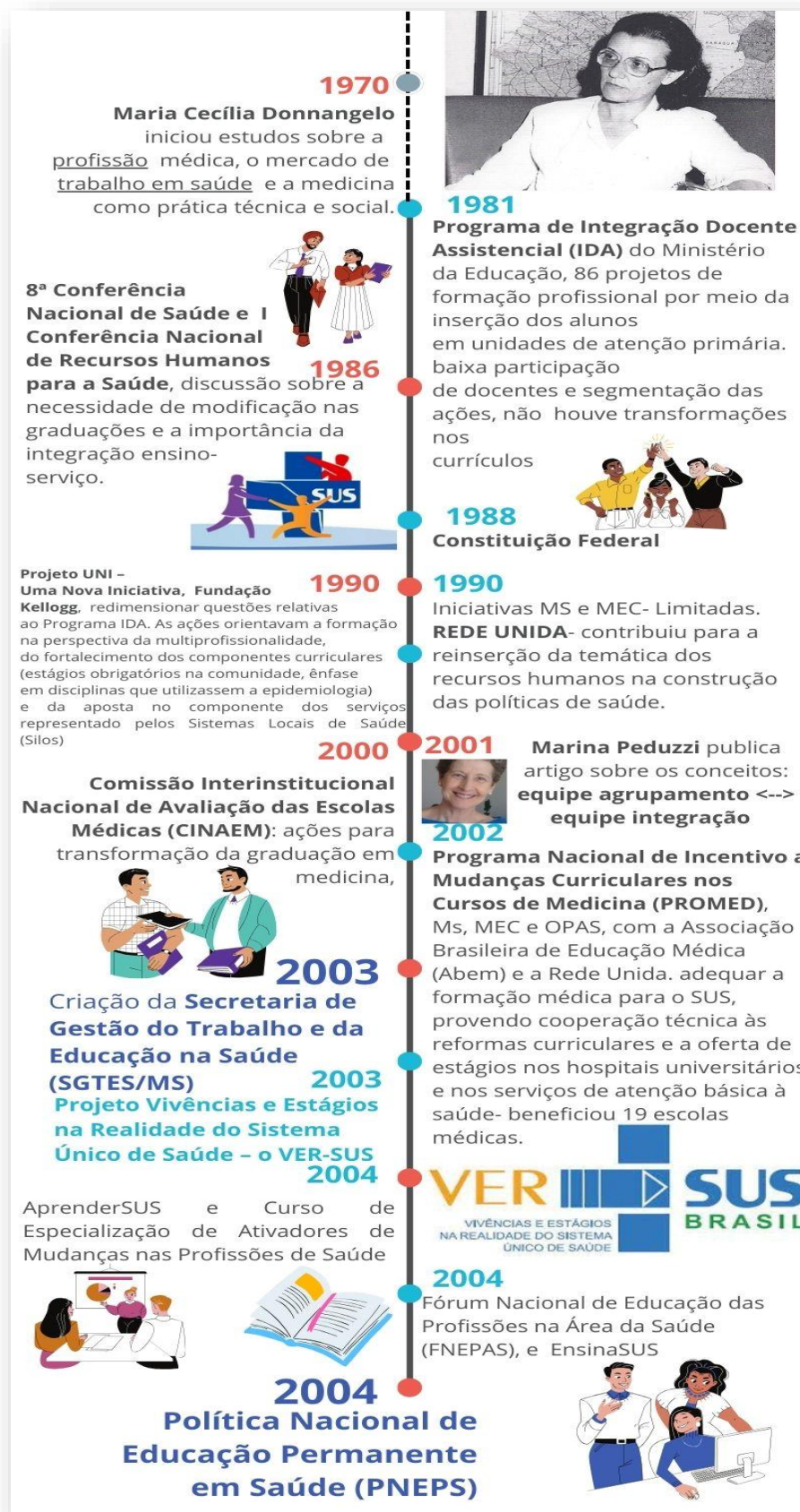
2.1.1 Marcos Históricos: as mudanças de orientação sobre a prática profissional e a interprofissionalidade

A interprofissionalidade se insere no Brasil no âmbito das políticas de saúde como mais uma das iniciativas de qualificação da força de trabalho para o SUS através da educação permanente em saúde e da educação interprofissional, que articulam a formação às práticas desenvolvidas pelos serviços de saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). A política de reorientação da formação profissional em saúde tem ações voltadas à integração ensino-serviço-comunidade com ênfase na atenção primária, à integralidade do cuidado como eixo fundamental e reorientador das práticas na formação e qualificação de profissionais para o SUS, e à reformulação do projeto político-pedagógico dos cursos de graduação na saúde a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). Importante destacar que as políticas de gestão da educação em saúde foram impulsionadas pela criação da

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003, no Ministério da Saúde.

Dentre os ganhos com a criação dessa secretaria estão a organização política e um maior direcionamento da qualificação da força de trabalho para o SUS. A figura 2 apresenta uma linha do tempo sobre a política de reorientação da formação e a interprofissionalidade, suas principais normativas e ações desenvolvidas no âmbito do SUS.

Figura 2. Marcos Históricos na política de saúde brasileira sobre a prática profissional e a interprofissionalidade, 2023.





2005

Portaria conjunta nº 2.118: cooperação MEC-MS instituído o **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)**-estabelecimento de mecanismos de cooperação técnica entre gestores do SUS e as instituições acadêmicas e a ampliação da duração da prática educacional nos serviços do SUS. cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia.

2005

Portaria Interministerial (MEC/MS) nº 2117- instituí o **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde**, MEC-MS tem se constituído como uma proposta de política de formação profissional para o SUS.

2007

Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde e Pró-Saúde é ampliado para os demais cursos da área de saúde (Pró-Saúde II)

2007

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde)

Portaria Interministerial (MEC/MS) nº 077, de 12/11/2009 **cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).**



2010

PET-Saúde passa por mudanças possibilitando o desenvolvimento de grupos PET temáticos em Saúde da Família, Vigilância em Saúde e Saúde Mental.



2010

Lançamento do **Marco para a Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa** pela Organização Mundial da Saúde.

2015

I Colóquio de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (I CIETIS). Organizado pela Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (REBETIS)



2016

Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas (REIP) proposta na Colômbia durante a reunião promovida pela Opas/OMS: "Educação Interprofissional em Atenção à Saúde: Melhorar a Capacidade de Recursos Humanos para alcançar a Saúde Universal"

2017



Relatório Final da Oficina de Alinhamento Conceitual sobre Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (MS, 2017)



2017

RESOLUÇÃO Nº 569 DE 8 DE DEZEMBRO DE 2017 - Conselho Nacional de Saúde: princípios gerais sobre o SUS a serem incorporados nas DCN nos 14 cursos de graduação da área da saúde

2018

Plano de Ação para Implementação da EIP (MS e OPAS, 2018)



2018

PETSaúde/Interprofissionalidade: ação do plano nacional para a implementação da EIP no Brasil (anos 2018 e 2019) apresentado à Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS / OMS) pelo Ministério da Saúde, em conjunto com Ministério da Educação e Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde.

2021

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 4 DE MARÇO DE 2021 (MS/SGTES)- Consolidação das normas sobre gestão do trabalho e da educação na saúde.

instituída em 1999, a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH); dá orientações e diretrizes para a concessão de bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptoria para execução do programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE)



2022



2021

PORTARIA GM/MS Nº 1.598, DE 15 DE JULHO DE 2021



Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2022

Com 8 mil participantes, a décima edição do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) abordou o tema Gestão e Assistência. Universidades e secretarias de saúde de todo o país executaram 142 projetos, oportunizando o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS).



2023

É um instrumento de gestão com metodologia de coleta de dados e de integração de base de dados para realização do mapeamento, monitoramento e avaliação da capacidade instalada do SUS no processo de formação de profissionais de saúde e na integração ensino-serviço em saúde.

11ª Edição: Equidade

2023
Chamada para conviuar as secretarias de saúde e as Instituições de Ensino Superior (IES) públicas ou privadas sem fins lucrativos a submeterem projetos, com vistas à seleção no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde: Equidade).



Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS

o Valoriza GTES-SUS, vai destinar R\$ 72 milhões para apoiar estados nas ações de gestão do trabalho e educação na saúde e busca assegurar o financiamento e a transferência dos recursos federais para o fortalecimento da capacidade de gestão dos estados na implantação e execução dos Planos Estaduais de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde,



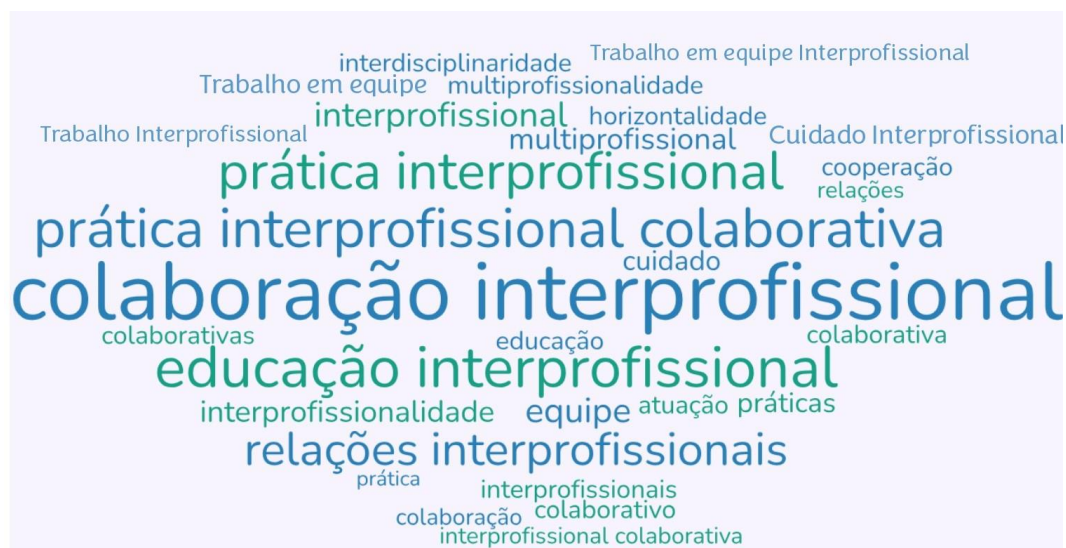
É possível observar na figura 2 a aproximação entre os Ministérios da Saúde e o Ministério da Educação, especialmente de forma institucional, a partir de 2003. A interprofissionalidade começou a ser preconizada como política importante para a qualificação da formação em saúde a partir da publicação do Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (EIP), em 2010 (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). A influência de organismos internacionais induziu a política de reorientação da formação para o SUS a partir da agenda da EIP solidificou-se com o Plano de Ação para implementação da EIP firmado entre Ministério da Saúde e Organização Panamericana da Saúde (OPAS) em 2018, com amplo apoio da REBETIS (Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional).

A partir do conhecimento dos marcos históricos e de como a interprofissionalidade começou a ser inserida na formação e no trabalho no SUS, a próxima seção discutirá o conceito de interprofissionalidade, suas ramificações e relações com outros conceitos. Além das principais autoras brasileiras e estrangeiras que construíram o arcabouço conceitual da interprofissionalidade.

2.2 A POLISSEMIA DA INTERPROFISSIONALIDADE

A figura 3 apresenta os diversos termos que podem ser encontrados na literatura publicada desde a década 1990 envolvendo o conceito de interprofissionalidade. Não é pretensão deste trabalho assumir uma única definição, mas explorar nesta seção as diferentes conceituações sobre esse mesmo fenômeno no campo da saúde.

Figura 3. Termos associados à interprofissionalidade, 2023.



Fonte: elaborado pela autora (2023).

A interprofissionalidade compreende uma prática coesa e integrada entre profissionais de saúde de diferentes categorias, que busca fornecer uma atenção à saúde centrada nas necessidades dos usuários, de sua família ou população de determinado serviço de saúde. Na literatura mais recente se encontrará uma divisão estratégica no arcabouço desse conceito em educação interprofissional e prática colaborativa ou trabalho interprofissional (CECCIM, 2018; D'AMOUR; OANDASAN, 2005; PEDUZZI et al., 2020a).

Ana Ecilda Ellery aponta a importância de diferenciar a interprofissionalidade da interdisciplinaridade. A autora aponta que, no âmbito disciplinar, o prefixo “inter” se refere à integração assim como na categoria interprofissionalidade. Por outro lado, “disciplinar” se refere aos saberes, a um plano do conhecimento, que também historicamente apresenta fragmentação e, pela própria influência do modelo biomédico, ocasiona a desconexão entre os conhecimentos (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; ELLERY, 2018).

O mesmo percurso se dá com a multiprofissionalidade e a uniprofissionalidade. Muitas categorias profissionais iniciaram-se no Brasil como profissões liberais e só tiveram a sua entrada nas políticas públicas no final do século XX, como foi o caso da psicologia e da nutrição. A psicologia, por exemplo, tornou-se regulamentada como profissão no Brasil em 1962, em plena Ditadura Militar, incorporando conceitos e modelos explicativos internacionais e, a partir da proibição de práticas grupais e qualquer tipo de organização social pela Ditadura, a área tornou-se focada em atendimento individual em consultórios particulares, voltados para a classe mais abastada e coadunando com a ideologia dominante do período (GONÇALVES, 2010; MOTTA; CARVALHO, 2015). É importante destacar como esse contexto repercutiu na incorporação da psicologia na saúde ainda centrada no atendimento individual e clínico, com forte ênfase das psicoterapias – técnica de tratamento psicológico com ênfase em correntes teóricas que abarcam o estudo sobre os sujeitos e sua subjetividade. Assim, a formação direcionada para a prática clínica de consultório levou as profissionais da psicologia a atuarem de forma uniprofissional mesmo em equipes com diferentes categorias.

A criação do Programa Saúde da Família, hoje Estratégia Saúde da Família, modificou esse cenário ao propor equipes de diferentes categorias profissionais a atuarem juntas (BRASIL, 2010a). O NASF-AB, criado em 2008, aprofunda essa discussão quando, além de propor equipes multiprofissionais – formadas por profissionais de diferentes categorias –, propõe que essas equipes atuem em dois eixos: o clínico assistencial – atendimento direto à população – e o técnico-pedagógico – apoio matricial e apoio institucional às equipes de

saúde da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Essa proposta, além de arrojada, direcionou a prática dos profissionais da saúde à ruptura com o modelo uniprofissional e provocou-lhes a trabalharem em equipe de forma multiprofissional. No entanto, o que deveria culminar em integração resultou apenas em interação, que, por vezes, demonstra uma justaposição dos profissionais na equipe, em que cada um desenvolve o que lhe cabe e pouco ou nada é compartilhado com os demais integrantes (DE ARAÚJO et al., 2017; PEDUZZI et al., 2020b).

Nesse sentido, a interprofissionalidade desponta como uma categoria teórica que vai além do agrupamento de diferentes profissionais em uma mesma equipe, mas que busca a colaboração no processo de trabalho e o compartilhamento de saberes (ELLERY, 2018b). Nesse sentido, em meados de 2001 (PEDUZZI, 2001), uma importante contribuição a esse debate foi feita a partir das produções de Marina Peduzzi e seus colaboradores, com o conceito de equipe-integração e equipe agrupamento, que destacaram os principais atributos para caracterizar um outro tipo de equipe de trabalho:

(...) articulação das ações, comunicação entre os profissionais, construção de um projeto comum, divisão social do trabalho que transmuta diferenças técnicas em desigual valor social dos agentes, reconhecimento das especificidades dos trabalhos especializados, autonomia profissional de caráter interdependente, flexibilidade da divisão do trabalho e interdependência das ações e profissões (PEDUZZI et al., 2020c, p. 08).

A partir dessa diferenciação, alguns atributos se consolidaram como elementos chave para uma atuação em equipe de forma colaborativa e interprofissional: a comunicação e a interação social (ELLERY, 2018c; PEDUZZI, 2001; PEDUZZI et al., 2020d). Um dos modelos que se destaca ao explicar o processo de trabalho envolvendo a interprofissionalidade é o de Ana Ecilda Ellery, que aponta três dimensões de processos: cognitivos, pragmáticos e subjetivos, sendo o trabalho interprofissional a síntese desses processos. O processo cognitivo descreve a socialização e a integração de conhecimentos entre as diferentes categorias visando à ampliação de conhecimentos e de interpretação dos fenômenos em saúde, já o processo pragmático envolve a consequência prática dessa ampliação de conhecimentos, que é a mudança das práticas profissionais, que se tornam mais colaborativas. No entanto, não apenas de processos cognitivos e pragmáticos o processo de trabalho interprofissional é formado. O processo subjetivo refere-se aos **afetos e desejos** dos profissionais que permeiam toda a interação, culminando em conflitos, disputas de poder, processos de identificação e muitos outros processos afetivos (ELLERY, 2018d).

Ricardo Burg Ceccim contribui para a conceituação da interprofissionalidade ao desvendar o prefixo “inter”, que indica “no interior de dois” (CECCIM, 2018). Para Ceccim,

essa indicação aponta dois caminhos: o encontro de duas profissões e a operação em que se obtém um conjunto de elementos comuns a duas ou mais profissões. Ceccim destaca dois termos relativos à interprofissionalidade, tais como a natureza das ações de “campo”, que congregaria esse “comum de dois ou mais” e que faz oposição ao “núcleo” das profissões, aquelas práticas exclusivas e delimitadas de cada profissão (CECCIM, 2018). O autor provoca seus leitores ao ensaiar a mudança de prefixo do “inter” para “entre”, dando origem à “entreprofissionalidade” e pontuando que “entre” não possui interior e se mostra espaço aberto para construção. Ceccim destaca que não há interprofissionalidade ou entreprofissionalidade sem a multiprofissionalidade, pois esta emerge em territórios ocupados por diversos profissionais. Além disso, as interseções com a interdisciplinaridade são necessárias, pois partem de uma aceitação ativa da multiplicidade de saberes (CECCIM, 2018).

2.2.1 Um foco no trabalho interprofissional

A definição estratégica da literatura sobre interprofissionalidade, que diferencia a educação interprofissional do trabalho interprofissional, assume uma relevância neste estudo, que busca aprofundar-se no trabalho interprofissional (D'AMOUR; OANDASAN, 2005). Como pode ser visto nas seções anteriores, há uma diversidade de sentidos atribuídos ao conceito de interprofissionalidade. Portanto, esta seção se dedicará a apresentar diferentes matizes do trabalho interprofissional conforme os autores do campo da saúde que têm se dedicado a estudar o tema.

Ao buscar o termo “trabalho interprofissional” no site dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS/MeSH), não há retorno para a busca, e os termos encontrados mais próximos encontrados nesse tesouro são “práticas interdisciplinares” e “educação interprofissional”. Ao realizar a mesma busca no MeSH, o tesouro da língua inglesa, localiza-se o termo “relações interprofissionais”, definido como “a interação recíproca de dois ou mais profissionais”. A definição apresentada lembra muito a cunhada em 1997 pelo CAIPE – *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* – para “educação interprofissional” no Reino Unido: “ocasiões em que duas ou mais profissões aprendem juntas com o objetivo de cultivar a prática colaborativa” (BARR; LOW, 2013; CAIPE, 2023).

Um dos artigos mais antigos encontrados neste trabalho sobre o tema colaboração interprofissional na atenção primária foi publicado em 1987, por pesquisadores da Inglaterra, que realizaram uma pesquisa com médicos entre 1982 e 1983, buscando identificar se havia colaboração entre pares de profissionais. Entretanto, o artigo não apresenta uma definição

para colaboração interprofissional, mas utiliza uma escala de identificação que vai de “isolamento”, “encontro”, “comunicação”, “colaboração entre dois profissionais” – membros que agem com simpatia com base nessas informações; participam em padrões de trabalho conjunto; subscrevem os mesmos objetivos gerais que outros, individualmente, na mesma organização – e “colaboração em toda a organização” – organizações nas quais o trabalho de todos os membros é totalmente integrado (BOND et al., 1987).

A primeira definição no Brasil que aborda o trabalho interprofissional foi proposta em 2001 por Marina Peduzzi. Partindo da concepção de trabalho em equipe, ela propõe os termos “equipe agrupamento”, definida como uma justaposição de ações e um agrupamento de profissionais, caracterizada pela fragmentação. Por outro lado, a autora apresenta a “equipe integração”, caracterizada pela articulação das ações e interação entre os profissionais, que buscam uma integração consoante com a integralidade das ações no SUS (PEDUZZI, 2001). Para além da nomenclatura, a pesquisadora investiga a temática e passa a desenvolver no contexto brasileiro um corpus teórico sobre o tema do trabalho em equipe interprofissional.

As pesquisadoras Danielle D’Amour e Ivy Oandasan, em 2005, no Canadá, propõem que a “interprofissionalidade” é um conceito emergente de dois outros: a “educação interprofissional” e a “prática interprofissional”. As pesquisadoras fazem um esforço para delimitar também a “interprofissionalidade” da “interdisciplinaridade” (CECCIM, 2018; D’AMOUR; OANDASAN, 2005; ELLERY, 2018) e apresentam a seguinte definição para a interprofissionalidade:

A interprofissionalidade é definida como o desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas. É o processo pelo qual os profissionais refletem e desenvolvem maneiras de praticar que fornecem uma resposta integrada e coesa às necessidades do cliente/família/população. A interprofissionalidade vem da preocupação dos profissionais em conciliar suas diferenças e seus pontos de vista, às vezes opostos, e envolve a interação contínua e o compartilhamento de conhecimento entre os profissionais organizados para resolver ou explorar uma variedade de questões de educação e atendimento, tudo isso buscando otimizar a participação do paciente (tradução nossa, D’AMOUR; OANDASAN, 2005, p. 09).

Um elemento destacado pelas autoras é a interdependência entre a educação interprofissional e a prática colaborativa, que, ao longo do artigo, também é chamada de “prática interprofissional” (D’AMOUR; OANDASAN, 2005). Em outra publicação do mesmo ano, Danielle D’Amour e colaboradas (2005) realizaram uma revisão de literatura no período de 1990 a 2003 nas bases de dados *Medline*, *CINAHL*, *Sociological Abstracts*, *PsycINFO* e *ABI/INFORM Global (Proquest)*, buscando identificar estruturas conceituais sobre a colaboração interprofissional. Nesse estudo, elas mapearam que o conceito de colaboração interprofissional era definido por meio de cinco conceitos subjacentes: compartilhamento, parceria, poder, interdependência e processo. A autora e colaboradores dão

seguimento às pesquisas construindo dispositivos para compreender como se desenvolve a colaboração interprofissional e uma tipologia que permitiu compreender como atribuir valor à colaboração, que permite classificar/chechar como está se dando a interprofissionalidade nos serviços de saúde.

Um modelo quadrimensional da colaboração foi criado por Danielle D'Amour a partir de serviços da atenção primária no Quebec, Canadá, tendo sua primeira publicação em 1999 (D'AMOUR et al., 2005). O modelo foi estruturado com duas ênfases – interpessoal e organizacional – e tem como bases teóricas a abordagem organizacional de Michel Crozier e Erhard Friedberg e o conceito de ação coletiva da sociologia das organizações. O modelo desenvolvido por Danielle D'Amour aponta que a ação coletiva pode ser analisada por quatro dimensões e dez indicadores: 1) Metas e Visão compartilhadas: objetivos – orientação no cliente *versus* lealdades –; 2) Internalizações: conhecimento mútuo e confiança; 3) Formalizações: ferramentas e intercâmbios de informações e 4) Governança: centralidade, liderança, apoio à inovação e conectividade (D'AMOUR et al., 2005).

Em 2008, Danielle D'Amour e colaboradoras publicaram uma tipologia sobre a interprofissionalidade que até hoje é amplamente utilizada nos estudos de campo sobre a temática (D'AMOUR et al., 2008). As pesquisadoras testaram o modelo quadrimensional em serviços de saúde com prestação de cuidados perinatais nas áreas urbanas e rurais do Quebec, Canadá. A tipologia foi dividida em três: colaboração ativa – os parceiros estabeleceram com sucesso uma colaboração estável que é sustentada apesar das incertezas e dos choques aos sistema de saúde; colaboração em desenvolvimento – a colaboração não está enraizada nas culturas das organizações e pode estar sujeita a reavaliação com base em fatores internos e ambientais – e colaboração potencial – colaboração que ainda não existe ou que foi bloqueada devido a conflitos (D'AMOUR et al., 2008).

Em 2008, também em um esforço de construção teórica, Andreas Xyrichis e Emma Ream (2008), pesquisadores do Reino Unido, realizaram uma análise conceitual sobre trabalho em equipe na saúde com base na literatura publicada em inglês, utilizando o método de Lorraine Walker e Kay Avant de construção de teorias (XYRICHIS; REAM, 2008). A definição elaborada pelos autores foi que trabalho em equipe na área da saúde parece ser:

Um processo dinâmico que envolve dois ou mais profissionais de saúde com experiências e habilidades complementares, compartilhando objetivos de saúde comuns e exercendo esforço físico e mental com foco na avaliação, planejamento ou avaliação do atendimento ao paciente. Isto é conseguido através de uma colaboração interdependente, uma comunicação aberta e uma tomada de decisão compartilhada. Isso, por sua vez, geraria um valor agregado para pacientes, e resultados para órgãos nacionais e para recursos humanos (tradução nossa, XYRICHIS; REAM, 2008, p. 238).

Em 2010, a Organização Mundial da Saúde publicou o “Marco para a Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”, organizado pelas redes de profissões de Saúde, Enfermagem e Obstetrícia, do Departamento de Recursos Humanos para a Saúde, tendo como principais autores Andrea Burton (Canadá), Marilyn Hammick (Reino Unido) e Steven J. Hoffman (Canadá) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). Dentre as principais definições apresentadas no documento, que influenciou grandemente as pesquisas posteriores à sua publicação, estão a de educação interprofissional: “quando duas ou mais pessoas aprendem sobre os outros e entre si, com colaboração para a melhoria dos resultados em saúde”. Outra definição crucial é a de prática colaborativa,

que ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para a atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços. Prática colaborativa inclui o trabalho clínico e não clínico relacionado à saúde, como diagnóstico, tratamento, vigilância, comunicação em saúde, administração e engenharia sanitária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p. 13).

Devido à extensa produção sobre a interprofissionalidade nos países de língua inglesa Canadá e Reino Unido, é possível ver a influência das definições elaboradas por pesquisadores desses países na publicação do Marco. Dentre outras contribuições do documento estão as definições de “coordenação”, ou seja, organização e sincronização de atividades entre diferentes grupos ou partes para alcançar um objetivo comum; “cooperação”, que implica uma interação mais ativa entre as partes, com compartilhamento de informações e recursos e “colaboração”, que envolve a criação de equipes interdisciplinares que trabalham de forma integrada, reconhecendo a contribuição de cada membro como valiosa para alcançar o melhor resultado possível para o usuário. Ao longo do documento, o termo “colaboração interprofissional” também é citado de maneira sinônima à prática colaborativa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

O livro intitulado “*Teamwork for Health and Social Care*” foi publicado em 2010 pelos pesquisadores Scott Reeves, Simon Lewin, Sherry Espin e Merrick Zwarenstein no Reino Unido (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018). Nesse livro, foi realizada uma análise de tipologias de trabalho em equipe com base na literatura dos anos 1980-2010. De tal análise, os autores obtiveram cinco elementos comuns dentro das vinte descrições de trabalho em equipe encontradas: 1) identidade compartilhada; 2) papéis/tarefas/objetivos claros; 3) interdependência dos membros, 4) integração do trabalho; 5) responsabilidade compartilhada. Após a publicação, os pesquisadores ainda complementaram a lista com um sexto elemento: 6) previsibilidade: a urgência e a complexidade do trabalho real de equipe.

Os autores argumentam que há nas várias tipologias propostas para o trabalho em equipe interprofissional uma concepção interna que atribui valor, criando uma escala linear do trabalho em equipe interprofissional em que as equipes podem progredir da extremidade inferior (grupos de trabalho, pseudo-equipes) para a extremidade superior (equipes reais, equipes de alto desempenho). Em contraposição a essas tipologias, os autores propuseram a abordagem contingencial, que leva em conta os seis elementos propostos: identidade compartilhada de equipe, funções/objetivos claros, interdependência, integração, responsabilidade compartilhada e tarefas de equipes (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018) .

Ao propor a abordagem contingencial, Reeves e demais autores (2018) defendem uma concepção matizada do trabalho em equipe interprofissional, em que não há um espectro único, linear e hierárquico do fraco ao forte. Nessa abordagem, as equipes ora apresentam um elemento mais fortalecido, ora outro elemento. O foco das equipes é de se fortalecerem e alcançarem os objetivos clínicos a fim de servirem às necessidades locais dos usuários do serviço de saúde(REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

Outro aspecto crítico nos estudos e modelos teóricos que abordam o trabalho em equipe interprofissional é a ausência da perspectiva sociológica, que engloba elementos do contexto social, político e econômico (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Neste sentido, Reeves e colegas (2018) propuseram um modelo para a compreensão do trabalho interprofissional em suas dimensões relacionais, contextuais e da organização do trabalho, descrevendo uma distinção entre “trabalho em equipe interprofissional”, “colaboração interprofissional” e “trabalho em rede”.

Em 2020, Marina Peduzzi, Heloise Agreli, Jaqueline Alcântara e Helton Souza publicaram no Brasil um ensaio crítico que teve como título “Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito a seus desdobramentos no trabalho interprofissional”, em que apontaram a construção do modelo de Reeves e demais autores (2018), mas acrescentam a esse modelo uma nova camada: a colaboração em rede, com usuários e comunidade (PEDUZZI et al., 2020a).As camadas foram descritas da seguinte maneira:

“Trabalho em equipe”: intenso compartilhamento de valores, objetivos e identidade de equipe, intensa interdependência e integração das ações, que tende a responder a situações de cuidados imprevisíveis, urgentes e de maior complexidade. “Colaboração interprofissional”: forma mais flexível de trabalho interprofissional, com menos níveis de compartilhamento e interdependência das ações. “Trabalho em rede”: reconhece-se ainda maior flexibilidade e menor interdependência das ações, mas com a integração em rede mantida (PEDUZZI; AGRELI, 2018, p. 1526-1527).

Ao discutir sobre a colaboração, as autoras destacam que o “trabalho em rede” corresponde às situações de atendimento que são mais previsíveis e menos complexas e

urgentes. Outro elemento importante é que a rede pode ser virtual, em que os membros interagem *online* e se comunicam de maneira assíncrona (PEDUZZI et al., 2020a). As autoras apontam que não há consenso na literatura sobre o termo “colaboração”, que aparece ora como termo “guarda-chuva” que abriga o trabalho em equipe interprofissional, ora como equivalente ao trabalho em equipe interprofissional (PEDUZZI et al., 2020a). A “colaboração” é, então, definida como uma oportunidade de comunicação frequente, informal, efetiva e recíproca, não requerendo compartilhamento de identidade ou pertencimento à mesma equipe de trabalho, bastando existir o desejo de contribuir com o trabalho coletivo (PEDUZZI et al., 2020a). A figura 4 apresenta as dimensões relacionais, contextuais e da organização do trabalho em equipe interprofissional:

Figura 4. Diferentes formas do trabalho interprofissional nas dimensões relacionais, contextuais e da organização do trabalho, 2023.



Fonte: Adaptação e tradução de Morgan, Pullon e McKinlay (2015) e Reeves e colaboradores (2010), adaptação de Agreli (2017) e Peduzzi e Agreli (2018).

Fonte: Peduzzi e autoras (2020^a)

A partir desta breve síntese da literatura sobre o conceito de trabalho em equipe interprofissional, a próxima seção dedica-se a discutir o trabalho em saúde, suas origens, os paradigmas que o disputam no campo da saúde coletiva e quais relações históricas e sociais compõem a discussão sobre trabalho em equipe desde a criação do termo até o debate sobre o trabalho em equipe interprofissional no Brasil.

2.3 DISPUTAS PARADIGMÁTICAS NA SAÚDE COLETIVA: DESIGUALDADES E AS IMPLICAÇÕES DO CAPITALISMO BIOMÉDICO NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL

O campo da saúde é interpelado, assim como nas Ciências Sociais, por paradigmas científicos. Cabe destacar que o paradigma positivista, oriundo da filosofia positivista de Auguste Comte, e o paradigma interpretativo também estão presentes nas ciências da saúde e, frequentemente, por meio de teorias, modelos e abordagens que disputam continuamente o capital científico (BOSI, 2021a). Para aprofundamento do referencial teórico deste trabalho, a seção a seguir se dedica a definir esses paradigmas, as teorias oriundas do paradigma interpretativo com recorte da teoria crítica adotado por este trabalho e como as disputas aparecem na APS e no trabalho interprofissional.

Um paradigma se distingue de uma teoria por ser um conjunto de abstrações voltadas a descrever a natureza do ser (ontologia) e a natureza do conhecimento (epistemologia). Assim, uma teoria, enquanto “lente” fornece uma família de conceitos, pois compreende um plano de abstrações, mas também pode compreender um plano da práxis (BOSI, 2021b). Sendo assim, a teoria compreende em seu interior os planos ontológico e epistemológico de um paradigma.

O paradigma interpretativo pode ser descrito como um guia para se pensar filosoficamente a pesquisa com enfoque qualitativo, pois engloba princípios ou suposições mais gerais sobre a natureza do ser (ontologia), a natureza do conhecimento (epistemologia) e também fornece um arcabouço de teorias para a compreensão de fenômenos, contextos e processos envolvendo pessoas (BOSI, 2021c). Dentre as máximas desse paradigma, conforme descreve a pesquisadora Maria Lúcia Bosi, estão a compreensão de que as realidades são múltiplas e co-construídas, a possibilidade de uma postura reflexiva da pesquisadora, a compreensão de que verdades são aproximações e perspectivas da realidade, assim como a intersubjetividade que perpassa fenômenos construídos socialmente.

As teorias críticas são inúmeras e se afiliam a tradições teóricas. Bosi (2021) descreve que tradições teóricas são um conjunto de pressupostos, visões de mundo, famílias de conceitos, orientações, procedimentos e práticas. Dentro da tradição teórica do Materialismo Histórico-dialético, por exemplo, temos tradições teóricas críticas como o Marxismo Ortodoxo; o Marxismo Cultural de Lukacs e Gramsci, entre outras. Portanto, este trabalho se afilia ao paradigma interpretativo, por meio da aproximação com a tradição teórica do

Materialismo Histórico-dialético, com recorte da teoria crítica da determinação social da saúde.

O paradigma positivista parte do pressuposto de uma verdade única, que é apreensível, mensurável e identificável. A neutralidade e a objetividade são imprescindíveis ao paradigma positivista, pois há a compreensão de que se lida com fatos. A generalização pressupõe que não há influência do contexto, sendo os enunciados generalizáveis tidos como leis (TRIVIÑOS, 1987a). Quando surgiu na Filosofia, o positivismo de Auguste Comte tinha como influências o empirismo de Francis Bacon, John Locke e David Hume. Em oposição à corrente filosófica da metafísica, o positivismo defendia que o conhecimento estava limitado a verificação, demonstração e experiência. Teve seu desenvolvimento durante os séculos XVI, XVII e XVIII, mas perdurou até o século XX com o positivismo lógico de Ludwig Wittgenstein e o neopositivismo com Burrhus Frederic Skinner e o behaviorismo radical, sendo as duas últimas correntes filosóficas positivistas que propunham haver apenas dois tipos de conhecimento científicos legítimos: empírico, representado pelas ciências naturais, e lógico, representado pela lógica e pela matemática. Os postulados da filosofia positivista originaram o paradigma positivista, que trouxe contribuições para o desenvolvimento do conhecimento científico e influenciou pesquisas em diversos campos como as ciências sociais, saúde e a educação (TRIVIÑOS, 1987b).

O materialismo histórico-dialético de Karl Marx, enquanto tradição teórica, influenciou o campo da saúde coletiva a partir da formulação da lente teórica da determinação social da saúde. Ambas as teorias que embasam este trabalho compartilham o plano ontológico e epistemológico com o paradigma interpretativo com recorte da teoria crítica (BOSI, 2021d). Na saúde coletiva, os paradigmas positivista e interpretativo influenciam a proposição de teorias e métodos. Para compreender essas influências, as seções seguintes se dedicam a abordar as desigualdades sociais em saúde e o trabalho em saúde, a partir das teorias da determinação social da saúde (com sua base no materialismo histórico-dialético) e do capitalismo biomédico/modelo biomédico.

2.3.1 As desigualdades sociais em saúde e a Questão Social

As desigualdades sociais em saúde são definidas como diferenças produzidas socialmente pela inserção dos indivíduos a depender da repartição de poder e da propriedade (BARATA, 2009a). Dentro do campo das pesquisas em saúde, tais desigualdades recebem

diferentes explicações, desde as mais simplistas como a falta de utilização dos recursos disponíveis nos serviços de saúde ou o estilo de vida e a falta das escolhas corretas para uma melhor saúde que originam as desigualdades, até aquelas que põem a responsabilidade em fatores genéticos. Contudo, é só a partir de uma teoria social que se consegue compreender as desigualdades em saúde de forma historicizada. Na América Latina, a perspectiva da determinação social da saúde destacou o processo de reprodução social na saúde, que atrela o conceito de classe social ao processo de produção da saúde e da doença em uma população (BARATA, 2009b; BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018a; PETTRES; DA ROS, 2018a).

A reprodução social consiste em um sistema que afeta os grupos sociais, levando-os a produzirem os padrões de trabalho e consumo, atividades práticas da vida, formas organizativas e de participação social, política e cultural. Todos esses processos, ao se reproduzirem socialmente, afetam a população, sendo determinantes ou mediadores da produção tanto de um estado de saúde quanto de doenças (BARATA, 2009c).

Rita Barata (2009) aponta que, para os pesquisadores da área, há uma dificuldade em operacionalizar a investigação sobre como o capitalismo afeta a saúde da população, o que leva o campo científico em saúde a adotar a estratificação social por meio de variáveis indicadoras da posição social como ocupação, escolaridade, renda e local de moradia, sendo essa última categoria a mais utilizada por possibilitar, a partir do espaço geográfico, a avaliação das condições de vida da população que nele reside (BARATA, 2009d).

Outra perspectiva possível dentro de uma teoria marxista para compreender as desigualdades sociais em saúde é a categoria ou conceito de Questão Social, que pode ser definida como um produto do sistema econômico capitalista, cuja concretude se dá a partir da manifestação das suas expressões: fome, desemprego, opressões, violências, analfabetismo, entre outras. O conceito é oriundo do século XIX, na Europa (anos 1830), a partir do estudo sobre pauperismo (fome), em que se refletiu que antes do capitalismo havia fome devido à escassez de alimentos. Entretanto, mesmo com a abundância de produção de alimentos com o modo de produção capitalista, há uma intensificação da fome, pois a finalidade dessa abundância é o lucro, uma vez que essa é uma produção privada. Conforme há o crescimento da riqueza no capitalismo, há o aumento da pobreza (IANNI, 1991; NETTO, 2001).

O conjunto das desigualdades sociais que produzem a Questão Social é mediado por disparidades de gênero, étnico-raciais e na relação com o meio ambiente de forma regional. É preciso compreender que esse processo é estrutural e enraizado na produção social com a apropriação privada dos frutos do trabalho (IAMAMOTO, 2013a). Ao atingir radicalmente a vida das pessoas, trava-se uma luta permeada por conformismos e rebeldias, que leva da

esfera privada para a pública as relações entre capital e trabalho, possibilitando a luta pela interferência do Estado para ampliação de direitos a partir das políticas sociais (GUIMARÃES, 2018; IAMAMOTO, 2013b). Portanto, é preciso compreender que a força de trabalho tem gênero, raça, etnia, língua, orientação política, orientação sexual e crença religiosa, e tais diferenças atravessam o mercado de trabalho, compondo, assim, as chamadas desigualdades sociais em saúde.

2.3.2 A perspectiva da Determinação Social da Saúde e do Capitalismo Biomédico sobre o trabalho em saúde

O desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva, enquanto área de estudos, na metade do século XX, demarca a inserção de uma crítica às desigualdades sociais em saúde através de referenciais marxistas, o que é denominado de modelo/perspectiva da determinação social da saúde (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018b; PETTRES; DA ROS, 2018b).

Ao longo dos últimos séculos, diferentes formas de explicação do processo saúde-doença existiram, desde o mágico-religioso; o sanitarista, no período da Revolução Industrial; o modelo social, no século XIX, que abordava as condições de vida e de trabalho; unicausal (agentes externos); multicausal (agentes externos, hospedeiros e ambiente), ambos no século XX; modelo epidemiológico; ecológico e histórico-social (no período de 1960-1970), entre outros (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018c). Dentre essas formas de explicação, dois modelos chamam a atenção: o modelo social, no século XIX, e o histórico-social, no século XX. Ambos articulavam a discussão sobre o modo de vida em uma sociedade capitalista e a relação trabalho e saúde, aspectos fundamentais para a consolidação da perspectiva/modelo da determinação social da saúde como lente de análise para o processo saúde doença na América Latina (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018d; PETTRES; DA ROS, 2018c)

A determinação social da saúde começa a ser incorporada na saúde coletiva brasileira no período da Ditadura Militar (1964-1985), pois havia um pensamento da época provocado por uma “saúde pública desenvolvimentista” de que, com o desenvolvimento da economia, haveria melhora das condições de vida e saúde da população, fato que não aconteceu, provando o contrário: quanto mais o capitalismo desenvolvia-se no Brasil, piores se tornavam as condições de vida e saúde da população (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018e). Karl Marx (1818-1883), teórico do século XIX, já apontava isso ao apresentar a Lei Geral de Acumulação capitalista (MARX, 2017), segundo a qual, no capitalismo, a produção em larga escala produz abundância, gerando riqueza, que fica concentrada na mão dos donos dos meios

de produção (capitalistas). Portanto, para continuar seu processo de expansão, o capitalismo utiliza a força de trabalho para reprodução do capital, e não para produção de bem coletivo, ocasionando um processo de alienação (perda de sentido) para o trabalho. Além disso, o sistema capitalista produz uma mão de obra excedente, que fica disponível para a contínua geração de lucro, ocasionando um alto número de desempregados.

O pensamento latino-americano sobre o processo saúde-doença desenvolve-se como medicina social e, no Brasil, como saúde coletiva, com um compromisso de transformar as condições de vida a partir da percepção da relação entre a estrutura social e as condições de saúde, consolidando uma aliança entre movimentos sociais e grupos acadêmicos (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018f). Essa aliança possibilitou a construção do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988 e ficou conhecida como Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2018). No entanto, em um contexto marcado por um novo modelo produtivo e pelo tensionamento entre as classes, o SUS é atravessado por diferentes interesses já desde a sua criação.

O que é denominado modelo biomédico em saúde aponta um interesse do capital no mercado da saúde, principalmente pela inserção de tecnologias duras (maquinário) visando lucro, a expansão da indústria farmacêutica e com uma centralidade no profissional da medicina. No começo do século XX, um documento denominado Relatório Flexner é publicado em 1910, reforçando a base da medicina da Fundação Rockefeller, uma instituição norte-americana responsável por influenciar a formação das profissões de enfermagem e medicina no Brasil a partir da promoção de intercâmbio para bolsistas latino-americanos. O Relatório Flexner reforça que as práticas em saúde deveriam ser concentradas no hospital, na ênfase da cura às doenças, e trazia em seu arcabouço uma explicação unicausal do processo saúde-doença. As doenças eram o foco das intervenções coletivas e havia uma ênfase no combate às epidemias (PETTRES; DA ROS, 2018d). A influência desses valores perdura na atuação técnico-assistencial no SUS até a contemporaneidade.

O trabalho em saúde está inserido no âmbito dos serviços e pode ser definido como um trabalho vivo, ou seja, um trabalho humano que determina a produção do cuidado, mas que interage com diversas tecnologias (MERHY; FRANCO, 2009a). Para Marx, o trabalho vivo é um trabalho produtivo, útil, que atribui sentido à vida humana. O trabalho tem uma centralidade, pois intermedia as relações entre a humanidade e a natureza e entre a humanidade e ela mesma. Trata-se de um elemento constituinte da existência humana, pois torna a humanidade um ser social, produzindo relações sociais com potencial de transformação humana (LEMOS, 2023a). Dentre os pensadores que incorporaram a crítica

marxista na saúde coletiva, está Emerson Merhy, que discute o trabalho vivo e o trabalho morto na saúde por meio das seguintes categorias: tecnologias duras, ou seja, instrumentos, maquinários, insumos; tecnologias leves-duras, isto é, o saber técnico-estruturado adquirido em âmbito profissional; e tecnologias leves, ou seja, relações forjadas no encontro entre profissionais da saúde e usuários do SUS (MERHY; FRANCO, 2009b).

O trabalho em saúde é coletivo, pois as (os) trabalhadoras (es), seja com ensino superior, médio ou técnico, são fundamentais para uma atenção integral à saúde. É a partir desse trabalho coletivo que o cuidado é ofertado e que se obtém sentido no trabalho. É preciso compreender que o setor saúde não dá conta do processo saúde-doença e que uma profissional sozinha não pode resolver todos os problemas e necessidades trazidos à sua escuta por uma pessoa que busca a assistência em saúde (MERHY; FRANCO, 2009c).

A reestruturação produtiva do capital atravessa o trabalho em saúde no século XX com as alterações nos modelos de produção. O fordismo, caracterizado pela produção em massa, visando ao aperfeiçoamento da linha de montagem e em uma divisão de tarefas hierarquizada e sistemática, foi acompanhado de políticas públicas de emprego, direitos e cidadania, possibilitando nos países do Norte Global um Estado de bem-estar social. O fordismo/taylorismo permaneceu hegemônico durante muitas décadas, mas entrou em crise por volta dos anos 1970, quando internacionalmente a luta de classes e a crise no capitalismo central se agravaram, com trabalhadores insatisfeitos com o modelo de tarefas maçantes e repetitivas, colocando em risco o processo de acumulação. Esse processo, no Brasil, deu-se na década de 1990 (LEMOS, 2023b; PIRES, 2000). Somado à insatisfação da classe trabalhadora, houve mudanças culturais como a queda do muro de Berlim, o aumento do desemprego, a derrocada do socialismo e a queda no consumo.

A resposta do sistema capitalista é a implantação de um novo modelo de desenvolvimento, o toyotista, e a instituição do neoliberalismo. O toyotismo é um modelo de produção japonês que se disseminou pela flexibilidade, agilidade e capacidade de respostas eficazes e eficientes às novas demandas do mercado (LEMOS, 2023c). Dentre os elementos que compõem esse modelo de produção está a solicitação por maior envolvimento dos trabalhadores no planejamento e no cuidado de qualidade das empresas. Forma-se uma noção de família empresarial, com maior autonomia nos processos de produção e com investimento na educação profissional por meio da pedagogia das competências. Um conceito importante desse modelo é o trabalho em equipe, que prevê a superação da fragmentação do trabalho, buscando a inovação pela equipe, com produção em pequenos lotes e baseada nos princípios

da flexibilidade, dinamismo e contemplação dos desejos dos clientes (ANTUNES, 2009; LEMOS, 2023d).

É o toyotismo que dará sustentação para o pleno desenvolvimento do neoliberalismo, sendo este uma doutrina, uma ideologia que se desdobrou do liberalismo econômico de Adam Smith, mas que não configura uma continuidade, pois o capitalismo reinventa-se buscando manter sua manutenção e seu processo de reprodução e acumulação se radicaliza com o neoliberalismo (LEMOS, 2023e; TAVARES, 2009). A publicação do livro “O Caminho da Servidão”, do economista Friedrich August Von Hayek, lançado em 1944, apresenta as ideias liberais de Estado mínimo, a desigualdade social como prática que promove a competitividade, e que, por isso, seria saudável para o crescimento de toda a sociedade. Criase uma ideologia do mercado como centro para regulação da vida social (LEMOS, 2023f).

A ideia central do neoliberalismo é a liberdade econômica pautada no livre mercado e no Estado mínimo, ou, como argumenta José Paulo Netto, no Estado máximo para o capital (NETTO, 1995 apud LEMOS, 2023g). Dentre as teses neoliberais estão a diminuição das políticas sociais – saúde, educação, assistência social, cultura, segurança, entre outras –; a privatização dos serviços públicos como solução eficiente do mercado privado à suposta má administração pública e a despolitização das relações sociais com o incremento do individualismo (LEMOS, 2023h). No Brasil, os dois governos que se seguiram à redemocratização, isto é, de Fernando Collor de Mello (1990-1992) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), foram marcados por políticas neoliberais, pois colocaram em vigência um amplo projeto de privatizações sob a roupagem de “modernização”. No governo FHC, a proposta de modernizar que veio com o “Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado” imprimiu na administração pública uma lógica gerencial, flexível e eficiente, visando ao controle de resultados e qualidade dos serviços (LEMOS, 2023i). Em 2003, com a eleição histórica de um partido de esquerda para o Governo do Brasil, com Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011), paradoxalmente presenciou-se um dos períodos em que planos de saúde, inclusive com capital estrangeiro, mais cresceram no Brasil. Dentre as possíveis explicações para essa expansão estão que um setor do Partido dos Trabalhadores (PT) é favorável ao novo modelo de privatizações; que pode ter existido uma ligação entre financiamento privado da campanha eleitoral e a posterior participação desses empresários na agenda de saúde e, por último, que a forma de governo de presidencialismo de coalizão favoreceu para que a agenda de saúde estivesse com políticos de centro ou centro-direita (LEMOS, 2023j).

É nesse contexto que o modelo biomédico, antes alicerçado numa explicação unicausal do processo saúde-doença, mas já voltado aos interesses do capital, vai ganhando

formas de um capitalismo biomédico, definido como um modelo de gestão de saúde que, inspirado no neoliberalismo e nos valores utilitaristas, perpassa o setor saúde (MARTINS et al., 2014a). A ideologia do utilitarismo apregoa que toda atividade humana é quantificável e mensurável e, dessa maneira, a competição, o produtivismo e o individualismo são valores inerentes a esse pensamento, explicados a partir da lógica da flexibilização do trabalho, exaltação ao espírito do capitalismo e enfraquecimento do Estado (MARTINS et al., 2014b). Como descrevem Martins e colaboradores (2014), a lógica produtivista é própria do capitalismo biomédico:

(...) a lógica médico-mercantil privilegia a redução das práticas médicas a um jogo de interesses econômicos e utilitários entre médicos-capitalistas e doentes-consumidores. De um lado, há uma importante acumulação do capitalismo biomédico (empresas produtoras de equipamentos, laboratórios médicos, hospitais privados, corporações de profissionais, empresas de seguro saúde) e de outro, os serviços desse capitalismo são destinados prioritariamente aos que podem pagar mais dinheiro por eles (MARTINS et al., 2014c, p. 11).

O modelo de gestão misto brasileiro demonstra todas as dificuldades de se conciliar o SUS, um sistema universal de acesso à saúde, com as lógicas privadas e elitistas, pois as lógicas se sobrepõem à política de saúde a partir dos *lobbies* privados a seu favor (MARTINS et al., 2014d). Dentre os eventos mais recentes, as políticas neoliberais tornaram-se híbridas com o Estado. Com o golpe contra a presidente eleita Dilma Rousseff (2011-2016), políticas neoliberais como a Emenda Constitucional nº 95 se intensificaram. A EC nº 95 estabelece um novo regime fiscal, impõe um teto de gastos apenas para políticas sociais por um período de 20 anos, desconsiderando as necessidades da população, o impacto do crescimento populacional, a transição demográfica e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e de causas externas, como pandemias (MATTIONI; ROCHA, 2023; MENDES; MELO; CARNUT, 2022a). Um estudo de Souza e colaboradores (2019) demonstrou que, com a emenda 95, houve um corte de 60,2 bilhões de reais nos programas de segurança alimentar e nutricional, nas ações de enfrentamento ao racismo e promoção da igualdade racial e nas políticas para as mulheres e habitação decente.

Os impactos em longo prazo foram calculados no trabalho de Francesconi e colaboradores (2020), que realizaram um estudo de modelagem matemática avaliando o impacto da Emenda Constitucional 95, associada a uma redução da Estratégia Saúde da Família e a uma possível extinção do antigo Programa Mais Médicos. Os resultados apontaram que, entre 2017 e 2030, podem ocorrer cerca de 48,5 mil mortes evitáveis, um aumento de 8,6% de mortes nas populações acompanhadas pelo SUS (FRANCESCONI et al., 2020).

O governo neoliberal autoritário de Jair Bolsonaro impulsionou o Programa Previne Brasil, que é mais um exemplo desse capitalismo biomédico perpassando a política de saúde (BRASIL, 2019a; MENDES; MELO; CARNUT, 2022b). Além de modificar o modelo de financiamento, que antes era previsto para que a atenção primária à saúde recebesse a partir de dois blocos de financiamento – piso da atenção básica fixo e variável –, que hoje se tornou totalmente variável, o Previne Brasil implementa uma distribuição de recursos baseada no produtivismo das equipes. Elas devem cumprir indicadores, que transformaram o processo de trabalho direcionando-o a rastrear determinadas doenças, ignorando as necessidades de todo o território das equipes, desconsiderando a capacidade local e as profundas desigualdades regionais no Brasil que impactam os profissionais a conseguir ou não alcançar os indicadores propostos (BRASIL, 2019b; MENDELSON et al., 2017). Além disso, há uma lógica de protagonismo dos profissionais de determinadas categorias em detrimento de outras, havendo maior repasse para Medicina, Odontologia e Enfermagem.

2.3.3 O trabalho interprofissional na atenção primária à saúde: implicações do capitalismo biomédico.

O trabalho interprofissional está inserido no conceito de trabalho em saúde, mas qual a relação que esse conceito desenvolve com o capitalismo biomédico que perpassa a gestão da saúde pública? O questionamento posto tem ainda pesquisas incipientes. Preconizado por organismos internacionais, os mesmos que divulgam por meio de seus manuais e relatórios as lógicas neoliberais atuais, e com características que foram constituídas no toyotismo (trabalho em equipe) (LE MOS, 2023k). A realidade vivenciada pelas trabalhadoras da saúde é a mesma à qual estão sujeitos os trabalhadores na contemporaneidade: a captura da subjetividade, que se dá pela integração das suas iniciativas afetivo-intelectuais nos objetivos de produção (ALVES, 2008). Há um envolvimento dos trabalhadores com desafios que os instigam a superar problemas antes de eles surgirem e, assim, sempre envolvidos com o trabalho – extensão deles mesmos –, nunca se desvinculam da produção, pois seus pensamentos estão capturados.

O utilitarismo na relação entre profissionais da saúde e usuários do SUS se expressa em uma relação de mercadoria, quando esse profissional vê o usuário como tal, conforme descrito no estudo de Martins e Alexandre (2004), que explicitam a relação de mercantilização entre profissionais da medicina e pacientes em hospitais públicos. Os autores destacam que o cenário mundial daquele período apontava uma onda utilitarista na saúde, que

se evidenciava pela crescente instrumentalização do conhecimento médico, pela submissão dos valores da Medicina ao capitalismo biomédico e às lógicas mercantis e econômicas (MARTINS; ALEXANDRE, 2004).

Pensar o trabalho interprofissional como estratégia formativa e lógica do trabalho em saúde requer compreender as disputas às quais esse trabalho está submetido. A reflexão e a práxis podem ser enfrentamentos possíveis à captura de subjetividades perpetrada pelo neoliberalismo. Para tanto, há que se problematizar quem é a força de trabalho que compõe o setor saúde, majoritariamente feminino e cisgênero, que atende majoritariamente trabalhadores e população negra. Quais são as barreiras que o trabalho interprofissional apresenta nesse contexto? Existem análises que refletem sobre o sistema capitalista nos estudos sobre o trabalho interprofissional?

Uma *overview* de revisões sistemáticas internacionais avaliou quais são as barreiras encontradas no setor saúde para o trabalho interprofissional (RAWLINSON et al., 2021a). Esse método é uma revisão guarda-chuva que integra informação de outras revisões sistemáticas para fornecer uma síntese compreensiva, adotando os mesmos critérios de uma revisão sistemática: utilização do *checklist* PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), metodologia do Instituto Joanna Briggs, com avaliação de qualidade metodológica. A referida *overview* de revisões selecionou 29 revisões sistemáticas a partir de nove bases de dados: MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PSyINFO, a base de dados da Cochrane para Revisões Sistemáticas, Base de dados da JBI, DARE, PROSPERO e Epistemonikos. Para descrever as barreiras localizadas, o grupo de pesquisadores utilizou um nível de intervenções (sistema, organizacional, interindividual e individual), conforme o quadro 1:

Quadro 1. Barreiras à colaboração interprofissional, 2021.

Sistema	Restrições financeiras
	Mecanismos de pagamento e políticas de reembolso inadequadas
	Falta de apoio político/ legislação desfavorável
	Nenhuma abordagem multidisciplinar no treinamento
	Fragmentação do cuidado

Organizacional	Recursos humanos (falta de tempo, falta de profissionais)
	Falta de treinamento relacionado a implementação de intervenções
	Falta de apoio organizacional e liderança
	Falta/ineficiência de compartilhamento de sistemas de dados
	Restrições de acesso e de espaços
	Organização ineficiente (incluindo o sistema de referência)
Interindividual	Falta de clareza em relação aos papéis, dos limites/responsabilidades
	Comunicação pobre
	Desejo de proteger o território/ a identidade profissional
	Desequilíbrio de poder devido a hierarquia tradicional entre as disciplinas
	Depreciação das contribuições/habilidades de outros profissionais
	Falta de objetivos em comum
	Diferentes culturas/ideologias/estilos de trabalho
	Falta de coesão de equipe
Individual	Dúvidas sobre os benefícios do trabalho interprofissional
	Resistência à mudança (trabalho interprofissional é muito pesado, falta de motivação)
	Preocupações com a confidencialidade do paciente

Fonte: adaptado de Rawlinson e demais autores (2021b).

A conclusão do estudo é que se devem direcionar as barreiras levantadas para guiar os tomadores de decisões para implementação da colaboração interprofissional e que a educação interprofissional se beneficiará do levantamento realizado pelo estudo (RAWLINSON et al., 2021c). Apesar do extenso levantamento e da ampla corroboração da literatura com as

barreiras identificadas, não há na discussão do estudo menção ao modo de produção capitalista e as profundas transformações no mundo do trabalho que atravessam o trabalho em saúde, tais como a precarização, a intensificação do labor, a “uberização”, a “pejotização”, entre outras. Além disso, não se aborda no estudo a divisão sexual e racial do trabalho como fundamento do trabalho em saúde, restando um aspecto descritivo e sistemático da síntese realizada.

O parágrafo anterior aponta quais são as repercussões a nível micro do sistema capitalista a partir da precarização e informalização crescente no trabalho vivo como no trabalho em saúde. Existem, porém, outros elementos que demonstram essa implicação, que são da ordem subjetiva. O primeiro conceito que nos auxilia é a alienação no trabalho, que na saúde aparece na mercantilização da relação profissional de saúde-usuário, no tecnicismo no trabalho e também na falta de espaços de reflexão (BARRETO; MENDES, 2023; MOREIRA et al., 2022).

A “uberização” pode ser compreendida como um novo tipo de gestão e controle da força de trabalho com a consolidação do serviço sob demanda e a plataformização como dependência de plataformas digitais para executar atividades (ABÍLIO; AMORIM; GROHMANN, 2021a). No contexto da saúde, esses processos de informalização do trabalho contemporâneo aparecem na contratação de profissionais apenas como microempreendedores individuais (MEI), a chamada “pejotização”, pelos serviços de saúde privados e públicos. A contratação como pessoa jurídica, não deveria, por lei, ser aplicada a profissionais da saúde que possuem conselhos de classe e regulamentação jurídica, conforme o Parecer Técnico do Conselho Federal de Enfermagem de 2021 nº 0042(COFEN, 2021), que aponta a ilegalidade da contratação de profissionais técnicos de enfermagem e enfermeiras como MEI.

Ricardo Antunes (2002), em um ensaio intitulado “Trabalho e Superfluidade”, afirma que o trabalho vivo – trabalho produtivo –, como a saúde e a educação, não será extinto pelo trabalho morto – trabalho improdutivo. Entretanto, a era informacional que o capitalismo contemporâneo vivencia no século XXI está transformando o trabalho, provocando uma intensificação da precarização e dos ritmos e processos do trabalho, pois o metabolismo social precisa cada vez menos de um trabalho estável e cada vez mais de um trabalho flexível e diversificado. Antunes (2002) descreve como trabalho intelectual da classe trabalhadora está sendo transformado na era informacional:

A partir do momento em que, pelo desenvolvimento de softwares, a máquina informacional passa a desempenhar atividades próprias da inteligência humana, o que se pode presenciar é um processo descrito por [Jean] Lojkine, como objetificação das atividades cerebrais junto a maquinaria, de transferência do saber intelectual e cognitivo da classe trabalhadora para a maquinaria informatizada. A

transferência das capacidades intelectuais para a maquinaria informatizada, que se converte em linguagem de máquina [inteligência artificial], própria da fase informacional, através de computadores, acentua a transformação do trabalho vivo em trabalho morto, mas não pode eliminá-lo (ANTUNES, 2002, p. 41).

O que Antunes (2002) compartilhou em seu texto a partir de reflexões do sociólogo Jean Lojkin é que a era informacional, em sua nova fase do capital, está se apropriando da dimensão intelectual, das capacidades cognitivas, buscando envolver fortemente a subjetividade dos, das e des trabalhadores. Assim, uma vez que parte do saber intelectual é transferido para as máquinas informatizadas, que só evoluem e se tornam mais inteligentes usando o saber da humanidade – como o Google Tradutor, que desenvolve sua *machine learning* a partir de tradutores de todo o mundo que foram mal pagos e tiveram o trabalho precarizado. Além disso, após o processo de apropriação, como as máquinas não podem suprimir o trabalho humano, faz-se necessária uma maior interação entre a subjetividade humana e a nova máquina inteligente (ANTUNES, 2002):

Neste processo de maior interpenetração entre atividades produtivas e improdutivas, entre atividades fabris e de serviços, entre atividades laborativas e atividades de concepção, que se expandem no capital o processo de reestruturação produtiva do capital. Esse envolvimento interativo aumenta ainda mais o estranhamento e alienação do trabalho, amplia formas de reificação, distanciando ainda mais a subjetividade do exercício de uma vida autêntica e autodeterminada (ANTUNES, 2002, p. 43).

Um exemplo das implicações da era informacional na área da saúde, apontada por Antunes (2002), é a Portaria GM/MS nº 635 (2023). Esta instituiu as equipes multiprofissionais e apontou dentre suas ações os atendimentos remotos, mas, na realidade do cotidiano dos serviços, a maior parte das equipes da APS relata a falta de condições de trabalho, como ausência de computadores, rede de internet fraca ou inexistente (AGONIGI et al., 2018).

A partir do exposto, este trabalho tem como perguntas de pesquisa: quais são as barreiras e os facilitadores para o trabalho interprofissional das equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde do Brasil – e do mundo? Como se dá a relação entre o capitalismo/modelo biomédico e o trabalho interprofissional na APS na literatura científica publicada?

2.4. OBJETIVO GERAL

Compreender a relação entre o capitalismo/modelo biomédico e as barreiras e facilitadores para o trabalho interprofissional das equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde do Brasil e no contexto internacional por meio da literatura científica publicada.

2.4.1 Objetivos específicos

- Identificar na literatura científica publicada as barreiras e os facilitadores para o trabalho interprofissional das equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde do Brasil e no contexto internacional;
- Sintetizar as tendências, consensos, diferenças no trabalho interprofissional das equipes na atenção primária;
- Discutir os resultados da revisão sob a lente teórica da determinação social da saúde e a partir dos conceitos de modelo biomédico e capitalismo biomédico.

3. MÉTODO

Foi adotado neste trabalho o enfoque qualitativo. Como definido por Bosi (2021), a pesquisa qualitativa em saúde caracteriza-se por investigar objetos que implicam a interpretação de contextos e fenômenos vividos por pessoas, pois tomam como material de análise a linguagem, os processos de subjetivação e as diferentes visões de uma dada realidade. O trabalho insere-se no paradigma interpretativo-crítico e toma como fundamentação teórica a determinação social da saúde e o capitalismo biomédico/modelo biomédico para investigar o trabalho interprofissional na APS.

O tipo de estudo escolhido foi um estudo de revisão de literatura devido ao alto volume de produções científicas sobre o tema “interprofissionalidade”. Para alcançar o objetivo destacado, foi elaborada uma revisão de escopo conduzida de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute – JBI* (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015; PETERS et al., 2020).

A revisão de escopo é oriunda da Prática Baseada em Evidências e consiste em uma revisão de mapeamento, que pode descrever conceitos-chave, esclarecer definições ou limites conceituais de um tópico. A revisão de escopo é um tipo de síntese de evidência, realizada sistematicamente, considerando desde pesquisas com dados primários, revisões e dados não empíricos (MUNN et al., 2022). A revisão de escopo pode mapear evidências emergentes e utilizar dados da literatura cinzenta, isto é, manuais, normas jurídicas, entre outros. Esta revisão foi realizada em consonância com a extensão *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews - PRISMA-ScR* (Anexo A)(TRICCO et al., 2018). Além disso, conforme as orientações do JBI, foi publicado

um protocolo de revisão de escopo na *Open Science Framework* (MENESES; ROCHA, 2022).

O desenvolvimento de uma revisão de escopo dá-se a partir da elaboração da pergunta da revisão. Em seguida, é preciso realizar a elaboração da estratégia de busca com os descritores, a busca nas bases de dados e repositórios – pareada e cega, ou seja, realizada por duas pessoas e sem comunicação –, a extração, a análise e a apresentação dos dados (POLLOCK et al., 2023). Para a construção da estratégia de busca da revisão e também para a elaboração da pergunta de pesquisa, utilizou-se o acrônimo PCC (população, conceito e contexto).

3.1 POPULAÇÃO

Esta revisão considerou estudos que incluíram equipes multiprofissionais que atuam na atenção primária à saúde. Tem-se como referência a definição do Ministério da Saúde do Brasil na portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL 2008), que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, e na portaria de consolidação n.º 1, de 02 de junho de 2021 (BRASIL, 2021), que descreve as seguintes equipes compondo a atenção primária à saúde: equipe de Saúde da Família (eSF) ou equipe de Atenção Primária (eAP); equipes de Saúde Bucal (eSB); equipes de Consultório na Rua (eCR); equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP), entre outras. As equipes que atuem no contexto da atenção primária à saúde em outros países também serão consideradas neste protocolo.

3.2 CONCEITO

A pesquisa considerou estudos que abordaram o conceito de trabalho interprofissional ou a interprofissionalidade, conforme a definição de Marina Peduzzi e colaboradoras (PEDUZZI et al., 2020e):

Trabalho em equipe interprofissional é entendido como uma forma de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos agentes envolvidos, visto que requer, de um lado, a articulação das ações das diversas áreas profissionais, a partir do reconhecimento da sua interdependência, e de outro a complementaridade entre agir instrumental e agir comunicativo (PEDUZZI et al., 2020f, p. 15).

3.3 CONTEXTO

Esta revisão considerou estudos que foram realizados na Atenção Primária à Saúde, conforme a definição do Ministério da Saúde do Brasil divulgada por meio da Política Nacional de Atenção Básica, publicada pela portaria n.º 2436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017):

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 02).

Para fins de inclusão dos estudos internacionais também foi considerada a definição da Declaração de Alma-Ata de 1978 (OMS, 1978), que define os cuidados primários em saúde como:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à Saúde (OMS, 1978, p. 01).

3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os critérios de inclusão adotados para esta revisão foram:

- estudos completos disponíveis em acesso aberto;
- estudos publicados em português, inglês e espanhol;
- estudos com foco nas equipes que atuam na atenção primária do Brasil e de outros países;
- estudos que abordassem barreiras e/ou facilitadores do trabalho interprofissional;
- estudos que abordassem a interprofissionalidade proposta por universidades na atenção primária à saúde por meio de estágios e/ou residências multiprofissionais.

Os critérios de exclusão adotados para este estudo foram:

- não foram incluídos estudos que abordam o conceito de educação interprofissional, exclusivamente, sem articulação com o conceito de trabalho interprofissional;
- não foram incluídos estudos centrados em ambiente hospitalar, escolar, e demais locais fora dos cuidados primários e da atenção primária em sistemas de saúde;
- não foram incluídos estudos focados em relatos uniprofissionais sobre a prática interprofissional, ou seja, que destacavam apenas uma profissão no estudo enfatizando barreiras e facilitadores ao trabalho dessa profissão frente ao trabalho com demais profissões.

3.5 TIPOS DE ESTUDO

Esta revisão de escopo considerou estudos publicados com enfoque quantitativo, qualitativo e misto para inclusão na revisão. Além disso, foram consideradas revisões sistemáticas, revisões integrativas, entre outras.

3.6 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A estratégia de busca localizou estudos primários, revisões, artigos, teses, dissertações e normativas publicadas conforme o PCC estabelecido nesta revisão:

- População – equipes multiprofissionais;
- Conceito – barreiras, facilitadores, trabalho interprofissional, interprofissionalidade;
- Contexto – atenção primária à saúde do Brasil e do mundo.

Uma busca inicial foi realizada nas bases BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). As palavras-chave contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes e os termos do índice utilizados para descrevê-los foram coletados para desenvolver uma estratégia de busca completa. Após a elaboração do PCC, foram pesquisados os descritores no MeSH (Medical Subject Headings), que é um vocabulário controlado usado para indexar artigos para a PubMed, um motor de busca de livre acesso à base de dados MEDLINE. Além disso, também foram buscados os termos do PCC no DECS (Descritores em Ciências da Saúde), um vocabulário estruturado e trilingue criado pela BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde).

As bases investigadas neste estudo foram a Biblioteca Virtual da Saúde (BVS); a SCIELO (Scientific Electronic Library Online); a MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online); a LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); a Web of Science e a SCOPUS. Foram considerados para a revisão artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol.

3.7 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Uma busca piloto foi desenvolvida com o objetivo de adequar os descritores. Além disso, um bibliotecário da Universidade de Brasília acompanhou o levantamento dos estudos. A busca final foi desenvolvida por duas revisoras independentes utilizando o *software* Rayyan – um aplicativo gratuito que possibilita a seleção de forma independente dos estudos. O processo iniciou-se com a exclusão das duplicatas; em seguida, foi realizada a leitura dos títulos e resumos, etapa em que foram selecionados estudos que se adequassem aos critérios de elegibilidade. Por fim, houve a leitura do texto completo visando à extração dos dados. Após o processo de seleção entre as duas revisoras, uma terceira decidiu sobre os estudos que foram discordantes na seleção, buscando resolver as divergências por consenso.

3.8 EXTRAÇÃO DOS DADOS

A extração dos dados ocorreu após a leitura dos textos de forma completa. Para tanto, foram extraídos dados referentes a população dos estudos, conceitos, contexto, métodos e resultados relevantes. Os dados foram dispostos em uma ferramenta desenvolvida pelas revisoras (Apêndice B), que foi modificada e passou por adaptações que foram discutidas entre elas.

3.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados extraídos com o uso da matriz de análise (Apêndice B) foram apresentados em tabelas que contêm os principais objetivos e achados e estão acompanhadas de um resumo dos dados (Apêndice A). Além disso, interessou ao objetivo desta revisão o mapeamento da concentração de publicações e das discussões conceituais acerca do trabalho interprofissional na atenção primária à saúde. Para tanto, foram feitas uma análise descritiva dos estudos (quali e quantitativamente) e uma discussão com a literatura das categorias elaboradas a partir da análise temática reflexiva proposta por Virginia Braun e Victoria Clarke (BRAUN; CLARKE, 2006a).

A análise temática pode ser definida como um método de análise qualitativa de dados que busca identificar, analisar, interpretar e relatar padrões ou temas a partir do levantamento de dados (BRAUN; CLARKE, 2006b; MAGUIRE; DELAHUNT, 2017a; SOUZA, 2019a). Dentre os diferentes tipos de análise temática encontram-se a codificação para confiabilidade,

a grade de códigos e a reflexiva. A análise temática reflexiva é a utilizada neste estudo, pois se propõe a ser uma abordagem dos dados que possibilita uma codificação fluida e flexível, visando a um aprofundamento, uma imersão e um engajamento com os dados. Tal análise permite uma maior congruência teórica ao estudo desenvolvido neste trabalho, pois por meio de uma análise qualitativa dos dados busca-se compreender o contexto de trabalho das equipes multiprofissionais na APS, por lentes críticas da realidade social.

O método indutivo foi adotado na análise temática reflexiva. Partiu-se de uma grade de macrocategorias preestabelecidas no estudo de Rawlinson e colaboradores (2021d), a saber: sistema, organizacional, interindividual e individual. Assim, as subcategorias identificadas neste estudo foram agrupadas conforme tais categorias construídas no estudo supracitado. Para analisar tematicamente os dados, seguiram-se as seguintes etapas: preparação dos dados, geração de categorias, revisão de categorias, definição e nomeação das categorias, análise dos dados e interpretação dos resultados (BRAUN; CLARKE, 2006c; MAGUIRE; DELAHUNT, 2017b; SOUZA, 2019b). Após a extração dos dados e a inserção na matriz de análise (Apêndice B) deu-se início à análise temática. Duas revisoras participaram desse processo, compilando os extratos dos artigos e agrupando por aproximação temática. Em seguida, foram realizadas leituras sucessivas no banco para mapear as subcategorias e, após esse passo, foram feitas as separações por cores das subcategorias e organização das subcategorias por quatro eixos: sistema, organizacional, interindividual e individual.

3.10 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo, por se tratar de uma revisão e utilizar dados secundários, oriundos de bases de dados e repositórios nacionais e internacionais, dispensa o parecer, registro e avaliação pelo sistema CEP/CONEP (Comitê de ética/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), conforme a resolução 510 de 7 de abril de 2016 (BRASIL, 2016).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo é composto por um artigo de revisão de escopo¹ em seu primeiro item. No segundo item, é apresentando uma reflexão breve sobre a educação permanente em saúde como perspectiva de reestruturação do trabalho interprofissional no Brasil. Sugere-se consultar o Apêndice A para acessar a relação de estudos selecionados por código, autoras/ano, país-região, objetivo e metodologia.

4.1 ARTIGO: BARREIRAS E FACILITADORES PARA O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Barriers and Enablers to interprofessional work in primary care: a scoping review

Barreras y Facilitadores del trabajo interprofesional en la atención primaria: una revisión de alcance

Sara da Silva Meneses

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9939-6935>

Universidade de Brasília, Brasil

E-mail: sarameneses34@gmail.com

Dais Gonçalves Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1103-5930>

Universidade de Brasília, Brasil

E-mail: daisrocha.dr@gmail.com

Danyelle Passos Morais Mota

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2252-7180>

Universidade de Brasília, Brasil

E-mail: danyelle.p.mota@gmail.com

Resumo

¹ Manuscrito submetido ao Periódico Interface: Comunicação, Saúde e Educação.

Esta revisão mapeou as barreiras e facilitadores para o trabalho interprofissional na atenção primária com metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) e o referencial da determinação social da saúde. O levantamento ocorreu em seis bases de dados e repositórios: BVS (Biblioteca Virtual da Saúde); SCIELO (Scientific Electronic Library Online); PUBMED/MEDLINE; LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Web of Science e SCOPUS. 169 artigos em português, inglês e espanhol foram incluídos. As barreiras predominaram em relação aos facilitadores, onde se destacou o capitalismo biomédico nas quatro dimensões: sistema – formação no modelo biomédico; organizacional – gestão e atenção produtivistas; interindividual – hierarquização e concentração de poder da medicina; e individual – individualismo. A ambiência e a criatividade foram facilitadores inovadores. As intervenções para promover o trabalho interprofissional precisam levar em conta as implicações do capitalismo biomédico e da interseccionalidade na saúde.

Palavras-chave: Relações Interprofissionais. Atenção Primária à Saúde. Práticas Interdisciplinares. Educação Interprofissional

Abstract

This review mapped the barriers and enablers to interprofessional work in primary care using the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology and the social determination of health framework. The survey took place in six databases and repositories: BVS (Virtual Health Library); SCIELO (Scientific Electronic Library Online); PUBMED/MEDLINE; LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature), Web of Science and SCOPUS. 169 articles in Portuguese, English and Spanish were included. Barriers predominated in relation to enablers, where biomedical capitalism stood out in the four dimensions: system - training in the biomedical model; organisational - productivist management and care; inter-individual - hierarchisation and concentration of medical power; and individual - individualism. Ambience and creativity were innovative enablers. Interventions to promote interprofessional work need to consider the implications of biomedical capitalism and intersectionality in health.

Keywords: Interprofessional Relationships. Primary Health Care. Interdisciplinary Health Teams.

Resumen

Esta revisión mapeó las barreras y los facilitadores del trabajo interprofesional en atención primaria utilizando la metodología del Instituto Joanna Briggs (JBI) y el marco de determinación social de la salud. El estudio se realizó en seis bases de datos y repositorios: BVS (Biblioteca Virtual en Salud); SCIELO (Scientific Electronic Library Online); PUBMED/MEDLINE; LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature), Web of Science y SCOPUS. Se incluyeron 169 artículos en portugués, inglés y español. Las barreras predominaron en relación a los

facilitadores, donde el capitalismo biomédico se destacó en las cuatro dimensiones: sistémica - formación en el modelo biomédico; organizacional - gestión y atención productivista; interindividual - jerarquización y concentración del poder médico; e individual - individualismo. El ambiente y la creatividad fueron facilitadores innovadores. Las intervenciones para promover el trabajo interprofesional deben tener en cuenta las implicaciones del capitalismo biomédico y la interseccionalidad en la salud.

Palabras clave: Relaciones Interprofesionales. Atención Primaria de Salud. Equipos Sanitarios Interdisciplinarios.

Introdução

A interprofissionalidade compreende uma prática coesa e integrada entre profissionais de saúde de diferentes categorias, que busca fornecer uma atenção à saúde centrada nas necessidades dos usuários, de sua família ou comunidade de determinado serviço de saúde. Na literatura mais recente existe uma divisão estratégica no arcabouço desse conceito em educação interprofissional e prática colaborativa ou trabalho interprofissional^{1,2}. Desde que o conceito foi criado por Danielle D'Amour e Yvy Oandasan em 2005, há uma polissemia de termos como trabalho em equipe, prática interprofissional, trabalho interprofissional, colaboração interprofissional, cuidado interprofissional, atuação interprofissional, cooperação interprofissional, colaboração em rede, entre outros³.

Algumas iniciativas após a publicação do “Marco para ação interprofissional e prática colaborativa”⁴, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2010, sugerem uma articulação da comunidade científica em parceria com os serviços de saúde para a institucionalização e reorientação da formação para a educação e prática interprofissional. A OMS reforça a necessidade de incorporação dessas temáticas tanto no sistema de saúde quanto no sistema de educação⁴.

A Atenção Primária à Saúde (APS), como ordenadora e coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Estratégia Saúde da Família, propõe um cuidado longitudinal e em equipe à população brasileira⁵. As Unidades Básicas de Saúde são compostas pelas equipes de saúde da família - eSF (médica de família, enfermeira, técnica de enfermagem e agente comunitário de saúde) e por outras equipes multiprofissionais⁶.

É fundamental o reconhecimento da existência de modelos de atenção à saúde distintos, que disputam a formação e atuação dos profissionais de saúde na APS: o modelo biomédico e a determinação social da saúde^{7,8,9}. O modelo biomédico tem sua origem na reforma do ensino de medicina a partir da Fundação Rockefeller, nos Estados Unidos, em 1910. É estabelecido na educação em saúde e na prática profissional baseado na filosofia do positivismo; na fragmentação/especialização do cuidado; no mecanicismo (analogia do corpo humano como máquina); no tecnicismo (foco no procedimento, diagnóstico e equipamentos tecnológicos); no biologismo (relação causal entre agente biológico, físico, químico e doenças), no individualismo; no curativismo (ênfase na cura) e no hospitalocentrismo⁹.

A lente ou o referencial da determinação social da saúde no Brasil se intensifica com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que, durante as décadas de 1970 e 1980, iniciou uma análise do processo saúde-doença, visando um olhar ampliado⁹. Dentre as contribuições da determinação social da saúde destacam-se: a concepção de saúde-doença como processo; o cuidado comunitário, focado no enfrentamento das iniquidades sociais; a promoção da saúde; a valorização da atuação interprofissional; a ênfase na autonomia e a corresponsabilização na relação profissional de saúde-usuário^{7,9}. O modelo biomédico e a determinação social da saúde estão em constante disputa na gestão, atenção à saúde e na formação e educação dos profissionais de saúde.

Um conceito que sobrepõe o modelo biomédico, e que é incluído para refletir sobre os desafios da interprofissionalidade, é o capitalismo biomédico que é entendido como um modelo de gestão em saúde que parte do neoliberalismo e de valores do utilitarismo, sendo o primeiro definido pela lógica mais mercado, menos estado. Tendo como princípios as relações de mercado competitivas e otimizadoras, a flexibilização do trabalho e o culto ao individualismo como estratégias de racionalização do Estado¹⁰. Já o utilitarismo é concebido como uma filosofia moral que apregoa que a atividade humana é quantificável e mensurável e que a informação produzida embasa políticas de vida e morte, influenciando o corpo; a saúde; o pensamento; a ação; a razão e a emoção. Três ideologias do Utilitarismo compõem o capitalismo biomédico: o individualismo, a competição e o produtivismo¹⁰.

As relações de poder que atravessam o cotidiano do trabalho das equipes multiprofissionais na APS, sejam relativas aos modelos de atenção, financiamento e/ou outros, apresentam-se como entraves para a efetivação do trabalho interprofissional^{11,12}. Porém, ao mesmo tempo, a APS se configura como contexto primordial para o trabalho interprofissional, tendo em vista a busca da integralidade do cuidado, através da atuação integrada das equipes. Portanto, o objetivo desta revisão de escopo é mapear na literatura científica as barreiras e os facilitadores para o trabalho interprofissional na Atenção Primária à Saúde.

Metodologia

A revisão de escopo é oriunda da prática baseada em evidências e consiste em uma revisão de mapeamento, que pode descrever conceitos-chave, esclarecer definições ou limites conceituais de um tópico. Pode mapear evidências emergentes, e utilizar dados da literatura cinzenta (manuais, normas jurídicas, entre outros). Para tanto, utiliza-se o acrônimo PCC (população, conceito e contexto) para elaborar a pergunta de pesquisa e a estratégia de busca da revisão^{13,14}.

O método adotado neste estudo foi a revisão de escopo conforme o manual *Joanna Briggs Institute – JBI*^{13,14,15,16}, associado ao *checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)*^{14,16}. O protocolo desta revisão de escopo encontra-se publicado na plataforma *Open Science Framework* com acesso disponível pelo registro: <https://osf.io/n5q6c/>

Após primeira busca teste na literatura percebeu-se que as revisões que abordavam o tema proposto neste estudo, apresentavam escopo internacional e não abarcavam estudos da América Latina, por isso o filtro de idioma foi adicionado aos critérios de elegibilidade.

Como critérios de inclusão foram considerados estudos completos; disponíveis em acesso aberto; publicados em português, espanhol e inglês; com foco nas equipes que atuam na APS do Brasil e de outros países; que abordassem barreiras e/ou facilitadores do trabalho interprofissional e; que relatassem o trabalho interprofissional proposto por universidades na APS através de estágios e/ou residências multiprofissionais.

Foram excluídos os estudos que abordaram a educação interprofissional, exclusivamente, sem articulação com o conceito de trabalho interprofissional;

centrados em ambiente hospitalar, escolar, ou outros não inseridos no contexto da APS em sistemas de saúde e; estudos focados em relatos uniprofissionais sobre a prática interprofissional, ou seja, que destacavam apenas uma profissão no estudo enfatizando barreiras e facilitadores ao trabalho desta profissão frente ao trabalho com outras categorias profissionais.

Acerca dos aspectos éticos, os estudos de revisão estão enquadrados na Resolução 510 de 07 de abril de 2016¹⁷, que ressalta que estudos realizados exclusivamente com textos científicos não serão registrados nem avaliados pelo sistema CEP/CONEP¹⁷.

Estratégia de busca

Foram consideradas as seguintes definições para o mnemônico PCC:

População:

Considerou-se estudos que incluíram equipes multiprofissionais com atuação na APS conforme a definição do Ministério da Saúde do Brasil^{6,18}.

Conceito:

Foram incluídos estudos que abordaram o trabalho interprofissional ou a interprofissionalidade, conforme a definição de Peduzzi et al. (2020)¹:

Trabalho em equipe interprofissional é entendido como uma forma de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos agentes envolvidos, visto que requer, de um lado, a articulação das ações das diversas áreas profissionais, a partir do reconhecimento da sua interdependência, e de outro a complementaridade entre agir instrumental e agir comunicativo.¹(p. 15)

Contexto:

Esta revisão considerou estudos que foram realizados na APS, conforme a definição do Ministério da Saúde do Brasil através da Política Nacional de Atenção Básica⁵:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.⁵(p. 2)

Para a inclusão dos estudos internacionais, foi considerada a definição dos cuidados primários em saúde da Declaração de Alma-Ata de 1978¹⁹.

A pergunta de pesquisa elaborada a partir do mnemônico PCC foi: *Quais são as barreiras e os facilitadores para o trabalho interprofissional das equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde do Brasil e do contexto internacional?*

Após a elaboração do PCC foram pesquisados os descritores no MeSH (*Medical Subject Headings*) que é o tesouro de vocabulário controlado usado para indexar artigos para PubMed, um motor de busca de livre acesso à base de dados MEDLINE. Além disso, foram buscados os termos do PCC no DECS (Descritores em Ciências da Saúde), vocabulário estruturado e trilingue criado pela BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). Os termos descritores que foram utilizados na revisão são apresentados no Quadro 1. As estratégias de buscas para cada base foram realizadas com o uso dos operadores booleanos: AND, OR, "" (aspas) e () (parênteses).

Quadro 1. Descritores e bases de dados/ repositórios utilizados na revisão, 2023.

Base de dados/repositório	Estratégia de busca
Medline/PubMed	(((((((interprofissional [Title/Abstract]) AND (primary health care [Title/Abstract]))) OR (collaboration [Title/Abstract])) AND (primary health care [Title/Abstract]))
SciELO	("interprofissional") AND ("atenção primária à saúde")
LILACS	interprofesional AND atención primaria [Palabras del título] OR colaboración AND atención primaria [Palabras] OR equipos multidisciplinares AND atención primaria [Palabras]
BVS	(interprofissional) AND (atenção primária) - Título, resumo, assunto
Web Of Science	(TS= (interprofissional AND " primary health care ")) AND TS= (collaboration AND " primary health care ")
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY (interprofissional AND "primary health care ")

Fonte: das autoras, 2023.

Seleção dos estudos e mapeamento dos dados

A busca final foi desenvolvida no dia 13 de agosto de 2022 na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS); SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*); PUBMED/MEDLINE; LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Web of Science e SCOPUS.

A análise utilizou o Software Rayyan²⁰ e foi realizada por duas revisoras independentes entre agosto e outubro de 2022. Em sequência, iniciou-se a exclusão das duplicatas, seguido da leitura dos títulos e resumos, onde foram selecionados estudos em concordância com os critérios de elegibilidade. Finalizada essas etapas,

a leitura completa dos estudos eleitos foi realizada, visando à extração dos dados e tabulação em uma matriz de análise. Após o processo de seleção entre as duas revisoras, estudos em discordâncias de seleção, foram avaliados por uma terceira revisora que atestou sua elegibilidade ou exclusão definitiva.

Análise dos dados

Foi realizada uma análise descritiva, com caracterização dos dados, seguida da análise qualitativa temática reflexiva proposta por Virginia Braun e Victoria Clarke²¹. A análise temática pode ser definida como um método de análise qualitativa de dados que busca identificar, analisar, interpretar e relatar padrões ou temas a partir do levantamento de dados. A análise temática reflexiva é utilizada neste estudo, pois propõe uma abordagem dos dados que possibilita uma codificação fluida e flexível, visando aprofundamento, imersão e engajamento com os dados^{21,22,23}. Tal análise permite maior congruência teórica ao presente estudo, pois através de uma análise qualitativa dos dados busca-se compreender o contexto de trabalho das equipes multiprofissionais na APS, por lentes críticas da realidade social^{23,24}.

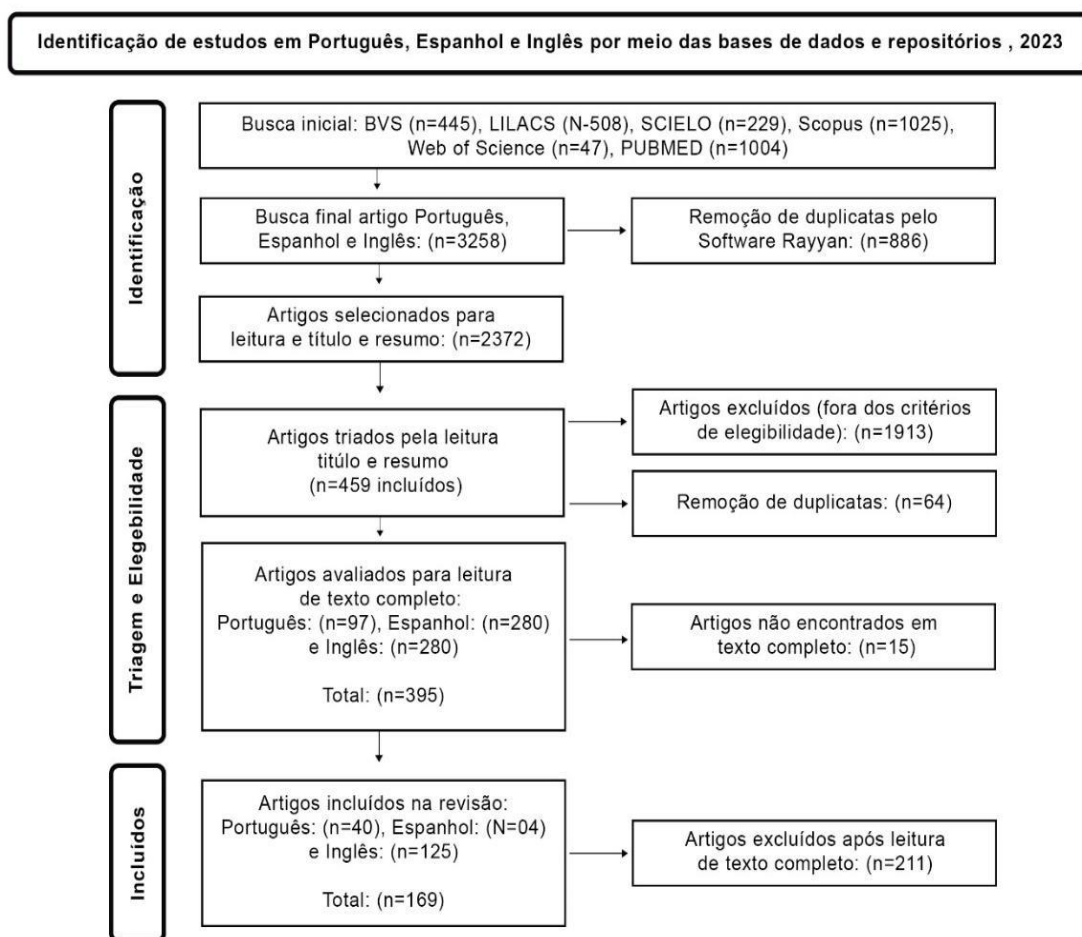
As categorias foram agrupadas conforme as dimensões estabelecidas no estudo de Rawlinson et al.²⁵: sistema (determinantes do ambiente externo da organização); organizacional (condições dentro da organização); interindividual (relacionamento interpessoal entre profissionais e /ou dentro da equipe) e individual (relativo ao indivíduo). Para analisar tematicamente os dados seguiram-se as etapas: 1) Preparação dos dados. 2) Geração de categorias. 3) Revisão de categorias. 4) Definição e nomeação das categorias. 5) análise dos dados. 6) Interpretação dos resultados^{21,22,23}.

Resultados e Discussão

A revisão de escopo selecionou 169 estudos. A seleção final dos estudos está descrita na figura 1. A língua com mais publicações sobre trabalho interprofissional na APS foi a língua inglesa (n=125), seguida da língua portuguesa (n=40) e espanhol (n=4). Os artigos não incluíram nos dados sociodemográficos o quesito raça/cor e sexualidade dos participantes. O gênero predominante é de mulheres

(não há distinção quanto à identidade de gênero, o que deixa “implícito” que se trata de mulheres cisgêneras). A base de dados da SCOPUS foi a base com a maior quantidade de artigos encontrados sobre a temática da revisão (n=1025). Os artigos incluídos foram publicados entre os anos 1990 e 2022. Foi observado que a partir do ano 2010 houve um aumento no número de publicações (n=7) com um pico em 2020 (n=21).

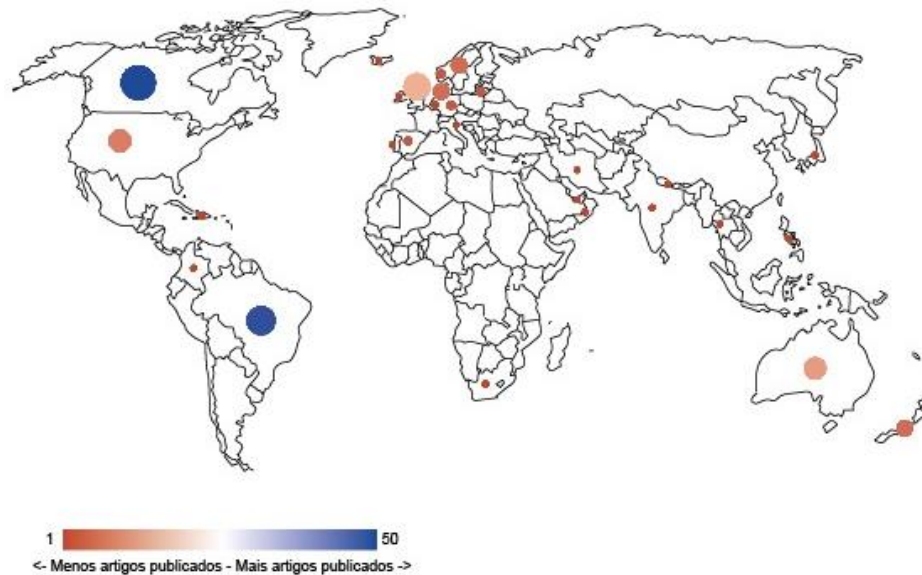
Figura 1. Fluxograma da seleção final dos estudos, 2023.



Fonte: das autoras, 2023.

A figura 2 apresenta a distribuição de publicações segundo os países. Na língua inglesa predominaram o Canadá (n=50), Reino Unido (n=21), Austrália (n=14) e Estados Unidos (n=10). O Brasil, a partir do Sul Global, se destacou por ter a segunda maior quantidade de artigos incluídos, com 44 artigos escritos na língua portuguesa.

Figura 2. Mapa de distribuição das publicações científicas por país publicadas de 1990-2022.



Fonte: das autoras, artigos incluídos, 2023.

Dentre as publicações brasileiras, há uma concentração de publicações na região Sudeste com 50,7% (n=38); seguida do Centro-Oeste com 14,7% (n=11); Sul com 13,3% (n=10); enquanto as regiões Nordeste e Norte, apresentaram 8% (n=6) e 2,7% (n=2) de publicações, respectivamente. O capital científico, um conceito criado por Pierre Bourdieu²⁶, possibilita a compreensão do cenário apresentado pela distribuição de publicações brasileiras, pois agrega a concepção de um poder específico ou de uma autoridade científica que expressa o poder institucional, temporal, político dos que atuam no mundo científico²⁶. Há uma concentração de instituições e recursos financeiros na região sudeste do Brasil, o que possibilita maior acesso aos meios de publicação científica e concentração da realização das pesquisas em grandes capitais. Tais disparidades evidenciadas quando as demais regiões do Brasil são comparadas com o Sudeste em termos de publicação, reforça a desigualdade regional na produção científica brasileira e suas repercussões estruturais na construção do saber científico²⁷.

Tipo e natureza dos artigos quanto aos enfoques qualitativo, misto e quantitativo

Quanto ao tipo e à natureza dos estudos incluídos, predominaram artigos qualitativos (n=133), na língua inglesa (n=93), língua portuguesa (n=36) e espanhol (n=4). Além de 16 estudos quantitativos, 8 mistos e três revisões sistemáticas.

Quanto aos referenciais teóricos, a maioria dos estudos incluídos não

descreve as teorias utilizadas nas pesquisas (n=107). Apenas 62 artigos apresentaram algum tipo de teoria, modelo, abordagem ou lente teórica. Gastaldo²⁴ discute a formação de pesquisadores qualitativos e aponta que o foco está na aprendizagem de métodos (metodolatria) e muito pouco nas teorias sociais que embasam a abordagem qualitativa dos dados.

Houve predominância de referenciais teóricos do Norte Global: o modelo em quatro dimensões de Danielle D'Amour²⁸ (n=8) e a Teoria Fundamentada²⁹ (n=5). Esses dados apontam a existência de uma hegemonia na publicação científica sobre trabalho interprofissional pelos países do Norte Global, em especial o Canadá. O Brasil despontou como um contraponto a esse movimento, ainda que utilizando os mesmos referenciais teóricos de autores do Norte Global.

O referencial do autor brasileiro Paulo Freire aparece apenas em dois artigos, um escrito em língua inglesa e outro em língua portuguesa^{30,31}. Já as contribuições de Marina Peduzzi, que abordam a interprofissionalidade desde a década de 1990 no Brasil, e mais especificamente a partir de 2001 com a discussão sobre a concepção de equipe agrupamento e equipe integração têm sido basilares para compreensão do trabalho interprofissional no Brasil^{1,32} e são precursoras à produção canadense. No entanto, seu referencial de interprofissionalidade pouco aparece nas publicações incluídas nesse estudo.

Barreiras e facilitadores ao trabalho interprofissional em português, espanhol e inglês

Predominaram publicações sobre barreiras ao trabalho interprofissional em todos os idiomas. Após a análise temática, outro nível de análise utilizado foi a divisão entre categorias convergentes entre os idiomas e dimensões, ou seja, que apareciam em mais de um idioma e nas mesmas dimensões, e as categorias singulares, que descrevem categorias presentes em apenas um idioma e que foram representativas do contexto retratado no idioma de origem.

Um último nível de análise aplicado foi a comparação entre as categorias de barreiras (Quadro 2) com as categorias de facilitadores (Quadro 3). Verificou-se categorias que eram tanto barreiras quanto facilitadores, na dimensão “sistema”: poder, incentivos financeiros, educação interprofissional na formação. Na dimensão “organizacional”: espaços de reuniões, estrutura (tempo, sistemas de informação),

intrasetorialidade e intersetorialidade. A dimensão “interindividual”: comunicação, treinamentos, co-localização, liderança, clareza do papel de si e do outro, responsabilidades, conflitos. Já na dimensão “individual”: características profissionais/pessoais.

Quadro 2. Barreiras para o trabalho interprofissional na APS, convergentes e singulares nos idiomas português, espanhol e inglês, segundo as dimensões sistema, organizacional, interindividual e individual, 2023.

Barreiras convergentes			
Dimensão	Português	Espanhol	Inglês
Sistema (determinantes do ambiente externo da organização)	<i>Precarização</i> (alta rotatividade e contratos frágeis, pouco ou nenhum direito trabalhista dos profissionais da saúde) ³³	<i>Precarização dos vínculos de trabalho - Falta de profissionais</i> ³⁴	<i>Falta de direitos trabalhistas.</i> ³⁵ <i>Rotatividade e emprego temporário – precarização</i>
	<i>Subfinanciamento da política de saúde</i> ³³	Não descrito	<i>Financiamento inexistente dos serviços colaborativos. Diferentes modelos de financiamento</i> ³⁶
	<i>Educação interprofissional incipiente</i> ³⁷	<i>Formação Técnica. Biomédica</i> ³⁴	Não descrito
	<i>Tribalismo das profissões. - Corporativismo profissional</i> ³⁷	Não descrito	<i>Territorialismo - trabalho em silos - cultura e ideologias profissionais</i> ³⁸
	<i>Modelo biomédico e lógica produtivista no serviço de saúde</i> ³⁷	Não descrito	<i>Modelo biomédico e uniprofissional na formação da medicina e enfermagem</i> ³⁹
Organizacional (condições dentro da organização)	<i>Hierarquização</i> ⁴⁰	<i>Modelo de gestão exigente</i> ⁴¹	<i>Modelo de gestão vertical</i> ³⁸ <i>Poder - desequilíbrio entre medicina e enfermagem na APS.</i> ³⁹
	<i>Cobranças por produtividade em relação a metas extra serviço (indicadores) - Produtivismo</i> ³³	<i>Alta demanda “quantitativa” de trabalho</i> ⁴¹	<i>Indicadores de desempenho do trabalho interprofissional focados em dados dos médicos</i> ⁴²
	<i>Intrasetorialidade deficitária (relação assimétrica entre níveis de atenção à saúde)</i> ⁴³	Não descrito	<i>Falta de co-localização: não trabalhar no mesmo espaço físico</i> ⁴⁴
	<i>Sobrecarga de trabalho da eSF. Processos de trabalho: comunicação formal [quando exclusiva] e informal [quando exclusiva] enfraquecia trabalho interprofissional; ausência de reuniões, planejamento insuficiente, agenda inadequada para colaboração</i> ³⁷	<i>Falta de tempo para reuniões</i> ⁴¹	<i>Falta de tempo para o trabalho interprofissional – Sobrecarga</i> ⁴⁵
	<i>Falta de estrutura adequada (ausência/insuficiência de salas de reunião, computadores, insumos)</i> ³³	<i>Falha nos sistema de prontuário eletrônico multiprofissional (privilegio da medicina)</i> ⁴⁶	<i>Falta de Estrutura para trabalho colaborativo (ambiência)</i> ⁴⁷ <i>Sistema de informação inadequados à colaboração</i> ⁴⁸

	<i>Sistemas de informação falhos</i> ³³		
	<i>Falta de educação permanente</i> com temática do trabalho interprofissional e diretrizes para atuação do NASF-AB ⁴⁹	Não descrito	<i>Falta de capacitação/treinamento</i> ⁵⁰
Interindividual (relacionamento interpessoal entre e/ou dentro da equipe)	<i>Hegemonia de poder da profissão de medicina</i> ⁴⁰	<i>Foco no trabalho uniprofissional</i> ⁴¹	<i>Medicina - cultura de não colaboração</i> ⁵¹
	<i>Hierarquização entre as profissões</i> ⁵²	Não descrito	<i>Hierarquização entre medicina e demais profissões</i> ⁴⁸
	<i>Relações interpessoais conflituosas</i> ⁵³	Não descrito	<i>Falta de resolução dos conflitos</i> ⁵⁰
	<i>Desconhecimento dos papéis na atuação (de si e do outro)</i> ^{40 37}	Não descrito	<i>Desconhecimento do papel de si e dos outros</i> ⁴⁸
	<i>Comunicação interprofissional (ausência de diálogo, alinhamento inexistente, comunicação informal exclusiva)</i> ⁴⁰	Falta de comunicação ⁴¹	<i>Ausência de/ou comunicação unilateral</i> ⁵⁴
Individual (relativo ao indivíduo)	<i>Características pessoais (medo de errar, falta de abertura, excesso ou ausência de confiança, ausência e/ou má comunicação)</i> ⁴⁰	<i>Falta de motivação</i> ⁴¹	<i>Características pessoais (falta de reconhecimento e motivação para o trabalho interprofissional; medo de confronto - sentir-se um incômodo; inflexibilidade, preconceito, centralização, arrogância e ciúmes)</i> ⁵⁰
	<i>Desinteresse/Descrença no trabalho interprofissional; resistência ao trabalho interprofissional</i> ⁴⁰	Não descrito	<i>Desinteresse/resistência, compreensão errada sobre trabalho interprofissional</i> ³⁹
Barreiras singulares			
Dimensão	Português	Espanhol	Inglês
Sistema (determinantes do ambiente externo da organização)	<i>Influência político-partidária na execução da política de saúde</i> ⁵⁵ <i>Ensino-serviço-comunidade enfraquecido</i> ⁵⁶	Não descrito	Não descrito
	Não descrito	Não descrito	<i>Poder, status/classe; Raça/Racismo; Gênero</i> ^{39, 57,58} <i>Legislação de sigilo impedindo a comunicação interprofissional</i> ⁵⁹
Organizacional (condições dentro da organização)	Não descrito	Não descrito	<i>Tensão entre modelo uniprofissional e interprofissional</i> ³⁵ <i>Ausência de estrutura para trabalho colaborativo em áreas rurais</i> ³⁶

Interindividual (relacionamento interpessoal entre profissionais e /ou dentro da equipe)	Não descrito	Não descrito	<i>Responsabilidade pelos pacientes exclusiva da medicina ⁶⁰. Liderança da medicina Vivenciar a equipe como uma família - faça de dois gumes ⁶⁰ . Falta de objetivo comum</i>
Individual (relativo ao indivíduo)	<i>Individualismo ^{55,84}</i>	Não descrito	Não descrito

Fonte: das autoras, artigos incluídos, 2023.

O capitalismo biomédico se expressa nas categorias que emergiram na análise temática, especialmente entre as barreiras, em seu nível macro com a “precarização”; “subfinanciamento”; “modelos de financiamento diferenciados”; “falta de políticas trabalhistas”; no “modelo biomédico perpassando a formação em saúde” e também no “produtivismo”, uma das facetas do utilitarismo que atravessa os serviços de saúde¹⁰. Em nível micro, o capitalismo biomédico se apresenta nas categorias de “hierarquização da medicina sobre outras profissões da saúde”; na “cultura de não colaboração presente na formação em medicina” e na “hegemonia de poder” desta profissão, reforçando a concentração de poder frente às demais profissões da saúde.

O “individualismo”, que é uma faceta do utilitarismo, enquanto filosofia moral do capitalismo biomédico¹⁰, aparece como uma barreira singular, expressa nos artigos do idioma português. Dessa maneira, as repercussões do capitalismo biomédico como um conceito que perpassa a formação, gestão e atenção à saúde são expressas pela análise temática dos 169 artigos incluídos nesta revisão . É um elemento inovador na produção científica da temática, pois vai além das barreiras tradicionais já apresentadas na literatura nacional e internacional sobre trabalho interprofissional na APS. Tais barreiras são expressas pela falta de estrutura e de sistemas de informação integrados; falta de tempo; espaços de reunião não protegidos; falta da clareza dos papéis; ausência de liderança; educação permanente e treinamentos inexistentes; falta comunicação interprofissional; motivação e reconhecimento ausentes; descrença e a resistência ao trabalho interprofissional.

Dentre as barreiras singulares no idioma português, destacaram-se, ainda, a “influência político-partidária na execução da política de saúde” e o “ensino-serviço-

comunidade enfraquecido”. Estas constituem dilemas cotidianos do SUS no Brasil e não foram relatadas nas produções internacionais investigadas ²⁵. Por outro lado, as publicações na língua inglesa relatam as categorias que são expressões das iniquidades em saúde: poder, status, classe, gênero, raça e racismo (esta última em referência aos profissionais de saúde indígenas da Austrália e Canadá). Outra categoria pouco abordada pela literatura em português e espanhol é o “trabalho interprofissional em áreas rurais”²⁵.

Dentre os estudos que abordaram as desigualdades de gênero como barreira ao trabalho interprofissional, destacou-se uma pesquisa teórica que trabalhou com um referencial sócio-histórico⁵⁸. Este investigou o gênero na formação da medicina e da enfermagem, avaliando a hierarquização como um elemento gendrado. Outro destaque do artigo se refere à discussão das questões raciais, que podem ser barreiras ao trabalho interprofissional. Assim como a desigualdade de gênero, a desigualdade racial não é amplamente estudada no contexto do trabalho interprofissional⁵⁸.

Os marcadores sociais e categorias de “poder, classe, gênero e raça” podem ser compreendidas com maior amplitude pela lente teórico-metodológica da interseccionalidade⁶¹. A interseccionalidade constitui uma ferramenta analítica que compreende a existência de uma interdependência entre os múltiplos sistemas de opressão: racismo, patriarcado e opressão de classe⁶². Rodrigues, Garcez e Cabrini⁶³ a partir do referencial da interseccionalidade evidenciam um silêncio na narrativa das políticas públicas de saúde sobre as categorias “poder, classe, gênero e raça” e destacaram que estas precisam ser incorporadas na formulação e avaliação de políticas de saúde para enfrentamento das iniquidades. Esta lacuna também foi observada na produção científica no campo da interprofissionalidade.

A maioria dos estudos incluídos na revisão teve como população de estudo o gênero feminino, sem destacar a feminização da saúde. Para além da descrição do fenômeno na literatura sobre profissões da saúde⁶⁴ é preciso considerar as repercussões para o trabalho em saúde quanto a esses diversos atravessamentos de raça, classe, gênero, sexualidades e outros.

O modelo teórico de Ana Ecilda Ellery², autora brasileira que estuda interprofissionalidade, ajuda a compreender a dimensão subjetiva do trabalho interprofissional, que se manifesta nesta revisão nas categorias da dimensão individual: características pessoais dos profissionais de saúde (medo de errar, falta

de abertura, excesso ou ausência de confiança; medo de confronto - sentir-se um incômodo; inflexibilidade, preconceito, centralização, arrogância e ciúmes).

Ellery aponta três dimensões do trabalho interprofissional: i) processos cognitivos (descrevem a socialização e a integração de conhecimentos entre as diferentes categorias visando a ampliação de conhecimentos e de interpretação dos fenômenos em saúde); ii) pragmáticos (envolvem a consequência prática dessa ampliação de conhecimentos que é a mudança das práticas profissionais tornando-se mais colaborativas) e subjetivos (se referem aos afetos e desejos dos profissionais que permeiam toda a interação culminando em conflitos, disputas de poder, processos de identificação e outros processos afetivos) ^{2,65}.

Os processos subjetivos do trabalho interprofissional também aparecem nas categorias levantadas entre os facilitadores nas dimensões interindividual e individual da revisão. Destacaram-se: valores éticos e morais compartilhados; vínculo entre a equipe, confiança/ respeito entre a equipe; e nas características profissionais como empatia com os pacientes e capacidade de compartilhar poder.

Quadro 3. Facilitadores para o trabalho interprofissional na APS, convergentes e singulares nos idiomas português, espanhol e inglês, segundo as dimensões sistema, organizacional, interindividual e individual, 2023.

Facilitadores convergentes			
Dimensão	Português	Espanhol	Inglês
Organizacional (condições dentro da organização)	<i>Divisão de poder (equilíbrio de poderes). Estrutura Hierárquica – horizontalização dos poderes e das relações)</i> ³⁸ <i>Comunicação horizontalizada (entre profissionais de mesmo nível hierárquico)</i> ³⁹	Não descrito	<i>Divisão de poder e interdependência</i> ⁴⁰
	<i>Ambiência - Investimento estrutural e sistêmico</i> ³⁹	Não descrito	<i>Ambiência e Co-localização</i> ⁴¹
	<i>Cogestão - forma de organização do trabalho e tomada de decisão compartilhada</i> ³⁹	Não descrito	<i>Apoio da gestão: protocolos de colaboração, gestão horizontal</i> ⁴² <i>Tomada de decisão compartilhada</i> ⁴⁴
	<i>Espaços para comunicação reflexiva</i> ⁴³	Não descrito	<i>Espaços garantidos de reunião: formal e informal</i> ⁴⁴ <i>Supervisão clínica</i> ⁴⁵
	<i>Valores éticos e morais (compartilhamento de responsabilidades, interdependência, objetivos em comum)</i> ³⁹	Não descrito	<i>Valores, visão, missão, e objetivo em comum compartilhados pela equipe</i> ⁴⁶ <i>Clareza de papéis de cada membro da equipe</i> ⁴⁶

Interindividual (relacionamento interpessoal entre profissionais e/ou dentro da equipe)	<i>Vínculos entre a equipe</i> ⁴³	<i>Não descrito</i>	<i>Vínculos e amizade entre a equipe</i> ⁴⁷ <i>Confiança e respeito entre os membros da equipe</i> ⁴⁸
	<i>Comunicação interprofissional (diálogo, comunicação dinâmica, ágil, horizontal e transparente; exposição de opiniões saudáveis, troca de informações e conhecimento contínuas)</i> ³⁸	<i>Não descrito</i>	<i>Comunicação interprofissional frequente: formal e informal</i> ⁴⁴
Individual (relativo ao indivíduo)	<i>Características profissionais (flexibilidade, capacidade de compartilhar poder, cooperação)</i> ⁴³	<i>Flexibilidade</i>	<i>Características profissionais (flexibilidade, crença no cuidado interprofissional, empatia com os pacientes, compromisso)</i> ⁴⁹
Facilitadores singulares			
Dimensão	Português	Espanhol	Inglês
Sistema (determinantes do ambiente externo da organização)	<i>Dispositivos para favorecimento de um plano de ação comum ou projeto comum</i> ³⁸	<i>Não descrito</i>	<i>Não descrito</i>
	<i>Não descrito</i>	<i>Não descrito</i>	<i>Incentivos financeiros, Recompensa e contratação salarial</i> ^{50,51}
	<i>Não descrito</i>	<i>Não descrito</i>	<i>Mercado interno nos cuidados em saúde favorável ao trabalho interprofissional</i> ⁵²
	<i>Não descrito</i>	<i>Não descrito</i>	<i>Educação interprofissional e Formação Interdisciplinar</i> ⁵³
	<i>Não descrito</i>	<i>Não descrito</i>	<i>Legislação de apoio ao trabalho interprofissional</i> ⁵⁴
Organizacional (condições dentro da organização)	<i>Intrasetorialidade e intersetorialidade fortalecidas (relação simétrica UBS-outros níveis de gestão)</i> ⁵⁵	<i>Não descrito</i>	<i>Política de resolução de conflitos em equipe</i> ⁴⁸ <i>Clima de equipe</i> ⁵⁶
	<i>Não descrito</i>	<i>Não descrito</i>	<i>Estrutura de recursos humanos garantida</i> ⁴⁵ <i>Sistemas de informação compartilháveis</i> ⁵³
	<i>Não descrito</i>	<i>Não descrito</i>	<i>Oferta de Educação continuada e treinamentos</i> ⁴⁵ <i>Aprendizagem colaborativa</i> ⁵⁷
	<i>Não descrito</i>	<i>Não descrito</i>	<i>Valorização, promoção da autonomia e reconhecimento da equipe</i> ⁴⁵
	<i>Não descrito</i>	<i>Não descrito</i>	<i>Criatividade na organização dos fluxos de trabalho</i> ⁵⁸
	<i>Não descrito</i>	<i>Não descrito</i>	<i>Feedback contínuo</i> ⁴²
Interindividual (se refere ao relacionamento interpessoal entre	<i>Não descrito</i>	<i>Não descrito</i>	<i>Liderança compartilhada e eficaz</i> ^{44, 48}
	<i>Não descrito</i>	<i>Não descrito</i>	<i>Respeito às diferentes culturas</i> ⁴⁵

profissionais e /ou dentro da equipe)			
Individual (relativo ao indivíduo)	Não descrito	Não descrito	Atendimento centrado no paciente e divisão de responsabilidades ⁴⁰

Fonte: das autoras, artigos incluídos, 2023.

Dentre os facilitadores do trabalho interprofissional, na produção em português e em inglês, houve categorias inéditas como “ambiência”, que versa sobre uma estrutura física (com salas coletivas, salas para atendimento em dupla, entre outros). A “cogestão e o apoio da gestão” destacam o papel organizacional dos setores administrativos da APS. Outras categorias inovadoras no idioma inglês e facilitadoras do trabalho interprofissional foram: legislação de apoio ao trabalho interprofissional; clima de equipe; feedback contínuo; criatividade na organização dos fluxos de trabalho e respeito às diferentes culturas.

Em relação à dimensão sistema, não houve facilitadores convergentes, apenas facilitadores singulares, como o facilitador “incentivo financeiro para equipes da APS que fazem trabalho interprofissional” que foi abordado de forma distinta segundo a natureza/tipo de sistema de saúde do contexto do estudo. No sistema privado emergiu a categoria “mercado interno nos cuidados em saúde favorável ao trabalho interprofissional” como facilitadora. No contexto dos sistemas públicos, em contraponto, destaca-se a garantia de um direito trabalhista como o salário. Neste também é citada a recompensa e contratação salarial. Na dimensão interindividual a categoria “atendimento centrado no paciente” é destacada como facilitador apenas na língua inglesa.

O referencial da **determinação social da saúde**⁷ possibilita compreender a emergência de barreiras e facilitadores relacionados ao sistema capitalista tais como: “garantia de direitos trabalhistas”; “incentivos financeiros; recompensa e contratação salarial”; “divisão de poder e interdependência” e “estrutura de recursos humanos garantida”. O trabalho é uma condição de vida basilar para a classe trabalhadora e os profissionais da saúde estão sujeitos a vivenciar os mesmos atravessamentos que os demais trabalhadores. A recente pandemia de Covid-19 foi um exemplo desse atravessamento, expresso por uma superexploração da força de trabalho das áreas da saúde no Brasil¹¹.

A “sobrecarga de trabalho” apareceu como barreira ao trabalho interprofissional tanto em português como em inglês. A magnitude sugere que este pode ser um cenário globalizado na APS. Barreto e Mendes¹¹ apontaram que na pandemia de Covid-19 houve um aumento significativo de sobrecarga de trabalho na saúde, exemplificadas nas jornadas superiores a 40 horas por semana, mais de um vínculo de trabalho ocasionando intenso adoecimento físico e mental, aumento de acidentes de trabalho, entre outros. Os trabalhadores da saúde inseridos em um sistema de saúde público ou privado estão sujeitos a variadas repercussões acarretados pelo sistema capitalista, expresso na saúde pelo capitalismo biomédico/modelo biomédico.

Por fim, destaca-se que dentre as limitações da revisão, foi percebida a discreta participação de artigos no idioma espanhol. Há necessidade de inserção de mais bases latino-americanas para ampliar a busca sobre a temática no Sul Global. Além disso, não houve inclusão de um índice de concordância entre as revisoras, instrumento que poderia reduzir possíveis vieses na seleção dos estudos.

Considerações Finais

A produção científica sobre trabalho interprofissional apresentou uma crescente no período analisado. O pico de publicação foi o ano de 2020, nos idiomas inglês, português e espanhol, com destaque para o Canadá e Brasil. Ainda que a revisão indique a necessidade de aprofundamento da fundamentação teórico-metodológica dos estudos na temática.

A metodologia de avaliação do trabalho interprofissional ainda é majoritariamente qualitativa mesmo que tenham instrumentos publicados no Brasil que já possibilitam uma análise quantitativa da interprofissionalidade como a Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI) e a *Readiness for Interprofessional Learning Scale (RILPS)*⁸³. Dentre as lacunas que podem impulsionar futuras pesquisas estão a interseccionalidade e as suas implicações para o trabalho interprofissional.

O trabalho interprofissional apresentou barreiras e facilitadores em diversas dimensões: “sistema”: poder, incentivos financeiros, educação interprofissional na formação; “organizacional”: espaços de reuniões, estrutura (tempo, sistemas de informação), intrasetorialidade e intersetorialidade; “interindividual”: comunicação, treinamentos, co-localização, liderança, clareza do papel de si e do outro,

responsabilidades, conflitos; ‘individual’: características profissionais/pessoais. Além disso, a revisão de escopo mapeou barreiras pouco ou não descritas na literatura internacional como “influência político-partidária na execução da política de saúde” “ensino-serviço-comunidade enfraquecido” e facilitadores inovadores como “ambiência” e “criatividade na organização dos fluxos de trabalho”.

Uma das contribuições inovadoras desta revisão se deu no desvelar da implicação do sistema capitalista a partir do recorte do capitalismo biomédico/modelo biomédico, como um atravessador do trabalho interprofissional, se expressando através de diversas barreiras desde a formação, gestão e atenção à saúde. Tanto a nível micro dos profissionais da saúde, expresso pelo “individualismo” como a nível macro expresso pelas categorias “precarização”; “subfinanciamento”; “modelos de financiamento diferenciados”; “falta de políticas trabalhistas”; “modelo biomédico perpassando a formação em saúde” e também pelo “produtivismo”. Tal contribuição foi possível, pois esta revisão de escopo foi construída sob a perspectiva da lente teórica da determinação social da saúde.

Agradecimentos: As autoras agradecem o excelente trabalho de tradução, revisão textual e organização documental realizado pela Mestra Lorrany Rodrigues e, por todo o seu apoio administrativo, físico e emocional na construção deste trabalho.

Financiamento: Este artigo é oriundo de dissertação de mestrado com fomento de bolsa demanda social da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior CAPES/MEC 2023.

Referências

1. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. Saúde.* 2020;18.
2. Ellery AEL. Interprofissionalidade. In: Ceccim RB, Dallegrave D, Portes VM, Amaral AP. *EnSiQlopédia das Residências em Saúde.* Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2018.
3. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care.* 2018;32(1):1-3.

4. Organização Mundial da Saúde. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa: Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde. Genebra; Organização Mundial da Saúde; 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria de Consolidação nº 1 de 2 de junho de 2021. Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
7. Borghi CMSO, Oliveira RM, Sevalho G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trab. Educ. Saúde*. 2018;16(3):869–97.
8. Pettres AA, Da Ros MA. A Determinação social da saúde e a promoção da saúde. *Arquivos Catarinenses De Medicina*. 2018;4(3):183–96.
9. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica. Saúde e sociedade. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
10. Martins PH, Falangola A, Silva AS, Sousa IC. *Produtivismo na Saúde: Desafios do SUS na invenção da gestão democrática*. 1 ed. Recife: Editora UFPE; 2014.
11. Barreto AAM, Mendes AN. Superexploração da força de trabalho na saúde em um contexto de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Trab. Educ. Saúde*. 2023;21.
12. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saude Publica*. 2022;38(2).
13. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews. Australia: Joanna Briggs Institute; 2015.
14. Pollock D, Peters MDJ, Khalil H, McLnerney P, Alexander L, Tricco AC, et al. Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. *JBI Evid Synth*. 2023;21(3):520–32.
15. Munn Z, Pollock D, Khalil H, Alexander L, McLnerney P, Godfrey CM, et al. What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBI Evidence Synthesis*. 2022;950–2.
16. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evid Synth*. 2020;18(10):2119–26.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Brasília: Diário Oficial da União; 2016.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Brasília: Diário Oficial da União; 2008.
19. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata; 1978. In: Ministério da Saúde; 2002.
20. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.*2016;5(1).
21. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77–101.
22. Maguire M, Delahunt B. Doing a Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide for Learning and Teaching Scholars. *AISHE-J.* 2017;9(3).
23. Souza KL. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arq. bras. psicol.* 2019;71(2):51–67.
24. Gastaldo D. Congruência Epistemológica como critério fundamental de rigor na pesquisa qualitativa em saúde. In: Bosi MLM, Gastaldo D. *Tópicos Avançados em Pesquisa Qualitativa em Saúde: Fundamentos teórico-metodológicos.* 1ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2021.
25. Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, Arditi C, Hong QN, Pluye P, et al. An overview of reviews on interprofessional collaboration in primary care: Barriers and facilitators. *Int J Integr Care.* 2021;21(2).
26. Deslandes S, Moraes CL, Maksud I, Marques ES, Bosi MLM, Ianni AMZ. Distribution of scientific capital among tenured professors in the social and human sciences and epidemiology in the collective health field. *Cad Saude Publica.* 2021;37(11).
27. Minayo MCS. Pós-graduação em Saúde Coletiva de 1997 a 2007: desafios, avanços e tendências. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2010;15(4):1897–907.
28. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res.* 2008;8.
29. Cunningham DE, Ferguson J, Wakeling J, Zlotos And L, Power A. GP and pharmacist inter-professional learning - A grounded theory study. *Education for Primary Care.* 2016;27(3):188–95.
30. Previato GF, Baldissera VDA. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in primary health care. *Interface: Communication, Health, Education.* 2018;22:1535–47.
31. Hills M, Mullett J, Carroll S. Community-based participatory action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care Informe especial / Special report. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;21(2-3):125-35.
32. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde conceito e tipologia. *Rev Saude Publica.* 2001;35(1):103–9.

33. Agonigi RC, Carvalho SM, Freire MAM, Gonçalves LF. The production of care in the routine of Family Health Teams. *Rev Bras Enferm.* 2018;71:2659–65.
34. Rey-Gamero AC, Acosta-Ramirez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Rev Gerenc Polític Salud.* 2013;12(25):28–39.
35. Sangaleti C, Schveitzer MC, Peduzzi M, Zoboli ELCP, Soares CB. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2017;15(11):2723-2788
36. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(7):1217-30.
37. Moreira KFA, Moura CO, Fernandes DER, Farias ES, Pinheiro AS, Branco Junior AG. Percepções do preceptor sobre o processo ensino-aprendizagem e práticas colaborativas na atenção primária à saúde. *Rev Gaucha Enferm.* 2022;43.
38. Lawn S, Lloyd A, King A, Sweet L, Gum L. Integration of primary health services: Being put together does not mean they will work together. *BMC Res Notes.* 2014;7(1).
39. Elston S, Holloway I. The impact of recent primary care reforms in the UK on interprofessional working in primary care centres. *J Interprof Care.* 2001;15(1):19–27.
40. Faquim JPS, Frazão P. Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal. *Saúde em Debate.* 2016;40(109):59–69.
41. Bandeira MVR, Belarmino AC, Anjos SJSB, Silva MRF, Ferreira Junior AR. Colaboración interprofesional para el seguimiento odontológico prenatal en atención primaria de la salud. *Salud Colect.* 2019;15.
42. Donnelly C, Ashcroft R, Mofina A, Bobbette N, Mulder C. Measuring the performance of interprofessional primary health care teams: understanding the teams perspective. *Prim Health Care Res Dev.* 2019;20:e125.
43. Carvalho BG, Peduzzi M, Ayres JR de CM. Conceptions and typology of conflicts between workers and managers in the context of primary healthcare in the Brazilian unified national health system (SUS). *Cad Saude Publica.* 2014;30(7):1453–62.
44. Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Can J Psychiatry.* 2006;51.
45. El-Awaisi A, Awaisu A, Aboelbaha S, Abedini Z, Johnson J, Al-Abdulla SA. Perspectives of healthcare professionals toward interprofessional collaboration in primary care settings in a middle eastern country. *J Multidiscip Healthc.* 2021;14:363–79.
46. Schönholzer TE, Gaete RAC, Zacharias FCM, Serrano Gallardo P, Pinto IC. El sistema de información sanitaria en Atención Primaria de Brasil. Soporte para la gestión local. *Metas enferm.* 2020; 23(1): 50-57.

47. Harris MF, Advocat J, Crabtree BF, Levesque JF, Miller WL, Gunn JM, et al. Interprofessional teamwork innovations for primary health care practices and practitioners: Evidence from a comparison of reform in three countries. *J Multidiscip Healthc.* 2016;9:35–46.
48. Fouche C, Butler R, Shaw J. Atypical Alliances: The Potential for Social Work and Pharmacy Collaborations in Primary Health Care Delivery. *Soc Work Health Care.* 2013;52(9):789–807.
49. Pereira MM, Lacerda MKS, Sampaio CA, Mendes PHC. Modes of disciplinary interaction as a line of escape in family health practice: a cartographic analysis. *Physis.* 2021;31(2).
50. Brown JB, Ryan BL, Thorpe C, Markle EKR, Hutchison B, Glazier RH. Measuring teamwork in primary care: Triangulation of qualitative and quantitative data. *Families, Systems and Health.* 2015;33(3):193–202.
51. Rodgers J. Primary health care provision for people with learning difficulties. *Health and Social Care.* 1994;2.
52. Villa EA, Aranha AVS, Silva LLT, Flôr CR. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate.* 2015;39(107):1044–52.
53. Lanzoni, GMM, Meirelles BHS. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2012; 25(3):464-470.
54. Coupe N, Anderson E, Gask L, Sykes P, Richards DA, Chew-Graham C. Facilitating professional liaison in collaborative care for depression in UK primary care; a qualitative study utilising normalisation process theory. *BMC Family Practice.* 2014;15.
55. Nunes EFPA, Carvalho BG, Nicoletto SCS, Cordoni Junior L. Trabalho gerencial em unidades básicas de saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil. *Interface: Communication, Health, Education.* 2016;20(58):573–84.
56. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Interprofessional education and collaborative practice in primary health care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2015;49:15–23.
57. Deroy S, Schütze H. Factors supporting retention of aboriginal health and wellbeing staff in Aboriginal health services: A comprehensive review of the literature. *Int J Equity Health.* 2019;18.
58. Bell AV, Michalec B, Arenson C. The (stalled) progress of interprofessional collaboration: The role of gender. *J Interprof Care.* 2014;28(2):98-102.
59. Schraeder KE, Brown JB, Reid GJ. Perspectives on Monitoring Youth with Ongoing Mental Health Problems in Primary Health Care: Family Physicians Are “Out of the Loop”. *Journal of Behavioral Health Services and Research.* 2018;45(2):219–36.

60. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Conflict on interprofessional primary health care teams can it be resolved?. *J Interprof Care*. 2011;25(1):4–10.
61. Akotirene C. *Interseccionalidade: Coleção Feminismos Plurais*. 1ª ed. São Paulo: Jandaíra; 2019.
62. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Rev Estud Fem*. 2002;10(1):171–88.
63. Rodrigues LS, Miranda NG, Cabrini D. Obesidade e interseccionalidade: análise crítica de narrativas no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil (2004-2021). *Cad Saude Publica*. 2023;39(7):e00240322.
64. Matos IB, Toassi RFC, Oliveira MCO. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. *Athenea Digital* - 13(2): 239-244.
65. Ceccim RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2018;22:1739–49.
66. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde em Debate*. 2018;42:163–73.
67. Condeles PC, Bracarense CF, Parreira BDM, Rezende MP, Chaves LDP, Goulart BF. Teamwork in the Family Health Strategy: professionals' perceptions. *Escola Anna Nery*. 2019;23(4).
68. Macnaughton K, Chreim S, Bourgeault IL. Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13.
69. Hultberg EL, Lonroth K, Allebeck P. Co-financing as a means to improve collaboration between primary health care, social insurance and social service in Sweden. *Health Policy*. 2003;64(1):143–52.
70. Morgan S, Pullon S, McKinlay E, Garrett S, Kennedy J, Watson B. Collaborative Care in Primary Care: The Influence of Practice Interior Architecture on Informal Face-to-Face Communication—An Observational Study. *Health Environments Research and Design Journal*. 2021;14(1):190–209.
71. Hjalmarson HV, Ahgren B, Kjölsrud MS. Developing interprofessional collaboration: A longitudinal case of secondary prevention for patients with osteoporosis. *J Interprof Care*. 2013;22(2):161–70.
72. Escalda P, Parreira CMSF. Dimensions of interprofessional work and of collaborative practices developed at a primary care unit by a family health team. *Interface: Communication, Health, Education*. 2018;22:1717–27.
73. Asakawa T, Kawabata H, Kisa K, Terashita T, Murakami M, Otaki J. Establishing community-based integrated care for elderly patients through interprofessional teamwork: A qualitative analysis. *J Multidiscip Healthc*. 2017;10:399–407.

74. Aquino MRJ, Mullis R, Moore C, Kreit E, Lim L, McKeivitt C, et al. "It's Difficult, There's No Formula": Qualitative Study of Stroke Related Communication Between Primary and Secondary Healthcare Professionals. *Int J Integr Care*. 2020;20(4):1–10.
75. Brown JB, Mulder C, Clark RE, Belsito L, Thorpe C. It starts with a strong foundation: constructing collaborative interprofessional teams in primary health care. *J Interprof Care*. 2021;35(4):514–20.
76. Sicotte C, D'amour D, Moreault MP. Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine*. 2002;55(6):991-1003.
77. Lau P, Tran A, Chen M, Boyce E, Martin R, Calache H. Interprofessional diabetes and oral health management: What do primary healthcare professionals think? *F1000Res*. 2021;10.
78. Mickan S, Hoffman SJ, Nasmith L. Collaborative practice in a global health context: Common themes from developed and developing countries. *J Interprof Care*. 2010;24(5):492–502.
79. Mazza DAA, Carvalho BG, Carvalho MN, Mendonça FF. Práticas colaborativas em núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica. *Saúde e Pesquisa*. 2022;15(1):1–18.
80. Kebe NNMK, Chiochio F, Bamvita JM, Fleury MJ. Variables associated with interprofessional collaboration: The case of professionals working in Quebec local mental health service networks. *J Interprof Care*. 2019;33(1):76–84.
81. Patterson C, Arthur H, Peachey G, Vohra J, Price D, Pearson D, et al. Planning for interprofessional change in primary health care: Exploring the use of the interprofessional resource centre. *Adv Med Educ Pract*. 2013; 4:117–25.
82. Hudon C, Chouinard MC, Beaulieu MD, Bisson M, Bouliane D, Couture M, et al. Towards better health, social, and community-based services integration for patients with chronic conditions and complex care needs: Stakeholders' recommendations. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):1–7.
83. Freire Filho JR, Costa MV, Magnago C, Forster AC. Attitudes towards interprofessional collaboration of primary care teams participating in the 'more doctors' (Mais Médicos) program. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26.
84. Lago LPM, Dóbies, DV, Fortuna CM, L'Abbate, Silva, JAM, Matumoto S. Resistências à colaboração interprofissional na formação em serviço na atenção primária à saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210473.

4.2. REFLEXÕES PARA A REESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL A PARTIR DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.

O Brasil possui uma riqueza conceitual e teórica, que apareceu inclusive expressa nas barreiras ao trabalho interprofissional como “falta de educação permanente sobre trabalho interprofissional” e “ensino-serviço-comunidade enfraquecido”. A educação permanente é uma proposta teórica de reestruturação do trabalho em saúde, fundamentada na micropolítica do trabalho vivo, que reconhece o mundo do trabalho como espaço de criação de novas subjetividades, cruciais para a mudança institucional (LEMOS, 2023). Cristiane Lemos, em seu livro intitulado “*Educação Permanente em Saúde no Brasil: contribuição para a compreensão crítica*”, destaca que foi Félix Guattari quem cunhou o termo micropolítica, que pode ser descrita como “efeitos da subjetivação, um conjunto de fenômenos e práticas capazes de ativar estados e alterar conceitos, percepções e afetos (modos de pensar-sentir-querer) (LEMOS, 2023)”.

Dois autores foram fundamentais no Brasil para a proposição e consolidação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS): Emerson Merhy e Gastão Wagner Campos (LEMOS, 2023). De acordo com a **micropolítica do trabalho vivo em ato** concebida por Merhy (MERHY; FRANCO, 2009), o conceito de tecnologia ganha novas concepções envolvendo o cotidiano do trabalho em saúde: tecnologias duras (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais); tecnologias leves-duras (intermediárias: saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde); e **tecnologias leves** (processos relacionais no encontro entre trabalhador da saúde e o usuário, atuam na produção de vínculo, autonomia e acolhimento):

A mudança de postura é fundamental para o trabalho vivo em ato e é aí que a **estratégia da EPS [Educação Permanente em saúde] se articula, impelindo os trabalhadores a reduzir a dimensão centrada no profissional ou nos procedimentos (tecnologias leves-duras e duras) e enfatizar o eixo das tecnologias leves, levando os profissionais, quando do encontro com seus pacientes, a ser mais humanizados e ter maior compromisso com a ação de cuidar do usuário.** (...) É nesse sentido que a **problematização ou a autoanálise no trabalho em saúde são valorizadas como mecanismo para a elaboração de um trabalho vivo em ato.** (...) há o reconhecimento das dificuldades em abandonar o modelo de saúde mercantilizado que ainda prevalece, com a hegemonia das tecnologias duras e leves-duras (LEMOS, 2023).

Gastão Wagner Campos insere na EPS o **método da roda**, que busca democratizar as decisões na EPS e a valorização da construção subjetiva da liberdade, ou seja, a possibilidade dos desejos, interesses e valores singulares para a criação de espaços de diálogos e confrontos para a transformação do trabalho em saúde (LEMOS, 2023). O método da roda, por meio da comunicação, busca um aumento da compreensão das pessoas. Trata-se de um trabalho

sistemático para possibilitar a atuação da intencionalidade das pessoas para agirem no mundo e sobre elas mesmas.

O teórico Ricardo Ceccim e a teórica Laura Feuerwerker(2004) também contribuíram para a EPS com a teoria do quadrilátero da formação: ensino, gestão, atenção e controle social. Os autores destacam que essa teoria-caixa de ferramentas apresenta uma imagem da formação que serve a um redimensionamento da formação em saúde visando à integralidade e à participação social no SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O Ministério da Saúde do Brasil demonstrou amplo apoio ao arranjo teórico da Educação Permanente em saúde ao criar a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003. O órgão, que completou 20 anos em 2023, é responsável pela formulação, gestão, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e, inclusive, gerencia junto ao Ministério da Educação as residências multiprofissionais em saúde – estratégia de qualificação da força de trabalho do SUS que mais tem sido efetiva na educação interprofissional (LEMOS, 2023). Outra iniciativa de uma parceria do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em saúde, e do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Brasília, através do Núcleo de Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres e Emergências em saúde pública (NUSMAPS), é a publicação da cartilha “*Cuidado a Trabalhadores em Desastres e Emergências em Saúde Pública*”, que aponta, com um levantamento de uma revisão sistemática, recomendações para cuidado aos trabalhadores da saúde nos níveis organizacional/institucional, interindividual e individual (no prelo).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho foi possível compreender a relação entre o capitalismo/modelo biomédico e as barreiras e os facilitadores para o trabalho interprofissional das equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde do Brasil e no contexto internacional, sob a lente teórica da determinação social da saúde. O levantamento realizado demonstrou a implicação do sistema capitalista a partir do recorte do capitalismo biomédico/modelo biomédico, como um atravessador do trabalho interprofissional, se expressando por meio de diversas barreiras, desde a formação, gestão e atenção à saúde.

Neste estudo foi possível sintetizar as tendências, consensos e diferenças no trabalho interprofissional das equipes da APS. Verificou-se que os países que mais publicaram sobre a temática no período levantado de 1990 a 2022 foram Canadá e Brasil, com 50 e 44 publicações, respectivamente.

As implicações do capitalismo biomédico foram desveladas por meio das categorias levantadas na análise temática, tanto a nível micro dos profissionais da saúde, expresso pelo “individualismo”, como a nível macro, expresso pelas categorias “precarização”; “subfinanciamento”; “modelos de financiamento diferenciados”; “falta de políticas trabalhistas”; “modelo biomédico perpassando a formação em saúde” e também pelo “produtivismo”.

Destacaram-se, ainda, as categorias singulares de barreiras incipientes na literatura internacional como “influência político-partidária na execução da política de saúde” e “ensino-serviço-comunidade enfraquecido”, expressões do contexto brasileiro. Outro destaque apareceu nas produções em língua inglesa, que relataram as categorias que são expressões das iniquidades em saúde: poder, status, classe, gênero, raça e racismo. Outra categoria pouco abordada pela literatura em português e espanhol é o “trabalho interprofissional em áreas rurais”. Além disso, foram mapeados facilitadores inovadores como “ambiência” e “criatividade na organização dos fluxos de trabalho” nos idiomas português e inglês.

Outra contribuição deste trabalho foi a identificação da incipiente fundamentação teórico-metodológica dos estudos na temática. Na adoção dos modelos mais conhecidos na literatura internacional sobre interprofissionalidade, apenas 10 artigos incluíram o modelo de interprofissionalidade, seja de Danielle D’Amour ou Scott Reeves. Um destaque importante é que, dentre os poucos artigos que aplicaram um referencial teórico, a maioria utilizou referenciais do Norte Global, ainda que existam as produções da autora Marina Peduzzi, consolidadas no Brasil desde 2001.

A metodologia de avaliação do trabalho interprofissional ainda é majoritariamente qualitativa, mesmo que haja instrumentos publicados no Brasil que já possibilitam uma análise quantitativa da interprofissionalidade, como a Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI) e a *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RILPS).

Dentre as limitações deste trabalho estão a discreta participação de artigos no idioma espanhol. Há necessidade de inserção de mais bases latino-americanas para ampliar a busca sobre a temática no Sul Global. Além disso, não houve inclusão de um índice de concordância entre as pesquisadoras da revisão de escopo, instrumento que poderia reduzir possíveis vieses na seleção dos estudos.

Dentre as lacunas que podem impulsionar futuras pesquisas estão a interseccionalidade – suas implicações para o trabalho interprofissional; a compreensão dos sistemas de saúde da América Latina e as barreiras ao trabalho interprofissional; e a medicina e sua cultura de não colaboração que precisam ser mais investigadas.

As relações entre capitalismo biomédico/modelo biomédico e a formação uniprofissional mapeadas neste trabalho permitirão que as políticas públicas de formação em saúde direcionadas para a interprofissionalidade (educação interprofissional) modifiquem seu percurso formativo e apliquem lentes teóricas críticas da realidade social brasileira nos cursos da saúde, visando à formação com pensamento crítico, ético e político para uma atuação no Sistema Único de Saúde.

Para a prática profissional, o combate ao corporativismo profissional e a prática fragmentada são urgentes. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e os planos de educação permanentes podem ser beneficiados com os resultados desta pesquisa assim como a organização dos processos de trabalhos nos serviços de saúde, tanto a nível da gestão quanto a nível da assistência à saúde.

No campo da interprofissionalidade, este trabalho inaugura uma reflexão crítica baseada na lente da determinação social da saúde e com aproximações ao Materialismo Histórico-dialético. Ao discutir, a partir dos países de capitalismo dependente, profundamente marcados pela superexploração do trabalho, inclusive na área da saúde, e perpassados historicamente por desigualdade social, racial e de gênero na dimensão do trabalho. Salienta-se a importância da continuidade das reflexões sobre a interprofissionalidade, tanto na educação interprofissional quanto no trabalho interprofissional, com teorias críticas da realidade.

REFERÊNCIAS

- ABÍLIO, L. C. Uberização: A era do trabalhador just-in-time? **Estudos Avançados**, v. 34, n. 98, p. 111–126, 1 jan. 2020.
- ABÍLIO, L. C.; AMORIM, H.; GROHMANN, R. Uberization and platform work in Brazil: concepts, processes and forms. **Sociologias**, v. 23, n. 57, p. 26–56, 2021ab.
- ADORNO, T. **O ensaio como forma (In Notas de Literatura)**. 1. ed. São Paulo: Editora 34, 2003. v. 1
- AGONIGI, R. C. et al. The production of care in the routine of Family Health Teams. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 2659–2665, 2018.
- ALVES, G. A. P. **Trabalho e Subjetividade: o metabolismo social da reestruturação produtiva do capital**. 1. ed. Marília: Boitempo, 2008.
- ANTUNES, R. Trabalho e Superfluidade. Em: LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D.; SANFELICE, J. L. (Eds.). **Capitalismo, Trabalho e Educação**. 1. ed. Campinas: Editora Autores Associados, 2002. v. 1p. 37–44.
- ANTUNES, R. **Os Sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009. v. 2
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. v. 2
- BARR, H.; LOW, H. **Introdução à Educação Interprofissional**. 2. ed. London: CAIPE - Centro para o avanço da educação interprofissional, 2013. v. 1
- BARRETO, A. A. M.; MENDES, Á. N. Superexploração da força de trabalho na saúde em um contexto de pandemia de Covid-19 no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 21, 2023.
- BOND, J. et al. Interprofessional collaboration in primary health care. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, v. 1, n. 1, p. 1–4, abr. 1987.
- BORGHI, C. M. S. DE O.; OLIVEIRA, R. M. DE; SEVALHO, G. Determinação ou Determinantes Sociais da Saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 869–897, 13 ago. 2018.
- BOSI, M. L. M. Paradigmas, tradições e terminologias: demarcações necessárias. Em: MARIA LUCIA MAGALHÃES BOSI; DENISE GASTALDO (Eds.). **Tópicos Avançados em Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 1. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2021. v. 1p. 106–144.
- BRANDÃO, J. R. DE M. Primary health care in canada: Current reality and challenges. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Memórias da saúde da família no Brasil**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. v. 1
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 4.279 de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**. 30 dez. 2010 b, p. 1–8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução no 510 de 07 de abril de 2016 dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**. . 2016, p. 1–8.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria no 2979 de 12 de novembro de 2019, institui o Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor AB Dados 2023 Cobertura da APS e Cadastros por eSF e eAP**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2023. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml> >. Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS No 635, DE 22 DE MAIO DE 2023. **Diário Oficial da União**. 2023 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Política Nacional de Atenção Básica, publicada na Portaria no 2436 de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. Brasil, 21 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html >. Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA No 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008 Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. **Diário Oficial da União**. Brasil, 24 jan. 2008, p. 01–14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Política Nacional de Atenção Básica, publicada na Portaria no 2436 de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. Brasil, 21 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria de Consolidação No 1, DE 2 DE JUNHO DE 2021. Brasil, **Diário Oficial da União**. 2 jun. 2021, p. 01–43.

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

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, v. 31, n. 1, p. 13–27, 2013.

CABRAL, K. V. **O momento atual da sindemia** | 2. Brasília: Editora Fundação Oswaldo Cruz.

CAIPE. **Definindo Educação Interprofissional O que é educação interprofissional?** Disponível em: <<https://www.caipe.org/about>>. Acesso em: 3 out. 2023.

CARTA CAPITAL, C. **As pistas do método “Cambridge Analytica” na campanha de Bolsonaro** – Carta Capital. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/politica/as->

pistas-do-metodo-201ccambridge-analytica201d-na-campanha-de-bolsonaro/>. Acesso em: 14 nov. 2023.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface (Botucatu): Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, p. 1739–1749, 2018.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

COFEN. **Parecer de Câmara Técnica no 0042/2021 - Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem como profissões regulamentadas e não inclusas nas atividades de MEI, não são abrangidas por essa modalidade de contratação**. 2021, p. 1–3.

CORREIA, D.; MENDES, Á.; CARNUT, L. Determinação Social do Processo Saúde-Doença no Contexto Latino-Americano: a importância do pensamento crítico em saúde. *Crítica Literária: Ensaios Marxismos Latino-americanos*, v. 1, p. 1–24, 2022.

COSTA, P. H. A. DA. **Marxismo e a Loucura**. 1. ed. São Paulo: Lavra palavra, 2023. v. 1

D'AMOUR, D. et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, maio 2005.

D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, v. 8, 2008.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, v. 19, n. SUPPL. 1, p. 8–20, maio 2005.

DE ARAÚJO, T. A. M. et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: O olhar de residentes e preceptores. *Interface: Communication, Health, Education*, v. 21, n. 62, p. 601–613, 2017.

DIAS, H.; LIMA, L.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1613–1624, 2013.

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade. Em: **EnSiQlopédia das Residências em Saúde**. Editora Rede Unida, 2018. v. 1.

FOX, S. et al. When Bothering is Part of Professional Practice: Interprofessional Collaboration and Institutional Influences in Primary Care. *Health Communication*, v. 38, n. 8, p. 1677–1687, 2023.

FRANCESCONI, G. V. et al. Mortality associated with alternative policy options for primary care and the Mais Médicos (More Doctors) Program in Brazil: Forecasting future scenarios. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, v. 44, 2020.

FREUDENBERG, N. **A que custo? O capitalismo (moderno) e o futuro da saúde**. 1. ed. São Paulo: Editora Elefante, 2022. v. 1

- GALEANO, E. **As veias abertas da América Latina**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1976. v. 1
- GIOVANELLA, L. Basic health care or primary health care? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 2018.
- GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; DE ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, 1 abr. 2020.
- GOMES, K. M.; RODRIGUES, L. S.; MENESES, S. S.; MARIA, L.; DIEGO, L.; SOUSA, N.; PEREIRA, R.; PINHEIRO, R.; OLIVEIRA, V.; LIMA, V. B. **Política Nacional de Atenção Básica - Organização e Financiamento**. Apresentação de trabalho, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Brasília: Universidade de Brasília, 2022.
- GONÇALVES, M. DA G. **Psicologia, Subjetividades e Políticas Públicas**. 1. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2010.
- GUIMARÃES, S. DE J. Desigualdades Sociais, Questão Social e Políticas Públicas. **Revista De Políticas Públicas**, 22, 607–624. 2018. <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v22nEp607-624>. Acesso em: 26 nov. 2023.
- IAMAMOTO, M. V. O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais. **SER social**, v. 15, p. 261–384, jul. 2013.
- IANNI, O. A Questão Social. **São Paulo em Perspectiva**, v. 5, p. 2–10, 1991.
- IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **De 2010 a 2022, população brasileira cresce 6,5% e chega a 203,1 milhões**. Agência IBGE Notícias, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37237-de-2010-a-2022-populacao-brasileira-cresce-6-5-e-chega-a-203-1-milhoes> >. Acesso em: 26 nov. 2023.
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **The Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual - 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews**. 1. ed. South Australia: The Joanna Briggs Institute, 2015.
- KRENAK, A. **A vida não é útil**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2020. v. 1
- LAGO, L. P. DE M. et al. Resistance to interprofessional collaboration in in-service training in primary health care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. e20210473–e20210473, 2022.
- LEMONS, C. L. S. **Educação Permanente em Saúde no Brasil contribuição para a compreensão crítica**. 1. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2023. v. 1
- LIPORACE, T.; FREITAS, H.; MACIEL, E.; AMARAL, L.; CORRÊA, A. . **A Sindemia Global da Obesidade, Desnutrição e Mudanças Climáticas - Relatório da Comissão The Lancet**. São Paulo: Agência Alimentando Políticas. Disponível em: <https://alimentandopoliticas.org.br/wp-content/uploads/2019/08/idec-the_lancet-sumario_executivo-baixa.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2023.
- MAGUIRE, M.; DELAHUNT, B. Doing a Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide for Learning and Teaching Scholars. **ALL IRELAND JOURNAL OF HIGHER**

EDUCATION. Vol. 9, n. 3, 2017. Disponível em: <<http://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>>.

MARTINS, P. H.; FALANGOLA, A.; STAMFORD, A.; CARVALHO, I. **Produtivismo na Saúde: Desafios do SUS na invenção da gestão democrática**. 1. ed. Recife: Editora UFPE, 2014. v. 1

MARTINS, P. H.; ALEXANDRE, K. C. A Mercantilização da Relação Médico-Paciente: crítica teórica do Utilitarismo a partir do estudo sobre atendimento a famílias de baixa renda em Hospitais Públicos. **Política & Trabalho - Revista de Ciências Sociais**, v. 20, n. 1, p. 81–96, 2004.

MARX, K. **O Capital [Livro I]: crítica da economia política. O processo de produção do capital**. 16. ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

MATTIONI, F. C.; ROCHA, C. M. F. Promoção da saúde na atenção primária: efeitos e limitações em tempos de neoliberalismo conservador. **Ciencia & saúde coletiva**, v. 28, n. 8, p. 2173–2182, 1 ago. 2023.

MENDELSON, A.; KONDO, K.; DAMBERG, C.; LOW, A.; MOTÚAPUAKA, M.; FREEMAN, M.; O'NEIL, M.; RELEVO, R.; KANSAGARA, D. The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care: A systematic review. **Annals of Internal Medicine**, v. 166, n. 5, p. 341–353, 7 mar. 2017.

MENDES, Á.; 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**, v. 38, n. 2, 2022.

MENESES, S. DA S.; ROCHA, D. G. **Barreiras e Facilitadores para o trabalho interprofissional de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde - um protocolo de revisão de escopo**. OSF. Brasília: Open Science Framework. Disponível em: <<https://osf.io/n5g6c/>>. Acesso em: 30 ago. 2023.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Verbete Trabalho em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009.

MIAN, O.; KOREN, I.; RUKHOLM, E. Nurse practitioners in Ontario primary healthcare: Referral patterns and collaboration with other healthcare professionals. **Journal of Interprofessional Care**, v. 26, n. 3, p. 232–239, maio 2012.

MOREIRA, K. F. A.; MOURA, C.O. de; FERNANDES, D.E.R; FARIAS; E. dos S, PINHEIRO, A. de S; BRANCO JUNIOR, A.G. Percepções do preceptor sobre o processo ensino-aprendizagem e práticas colaborativas na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, 2022.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018.

MOTTA, A. C.; CARVALHO, W. M. DO E. S. Psicologia e Políticas Públicas em Saúde: A Psicologia no SUS - Reconhecer Potencialidades e Aprimorar Competências. Em:

POLEJACK, L. et al. (Eds.). **Psicologia e Políticas Públicas em Saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2015. p. 77–96.

MUNN, Z.; POLLOCK, D.; KHALIL, H.; ALEXANDER, L.; MCLNERNEY, P.; GODFREY, C. M.; PETERS, M.; TRICCO, A. What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. **JBI Evidence Synthesis**, v. 20, n. 4, p. 950–952, 4 abr. 2022.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da questão social. **Temporalis**, v. 3, p. 1–31, 2001.

NOGUEIRA, J.; ROCHA, D. G.; AKERMAN, M. Políticas públicas adoptadas en la pandemia de la COVID-19 en tres países de América Latina: contribuciones de la Promoción de la Salud para no volver al mundo que existía. **Global Health Promotion**, v. 28, n. 1, p. 117–126, 1 mar. 2021.

NUNES, E. DE F. P. DE A. et al. Trabalho gerencial em unidades básicas de saúde de municípios de pequeno porte no paraná, Brasil. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 20, n. 58, p. 573–584, 1 jul. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Alma Ata, 12 set. 1978. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf Acesso em: 26 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para A o em Educa o Interprofissional e Prática Colaborativa**. Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/>. Acesso em: 26 nov. 2023.

PAIM, J. S. Trinta anos do Sistema  nico de Saúde (SUS). **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, 1 jun. 2018.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103–109, 2001.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H.L.F.; SILVA, J.A.M.; SOUZA, H.S. Trabalho em Equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educa o e Saúde**, v. 18, n. suppl 1, 2020ab.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Teamwork and collaborative practice in primary health care. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, p. 1525–1534, 2018.

PETERS, M. D. J.; MARNIE, C.; TRICCO, A.; POLLOCK, D.; MUNN, Z.; ALEXANDER, L.; MCINERNEY, P.; GODFREY, C.; KHALIL, H. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. **JBI Evidence Synthesis**, v. 18, n. 10, p. 2119–2126, 1 out. 2020.

PETTRES, A. A.; DA ROS, M. A. A Determina o Social da Saúde e a Promo o da Saúde. **Arquivos Catarinenses De Medicina**, set, v. 47, n. 3, p. 183–196, 1 jul. 2018. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/375> Acesso em: 26 nov. 2023.

PIRES, B. Os laços do cl  Bolsonaro com Steve Bannon. **Jornal El País**. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-20/os-lacos-do-cla-bolsonaro-com-steve-bannon.html>>. Acesso em: 26 nov. 2023.

PIRES, D. Reestruturação Produtiva e consequências para o Trabalho em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 2, p. 251–263, 2000.

POLLOCK, D. et al. Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. **JBIE evidence synthesis**, v. 21, n. 3, p. 520–532, 1 mar. 2023.

RAWLINSON, C.; CARRON, T.; COHIDON, C.; ARDITI, C.; HONG, Q.; PLUYE, P.; PEYTREMANN-BRIDEVAUX, I.; GILLES, I. An overview of reviews on interprofessional collaboration in primary care: Barriers and facilitators. **International Journal of Integrated Care**, v. 21, n. 2, 2021ab.

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**. Taylor and Francis Ltd, , 2 jan. 2018.

SAFATLE, V.; JUNIOR, N. DA S.; DUNKER, C. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. 1. ed. Belo Horizonte: autêntica, 2022.

SANTOS, J. C.; MELO, W. Estudo de Saúde Comparada: Os Modelos de Atenção Primária em Saúde no Brasil, Canadá e Cuba. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 11, n. 1, p. 79–98, 2018.

SOUZA, L. E. P. F. DE; BARROS, R. D.; BARRETO, M. L.; KATIKIREDDI, S. V.; HONE, T. V.; SOUSA, R. P.; LEYLAND, A.; RASELLA, D.; MILLETT, C. J.; PESCARINI, J. The potential impact of austerity on attainment of the Sustainable Development Goals in Brazil. **BMJ Global Health**, v. 4, n. 5, 1 set. 2019.

SOUZA, L. K. DE. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 71, n. 2, p. 51–67, 2019.

TAVARES, M. A. LIBERALISMO E NEOLIBERALISMO: semelhantes, mas diferentes. **Jornada Internacional de Políticas Públicas: Neoliberalismo e Lutas Sociais - perspectivas para as políticas públicas. Anais**. Universidade do Maranhão, 2009. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/2_transformacoes-do-mundo-do-trabalho/liberalismo-e-neoliberalismo.pdf>. Acesso em: 3 set. 2023

TRICCO, A. C.; LILLIE, E.; ZARIN, W.; O'BRIEN, K. K.; COLQUHOUN, H.; LEVAC, D.; MOHER, D.; PETERS, M. D.J.; HORSLEY, T.; SEMANAS, L.; HEMPEL, S.; AKL, E.; CHANG, C.; MCGOWAN, J.; STEWART, L.; HARTING, L.; ALDCROFT, A.; WILSON, M. G.; GARRITTY, C.; LEWIN, S.; GODFREY, C. M.; MACDONALD, M.; LANGLOIS, É. V.; SOARES-WEISER, K.; MORIARTY, J.; CLIFFORD, T.; TUNÇALP, Ö.; STRAUSS, S. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467–473, 2 out. 2018.

TRIVIÑOS, A. Três enfoques na pesquisa em Ciências Sociais: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo. Em: TRIVIÑOS, A. (Ed.). **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1987. v. 1p. 30–75.

VACCARO, S. B.; GOMES, T. DOS S. **Terceirização da Gestão na Saúde Pública**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022. v. 1

VASCONCELOS, P. F. de; CARVALHO, R. E. F. L de; SOUZA, P.H.; DUTRA, F.C.S.; SOUSA, V.T. dos S; OLIVEIRA, S.K.P. de; FREIRE, V.E.C. de S. Clima de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise de causa-raiz. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, 25(1). 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remex/article/view/44513> Acesso em: 26 nov. 2023.

XYRICHIS, A.; REAM, E. Teamwork: A concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 61, n. 2, p. 232–241, jan. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUADRO COM A RELAÇÃO DOS 169 ESTUDOS INCLUÍDOS DE ACORDO COM CÓDIGO, AUTORAS/ANO, REGIÃO - PAÍS, OBJETIVO E METODOLOGIA

ID	Autoras/Ano	Região – País	Objetivo	Registro e produção dos dados	Metodologia de análise
P1	Agonigil et al., 2018	Sudeste – Brasil	Identificar os fatores que interferem na produção do cuidado no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde.	Sorteio das equipes participantes e Grupo Focal durante reunião de equipe	Análise temática - Qualitativo
P16	Barros, Spadacio, Costa, 2018	Sudeste – Brasil	Analisar os potenciais e desafios do trabalho interprofissional com as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no contexto da APS.	entrevistas semiestruturadas por telefone com os coordenadores das UBS	Abordagem qualitativa com análise de conteúdo temática
P19	Bispo Júnior, Moreira, 2018	Nordeste – Brasil	Analisar o cuidado colaborativo exercido entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes de referência com base no Apoio Matricial.	entrevistas semiestruturadas e registros das observações de campo	Técnica de categorização temática proposta por Gibbs - Qualitativo
P25	Carvalho, Peduzzi, Ayres, 2014	Sul – Brasil	analisar percepções de conflito entre trabalhadores e gerentes de unidade básica de saúde e apresentar tipologia de conflitos vivenciados no trabalho.	Grupos Focais, observação e entrevistas	Qualitativo - Elaboração de sínteses das transcrições, análise transversal das sínteses (triangulação)
P28	Chazan, Fortes, Junior, 2018	Não descrito - Brasil	Analisar o conceito de horizontalidade apresentado na literatura sobre o Apoio Matricial no campo da Saúde Mental, entendido como o campo de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico, portadoras ou não de transtornos mentais.	Revisão de literatura em bases de dados	Qualitativo - Revisão narrativa
P30	Costa, Pimenta, Brito, 2019	Nordeste – Brasil	Apreender as vivências de adversidade na Atenção Primária à Saúde e respectivas implicações para os sentidos do trabalho dos profissionais participantes.	Entrevista individual e construção de analogias das Histórias em quadrinhos com a vivência na UBS	Qualitativo -Análise de conteúdo temática das falas transcritas
P31	Condeles et al, 2019	Sudeste – Brasil	Identificar as percepções dos profissionais de saúde a respeito de trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família.	Entrevista semiestruturada – roteiro submetido a validação aparente e de conteúdo	Análise de conteúdo temática das falas transcritas
P33	Diniz, Melo, Vilar, 2021	Nordeste – Brasil	Analisar a Prática Interprofissional Colaborativa realizada pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; descrever o processo de trabalho desenvolvido; e identificar as competências colaborativas no desenvolvimento dessa prática.	entrevistas semiestruturadas, foram aplicados dois instrumentos: questionário sobre competências colaborativas e questionário para caracterização do perfil dos participantes e Observação direta com diário de campo	Análise estatística descritiva e análise de conteúdo temática
P34	Escalda, Parreira, 2018	Sudeste – Brasil	Identificar as dimensões do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas desenvolvidas por uma	Observação participante	Análise de conteúdo temática de Laurence

			equipe de saúde da família em uma unidade básica de saúde.	com diário de campo	Bardin
P36	Ellery, Pontes, Loiola, 2012	Não descrito – Brasil	Apresentar e discutir a contribuição do conceito de Comunidade de Prática (CP), enquanto espaço coletivo de aprendizagem, desenvolvimento de saberes e práticas no interior de equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF).	Revisão da Literatura	Revisão bibliográfica não sistemática
P37	Faquim, Frazão, 2016	Sudeste – Brasil	Descrever percepções e atitudes de profissionais da atenção primária sobre as relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal.	Uso dos registros administrativos relativos aos recursos em nível de atenção primária ao pré-natal e entrevistas semiestruturadas com questionário fechado 55 questões e 20 itens	Análise estatística de variância para três ou mais amostras por meio do teste de Kruskal-Wallis.
P39	Fernandes et. al, 2015	Sul – Brasil	Conhecer as relações interpessoais estabelecidas pela equipe multiprofissional em uma Unidade de Saúde da Família.	Entrevista semiestruturadas individual	Análise temática
P41	Finkler et al., 2016	Sul – Brasil	Apreender o processo de trabalho de equipes da atenção primária vinculadas a unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia saúde da família.	Observação não participante com diário de campo	Análise temática
P42	Freire Filho et al., 2018	Sudeste - Brasil	Comparar atitudes em relação à colaboração interprofissional de profissionais de saúde componentes de equipes da Estratégia Saúde da Família, participantes do Programa Mais Médicos, bem como identificar fatores associados a atitudes de colaboração interprofissional.	Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI)	Análise estatística: teste U de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis, Teste de múltiplas variâncias de Dunn com uso do SPSS
P45	Hirdes, 2018	Sul – Brasil	Investigar o Apoio Matricial em saúde mental na APS na perspectiva dos especialistas, levando em conta as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica.	Entrevista semiestruturada e Grupos Focais	Triangulação de dados com Análise de conteúdo
P46	Branco Junior et al., 2021	Norte – Brasil	Analisar as características de prontidão para o trabalho interprofissional bem como o uso da prática colaborativa dos preceptores do internato médico de Porto Velho, Rondônia.	Entrevistas semiestruturadas e Questionário fechado - “Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)” ou Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional	Análise de conteúdo temática
P48	Lago et al, 2022	Sudeste – Brasil	Objetivo é fazer uma análise pelas resistências à colaboração interprofissional nas práticas profissionais de residentes na APS	Diário de pesquisa, projeto político pedagógico e edital de convocação dos residentes, Observação e Roda de Conversa	Análise Documental e Análise Institucional das Práticas Profissionais (AIPP)
P49	Lanzoni, Meirelles, 2012	Não descrito – Brasil	Caracterizar as redes de relações e interações na equipe de saúde na Atenção Básica e suas implicações para a enfermagem	Levantamento de Dados secundários a partir de artigos científicos publicados entre 2001 e 2008	Revisão Integrativa da Literatura
P52	Matuda, Aguiar, Frazão, 2013	Não descrito -	Sistematizar os conhecimentos relativos à cooperação interprofissional como um objeto de pesquisa,	Levantamento de Dados secundários a partir de	Revisão Integrativa da

		Brasil	destacando sua relevância para a compreensão das relações entre os trabalhadores na produção do cuidado no contexto da reforma do sistema de saúde brasileiro.	artigos científicos publicados entre 2000 e 2010	Literatura
P53	Matuda, Pinto, Frazão, 2015	Sudeste – Brasil	Captar a percepção de profissionais que atuam na atenção primária à saúde sobre o trabalho compartilhado e a colaboração interprofissional	Entrevistas em profundidade, gravadas e transcritas, com um roteiro com questões relativas ao perfil profissional e sobre aspectos relacionados à visão do profissional sobre o trabalho compartilhado, ao processo de comunicação, às funções nucleares e periféricas de cada profissional .	Análise de conteúdo temática
P54	Mazza et al., 2022	Sul – Brasil	Analisar as práticas colaborativas desenvolvidas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em três municípios de uma região de saúde do norte do Paraná.	observação participante (com diário de campo) e entrevista semiestruturada, realizadas no período de maio a agosto de 2019	Método de análise do discurso proposto por Martins e Bicudo
P56	Müller et al., 2022	Não descrito – Brasil	Co que vem sendo escrito sobre a vivência prática e a formação, na atenção primária brasileira, sobre interprofissionalidade	Levantamento de Dados secundários a partir de artigos científicos publicados entre 2001 e 2008	Não descrito
P57	Moreira et al., 2022	Norte – Brasil	Analisar as percepções dos preceptores acerca do processo ensino-aprendizagem, bem como as fortalezas e as fragilidades para implementar as práticas colaborativas na Atenção Primária à Saúde	Entrevistas e questionário auto aplicado que continha questões fechadas	Análise de frequência absoluta e percentual (EXCEL) e análise de conteúdo de Bardin
P59	Silva, Miranda, 2022	Sudeste – Brasil	Analisar as possibilidades e limites para a colaboração interprofissional no âmbito do cuidado em saúde mental, observando-se a articulação entre as equipes NASF-AB e eSF	Observação participante, grupos focais narrativos e entrevistas (com transcrição e diário de campo)	análise a partir da hermenêutica filosófica, com produção de núcleos de sentido e eixos temáticos)
P63	Previato, Baldissera, 2018	Sul – Brasil	Analisar a Prática Interprofissional Colaborativa em Saúde na perspectiva de profissionais das equipes em atuação na Atenção Primária à Saúde.	Photovoice (2 encontros (1º explicar metodologia e 2º reflexão sobre as fotos) após os profissionais tirarem fotos havia uma seleção das fotos representativas e discussão em grupo. Foi aplicado um questionário sociodemográfico	Análise prévia dos registros fotográficos; revisão; comparação e teorização, facilitada pela formação de categorias de análise
P66	Peduzzi, Agreli, 2018	Sudeste – Brasil	Apresentar os conceitos atuais de trabalho interprofissional, problematizando-os no contexto da Atenção Primária à Saúde	Revisão da literatura	Ensaio teórico
P67	Souza et al., 2013	Não descrito – Portugal	Analisar o trabalho em equipe na atenção primária em saúde em Portugal	Entrevista semiestruturada, observação direta e análise documental.	Análise de conteúdo
P68	Nunes et al., 2016	Sul- Brasil	Compreender os aspectos que podem afetar o cotidiano do trabalho gerencial em UBS de MPP de três Regionais de Saúde do norte do Paraná	5 grupos focais, gravação e transcrição	Análise: leitura da totalidade do material empírico, leitura vertical

					e leitura horizontal
P71	Souza et al., 2019	Nordeste – Brasil	Apresentar a percepção dos trabalhadores sobre a interprofissionalidade, com ênfase das práticas de apoio matricial do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)	cartografia no território existencial e entrevista semiestruturada	análise de conteúdo
P74	Previato, Baldissera, 2018	Sul – Brasil	Analisar a comunicação enquanto domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde no processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde.	8 grupos focais, gravados e transcritos	Análise lexical
P79	Villa et al., 2015	Centro Oeste – Brasil	Analisar as relações de poder estabelecidas no trabalho da Estratégia Saúde da Família	Entrevista semiestruturada e observação participante	Análise de conteúdo
P81	Reis et al., 2016	Centro Oeste – Brasil	Compreender os significados atribuídos pelos atores (assistente social, educador físico, farmacêutico, nutricionista e psicólogo) ao trabalho desenvolvido em uma unidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Autoavaliação do NASF através do instrumento AMAQ-NASF SC, em 4 Grupos Focais	Análise de Conteúdo - temática
P82	Schimith et al., 2021	Sul – Brasil	Compreender como a comunicação em saúde na atenção de crianças com condições crônicas interfere na colaboração interprofissional	Entrevistas semiestruturada gravadas e transcritas e Observações participante	Abordagem dialética, inspirado na proposta interpretativa. Elaborou-se uma síntese dos resultados
P83	Vasconcelos et al., 2021	Nordeste – Brasil	Avaliar o clima de segurança na atenção primária à saúde e analisar as possíveis causas dos problemas identificados	Pesquisa-ação com aplicação do Questionário fechado Safety Attitudes Questionary (SAQ)	Análise estatística por domínio/dimensão, considerando-se médias, medianas e desvio-padrão.
P84	Queiroz et al., 2021	Não descrito – Brasil	Identificar entraves relacionais e organizacionais relativos à produção do cuidado e mapear estratégias e dispositivos favoráveis ao cuidado integral	Levantamento de Dados secundários a partir de artigos científicos publicados entre 2008 e 2018	Análise documental
P87	Silva et al, 2015	Sudeste – Brasil	Compreender as percepções de docentes, trabalhadores e estudantes sobre a articulação da educação interprofissional com as práticas na Atenção Primária à Saúde	Entrevistas semiestruturada e 4 grupos focais	Análise de conteúdo - temática e abordagem crítica hermenêutica
P90	Vendruscolo et al., 2020	Sul – Brasil	Analisar a implicação do processo de formação/educação permanente dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) para a sua atuação interprofissional	Entrevistas coletivas com cinco equipes de Nasf-AB.	Análise de conteúdo temática
P91	Ribeiro et al., 2022	Centro Oeste – Brasil	Comparar atitudes relacionadas à colaboração interprofissional autorrelatadas por diferentes equipes da atenção primária com a realidade observada de seus processos de trabalho.	Observação sistemática dos atendimentos em unidades de saúde, com roteiro de observação baseado no Referencial para Competências em Interprofissionalidade e no Fluxograma Analisador do processo de trabalho centrado no usuário e aplicou-se a Escala de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional.	Análise categórica e estatística descritiva

P92	Alves et al., 2021	Nordeste - Brasil	Conhecer o interprofissionalismo, no âmbito da saúde bucal, entre os trabalhadores graduados da Estratégia Saúde da Família.	Aplicação de Questionários semiestruturados: (13 declarações em escala likert adaptadas da AMAQ-autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade) e (5 perguntas abertas adaptado do questionário Readiness for Interprofessional Learning Scale, validado no Brasil).	Análise estatística descritiva e análise de conteúdo temática de Bardin (2011)
P95	Pereira et al., 2021	Não descrito – Brasil	Discutir o conhecimento e as práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre os modos de interação disciplinar	4 Grupos Focais filmados e gravados, posteriormente transcritos	Uso dos preceitos da Cartografia e análise de discurso
E2	Bandeira et al., 2019	Brasil	compreender as práticas de colaboração no âmbito das equipes interprofissionais para acompanhamento dentário pré-natal nos cuidados de saúde primários.	24 entrevistas individuais semiestruturadas em profundidade	Análise Temática
E13	Rey-Gamero, Acosta-Ramírez, 2013	Colômbia	revisar metodologias para definição de perfis de talento humano com foco em competências que considerem os pilares e princípios da APS renovada.	Levantamento de dados secundários em bases de dados	Síntese Narrativa
E15	Sánchez, Marín, Benavente, 2008	Espanha	Identificar características, dificuldades e necessidades de formação em comunicação assistencial e interprofissional dos profissionais de saúde e descobrir mudança de melhor e perfil docente desejável para a implantação de uma linha estratégica de formação	Grupo Focal e transcrição literal	análise de conteúdo
E19	Schönholzer et al., 2020	Brasil	analisar as experiências de uso do sistema e- SUS AB (Estratégia do Sistema Único de Saúde para a Atenção Básica) em um município brasileiro e verificar se ele subsidia o processo de trabalho e gestão local	entrevistas semiestruturadas	análise temática
II	Asakawa et al., 2017	Japão	Esclarecer se o processo de desenvolvimento de cooperação interprofissional, estudando o que os envolvidos na profissão médica- incluindo profissionais, administração e pessoal de serviços humanos - consideram que é necessário para efetivamente construir cooperação interdisciplinar ao fornecer cuidado integrado baseado na comunidade.	Entrevista semiestruturada	Análise de conteúdo
I3	Aerts et al, 2019	Bélgica	O objetivo deste estudo foi explorar as opiniões e experiências dos médicos de clínica geral, enfermeira de clínica geral e pacientes que vivem com doenças crônicas em relação à mudança para uma abordagem interprofissional na prática geral e compreender até que ponto esta nova parceria entre um enfermeira de clínica geral, e o médico de clínica geral satisfaz as necessidades e expectativas individuais e conjuntas de cada um dos três grupos de intervenientes.	Síntese temática de quatro estudos primários e entrevista em profundidade	Análise temática e triangulação dos quatro estudos.
I4	Agreli, Peduzzi, Bailey, 2017	Brasil	avaliar o clima de equipe nas equipes de atenção primária e analisar as percepções desses profissionais em relação ao IPC (Effective interprofessional collaboration)	Um projeto de estudo de métodos mistos foi adotado. Aplicação do questionário Team Climate Inventory entrevistas em profundidade	Análise estatística: análise de cluster foi aplicada: método de Ward, teste t e teste de Mann-Whitney). Análise qualitativa: usados os dois referenciais teóricos.

I9	Aquino et al., 2020	Inglaterra	Obter a experiência de generalistas e especialistas em comunicação interprofissional relacionada ao AVC, incluindo barreiras e facilitadores percebidos.	6 Grupos Focais, As gravações de áudio foram transcritas literalmente e analisadas	Análise de Estrutura
I11	Bailey, Jones, Way, 2006	Canadá	compreender a experiência dos médicos e enfermeiros de trabalhar na prática colaborativa	Entrevistas baseadas no instrumento Colaboração e Satisfação Sobre as Decisões de Cuidados (BAGGS, 1994)	Análise Narrativa
I16	Bell, Michalec, Arenson, 2014	EUA	analisar como a natureza histórica e de gênero das profissões de saúde pode resultar no impedimento da aceitação e prática da PCI (colaboração interprofissional)	Não descrito	Análise histórica e teórica
I20	Bennett et al., 2015	EUA	explorar o papel de compartilhar histórias sobre pacientes no desenvolvimento de equipes centradas no paciente	5 Sessões de workshop gravados e transcritos (Providers Share Workshop)	Análise temática
I23	Bissett et al., 2020	Inglaterra	Explorar a comunicação interprofissional e a colaboração no tratamento de diabetes e periodontite de acordo com as diretrizes	8 workshops iterativos. As gravações de áudio foram transcritas, anonimizadas e posteriormente verificadas quanto à precisão da gravação	Análise Temática
I24	Blondal, Sporrang, Almarsdottir, 2017	Islândia	o objetivo deste estudo foi usar a metodologia de pesquisa-ação para introduzir e estudar cuidados farmacêuticos liderados por farmacêuticos na atenção primária em colaboração com GPs e testar esse modelo em diferentes ambientes com o objetivo de atender às necessidades específicas locais e islandesas	Os dados foram coletados a partir de intervenções de assistência farmacêutica com pacientes, notas de pesquisa, reuniões e 15 entrevista em profundidade.	Síntese reflexiva: reflexão a partir das anotações, ATAS e gravações das entrevistas para reformular a intervenção.
I33	Brown et al, 2020	Canadá	explorar como os membros da equipe vivenciam e implementam dimensões específicas do trabalho em equipe em ambientes de atenção primária à saúde.	Entrevistas individuais semiestruturadas. Toda a coleta de dados foi gravada em áudio e transcrita	análise temática
I34	Brown et al., 2015	Canadá	descreve as dimensões da fase qualitativa usando a teoria fundamentada para explorar os problemas e desafios do trabalho em equipe	entrevista semiestruturada em profundidade e aplicação de 2 instrumentos (Team Climate Inventory (TCI) e a escala de Fornecimento de Recursos Eficazes e Conhecimento (PERK). A coleta e análise de dados ocorreram simultaneamente, seguindo um processo indutivo e iterativo.	A codificação foi enquadrada por três etapas progressivas: aberta, axial e seletiva. Para ambas as escalas TCI e PERK, foram calculados os escores médios, desvios padrão, medianas e faixas de escores. Análises bivariadas usando testes t e ANOVA com testes poshoc
I35	Brown et al., 2010	Canadá	examina as fontes de conflito de equipe, as barreiras para a resolução de conflitos e as estratégias para resolução de conflitos tanto na equipe quanto no nível individual em equipes de APS	Entrevista semiestruturada em profundidade foram gravadas e transcritas	A análise dos dados foi iterativa e interpretativa.
I40	Chan et al., 2010	Austrália	Objetivo: descrever as mudanças na colaboração interprofissional, comunicação e capacitação dos pacientes, utilizando dados qualitativos do estudo da intervenção team-link	Observações dos facilitadores, relatórios do GP(Clínicos Gerais) e inquéritos AHP (profissionais da rede	Análise temática indutiva: utilizando a abordagem de D'Amour e análise secundária para ver como os padrões de

				ampliada).	colaboração mudaram durante a intervenção.
I42	Chow et al., 2018	Canadá	Realizar uma revisão de escopo da literatura para determinar como as equipes de APS colaboram para fornecer cuidados abrangentes e integrados à demência para idosos residentes em áreas rurais e remotas.	Revisão de escopo - Quatro bases de dados (Embase, Medline, PsycInfo e CINAHL) foram pesquisadas de março de 2017 a maio de 2017.	Análise qualitativa com relato de fatores (facilitadores e barreiras)
I45	Coupe et al., 2014	Reino Unido	objetivo foi identificar barreiras e facilitadores para a implementação bem-sucedida do CC (Cuidado Colaborativo) no cuidado primário do Reino Unido.	Entrevistas presenciais e por telefone (gravadas e transcritas)	Análise temática e análise teórica dos dados guiada pelos quatro principais construtos do NPT (coerência, participação cognitiva, ação coletiva e monitoramento reflexivo).
I46	Craven, Bland, 2006	Canadá	Conduzir uma revisão sistemática da literatura experimental para identificar melhores práticas em cuidados colaborativos de saúde mental no ambiente de atenção primária	Revisão da literatura canadense e internacional usando Medline, PsycInfo, Embase, Biblioteca Cochrane e literatura cinzenta	Análise descritiva
I53	Delva et al., 2008	Canadá	desenvolver um modelo de CPD (Desenvolvimento Profissional Contínuo) usando uma abordagem baseada em casos que permitisse a troca de informações entre os prestadores de cuidados primários de saúde na comunidade. O objetivo da atividade era aumentar a colaboração entre os vários provedores, permitindo-lhes entender as contribuições de cada provedor e o desenvolvimento de relações de trabalho locais	Workshops para discussão de casos.	Atas de reuniões e ideias geradas nas oficinas foram codificadas e resumidas.
I54	Deroy, Schütze, 2019	Austrália	identificar os fatores organizacionais que ajudam a apoiar a retenção da equipe de saúde e bem-estar aborígene nos serviços de saúde aborígene	Revisão da Literatura (inglês): Onze bancos de dados (Academic Search Complete, CINAHL Plus, MEDLINE, SocINDEX, Science Direct, Directory of Open Access Journals, Informit Health Collection, Australian Public Affairs, Scopus, Emerald Insight, Informit Indigenous Collection) foram pesquisados para resultados publicados de 2002 a 2017	análise temática de Braun e Clarke e o modelo de análise espiral de Creswell
I56	Sutter et al., 2019	Bélgica	compreender como um MHT influenciaria o moral do pessoal em um ambiente de atenção primária, com o objetivo de formular algumas recomendações para projetos futuros.	cinco entrevistas aprofundadas e um grupo focal	Interpretação dos dados com base no feedback dos entrevistados e na teoria inicial do programa.
I58	Deya, de Vriesb, Bosnic-Anticevich, 2011	Austrália	O objetivo desta investigação foi desvendar os conceitos de colaboração para obter uma compreensão fundamental das expectativas, experiências e percepções sobre a colaboração dos médicos de medicina geral australianos (GPs) e farmacêuticos em torno da gestão de doenças	entrevista semiestruturado, baseado na teoria e numa abordagem empírica, para cumprir os objetivos deste estudo.	Codificação quanto a conceitos e temas.

			crónicas no contexto dos cuidados primários.		
I62	Donnelly et al., 2019	Canadá	O objetivo do estudo foi descrever práticas que apoiam a colaboração em equipes interprofissionais de atenção primária à saúde e identificar indicadores de desempenho percebidos para medir o impacto dessa colaboração na perspectiva dos profissionais de saúde interprofissionais.	6 Workshops	análise de conteúdo convencional inicial para identificar temas-chave
I68	Elston, Holloway, 2001	Reino Unido	comparar as perspectivas dos profissionais de saúde nos PCGs em relação aos movimentos em direção a um NHS liderado pela atenção primária e examinar o impacto dos desenvolvimentos recentes nas funções profissionais e na colaboração interprofissional	Entrevistas semiestruturadas em profundidade	analisadas por meio do método comparativo constante de Glaser & Strauss (1967) desenvolvido por Strauss & Corbin (1998)
I69	El-Awaisi et al., 2021	Catar	1) identificar o conhecimento atual e a conscientização dos HCP no Catar em relação ao IPC; 2) determinar a prontidão e as atitudes do HCP no Catar em relação ao IPC; 3) avaliar seu interesse no treinamento de IPC e suas crenças sobre IPC e; 4) identificar potenciais facilitadores e barreiras à prática colaborativa no Catar	Aplicação de Questionário fechado com 30 questões compreendendo 77 itens: Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)	Estatísticas descritivas e inferenciais foram utilizadas para a análise dos dados. O teste t de Student e o teste One Way ANOVA
I73	Fickel et al., 2007	EUA	Fornecer uma base para a compreensão das práticas atuais do provedor em relação às diretrizes para colaboração. Além disso, examinando as crenças dos provedores de linha de frente em relação às barreiras à gestão colaborativa, também pretendemos identificar estratégias que possam ajudar a superar as barreiras existentes à colaboração.	entrevistas semiestruturadas por telefone	codificação por meio de consenso mútuo entre os dois entrevistadores
I77	Fouche, Butler, Shaw, 2013	Nova Zelândia	evidenciar aprendizados do projeto sobre a “aliança atípica” entre Serviço Social e Farmácia	4 Grupos Focais e Entrevistas semiestruturadas por telefone	análise temática indutiva geral (Thomas, 2006)
I78	Fox et al., 2022	Canadá	o objetivo deste artigo é investigar os desafios de comunicação enfrentados pelos PEs nas equipes de atenção primária e como eles manifestam as tensões institucionais, bem como as maneiras pelas quais as equipes tentam superar esses desafios.	Entrevistas semiestruturadas gravadas e transcritas	Análise temática
I81	Goldman et al., 2010	Canadá	Examinar as perspectivas e experiências dos membros da equipe de saúde da família (ESF) sobre a colaboração interprofissional e os benefícios percebidos.	Entrevistas semiestruturada por telefone ou pessoalmente	Abordagem temática indutiva, com técnica de verificação de membros
I83	Grant, Dip, Kanji, 2017	Canadá	O objetivo desta revisão de literatura terciária é avaliar os benefícios da colaboração interprofissional entre higienistas dentais e outros profissionais de saúde em comunidades rurais canadenses.	Revisão de literatura - PubMed, CINAHL, Education Source e Google Scholar com uma pesquisa refinada da literatura revisada por pares publicada entre 1997 e 2015.	Não descrito
I87	Gucciardi et al., 2016	Canadá	Explorar como os profissionais de saúde vivenciaram a colaboração interprofissional durante a integração das equipes de diabetes em vários locais da atenção primária	18 entrevistas presenciais semiestruturadas em profundidade; 10 sessões trimestrais de debriefing em grupo com equipes de diabetes; e Também foram realizadas entrevistas aprofundadas com (metade	Análise de conteúdo direcionada

				dos participantes) por telefone ou face a face	
I92	Harris et al., 2016	Austrália, Canadá e EUA	Avaliar o impacto das políticas de reforma e intervenções que visam criar ou melhorar o trabalho em equipe nas relações de comunicação profissional, papéis e satisfação no trabalho nas práticas de APS.	síntese e análise secundária de 12 estudos qualitativos e quantitativos	Análise iterativa
I95	Colinas, Tainha, Carroll, 2007	Canadá	Explorar os desafios de colocar a abordagem (equipes de prática multidisciplinar) MDP em prática em uma comunidade de uma cidade no Canadá.	Técnica de incidente crítico e Fórum Comunitário (abordagem freiriana)	Análise Temática de Van Manen
I96	Hjalmarson, Ahgren, Kjoisrud, 2013	Suécia	explorar o desenvolvimento da colaboração interprofissional ao longo de um período de mais de 3 anos, investigando este assunto de forma abrangente a partir das perspectivas de diferentes partes interessadas, com o objetivo de melhorar a prevenção secundária da osteoporose.	Durante 2007–2010 e incluíram dados qualitativos, como notas de campo observacionais e documentos desenvolvidos, bem como vários dados estatísticos. Foram realizados workshops e algumas das reuniões mensais. Documentos, no total 34, (informações do paciente, material de educação do paciente, manuais para instrumentos de avaliação, rotinas de documentação baseadas em TI, plano de projeto, fluxogramas e guias de comunicação, recomendações baseadas em evidências e cronogramas; taxas de lesões de fraturas do antebraço 2008–2009 Injury Database (IDB))	Triangulação, análise estatística e Análise de conteúdo
I98	Hämell, Vössing, 2017	Eslovênia e Espanha	examina os conceitos e experiências da colaboração interprofissional de GPs e enfermeiros encontrados em centros de saúde primários da Eslovênia e da Espanha. Tendo em mente o contexto específico de cuidados de saúde e as tradições, vamos nos concentrar aqui na eficácia da colaboração	Revisão do histórico dos conceitos de atenção primária (análise da literatura, entrevistas com especialistas) e avaliação da colaboração em centros de saúde de "melhores práticas" em determinadas regiões da Eslovênia e da Espanha.	Análise de conteúdo
I102	Holzinger, Dahleendorf, Heintze, 2016	Alemanha	Explorar as experiências de médicos de clínica geral e dentistas, bem como, suas visões e opiniões relacionando a interface interprofissional	Entrevistas semiestruturadas foram gravadas em áudio digitalmente e transcritas literalmente	Análise de conteúdo
I103	Housden et al., 2017	Canadá	O objetivo deste estudo foi examinar as visitas médicas em grupo conduzidas por enfermeiras para pacientes com condições crônicas e considerar barreiras e facilitadores para implementar tais grupos em uma província canadense - Colúmbia Britânica	entrevistas foram gravadas em áudio e tanto as entrevistas quanto as notas de campo 12 meses.	Análises dedutivas e indutivas
I104	Hudon et al., 2020	Canadá	O objetivo era relatar questões relacionadas a pacientes com necessidades de cuidados complexos e recomendações identificadas por 160 participantes-	Grupos focais	Análise temática de acordo com o método indutivo. Houve

			chave em um encontro na cidade de Quebec sobre uma melhor integração dos serviços de atenção primária à saúde para pacientes com doenças crônicas e necessidades de cuidados complexos.		triangulação de fontes.
I105	Hughes, Mackenzie, 1990	Não descrito	Discutir alguns elementos e componentes necessários para maximizar a qualidade e aumentar a colaboração entre enfermeiros e médicos nos cuidados saúde primários.	Não descrito	Não descrito
I106	Hultberg; Lönnroth; Allebeck, 2003	Suécia.	Avaliar as diferenças na formulação de objetivos, colaboração e comunicação entre o pessoal dos centros de saúde de intervenção que implementaram projetos de cofinanciamento e os centros de saúde que trabalham em condições convencionais.	Entrevistas com grupos focais foram gravadas. Houve transcrição dos dados.	Não descrito
I107	Hutchinson, Gordon, 2009	Reino Unido	Fazer recomendações sobre o desenvolvimento futuro das Equipes de Atenção Primária à Saúde em Northumberland	Questionário aplicado à equipe de Atenção Primária durante debate no Fórum.	Análise estatística
I109	Hwang; Gums; Gums, 2017	Não descrito	Detalhar o impacto que a gestão colaborativa médico-farmacêutico pode ter no atendimento ao paciente, na utilização dos serviços de saúde e no custo-eficácia e revisar os desafios de implementar esse modelo que, atualmente, é encontrado principalmente em clínicas afiliadas academicamente e grandes sistemas de saúde.	Resumo de estudos descritos em uma tabela com os seguintes tópicos: Autor principal, métodos, intervenção, <i>outcomes</i> , resultados e conclusões.	Não descrito
I111	Jabbarpour et al., 2020	Estados Unidos	Entender como as equipes de medicina da família estão evoluindo ao longo do tempo.	Utilizou-se o questionário de aplicação do exame do Conselho de Medicina da Família para os anos de 2014 a 2018, um censo transversal anual repetido	Não descrito
I112	Jaruseviciene et al., 2019	Lituânia	1) desenvolver um instrumento para medir a colaboração entre médicos clínicos gerais (GPs) e enfermeiras comunitárias (CNs) e no contexto de APS de baixa integração; 2) examinar as propriedades psicométricas (confiabilidade e validade de construto) de uma escala recentemente desenvolvida para medir a colaboração entre CNs e GPs; 3) comparar a característica psicométrica da escala entre CNs e GPs.	Métodos qualitativos (dados das discussões do grupo focal) e quantitativos (um questionário transversal de 36 itens) foram empregados para o desenvolvimento de um novo instrumento para medir a colaboração na atenção primária à saúde entre GPs e CNs.	Análise temática dos dados qualitativos e análise fatorial confirmatória com características psicométricas.
I113	Jaruseviciene et al., 2013	Lituânia	O objetivo deste estudo foi obter uma melhor compreensão do fenômeno do trabalho em equipe na Lituânia, explorando as experiências de trabalho em equipe por médicos de clínica geral (GPs) e enfermeiros comunitários (CNs) envolvidos na atenção primária à saúde (APS).	Seis grupos focais foram formados com 29 GPs e 27 CNs da região de Kaunas da Lituânia. As discussões foram gravadas e transcritas literalmente.	Análise temática-abordagem indutiva
I115	Johansen; Ervik, 2022	Noruega	O estudo teve como objetivo explorar como os profissionais de saúde rurais no norte da Noruega experimentam a colaboração em relação a pacientes de cuidados paliativos, tanto localmente quanto com especialistas hospitalares, incluindo facilitadores e barreiras percebidos para a colaboração ideal e as consequências da colaboração não ideal.	Grupos focais e entrevistas individuais em 2015–2016	Análise temática abordagem indutiva
I116	Johansen; Ervik, 2018	Noruega	O estudo explora como clínicos gerais e enfermeiros oncológicos vivenciam sua colaboração em cuidados	Grupos focais e entrevistas individuais em 2015–2016	Análise temática

			paliativos primários	e em seguida transcritos.	abordagem indutiva
I118	Kates et al., 2011	Canadá	Apresentar um documento de posição desenvolvido pela Associação Psiquiátrica Canadense e pelo Grupo de Trabalho Colaborativo do Colégio de Médicos de Família do Canadá sobre Cuidados Compartilhados em Saúde Mental e aprovado por seus respectivos Conselhos em agosto de 2010.	Não descrito	Não descrito
I119	Kelly et al., 2013	Canadá	O objetivo do estudo foi capturar as opiniões de médicos de família e farmacêuticos comunitários em Newfoundland and Labrador, no Canadá, sobre abordagens colaborativas para o atendimento ao paciente.	Pesquisa bibliográfica e Entrevistas	Não descrito
I120	Kennedy, McKinlay, 2021	Nova Zelândia	Explorar como os provedores de assistência social e de saúde veem a prestação de assistência médica e social a migrantes semelhantes a refugiados em comparação com exrefugiados de cotas na Nova Zelândia.	Entrevistas	Análises dedutivas e indutivas e análise temática
I121	Klemenc-Ketis et al., 2017	Eslovênia	Obter uma visão geral das percepções dos profissionais de saúde sobre os climas de segurança do paciente e a qualidade da colaboração entre grupos profissionais nos cuidados de saúde depois do horário de expediente na Eslovênia.	Questionário fechado	Análise estatística - A análise de variância (ANOVA) unidirecional com correção de Bonferroni
I122	Kock; Mlezana, Frantz, 2021	África do Sul	Explorar e descrever as percepções, atitudes e compreensão dos profissionais de saúde sobre a prática interprofissional em uma unidade de APS.	Grupos focais gravados foram transcritos literalmente.	Análise temática abordagem dedutiva
I124	Lalonde et al., 2012	Canadá	Identificar desafios e prioridades de ação em CP para melhorar a prevenção de doenças cardiovasculares entre pacientes com condições multimorbidadas.	Grupos focais e grupos nominais, foram gravadas em formato de áudio digital e transcritas. Pesquisa-ação participativa.	Análise temática
I125	LaMothe et al., 2020	Estados Unidos	Descrever os facilitadores e barreiras da implementação do a Prática Colaborativa Interprofissional em clínicas rurais e o impacto na tomada de decisão e na cultura de segurança.	Dois instrumentos de inquérito e uma entrevista de desligamento foram utilizados como métodos de coleta de dados.	Análise de conteúdo para os dados qualitativos e análise estatística dos dados mensurados pelas escalas.
I128	Lau et al, 2021	Austrália	Explorar o conhecimento, a prática e a atitude dos profissionais de clínica geral (GPPs) [incluindo GPs, enfermeiras de cuidados primários de saúde (PCNs), educadores em diabetes (DEs)] e profissionais de saúde bucal (OHPs) [incluindo dentistas (Ds), higienistas dentais (DHs), terapeutas de saúde bucal (OHTs), terapeutas dentais (DTs) e assistentes de dentistas (DAs)] no gerenciamento de diabetes e periodontite e seus pontos de vista sobre cuidados interprofissionais no ambiente de saúde comunitária.	Pesquisas quantitativas on-line e entrevistas qualitativas semiestruturadas foram realizadas com profissionais de saúde.	Análise estatísticas descritivas e análise qualitativa usou uma abordagem mista indutiva e dedutiva
I130	Lawn et al., 2014	Austrália	Relatar uma experiência de co-localização de uma variedade de diferentes serviços de saúde primária em um edifício, com o objetivo de fornecer serviços integrados.	Diário de notas	Etnografia
I131	Lee, Kealy, 2014	Canadá	Descrever e discutir o uso do modelo Balint no contexto do cuidado colaborativo canadense.	Não descrito	Não descrito
I133	Legault et al., 2012	Canadá	Descrever o desenvolvimento de uma relação de colaboração entre os membros da equipe de cuidados	Grupos focais, entrevistas, pesquisas de colaboração e	Análise estatística descritiva e triangulação

			primários (enfermeiros, farmacêutico e os médicos) que prestam cuidados a pacientes de maior risco.	registros de profissionais.	no método qualitativo)
I134	Löffler et al., 2017	Alemanha	investigar as opiniões de farmacêuticos e clínicos gerais sobre as barreiras à colaboração interprofissional no sistema de saúde alemão	Entrevistas narrativas aprofundadas e discussões de grupos focais	Abordagem indutiva
I136	Lindeberg, Samuelsson, Müller, 2019	Suécia	Investigar as experiências dos profissionais clínicos suecos sobre as vias de diagnóstico na demência, com foco na avaliação das habilidades cognitivas e comunicativas.	Entrevistas semiestruturadas	Análise de Conteúdo qualitativa
I137	Lloyd, Hughes, 2010	Irlanda do Norte	Explorar os pontos de vista e o contexto profissional de farmacêuticos e médicos (que atuaram como seus mentores de treinamento), antes do início do treinamento complementar em prescrição e um ano após a qualificação dos farmacêuticos como prescritores.	Grupos focais e as entrevistas. Todas as discussões/entrevistas semiestruturadas foram gravadas em áudio e transcritas	Triangulação de dados.
I138	MacNaughton; Chreim, Bourgeault, 2013	Canadá	Compreender como os papéis são construídos nas equipes interprofissionais de saúde na atenção básica.	Entrevistas, observações e documentos escritos.	Análise de conteúdo temática e triangulação dos dados
I140	Maehder et al., 2021	Alemanha	Determinar Como os médicos de atenção primária e profissionais de saúde mental experimentam e avaliam o cuidado colaborativo dentro do estudo controlado randomizado por cluster no contexto do cuidado de saúde mental usual	As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas literalmente.	Abordagem qualitativa de análise de conteúdo estruturante, combinando o desenvolvimento de categorias dedutivas e indutivas
I142	Marin-Gomez et al., 2018	Espanha	Explorar o uso de aplicativos de rede social para celular entre profissionais da atenção primária à saúde para fins relacionados ao trabalho, comparando os aplicativos mais utilizados no mercado	Pesquisa baseada na Web através do Google Forms com link enviado em um e-mail personalizado.	Estudo transversal descritivo com análise Estatística - comparação bivariada por meio do teste qui-quadrado de Pearson e análise multivariada por meio de regressão logística
I143	McDonald; Jayasuriya, Harris, 2012	Austrália	Explorar as experiências e percepções dos participantes envolvidos na prestação ou recepção de cuidados para Diabetes Mellitus Tipo 2.	As entrevistas semiestruturadas e as sessões de feedback foram gravadas em áudio e transcritas literalmente.	Análise temática do conteúdo
I144	McInnes et al., 2017	Austrália	Explorar os facilitadores e desafios da colaboração entre clínicos gerais e enfermeiras registradas na prática geral australiana.	Entrevistas semiestruturadas (inquérito naturalista) transcritas na íntegra.	Análise temática - abordagem indutiva
I146	Mercer et al., 2020	Canadá	Examinar como farmacêuticos e médicos de atenção primária se comunicam, especificamente quando eles têm ou não um relacionamento estabelecido.	Entrevistas semiestruturadas gravadas e transcritas com notas de campo registradas durante e após as entrevistas .	Análise temática – abordagem indutiva e comparativa constante até a saturação teórica. Triangulação e codificação dos dados.
I149	Mickan et al, 2010	Canadá, Dinamarca, Índia, Japão, Nepal, Omã, Eslovênia, Suécia, Tailândia e Reino Unido	Examinar a prática colaborativa na atenção primária à saúde e as semelhanças entre os países.	Sistemas da Organização Mundial da Saúde (OMS) foram utilizados para obter estudos de casos de seis escritórios regionais da OMS em Brazzaville (África), Cairo (Mediterrâneo Oriental),	Estudo de caso múltiplo

				Copenhague (Europa), Manila (Pacífico Ocidental), Nova Deli (Sudeste Asiático) e Washington DC (Américas). A OMS convidou informantes específicos em uma ou duas organizações de atenção primária à saúde envolvendo a temática escolhida.	
I151	Miller, Pammett, 2021	Canadá	Determinar a extensão da literatura publicada sobre farmacêuticos de cuidados em equipe no Canadá e categorizar tematicamente esse corpo de pesquisa.	Registros identificados em bases de dados com os critérios de inclusão.	Revisão de Escopo (análise temática)
I153	Mior et al., 2010	Canadá.	Desenvolver uma estrutura que pudesse ser implementada para facilitar a colaboração entre quiropráticos e médicos na atenção primária baseada na comunidade.	Entrevistas e sessões de grupos focais foram gravadas em áudio e transcritas literalmente.	Método de comparação constante. Houve a codificação aberta, usada para identificar categorias e subcategorias. A análise aconteceu de maneira iterativa e indutiva.
I154	Mitchell et al., 2022	Reino Unido	Fornecer informações detalhadas e compreensão sobre as mudanças e inovações nos serviços que ocorreram na atenção primária do Reino Unido para fornecer cuidados de fim de vida durante a primeira fase da pandemia de COVID-19.	Pesquisa on-line transversal (questionário baseada na web).	Estatística descritiva e análise temática.
I155	Moncatar et al., 2021	Filipinas	Descrever a situação das práticas de colaboração interprofissional entre assistentes sociais e de saúde que cuidam de idosos nas Filipinas; investigar as barreiras percebidas para sua implementação e os efeitos percebidos nos cuidados geriátricos; e identificar possíveis soluções para enfrentar as barreiras que limitam a prática colaborativa.	Entrevistas em profundidade e grupos focais.	Análise temática indutiva
I157	Morgan et al., 2020	Nova Zelândia	Explorar a influência da arquitetura de interiores da prática de cuidados primários na comunicação direta face a face para o cuidado colaborativo.	plantas baixas de observações diretas, fotografias, entrevistas e pesquisas.	Dados da observação da estrutura e análise temática iterativa e indutiva
I158	Morgan, Pullon, McKinlay, 2015	Reino Unido, Canadá, Austrália e Suécia.	Examinar a natureza da colaboração interprofissional (incluindo a prática colaborativa interprofissional) e as principais influências que levam a modelos bem-sucedidos de prática interprofissional em equipes de atenção primária, conforme relatado em estudos que usam métodos de observação direta.	Estudos de pesquisa primária com os critérios de pesquisa foram acessados nos bancos de dados MEDLINE, PsycINFO, Scopus, King's Fund e Informit Health Collection, bem como em listas de referências de pesquisa manual.	Revisão integrativa
I160	Mulvale, Embrett, Razavi, 2016	Canadá (Quebec, Alberta), Espanha, Reino Unido (Escócia, Inglaterra), Estados Unidos e Porto Rico	Identificar estudos, para direcionar esforços de melhoria, e para demonstrar uma associação entre fatores sugeridos e processos colaborativos em equipes interprofissionais de atenção primária (IPCTs).	Houve uma pesquisa em seis bases de dados eletrônicas dos períodos entre 1990 a 2015. Dois autores fizeram uma avaliação da qualidade metodológica, sendo que toda a equipe se reuniu para discutir diferenças até	Revisão sistemática

				o alcance de consensos.	
I161	Munro, Kornelsen, Grzybowski, 2012	Canadá	Explorar as barreiras e os facilitadores dos modelos interprofissionais de assistência à maternidade entre médicos, enfermeiras e parteiras, no Canadá, e as mudanças que precisam ocorrer para facilitar tais modelos.	Entrevista em profundidade e por grupos focais. As entrevistas foram gravadas e realizadas em cada comunidade até a saturação dos dados.	Codificação aberta – análise temática
I166	Macdonald et al., 2004	Reino Unido	O objetivo do estudo foi explorar o processo de implementação dos serviços trabalhador primário de saúde mental - PMHWs, a fim de compreender: • a estrutura dos atuais serviços de saúde mental da criança e do adolescente - CAMH (por exemplo, número de PMHWs). • os processos envolvidos na provisão (por exemplo, caminhos de referência e taxas). os resultados (por exemplo, vantagens e desvantagens percebidas dos PMHWs).	Entrevistas semiestruturadas foram usadas para a coleta de dados. Houve a gravação e a transcrição destas.	Codificação dos dados e análise temática.
I167	Mavronicolasa, Laraqueb, Campbelld, 2017	Estados Unidos	Determinar se o modelo teórico testado de colaboração interprofissional entre médicos e farmacêuticos (McDonough & Doucette, 2001) pode ser adaptado para prever as percepções de cuidado colaborativo do prestador de cuidados primários de HIV (PCP) e do gerente de caso; examinar a importância de cada grupo (participante, contexto, troca) de drivers de relacionamento na explicação do trabalho colaborativo percebido; e avaliar a influência de cada variável na previsão da colaboração.	Pesquisa anônima e autoadministrada foi enviada para PCPs e gerentes de casos de HIV, adaptado de Zillich, McDonough, Carter e Doucette (2004)	Análise estatística - modelo de regressão sequencial em bloco
I169	McDonald, Davies, Harris, 2009	Austrália	Identificar os elementos dos modelos de parceria que contribuem para uma maior colaboração entre os provedores de atenção primária à saúde no contexto australiano e as implicações para as questões políticas atuais.	Baseia-se em uma revisão sistemática recente com síntese de evidências das principais iniciativas organizacionais, financeiras e de força de trabalho na Austrália, Grã-Bretanha e Nova Zelândia (McDonald et al. 2007, 2008).	A análise usou o modelo de colaboração de D'Amour et al. (2008) – abordagem indutiva
I170	McDonald et al., 2011	Austrália	Explorar a influência de fatores organizacionais na colaboração entre os serviços de saúde primários e comunitários dos setores privado e público envolvidos no tratamento do diabetes.	Coleta de dados por entrevistas semiestruturadas e pela análise de conteúdo de documentos.	Estudo de caso de métodos mistos - análise temática
I172	Mian, Koren, Rukholm., 2012	Canadá	Examinar os encaminhamentos de enfermeiras que prestam cuidados de saúde primários (NPs de APS) para entender melhor como os NPs de APS colaboram com outros profissionais de saúde e contribuir para o cuidado interprofissional.	Pesquisa foi realizada por correio de 2008, (houve um questionário com 70 perguntas fechadas)	Análise estatística: Tabelas de contingência e na estatística Qui-quadrado.
I173	Morina, Desrosiers, Gaboury, 2018	Canadá	Explorar os facilitadores e as barreiras para o desenvolvimento da colaboração interprofissional entre médicos e osteopatas envolvidos com pacientes pediátricos na atenção primária em Quebec.	Questionários (entrevistas individuais semiestruturadas)	Análise estatística descritiva, qui-quadrado ou testes t e análise temática.
I174	Valaitis et al., 2020	Canadá	Explorar a natureza da atenção primária canadense - colaborações de saúde pública, seus objetivos, motivações, atividades, barreiras e capacitadores de colaboração e resultados percebidos.	Pesquisa de 10 estudos de caso - Ferramenta de Autoavaliação de Parcerias, grupos focais e análise de documentos	Análise qualitativa descritiva

I178	Salsbury et al., 2018	Não descrito	Avaliar a viabilidade percebida de um modelo de prática centrada no paciente para dor nas costas, incluindo facilitadores para a colaboração interprofissional entre médicos de medicina familiar e médicos de quiropraxia.	Entrevistas qualitativas, auditorias de registros clínicos e notas de campo das sessões educativas e desafios de implementação do modelo.	Análise estatística descritiva e análise de conteúdo - temática
I182	Smit et al., 2021	Holanda	(1) determinar a aceitabilidade do programa IPCP, (2) determinar se os dados podem ser coletados durante a implementação de um programa IPCP para construir redes de maneira significativa e (3) examinar a possibilidade de medir o desenvolvimento da rede em termos de número, reciprocidade, valor e diversidade de contatos entre profissionais de saúde em três distritos comunitários.	Foi aplicado um questionário autorreferido. Uma pesquisa de rede social mediu entre os participantes a colaboração interprofissional.	Análise estatística descritiva e inferencial
I183	Seaton et al., 2020	Não descrito	O objetivo foi sintetizar as evidências disponíveis sobre as percepções dos profissionais de saúde aliados sobre a colaboração interprofissional na atenção primária à saúde.	Pesquisa bibliográfica abrangente (revisão integrativa) baseada em três bancos de dados eletrônicos e uma pesquisa manual do <i>Journal of Interprofessional Care</i> .	Análise temática
I184	Sicottea, D'Amour, Moreault, 2002	Canadá	Os objetivos deste estudo são: (1) medir a intensidade alcançada da colaboração interprofissional entre os principais programas CHCC de Quebec (grama); e (2) identificar os fatores organizacionais e profissionais que promovem ou limitam a colaboração interdisciplinar	Aplicação de questionário	Análise estatística: análise de fatores e análise de regressão múltipla.
I185	Supper et al., 2014	Não descrito	Identificar os facilitadores e as barreiras para a colaboração interprofissional na atenção primária à saúde percebidas pelos atores envolvidos, além dos enfermeiros.	Revisão da literatura. Bases de dados pesquisadas: Medline, biblioteca Cochrane, Web of science e PsychINFO	Análise temática sintética de pesquisa qualitativa - revisão sistemática.
I186	van Dongen et al., 2016	Holanda	Explorar os fatores influentes do IPC em relação aos objetivos do paciente e ao plano de cuidado centrado no paciente.	Entrevista semiestruturadas com perguntas abertas foram preparadas para as reuniões de grupos focais	Análise de conteúdo indutiva.
I188	van Dongen et al., 2016	Holanda	Examinar as práticas atuais nas reuniões do equipe interprofissional na atenção primária, bem 'como' elas são conduzidas, bem como explorar as opiniões pessoais dos profissionais de saúde sobre a prática atual.	Observações de reuniões de equipe e entrevistas individuais semiestruturadas, reuniões da equipe foram gravadas em áudio e vídeo. Foram realizadas notas de campo.	Análise de conteúdo direcionada e análise temática das entrevistas
I190	Sibbald et al., 2020	Canadá	Descrever as lições aprendidas com a implementação bem-sucedida de uma pequena rede localizada de atenção primária para apoiar o desenvolvimento e a implementação bem-sucedida de redes semelhantes em outras localizações geográficas.	Grupos focais, observações de reuniões de equipe, análise de documentos e entrevistas telefônicas semiestruturadas	Análise realizada iterativamente usando uma abordagem temática modificada
I191	Prada, 2006	Canadá	Oferecer um plano de ação baseado em pesquisa, apresentando algumas práticas colaborativas bem-sucedidas atuais na atenção primária à saúde	Entrevistas com equipes clínicas e de gestão, condução de grupos focais com pacientes e documentação revisada no local	Não descrito
I192	Waldorff et al., 2001	Dinamarca	Explorar as experiências de colaboração entre clínicos gerais e enfermeiros distritais na gestão da	Entrevistas em grupo foram realizadas com	Utilizou-se o método fenomenológico

			demência.	quatro enfermeiras e cinco clínicos gerais. A técnica do incidente crítico	originalmente descrito por Georgi e modificado por Malterud seguindo um estilo de análise de edição
I194	Ziegler et al., 2020	Canadá	Explorar como os cuidados primários para indivíduos transexuais são prestados dentro dos diferentes modelos de cuidados primários em Ontário e os papéis que os membros da equipe de cuidados primários desempenham na prestação de cuidados, barreiras, facilitadores e competência clínica dos profissionais na prestação de cuidados transgêneros.	Entrevistas qualitativas, além disso houve coleta de provas documentais e notas de campo.	Análise de conteúdo qualitativa com síntese de casos cruzados e triangulação.
I195	Ryan; Brown; Thorpe, 2019	Canadá	Ampliar nossa compreensão de como os membros da equipe de atenção primária à saúde caracterizam os efeitos da localização no funcionamento da equipe.	Entrevistas semiestruturadas individuais, as quais foram gravadas em áudio e transcritas literalmente.	Houve codificação individual e em grupo seguida de processos da teoria fundamentada de codificação aberta, axial e seletiva.
I196	Saint-Pierre; Herskovic, Sepúlveda, 2018	Não descrito	Identificar como as equipes multidisciplinares na atenção primária colaboram, no que diz respeito aos profissionais envolvidos nas equipes e às atividades colaborativas que ocorrem, e determinar se essas características e práticas estão presentes nas disciplinas e se a colaboração afeta os resultados clínicos.	Bases de dados pesquisadas: MEDLINE (PubMed e OvidMedline), ScienceDirect e Web of Science. Os artigos deviam estar em inglês, pertencer a área da saúde e descrever cuidados prestados ao paciente por equipes multidisciplinares que estivessem trabalhando de forma colaborativa.	Revisão sistemática
I197	Roberts et al., 2021	Nova Zelândia	Explorar as percepções e experiências dos clínicos gerais no que diz respeito a experiências colaborativas trabalhando com acupunturistas.	Entrevistas semiestruturadas em profundidade.	Análise temática - A análise qualitativa desta pesquisa utilizou o técnica dualística de temática indutiva e dedutiva análise informada pelo trabalho de Fereday e Muir Cochrane, e incluiu o desenvolvimento e descrição de um livro de código analítico.
I199	Pullon et al., 2016	Nova Zelândia	Observar diretamente elementos de colaboração interprofissional (IPC) em ambientes de atenção primária, usando uma nova gama de métodos de coleta de dados e análise primária de dados observacionais	Notas de campo, gravações de vídeo com transcrições	Processo temático iterativo e indutivo. Análise temática cruzada. (Estudo de caso múltiplo)
I200	Roots; MacDonald, 2014	Canadá	Identificar os resultados associados ao papel do enfermeiro (NP) na prática colaborativa da atenção primária.	Entrevistas, observação direta, notas de campo, registros de arquivo e documentos, coleta de registros de consultórios e serviços de autoridades de saúde.	Análise temática apropriada e estatística descritiva/inferencial
I202	Smeets et al., 2020	Holanda	Criar insights sobre as barreiras enfrentadas pelos profissionais de cuidados primários (PCPs) e possíveis soluções no que diz respeito à prestação de cuidados eficientes e centrados na pessoa aos	Entrevista semiestruturado de grupos focais.	Análise qualitativa de conteúdo foi empregada de forma dedutiva por meio de uma matriz de

			pacientes do Pacientes de alta necessidade e alto custo (HNHC).		categorização.
I203	Schraeder, Brown, Reid, 2018	Canadá	Explorar o papel dos médicos de família no cuidado de jovens com problemas contínuos/ recorrentes de problemas de saúde mental infantil e incorporação do monitoramento rotineiro de saúde mental na atenção primária à saúde.	Entrevistas em profundidade com os participantes. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas literalmente	Análise de comparação constante da teoria fundamentada construtivista - triangulação dos dados
I204	Patterson et al., 2013	Canadá.	Explorar o uso de um recurso online, o Centro de Recursos Interprofissionais (IRC), no planejamento da mudança interprofissional e explorar a experiência de planejar mudanças interprofissionais.	Grupo focal. Para os campos piloto como os não-piloto ofereceram informações narrativas adicionais através de um fórum on-line e por uma pesquisa sumativa.	Descrição qualitativa.
I205	Pullon, McKinlay, Dew, 2009	Nova Zelândia	Explorar as percepções das relações interprofissionais, do trabalho em equipe e do cuidado colaborativo ao paciente na prática de atenção primária na Nova Zelândia.	Entrevistas em profundidade	Análise de conteúdo e princípios de investigação naturalista.
I206	Rodgers, 1993	Grã-Bretanha, América e Austrália	Analisar as evidências de que as necessidades de cuidados de saúde não estão a ser satisfeitas.	Não descrito	Não descrito
I208	Kebe et al., 2019	Canadá	Identificar perfis de profissionais de saúde mental com base em características individuais, interacionais, estruturais e de atuação profissional relacionadas à colaboração interprofissional (PCI)	Questionário que extraiu informações sociodemográficas e escalas padronizadas	Análise de cluster
I210	Pidano et al., 2018	Não descrito	Revisar aspectos da cultura da medicina pediátrica, componentes críticos da comunicação e estratégias para melhorar a comunicação.	Não descrito	Investigação empírica e apontamento de próprias experiências
I211	Rathbone, 2016	Austrália.	Propor um modelo de colaboração interprofissional no contexto de identificação e melhoria da não adesão medicamentosa na atenção primária.	Grupos focais	Análise temática
I214	Almeida et al., 2020	Brasil	Identificar, na perspectiva dos profissionais, fatores restritivos e motivadores do trabalho em equipe, na Estratégia Saúde da Família.	Entrevista semiestruturada	Análise de conteúdo-temática.
I216	Neergaard et al., 2010	Dinamarca	Analisar a visão dos profissionais de saúde sobre a cooperação interprofissional na assistência paliativa domiciliar de nível básico a pacientes oncológicos terminais.	Entrevistas grupais semiestruturadas	Descrição qualitativa
I217	Richards et al., 2000	Reino Unido	Analisar a literatura sobre carga de trabalho nos cuidados primários, atitudes relativamente à delegação, relações interprofissionais e trabalho em equipe a fim de informar o desenvolvimento de serviços de cuidados primários eficazes.	Não descrito	Revisão de literatura
I222	Perreault et al., 2017	Canadá	Avaliar o grau de colaboração nas organizações de cuidados de saúde primários entre médicos de família e outros profissionais de saúde; e identificar fatores organizacionais associados a essa colaboração.	Questionários	Análises de regressão logística multivariada
I223	Schadewaldt et al., 2013	EUA (11), Canadá, Reino Unido (6 cada), Países Baixos, Suécia, Irlanda e	Sintetizar pesquisas que investigaram as percepções de enfermeiros e médicos que atuam na atenção primária à saúde.	Pesquisa nas bases de dados: Biblioteca Cochrane, a Biblioteca do Instituto Joanna Briggs, PubMed, Medline,	Revisão integrativa

		Nova Zelândia.		CINAHL, Informit e ProQuest	
I225	Kebe et al., 2018	Canadá	Identificar variáveis associadas à colaboração interprofissional em saúde mental.	Questionários autoaplicáveis.	Análises de regressão linear bivariada e múltipla
I226	Roberts, Dowell, Nie, 2020	Nova Zelândia	Compreender as barreiras à comunicação e facilitar a colaboração entre os dois grupos participantes.	Entrevistas individuais semiestruturadas	Análise Estatística descritiva e análise temática.
I229	Oandasan et al., 2009	Canadá	Explorar o impacto do espaço e do tempo no trabalho em equipe interprofissional em três centros de atenção primária à saúde e as implicações para a reforma canadense e outras reformas da atenção primária à saúde.	Observações etnográficas e entrevistas em ambientes clínicos.	Análise indutiva dos dados conduzida através de uma abordagem interativa
I231	Valaitis et al., 2018	Canadá	Examinar as percepções dos informantes-chave canadenses sobre fatores intrapessoais (dentro de um indivíduo) e interpessoais (entre indivíduos) que influenciam o sucesso da colaboração na atenção primária e na saúde pública.	Entrevistas telefônicas gravadas e transcritas	Estudo qualitativo descritivo interpretativo
I234	Petersson et al., 2020	Suécia	Explorar as percepções e experiências dos gestores de cuidados e coordenadores de reabilitação sobre uma colaboração estreita e o uso da reunião de diálogo centrada na pessoa	Discussões de grupos focais para a coleta dos dados.	Análise por Condensação Sistemática de Texto (STC) de Malterud - análise temática de casos cruzados com uma abordagem pragmática.
I235	Riley et al., 2009	Inglaterra	Considerar as relações profissionais e organizacionais estabelecidas entre os prestadores de serviços que trabalham nos sítios do PMS que se propuseram especificamente a abordar as desigualdades no acesso aos cuidados primários para as populações vulneráveis.	Entrevistas aprofundada, gravadas e transcritas	Estudo qualitativo estruturadas em torno de um guia temático.
I242	Sargeant, Loney, Murphy, 2008	Canadá	Explora as percepções de equipes eficazes de cuidados primários de saúde para determinar as necessidades de aprendizagem relacionadas aos profissionais de cuidados primários de saúde	Grupos focais	Análise de conteúdo e abordagens hermenêuticas fundamentadas para identificar temas
I243	Overbeck, Davidsen, Kousgaard, 2016	EUA, Reino Unido e Canadá	realizar uma revisão sistemática de estudos qualitativos sobre os facilitadores e as barreiras para a implementação de cuidados colaborativos para pacientes com ansiedade e depressão	Revisão Sistemática da Literatura	Análise a partir das categorias do NPT e da lista de verificação de pesquisa qualitativa (COREQ)
I246	Shaw, Lusignan, Rowlands, 2005	Inglaterra	verificar se os profissionais de saúde primários nessas práticas sentiram que o progresso com PMS foi sustentado pelo trabalho em equipe eficaz.	Entrevistas Semiestruturadas	Análise Temática
I247	Schadewaldt et al., 2016	Austrália	investigou as experiências e percepções de enfermeiros e médicos que trabalharam juntos sob as novas políticas e teve como objetivo identificar facilitadores de modelos de prática colaborativa.	observações diretas, documentos e entrevistas semiestruturadas, bem como questionários, incluindo escalas validadas	Análise Temática e análise dedutiva
I249	Poursheikhali, Dehnavieh, 2020	Irã	avaliar o estado atual de cooperação no sistema de APS do Irã a partir da perspectiva do Modelo de 5 Construtos de Amor e para identificar os desafios neste campo.	Uso da Ferramenta de Avaliação da Atenção Primária (PCET), entrevistando especialistas e diretores executivos e revisão sistemática dos	Triangulação de dados

				desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) no Irã.	
I252	Ngangue et al., 2020	Canadá	Explorar as percepções e experiências de profissionais de saúde, pacientes e seus cuidadores com uma intervenção pragmática interdisciplinar centrada no paciente de 4 meses na atenção primária	30 entrevista semiestruturadas	metodologia qualitativa de Thorne sobre descrição interpretativa (DI)
I260	Sangaleti et al., 2017	Brasil	sintetizar as melhores evidências disponíveis sobre as experiências dos profissionais de saúde em relação ao trabalho em equipe e colaboração interprofissional em ambientes de atenção primária à saúde	Revisão Sistemática da Literatura	Meta-agregante pragmática e o software Joanna Briggs Institute Qualitative Assessment and Review Instrument.
I268	Nieuwboer et al., 2020	Holanda	Explorar a comunicação real entre enfermeira e clínico geral na atenção primária e obter insights sobre o estilo de comunicação, a estrutura da conversa e seus determinantes.	análise qualitativa de conversas telefônicas entre CNs(Enfermeiras Comunitárias) e GPs (Clínicos Gerais) mais entrevistas de grupos focais e aplicação de questionário online (A escala geral de autoeficácia (SES) de Bandura foi adaptado (não validado) usando o itens do SBAR (Situação, Histórico, Avaliação e Recomendação).	Análise qualitativa e estatística descritiva, análise pelo coeficiente de correlação de Spearman, análise temática
I277	Sicottea, D'Amour, Moreault, 2002*	Canadá	medir a intensidade alcançada da colaboração interprofissional entre os CHCCs de Quebec e (2) identificar os fatores organizacionais e profissionais que promovem ou limitam a colaboração interdisciplinar.	Questionário fechado	análise fatorial e a análise de regressão múltipla

Fonte: Elaborado pela autora, *tradução própria, 2023.

APÊNDICE B - MATRIZ DE EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO DE ESCOPO.

Responsável pela extração:

Base de dados/Descritores:

0 – ID – código por idioma

1- DOI

2 - Título

3 – Autores

4- Ano

5 - País

6 - Região

7 - Objetivo

8 – Referencial Teórico

9- Campo da Intervenção

10- Registro e produção dos dados

11 - Metodologia de análise

12 – População/ Categoria Profissional/ Amostra

13– Resultados

14 – Conclusões

15- Exclusão ou inclusão

16- Motivos

17 – Barreiras

18- Facilitadores

19 – O que confirmou, ratificou o que a avaliadora já sabia?

20 – O que foi inovador do texto, o que foi um aprendizado?

21 – Referências relevantes do texto

ANEXOS

ANEXO A - PRISMA SCR

Itens de relatórios preferenciais para revisões sistemáticas e extensão de metanálises para lista de verificação de avaliações de escopo (PRISMA-ScR)

SECÇÃO	ITEM	ITEM DA LISTA DE VERIFICAÇÃO PRISMA-SCR	RELATADO NA PÁGINA #
TÍTULO			
Título	1	Identifique o relatório como uma revisão de escopo.	✓
ABSTRAIR			
Resumo estruturado	2	Fornecer um resumo estruturado que inclua (conforme aplicável): antecedentes, objetivos, critérios de elegibilidade, fontes de evidência, métodos de gráfico, resultados e conclusões relacionadas às questões e objetivos da revisão.	✓
INTRODUÇÃO			
Lógica	3	Descreva a lógica da revisão no contexto do que já se sabe. Explique por que as perguntas/objetivos de revisão se prestam a uma abordagem de revisão de escopo.	✓
Objetivos	4	Fornecer uma declaração explícita das perguntas e objetivos que estão sendo abordados com referência aos seus elementos-chave (por exemplo, população ou participantes, conceitos e contexto) ou outros elementos-chave relevantes utilizados para conceituar as questões e/ou objetivos de revisão.	✓
MÉTODOS			
Protocolo e registro	5	Indicar se existe um protocolo de revisão; indicar se e onde ele pode ser acessado (por exemplo, um endereço web); e, se disponível, forneça informações cadastrais, incluindo o número de inscrição.	✓
Critérios de elegibilidade	6	Especifique características das fontes de evidência utilizadas como critérios de elegibilidade (por exemplo, anos considerados, idioma e status de publicação) e forneça uma lógica.	✓
Fontes de informação*	7	Descreva todas as fontes de informação na pesquisa (por exemplo, bancos de dados com datas de cobertura e contato com autores para identificar fontes adicionais), bem como a data em que a pesquisa mais recente foi executada.	✓
Procurar	8	Apresentar a estratégia completa de busca eletrônica para pelo menos 1 banco de dados, incluindo quaisquer limites utilizados, de tal forma que possa ser repetido.	✓
Seleção de fontes de evidência†	9	Declarar o processo de seleção de fontes de evidência (ou seja, triagem e elegibilidade) incluído na revisão de escopo.	✓
Processo de mapeamento de dados‡	10	Descreva os métodos de mapeamento de dados das fontes de evidência incluídas (por exemplo, formulários calibrados ou formulários que foram testados pela equipe antes de seu uso, e se o mapeamento de dados foi feito de forma independente ou em duplicata) e quaisquer processos de obtenção e confirmação de dados dos investigadores.	✓
Itens de dados	11	Liste e defina todas as variáveis para as quais os dados foram buscados e quaisquer suposições e simplificações	✓

SECÇÃO	ITEM	ITEM DA LISTA DE VERIFICAÇÃO PRISMA-SCR	RELATADO NA PÁGINA #
		feitas.	
Avaliação crítica de fontes individuais de evidência§	12	Se feito, forneça uma justificativa para a realização de uma avaliação crítica das fontes de evidência incluídas; descrever os métodos utilizados e como essas informações foram utilizadas em qualquer síntese de dados (se for o caso).	✓
Síntese de resultados	13	Descreva os métodos de manuseio e uma síntese dos dados que foram mapeados.	✓
RESULTADOS			
Seleção de fontes de evidência	14	Dar números de fontes de evidência triadas, avaliadas para elegibilidade e incluídas na revisão, com razões para exclusões em cada etapa, idealmente utilizando um diagrama de fluxo.	✓
Características das fontes de evidência	15	Para cada fonte de evidência, apresentem características para as quais os dados foram mapeados e fornecem as citações.	✓
Avaliação crítica dentro de fontes de evidência	16	Se feito, apresente dados sobre avaliação crítica de fontes de evidência incluídas (ver item 12).	✓
Resultados de fontes individuais de evidência	17	Para cada fonte de evidência incluída, apresentar os dados relevantes que foram mapeados que se relacionam com as questões e objetivos da revisão.	✓
Síntese de resultados	18	Resumir e/ou apresentar os resultados de gráficos no que se refere às questões e objetivos da revisão.	✓
DISCUSSÃO			
Resumo das evidências	19	Resumir os principais resultados (incluindo uma visão geral dos conceitos, temas e tipos de evidências disponíveis), vincular-se às questões e objetivos da revisão e considerar a relevância para os grupos-chave.	✓
Limitações	20	Discutir as limitações do processo de revisão de escopo.	✓
Conclusões	21	Proporcionar uma interpretação geral dos resultados em relação às questões e objetivos da revisão, bem como possíveis implicações e/ou próximos passos.	✓
FINANCIAMENTO			
Financiamento	22	Descreva fontes de financiamento para as fontes de evidência incluídas, bem como fontes de financiamento para a revisão do escopo. Descreva o papel dos financiadores da revisão de escopo.	✓

JBI = Instituto Joanna Briggs; PRISMA-ScR = Itens de relatórios preferenciais para revisões sistemáticas e extensão de metanálises para revisões de escopo.

* Quando as fontes de evidência (ver segunda nota de rodapé) são compiladas, como bancos de dados bibliográficos, plataformas de mídia social e sites da Web.

† Um termo mais inclusivo/heterogêneo usado para responder aos diferentes tipos de evidências ou fontes de dados (por exemplo, pesquisa quantitativa e/ou qualitativa, opinião de especialistas e documentos políticos) que podem ser elegíveis em uma revisão de escopo em oposição apenas a estudos. Isso não deve ser confundido com fontes de informação (veja primeira nota de rodapé).

‡ As estruturas de Arksey e O'Malley (6) e Levac e colegas (7) e a orientação JBI (4, 5) referem-se ao processo de extração de dados em uma revisão de escopo como mapeamento de dados.

§ O processo de análise sistemática de evidências de pesquisa para avaliar sua validade, resultados e relevância antes de usá-la para informar uma decisão. Este termo é usado para os itens 12 e 19 em vez de "risco de viés" (que é mais aplicável a revisões sistemáticas de intervenções) para incluir e reconhecer as várias fontes de evidência que podem ser utilizadas em uma revisão de escopo (por exemplo, pesquisa quantitativa e/ou qualitativa, opinião especializada e documento político).

De: Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explicação. Ann Intern Med. 2018;169:467-473. [doi: 10.7326/M18-0850](https://doi.org/10.7326/M18-0850).