

## Reuniões de equipe para cogestão e educação em saúde: estudo comparativo entre UBS e Caps

*Team meetings for co-management and health education: A comparative study between BHU e CAPS*

*Reuniones de equipo para cogestión y educación en salud: estudio comparativo entre UBS y CAPS*

Fernanda de Jesus Ligeiro Braga<sup>1</sup>, Mônica Martins de Oliveira Viana<sup>2</sup>, Gastão Wagner de Sousa Campos<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/2358-2898202615111602P

**RESUMO** As reuniões de equipe constituem dispositivos historicamente incorporados às unidades de saúde, especialmente àquelas de base territorial e comunitária. Contudo, têm enfrentado processo de precarização. Este estudo analisa comparativamente a organização das reuniões de equipe de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Atenção Psicossocial (Caps) com relação a seus limites e possibilidades para operar como dispositivos de qualificação do trabalho e da Educação Permanente em Saúde (EPS) no município de São Paulo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa apoiada na abordagem hermenêutica crítica e narrativa que utilizou para 'colheita de dados' a observação participante com registro em diário de campo, e entrevistas semiestruturadas com atores-chave de duas UBS e de dois Caps. Evidencia-se a diversidade de arranjos e modos de funcionamento das reuniões, bem como tensões entre seu potencial como espaço coletivo de cogestão, reflexão crítica e aprendizagem no trabalho, e sua captura por lógicas produtivistas e burocráticas. Observou-se maior sustentação das reuniões nos Caps, enquanto nas UBS predominavam dificuldades relacionadas à sobrecarga assistencial e à manutenção da periodicidade dos encontros. Conclui-se que as reuniões de equipe são estratégicas para a gestão do trabalho interprofissional e para a EPS, desde que protegidas institucionalmente e sustentadas por intencionalidade político-pedagógica.

**PALAVRAS-CHAVE** Equipe de assistência ao paciente. Gestão em saúde. Educação continuada.

**ABSTRACT** *Team meetings have historically been incorporated into healthcare units, especially those with a territorial and community-based approach. However, they have faced a process of precarization. This study comparatively analyzes the organization of team meetings in Basic Health Units (UBS) and Psychosocial Care Centers (CAPS) in relation to their limitations and possibilities for operating as mechanisms for improving work performance and Permanent Health Education (PHE) in the municipality of São Paulo. This is a qualitative research supported by a critical hermeneutic and narrative approach that used participant observation with field diary entries and semi-structured interviews with key actors from two BHU and two CAPS for data collection. The diversity of arrangements and modes of operation of the meetings is evident, as well as tensions between their potential as a collective space for co-management, critical reflection, and learning at work, and their capture by productivist and bureaucratic logics. It was observed that meetings were more sustained in CAPS, while in BHU difficulties related to care overload and maintaining the frequency of meetings predominated. It is concluded that team meetings are strategic for the management of interprofessional work and for PHE, provided they are institutionally protected and supported by political-pedagogical intentionality.*

**KEYWORDS** Patient Care Team. Health management. Continuing education.

**RESUMEN** *Este estudio analiza comparativamente la organización de las reuniones de equipo en Unidades Básicas de Salud (UBS) y Centros de Atención Psicosocial (CAPS) en relación con sus limitaciones y posibilidades para operar como dispositivos de evaluación del trabajo y de la Educación Permanente en Salud (EPS) en el municipio de São Paulo, Brasil. Se trata de una investigación cualitativa sustentada en un enfoque hermenéutico crítico y narrativo que utilizó la observación participante con anotaciones en diarios de campo y entrevistas semiestruturadas con actores clave de dos UBS y dos CAPS para la recolección de datos. La diversidad de modalidades y modos de funcionamiento de las reuniones es evidente, así como las tensiones entre su potencial como espacio colectivo para la cogestión, la reflexión crítica y el aprendizaje en el trabajo, y su captura por lógicas productivistas y burocráticas. Se observó que las reuniones fueron más sostenidas en los CAPS, mientras que en las UBS predominaron las dificultades relacionadas con la sobrecarga asistencial y el mantenimiento de la frecuencia de las reuniones. Se concluye que las reuniones de equipo son estratégicas para la gestión del trabajo interprofesional y para la EPS, siempre que cuenten con protección institucional y apoyo político-pedagógico.*

**PALABRAS CLAVE** Grupo de atención al paciente. Gestión en Salud. Educación continua.

<sup>1</sup>Prefeitura Municipal de Jundiá (PMJ) - Jundiá (SP), Brasil.  
braga.fernandaj@gmail.com

<sup>2</sup>Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), Instituto de Saúde (IS) - São Paulo (SP), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil.

## Introdução

A criação da Política Nacional de Humanização (PNH), pelo Ministério da Saúde, em 2003, é considerada um marco das discussões sobre os espaços coletivos e a cogestão no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política foi concebida com o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão. Para tanto, propõe a qualificação da saúde pública no Brasil por meio do fortalecimento de processos de corresponsabilização e da promoção de trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários<sup>1</sup>. Em diálogo com as produções de Campos<sup>2</sup>, pretendeu-se, com a política, incentivar um modelo de gestão centrado na construção coletiva e em colegiados que favorecessem o compartilhamento do poder decisório sobre planejamento, desenvolvimento e avaliação de ações, como forma de se democratizar os processos de atenção e de gestão da saúde.

Nesse sentido, a configuração de espaços coletivos, conforme formulado por Campos<sup>2</sup>, enquanto arranjos organizacionais concretos, destinados a comunicação, análise crítica e tomada de decisão compartilhada, no cotidiano das equipes de saúde, é fundamental para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Sobretudo na perspectiva da educação interprofissional em saúde e da prática colaborativa, que envolve o senso de pertencimento à equipe e um modo integrado e interdependente de trabalho visando a atender às necessidades de saúde da população<sup>3</sup>.

Por seu turno, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)<sup>4</sup> também se insere nesse contexto e propõe uma política de formação e desenvolvimento profissional que considera, sobretudo, a aprendizagem significativa e o cotidiano de trabalho. Aposta-se em mudanças institucionais a partir da análise dos processos de trabalho, favorecendo a reflexão compartilhada e sistemática. Tal formulação valoriza as vivências e os conhecimentos dos trabalhadores, reconhecendo-os “como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de

alternativas de ação”<sup>4(44)</sup>. Assim, a Educação Permanente em Saúde (EPS), para além de uma política normativa, propõe-se a se configurar um dispositivo que opera ativamente no cotidiano do trabalho das equipes de saúde e na formação dos profissionais.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) possuem em comum, entre outras características, o fato de serem serviços territoriais, de base comunitária, os quais, em sua concepção histórica, política e social, reúnem normativas e diretrizes que valorizam o trabalho em equipe<sup>5</sup>. Entre os dispositivos reconhecidos para a organização do trabalho nesses moldes, destacam-se as reuniões de equipe.

A primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006, já estabelecia entre as atribuições comuns aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) a participação em processos de planejamento e avaliação das ações desenvolvidas. Nas revisões da política, publicadas em 2011 e 2017, essa diretriz foi especificada de maneira mais detalhada, passando a indicar explicitamente a realização de ‘reuniões de equipe’ como parte das responsabilidades dessas equipes<sup>5</sup>.

Do mesmo modo, a Portaria nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), define que o trabalho nos Caps e nos demais pontos de atenção deve ocorrer prioritariamente em espaços coletivos, como grupos, assembleias de usuários e reuniões de equipe. Além disso, estudos<sup>6-8</sup> apontam que as reuniões de equipe, ao lado da supervisão clínico-institucional, foram historicamente incorporadas no cotidiano dos Caps, de modo a contribuir para maior reflexão crítica e construção coletiva da clínica, da gestão e dos processos de trabalho.

Embora integrem a atenção secundária à saúde, os Caps distinguem-se de outros serviços especializados por características próprias de seu modelo assistencial. Entre elas, destacam-se: o trabalho em equipe multiprofissional sob a ótica interdisciplinar; o atendimento

porta-aberta, isto é, sem necessidade de encaminhamento ou agendamento prévio para avaliação do usuário; o acompanhamento longitudinal dos casos; e a organização do cuidado com base em uma lógica territorial e comunitária<sup>5</sup>.

A partir desses referenciais nos campos da saúde coletiva e da saúde mental, bem como da experiência dos autores na atuação profissional em serviços de saúde enquanto trabalhadores, gestores e pesquisadores, compreende-se que as reuniões de equipe são estratégicas no cotidiano das equipes de saúde da APS e dos Caps, na medida em que apresentam elevado potencial para a problematização coletiva da realidade vivenciada; para discussão, construção e avaliação de processos de cuidado e de trabalho, assim como para o desenvolvimento de ações de EPS.

Não obstante, parte-se da hipótese de que esses espaços coletivos encontram-se sob risco de precarização, sofrendo com esvaziamento de recursos e processo de burocratização, dada a hegemonia da racionalidade gerencialista e o enfraquecimento de políticas que os sustentavam, tais como a PNH e a PNEPS, sobretudo a partir de 2015<sup>9</sup>. Ao analisar as reuniões de equipe em serviços de base territorial, o estudo busca oferecer subsídios para o debate contemporâneo sobre políticas públicas de saúde, especialmente no que se refere à sustentação da EPS e da cogestão em contextos adversos a essas práticas.

Por essa razão, o presente artigo dedica-se a analisar comparativamente a organização e os sentidos atribuídos ao dispositivo ‘reunião de equipe’ por gestores e trabalhadores da saúde de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Caps, para a cogestão do trabalho e para a EPS.

## Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de orientação participativa, do tipo estudo de casos múltiplos. A investigação foi fundamentada na abordagem hermenêutica crítica e narrativa<sup>10-13</sup>, no encontro entre pesquisador/a

e participantes, mediado pela linguagem e pela interpretação compartilhada do vivido. Buscou-se analisar experiências e percepções de gestores e trabalhadores sobre reuniões de equipe em duas UBS com modelo de atenção ESF e com apoio de Equipes Multiprofissionais de Atenção Básica (Emab); e em dois Caps, sendo um Infantojuvenil de modalidade II e outro Adulto de modalidade III.

A ‘colheita de dados’<sup>14</sup> foi realizada entre agosto de 2022 e março de 2023. No período, a nomenclatura utilizada para se referir às equipes multiprofissionais da APS era ‘Emab’<sup>15</sup>, as quais substituíram, no âmbito do município de São Paulo, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), após o descredenciamento destes pelo Governo Federal. Tal nomenclatura permaneceu até a publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria nº 635/2023, que instituiu as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti).

Ressalta-se que a gestão da maior parcela da rede de saúde do município de São Paulo ocorre por meio de contratos de gestão e convênios estabelecidos com Organizações Sociais de Saúde (OSS)<sup>16</sup>, sendo uma característica fundamental para compreender as dinâmicas que atravessam os espaços coletivos analisados. As quatro unidades de saúde incluídas no estudo eram administradas por uma mesma OSS e pertenciam à mesma supervisão de saúde.

Como ponto de partida, realizou-se reunião com os gestores das unidades de saúde participantes para a pactuação das reuniões de equipe a serem incluídas no estudo. Os critérios de inclusão foram: 1) agregar trabalhadores de diferentes categorias profissionais e envolvidos diretamente com a assistência aos usuários; 2) não se limitar a temáticas específicas; 3) ser apontada pelos gerentes e trabalhadores como de maior relevância para a organização dos processos de trabalho e do cuidado em saúde; 4) acontecer dentro da unidade de saúde, com exceção das reuniões de matriciamento, por serem um espaço comum entre as equipes das UBS e do Caps.

Como dispositivo metodológico para a produção de dados, utilizou-se a observação participante, com registro em diário de campo. Foram realizadas de três a quatro visitas a cada unidade, totalizando 14 sessões de observação. Como forma de aprofundar questões que emergiram, foram identificados atores-chave e realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores e trabalhadores. Foram realizadas 15 entrevistas, com médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, oficinheiro, técnico de farmácia, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Todos os entrevistados tiveram acesso à transcrição da sua entrevista, para validação de seu conteúdo.

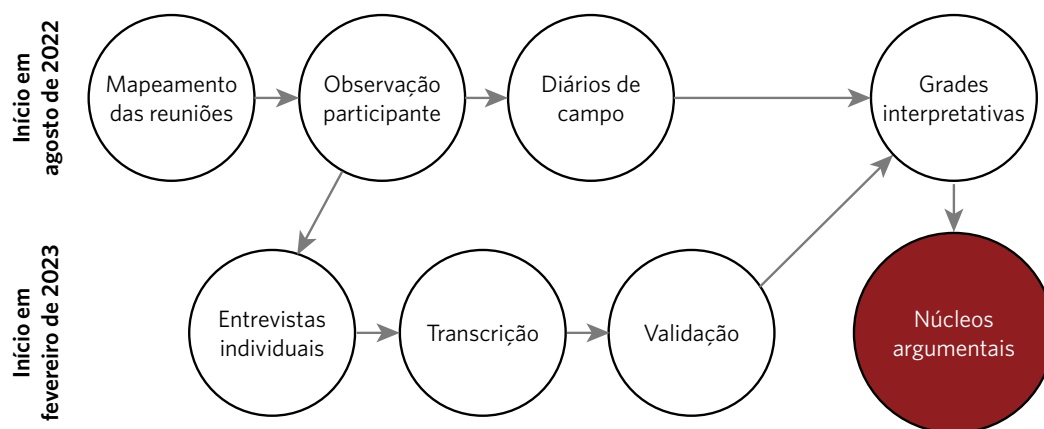
Entre as pessoas entrevistadas, três eram do gênero masculino e doze do gênero feminino. Por essa razão e por mulheres conformarem a maioria da força de trabalho dos equipamentos estudados, a partir de agora, serão utilizados os pronomes elas/delas para referência ao coletivo de participantes.

A análise dos dados teve início com a leitura e a sistematização dos diários de campo. Com

base na literatura e nos objetivos do estudo, foram definidas, a priori, seis categorias analíticas: 1) Caracterização das reuniões de equipe; 2) Construção da agenda/pauta; 3) Tomada de decisões e distribuição de tarefas; 4) Consensos, dissensos e relações de poder presentes no espaço de reunião; 5) Experiências e percepções de gestores e trabalhadores sobre os principais objetivos e funções de seu trabalho, sobre o trabalho em equipe e sobre reuniões de equipe; e 6) Dimensões da organização do trabalho/processos de trabalho e da educação em saúde.

O processo analítico seguiu uma lógica hermenêutica, permitindo que novas compreensões emergissem da interlocução entre as narrativas das participantes e os diários de campo. Na sequência, foram construídas grades interpretativas que possibilitaram identificar núcleos argumentais<sup>17,18</sup> que expressassem sentidos compartilhados e dissensos. Na *figura 1*, é possível observar uma síntese do percurso metodológico de colheita e análise de dados.

Figura 1. Síntese do percurso metodológico de colheita e análise dos dados de pesquisa



Fonte: elaboração própria.

O estudo seguiu as diretrizes estabelecidas pelas Resoluções nº 466/2012<sup>19</sup> e nº 510/2016<sup>20</sup>, aprovadas pelo Conselho

Nacional de Saúde (CNS), e obteve parecer favorável à sua realização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de

Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 59454422.0.0000.5404, Parecer nº 5.515.378, e da Secretaria Municipal de São Paulo (SMS-SP), CAAE 59454422.0.3001.0086.4, Parecer nº 5.539.116.

Durante a preparação deste trabalho, os autores utilizaram o ChatGPT com o objetivo de realizar revisão linguística, correção gramatical e organização textual. Após a utilização da ferramenta, os autores revisaram e editaram o conteúdo conforme necessário, assumindo total responsabilidade pelo seu conteúdo.

## Resultados e discussão

Os resultados e discussões estão apresentados tecendo comparações entre as duas modalidades de serviços analisados a partir de dois

eixos principais: 1) as reuniões de equipe como dispositivo para cogestão do trabalho; e 2) as reuniões de equipe como dispositivo estratégico para o desenvolvimento da educação permanente.

### As reuniões de equipe como dispositivo para cogestão do trabalho

A análise das observações de campo e das entrevistas evidenciou que as reuniões de equipe assumem papel central na organização do trabalho nas quatro unidades estudadas, ainda que com formatos, frequências e conteúdos distintos entre UBS e Caps (*quadro 1*). Nos dois contextos, as reuniões constituíram o principal espaço de pactuação de fluxos, definição de responsabilidades e acompanhamento das ações cotidianas da equipe, configurando-se como um dispositivo estratégico para o trabalho interprofissional.

Quadro 1. Caracterização de reuniões de equipe de UBS e Caps analisadas

| Unidade | Tipo de Reunião                | Quem participa                                                                                                | Frequência             | Duração       |
|---------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------|
| UBS 1   | Reunião técnica                | Gerente e profissionais de ensino universitário, incluindo Emab                                               | Mensal                 | 3 horas       |
|         | Reunião de miniequipe          | Enfermeira, técnica de enfermagem, médica e ACS (eSF)                                                         | Semanal                | 4 horas       |
|         | Reunião das eSF com Emab       | Profissionais da eSF e da Emab                                                                                | Quinzenal              | 1 hora        |
|         | Reunião da Emab                | Todas as profissionais da Emab                                                                                | Quinzenal              | 2 horas       |
| UBS 2   | Reunião de miniequipe          | Idem UBS 1                                                                                                    | Semanal                | 3 horas       |
|         | Reunião geral                  | Todos os profissionais da unidade, incluindo técnicas administrativas, recepcionistas e auxiliares de limpeza | Mensal (manhã e tarde) | 2 horas       |
|         | Reunião de matriciamento       | Representantes das eSF, Emab, representantes dos Caps ij, Caps Adulto e Caps AD do território                 | Mensal                 | 2 horas       |
| Caps 1  | Reunião diária                 | Profissionais de ensino universitário, médio e técnico, incluindo auxiliares técnico-administrativas          | Diária (manhã e tarde) | 1 hora        |
|         | Reunião de passagem de plantão | Equipe de enfermagem. Eventualmente, outras profissionais da equipe                                           | Diária                 | 10-15 minutos |
|         | Reunião de matriciamento       | Representantes das eSF, Emab, representantes dos Caps ij, Caps Adulto e Caps AD do território                 | Mensal                 | 2 horas       |

Quadro 1. Caracterização de reuniões de equipe de UBS e Caps analisadas

| Unidade | Tipo de Reunião          | Quem participa                                                                                                | Frequência                                            | Duração |
|---------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------|
| Caps 2  | Reunião de equipe        | Profissionais de ensino universitário, médio e técnico                                                        | Semanal (manhã e tarde)                               | 2 horas |
|         | Reunião geral            | Gerente, profissionais de ensino universitário, médio e técnico, incluindo auxiliares técnico-administrativas | Semanal ( revezamento entre período da manhã e tarde) | 2 horas |
|         | Reunião de matriciamento | Representantes das eSF, Emab, representantes dos Caps ij, Caps Adulto e Caps AD do território                 | Mensal                                                | 2 horas |

Fonte: elaboração própria.

Segundo o documento ‘Diretrizes da Atenção Básica’, publicado pela SMS-SP em 2022<sup>21</sup>, é prevista a realização de Reuniões de Equipe, Técnicas, Gerais e de Matriciamento em todas as UBS do município, sendo incluídas como ‘atividades técnico-pedagógicas’ junto a ações de educação permanente e vigilância em saúde. Ademais, todas as trabalhadoras atuantes na APS possuem parte da carga horária semanal destinada a essas atividades, cuja quantidade de horas varia de acordo com a profissão e a jornada total de trabalho. Em ambas as UBS investigadas, as reuniões de equipe estavam incorporadas à agenda institucional, com dia e horário previamente definidos para sua realização.

Apesar disso, as trabalhadoras relataram que as reuniões nem sempre eram tratadas como prioridade, sendo frequentemente realizadas de forma abreviada ou canceladas em razão de outras demandas do serviço. As Reuniões de Miniequipe eram as mais afetadas com os cancelamentos, sobretudo por sua dependência da figura da enfermeira da equipe.

Por outro lado, identificou-se que, nas UBS, as equipes de Saúde da Família (eSF) – por contarem com um número reduzido de profissionais (até 8 pessoas) e compartilharem mais processos de trabalho, espaços de encontro, tomadas de decisão e regularem interação – tendem a conferir às Reuniões de Miniequipe um funcionamento mais horizontalizado, participativo e dinâmico, em comparação com

outras reuniões, de caráter ampliado, como as reuniões gerais.

Dessa forma, um achado relevante do estudo refere-se à centralidade da dimensão relacional na sustentação, ou fragilização, das reuniões como espaços de cogestão. Para além da frequência ou do formato, observou-se que a qualidade das relações entre trabalhadoras e gestoras condiciona a potência desses espaços para a gestão compartilhada do trabalho.

Em diversos momentos, as reuniões funcionaram como espaços de cuidado entre trabalhadoras, permitindo acolhimento de angústias e compartilhamento de desafios do cotidiano. Essa dimensão cuidadora do encontro, embora frequentemente invisibilizada, constitui parte fundamental da micropolítica do trabalho e reafirma a reunião como espaço produtor de saúde também para as profissionais, no sentido de promoverem práticas mais colaborativas<sup>22,23</sup>.

Já nas reuniões mais ampliadas, como é o caso da Reunião Técnica e da Reunião Geral, foram abordados temas que abrangiam toda a unidade, gestão de processos de trabalho e apresentação de resultados. As pautas predominantes foram informes, orientações e diretrizes, aparentemente pré-definidas, o que tende a diminuir o caráter democrático e participativo desses espaços<sup>2</sup>. Notou-se significativa correspondência entre os temas discutidos nas duas UBS, indicando que eram advindos de outras instâncias de gestão.

Essa estrutura revela uma predominância da lógica técnico-operacional, com menor espaço para reflexão compartilhada sobre o processo de trabalho.

A expressão ‘Reunião de Matriciamento’ era utilizada exclusivamente para designar os encontros entre as equipes da UBS e os Caps destinados à discussão de casos e à construção de estratégias compartilhadas de cuidado em saúde mental. Entretanto, o termo ‘matriciamento’ também era empregado para caracterizar as ações desenvolvidas entre as eSF e a Emab, abrangendo outros campos de cuidado, como alimentação e reabilitação física.

Tanto as trabalhadoras da Emab entrevistadas quanto as dos Caps compartilharam, com certa insatisfação, que as reuniões de matriciamento eram voltadas, sobretudo, para ‘passagem de casos’ (transferências de cuidado) e informes de ‘altas’, sem problematizações do processo de trabalho ou fluxos da rede, e tampouco suscitavam a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) com responsabilidades compartilhadas. No entanto, observou-se que essas reuniões resultavam na pactuação de atendimentos e visitas domiciliares compartilhados entre as equipes, evidenciando seu potencial para favorecer a construção de práticas de cuidado mais integradas e colaborativas.

Vale salientar que o Apoio Matricial foi idealizado enquanto um arranjo organizacional voltado à diminuição da fragmentação no processo de trabalho, para aumentar as possibilidades de uma clínica ampliada e promover integração dialógica entre diferentes profissões e especialidades<sup>24</sup>. Prevê ações vinculadas tanto a uma dimensão técnico-pedagógica (troca de saberes entre as equipes por meio de discussão de casos, reuniões de equipe, articulações intersetoriais, educação permanente) quanto a uma dimensão clínico-assistencial, na ação clínica direta com os usuários através, por exemplo, de atendimentos individuais, grupais e compartilhados, e visitas domiciliares<sup>24,25</sup>. Contudo, o relato das participantes sobre

esses espaços demarca o que se pode considerar um afastamento dessas premissas conceituais.

Os Caps, de um modo geral, apresentaram maior sustentação e regularidade dos espaços coletivos de equipe. As reuniões de equipe, apesar de terem configuração, periodicidade e duração distintas (*quadro 1*), foram reconhecidas como dispositivo já instituído e consolidado na dinâmica do equipamento, bem como no referencial simbólico das profissionais.

Durante as entrevistas, as trabalhadoras do Caps 1 mencionaram que, na Reunião Diária e de Passagem de Plantão, o principal foco eram as discussões de caso sobre os usuários inseridos em acolhimento integral, portanto, em processos de crise. Quando havia a necessidade de discussões sobre processos de trabalho, elas eram realizadas nas Reuniões Diárias ou em reuniões extraordinárias, quando convocadas pela gerente.

No Caps 2, as reuniões ocorreram de forma concentrada em dias específicos da semana, por vezes, sequencialmente, resultando em encontros mais longos. Apesar de serem tratados outros assuntos, como a troca de informações, estratégias de manejo entre as profissionais e a seleção de casos a serem discutidos em Reuniões de Matriciamento com a APS, o foco das Reuniões de Equipe também eram as discussões de casos em processos de crise. Já a Reunião Geral abordava, principalmente, questões que demandavam a equipe como um todo, como mudanças de fluxos internos e externos, processos de trabalho, atualização sobre metas, idealização e elaboração de projetos internos e territoriais, assim como informes sobre reuniões externas/grupos de trabalho/colegiados.

Particularmente no Caps 2, as observações permitiram identificar discussões mais amplas e críticas acerca do processo de trabalho em saúde, da conjuntura político-administrativa e da construção de objetivos coletivos orientadores da atuação da equipe, em consonância com as atribuições do serviço.

*Eu faço questão de garantir esses espaços na agenda dos profissionais, não só dos técnicos, mas dos médicos também. Porque eu vou entendendo que este momento que vai se compartilhar os saberes, que vai compartilhar as dificuldades, onde a equipe pode ir pensando em alinhamentos. Alinhamentos tanto dos projetos terapêuticos dos pacientes, mas do projeto institucional para o Caps também, [...] a reunião é organizadora do serviço, não tem como não acontecer. Ela que vai organizar este serviço de uma forma coletiva. Entendo também que ela tem uma outra função que é a de responsabilizar todos esses atores (Gerente 2, Caps 2)<sup>5(112)</sup>.*

A fala da Gerente do Caps 2 exemplifica o conceito de cogestão<sup>1,2</sup> e faz uma costura com os princípios da PNH e da PNEPS, na medida em que expõe a potência e a importância do dispositivo reunião de equipe na organização do equipamento em termos objetivos: na gestão do cuidado, do trabalho e da educação. Além de compreender os sujeitos que compõem esse coletivo como atores ativos nesse processo.

Contudo, a sobreposição de temas clínicos e administrativos, embora necessária dada a complexidade do trabalho, evidenciou desafios na condução das reuniões, no que concerne à circulação da palavra, considerando os diferentes níveis de formação (médio e universitário), a organização dos assuntos, priorização de pautas e a administração do tempo.

Em outra medida, as trabalhadoras do Caps 1 provocam-nos a olhar para a potência de processos menos engessados e mais dinâmicos dentro do equipamento, ressaltando o caráter flexível das trocas e compartilhamento de ações entre profissionais. Destacaram-se, nesse contexto, arranjos episódicos e informais mobilizados diante de demandas urgentes do cotidiano, que exigem manejos e tomadas de decisão rápidas, articuladas e coordenadas. Os espaços coletivos não devem se limitar a ‘reuniões programáticas’, mas a um modo de operar que parte da horizontalidade, colaboração, comunicação efetiva e responsabilização.

*Então, às vezes, eu estou atendendo um caso e estou com alguma dúvida, eu chamo o médico, eu chamo o pessoal: ‘gente, ó, vamos sentar aqui agora, quem tiver disponível, vamos conversar, vamos pensar juntos’. Então, acaba tendo vários momentos além da Reunião Diária, onde a gente senta pra discutir e pensar na forma de trabalho, de cada caso, de cada paciente (Trabalhadora 10, Psicóloga, Caps 1)<sup>5(111)</sup>.*

Nota-se que os Caps, no que se refere à vivência das reuniões de equipe em sua dinamicidade, mostraram-se mais alinhados à proposta de cogestão e democracia institucional, em comparação com as UBS. As gestoras e trabalhadoras destas, por sua vez, expressaram com maior recorrência a percepção de estarem mais fortemente permeadas pela lógica produtivista que orienta os atuais contratos de gestão firmados entre o município e as OSS<sup>26</sup>.

O trabalho em equipe foi percebido pelas profissionais de todas as unidades como a melhor forma de abordar demandas complexas e populações vulnerabilizadas no contexto dos serviços públicos de saúde. Esse reconhecimento não se restringia à atuação conjunta de um maior número de profissionais, mas se fundamentava, sobretudo, na articulação de diferentes núcleos de saberes e práticas profissionais. Contudo, a complexidade das relações interpessoais, considerando diferentes formações e características pessoais, desponta como um dos principais desafios identificados pelas trabalhadoras e gestoras, ainda que reconheçam que essa pluralidade seja a maior potência de seu trabalho. A capacidade de análise e ação de um coletivo nunca é um processo somente objetivo. O Método da Roda proposto por Campos<sup>2</sup> pressupõe que em qualquer instituição estão em jogo saberes, poderes e afetos, coproduzindo subjetivamente os sujeitos individuais e coletivos.

Não obstante, a sensação de escassez de tempo surgiu em todas as unidades estudadas como uma questão que traz questionamentos sobre qual é a produção do cuidado possível diante do contexto de precarização das

condições de trabalho, das defasagens no quantitativo das equipes e da pressão para cumprimento de metas, o que parece ser uma ameaça para a efetivação da cogestão no trabalho em saúde e, por conseguinte, para a sustentação dos espaços coletivos.

*É uma lógica cruel, é uma lógica cruel. Por isso que eu percebo as pessoas adoecendo muito, porque você fica com a expectativa, é imputado em você que é uma coisa individual, que se você não faz é porque você não dá conta, é porque você não tem capacidade, sendo que a lógica mesmo que é colocada que faz você não conseguir [...]. Então, eu percebo que essa é uma lógica muito adoecedora (Trabalhador 2, Psicólogo, UBS 1)<sup>5(109)</sup>.*

Nessa perspectiva, a Portaria nº 538/2022, que atualizou os indicadores de qualidade e metas em âmbito municipal, foi, sem dúvida, o tema mais discutido durante a imersão dos autores no campo. Estas, em parte, são justificadas pela necessidade de atendimento aos indicadores do Governo Federal, que constavam no Programa Previne Brasil, mas não só, pois esses ganharam maior proporção dentro do escopo dos contratos de gestão entre a SMS-SP e as OSS.

Embora os Caps também estivessem submetidos ao cumprimento de metas específicas, a APS se caracterizava por um volume significativamente maior de indicadores de desempenho e por uma pressão mais intensa sobre as equipes para o alcance desses resultados. As trabalhadoras das UBS, apesar de unanimemente reconhecerem as reuniões como fundamentais para a produção do trabalho em saúde, em alguns momentos as associaram à perda do tempo de ‘produção’.

*[...] a gente tem que ficar se conversando o tempo todo pelo WhatsApp, na maioria das vezes, porque, infelizmente, a gente tem metas, e, às vezes, por conta das metas, a gente sacrifica reunião de equipe para poder atender mais, dar mais vazão. [...] a reunião de equipe é muito importante, a gente sente muita falta quando não consegue,*

*porque fica muita informação solta. [...] Então, as reuniões, por mais que ocupem um tempo da nossa produção, porque ocupa, eu acho que vale a pena (Trabalhadora 3, Enfermeira, UBS 1)<sup>5(109)</sup>.*

A lógica de trabalho com características burocráticas e gerencialistas tende a incidir sobre as trabalhadoras e gerentes da ponta, que relatam insegurança, medo e diminuição da autonomia das equipes. Sua compreensão foi de que se trabalha sob a determinação de assumir multitarefas e fazer gestão do tempo e de prioridades de modo urgente e quase sempre individualizado. Também relataram insatisfação com relação ao modo como são utilizadas as tecnologias de informação e comunicação nas unidades de saúde. Se, por um lado, essas trazem facilidades em termos de comunicação e organização de dados, por outro, contribuem para a intensificação da exploração da força de trabalho, mesmo fora do expediente<sup>27</sup>.

Apesar desse contexto, as trabalhadoras e gerentes atribuíram às reuniões de equipe um papel estratégico na organização do processo de trabalho, ao possibilitarem a pactuação, a experimentação e a avaliação de fluxos internos, bem como a circulação de informações entre diferentes profissionais do mesmo equipamento e entre os diversos serviços da rede. Ao possibilitar o compartilhamento de informações, a pactuação de responsabilidades e a análise conjunta de situações complexas funcionam como dispositivos de ordenação do trabalho, contribuindo para a construção cotidiana do cuidado, ainda que marcados por disputas e assimetrias.

### **As reuniões de equipe como dispositivo estratégico para o desenvolvimento da educação permanente**

A EPS traz como marco conceitual o cotidiano como locus privilegiado de aprendizado, criação de novos modos de fazer e agir, a partir da problematização dos processos de trabalho,

dos conhecimentos que as pessoas já têm e da realidade experienciada por trabalhadoras, gestoras e usuários<sup>4</sup>. No presente estudo, acessou-se apenas um momento nomeado como de EPS nos espaços de reunião de equipe: no Caps 2, uma facilitadora externa ao equipamento realizou, em formato de roda, discussão sobre o processo avaliativo na atenção psicossocial infantojuvenil e a qualificação de encaminhamentos para outros pontos da rede de atenção à saúde. Tal intervenção ocorreu durante Reunião Geral, de modo pontual e sem garantia de que haveria continuidade. De acordo com trabalhadoras e gerente, os momentos de educação permanente nas unidades não são frequentes, e envolvem a vinda de atores externos às equipes.

À luz da PNEPS, a experiência observada evidencia importantes tensões conceituais. A ação descrita, embora relevante, apresenta características mais próximas da educação continuada – tais como a pontualidade, a condução externa e a frágil articulação com um processo longitudinal de análise coletiva do trabalho – do que da concepção de EPS<sup>4</sup>. A confusão conceitual não deve ser minimizada, pois revela alguns dos desafios para a institucionalização de processos formativos críticos, participativos e implicados com a mudança das práticas nos serviços de saúde, e, portanto, para a própria consolidação da PNEPS<sup>28</sup>.

Além disso, de modo mais explícito, também se acessou o pedido de uma eSF à Emab da UBS 1, para que pudessem discutir, durante as reuniões programadas, temas específicos, periodicamente, a partir de uma abordagem teórica e técnica. Notou-se que essa solicitação subentendia que a Emab elaboraria uma ‘formação’ para atender a essa demanda. Novamente, verificou-se uma dinâmica que traz como expectativa a oferta de processos de educação continuada para atender às necessidades formativas no interior das equipes.

Não obstante, a análise dos dados permitiu identificar que, frequentemente, a reunião funcionava como espaço de problematização das práticas, especialmente quando são

discutidos casos complexos, dificuldades na implementação de protocolos, conflitos no processo de trabalho ou tensões com usuários e serviços da rede. Nessas situações, o coletivo analisava o vivido, elaborava alternativas e revisava estratégias, produzindo conhecimento diretamente vinculado às situações reais do cotidiano – exatamente como propõe a PNEPS<sup>28</sup>.

Entre as quatro unidades estudadas, o Caps 2 destacou-se nesse sentido, na medida em que foram abarcadas nas discussões das Reuniões de Equipe e Gerais diferentes dimensões que constituem a gestão do cuidado em saúde<sup>29</sup>. Foram debatidas as diretrizes da política nacional e municipal de saúde mental, marcadores sociais da diferença (gênero, classe, raça/etnia), processos e fluxos de trabalho internos e externos ao equipamento, articulações territoriais, até a elaboração de PTS de indivíduos e famílias. Esses espaços se aproximam da formulação de Ceccim e Feuerwerker<sup>30</sup> sobre a EPS como dispositivo que transforma práticas por meio da reflexão compartilhada.

Nas UBS, embora a dimensão formativa estivesse presente nessa perspectiva da análise do vivido, na discussão dos casos, ela se mostrou mais diluída, dispersa entre pautas operacionais e demandas administrativas. Nesses casos, a aprendizagem ocorria, mas não era reconhecida como momento intencional de educação no trabalho. A necessidade de ampliação desses debates no espaço das reuniões de equipe, principalmente nas UBS, parece interessante de ser observada, pois lança luz sobre uma dimensão política e crítica do trabalho em saúde, que, por vezes, fica ofuscado por discussões meramente técnicas e gerenciais<sup>2</sup>. A precarização da PNH e da PNEPS aparece como um elemento que fragiliza a capacidade das equipes de sustentar práticas mais reflexivas e dialógicas. A ausência de supervisões clínico-institucionais, antes frequentes nos Caps, e a sobrecarga assistencial crescente nas UBS parecem contribuir para que as reuniões se tornem mais operacionais e menos formativas.

O quadro 2 apresenta uma síntese comparativa dos principais achados relativos à

organização das reuniões de equipe nas UBS e nos Caps.

Quadro 2. Comparação analítica da organização das reuniões de equipe nas UBS e no Caps

|                                      | UBS                                                                                                    | Caps                                                                                                                                   |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipos predominantes de reunião       | Reuniões segmentadas (eSF, técnica, multiprofissional, matriciamento)                                  | Reuniões de equipe ampliadas com participação de um número expressivo e diversificado de profissionais                                 |
| Frequência                           | Predominantemente semanal, quinzenal ou mensal                                                         | Predominantemente diária e semanal                                                                                                     |
| Duração                              | Curta a média duração (1 a 2 horas, com exceções)                                                      | Variável, incluindo reuniões longas (até 6 horas, no Caps 2)                                                                           |
| Centralidade no cotidiano do serviço | Frequentemente tensionada por demandas assistenciais                                                   | Central e estruturante da organização do trabalho                                                                                      |
| Proteção na agenda institucional     | Fragilizada, com cancelamentos e abreviações frequentes                                                | Mais protegida e legitimada institucionalmente                                                                                         |
| Foco principal                       | Informes, organização do trabalho, discussão de casos e encaminhamentos                                | Discussão clínica e institucional ampliada, com problematização dos processos de trabalho                                              |
| Potencial para cogestão              | Relações mais hierarquizadas, com circulação limitada da palavra e menor compartilhamento das decisões | Relações mais horizontalizadas, com maior escuta, corresponsabilização e compartilhamento dos processos decisórios                     |
| Potencial para EPS                   | Parcialmente reconhecido pelas equipes e de realização bastante limitada                               | Exercido de forma mais consistente, especialmente no Caps 2, com maior investimento para realizar articulação entre reflexão e prática |

Fonte: elaboração própria.

O estudo sugere que o resgate da EPS no cotidiano de trabalho exige o fortalecimento das reuniões de equipe como espaços de vínculo, escuta e corresponsabilização. O tensionamento para criar momentos de reflexão coletiva e crítica no cotidiano das equipes, mesmo dentro de uma lógica de trabalho expressa pelos participantes sob a marca do produtivismo e de respostas imediatistas, impulsiona processos que podem ter impacto na gestão, na formação, nas práticas de atenção e no controle social, dialogando com o conceito de quadrilátero da formação para a área da saúde desenvolvido por Ceccim e Feuerwerker<sup>30</sup>. Parte-se da compreensão de que processos de aprendizagem significativa, antes de tudo, acontecem no encontro entre sujeitos e estão permeados por aspectos afetivos, relacionais, sociais e cognitivos.

A aprendizagem profissional abrange, portanto, várias dimensões: a dimensão da aquisição de conhecimento formal (teórico); a dimensão da prática profissional e a dimensão da relação, da troca de experiências e de conhecimento técnico dentro da equipe<sup>31(382)</sup>.

Nesse contexto, torna-se fundamental recuperar o sentido ético-político de intencionalmente ocuparmos os espaços com reflexões críticas e problematizações a partir da experiência concreta, com o propósito explícito, numa perspectiva freiriana<sup>32</sup>, de, por meio da práxis (ação-reflexão), transformar a realidade, desenvolver a colaboração interprofissional e atender às necessidades de saúde da população. Do ponto de vista das políticas públicas de formação, os dados indicam a necessidade

de reafirmar a EPS como estratégia transversal na organização do trabalho, e não como ação educativa pontual, sinalizando urgência no desenvolvimento de estratégias que fortaleçam sua dimensão processual, relacional e situada.

## Considerações finais

Os resultados expressam a diversidade de arranjos para as reuniões entre todos os serviços estudados, e sugerem que as reuniões são reconhecidas pelas equipes como espaços a serem mais estimulados pela gestão e protegidos na agenda institucional, dada sua relevância para a gestão do cuidado, do trabalho e da educação na saúde. O estudo contribui para o campo da saúde coletiva ao analisar as reuniões de equipe não apenas como dispositivos organizacionais, mas como espaços relacionais nos quais se expressam, tensionam-se e podem ser resgatados/fortalecidos os princípios da PNEPS e da PNH, em diálogo com a educação interprofissional, o trabalho colaborativo e a cogestão.

Apesar de as reuniões serem previstas na programação de ambas as unidades, notam-se dificuldades maiores nas UBS para sua operacionalização, sobretudo para a manutenção da periodicidade e no adensamento qualitativo quanto a pautas de cogestão e EPS. Por seu turno, a irregularidade, associada à sobrecarga de demandas assistenciais e à pressão por metas, fragiliza o potencial das reuniões como dispositivos estruturantes da cogestão e da EPS.

Os encontros informais, ocasionais, espontâneos e esporádicos para discussão e ação compartilhada representam grande potencial para o aperfeiçoamento do trabalho em equipe e colaboração interprofissional<sup>2,22,23</sup>. Contudo, tais interações devem ser entendidas como complementares, e não substitutivas, aos espaços formais de reunião.

Certamente, as reuniões de equipe, por si só, não garantem práticas colaborativas ou análise/reflexão crítica sobre os processos

de trabalho. Por vezes, as reuniões limitam-se a discussões de problemas imediatos e a formas de resolvê-los. Não raro, prevalecem o caráter pragmático e burocrático, com informes e tomadas de decisão verticalizadas para o cumprimento de metas de produtividade. Ainda assim, identificou-se o potencial das reuniões de equipe para se constituírem como espaços coletivos, capazes de promover o encontro entre trabalhadoras e gestoras, e com potencial para sustentar processos formativos em 'roda', com maior grau de horizontalização e menor formalismo, em diálogo com as necessidades dos territórios e em consonância com os pressupostos da PNEPS e PNH.

É fundamental que se pense nas reuniões como espaços de cogestão e de EPS, mas também como potenciadoras de processos de pertencimento, identidade e grupalidade no interior das equipes. Nesse sentido, deve haver intencionalidade em trabalhar a formação de equipes e as competências necessárias à atuação interprofissional integrada<sup>33</sup>. Fortalecer e qualificar as reuniões de equipe – formais e informais – é fortalecer a própria capacidade dos serviços de produzir cuidado integral e processos sistemáticos de aprendizagem no trabalho. Esses espaços não são neutros, são territórios de disputa de projetos de cuidado, de gestão e de educação na saúde.

## Contribuições de autoria

Braga FJL (0000-0003-2796-7644)\* contribuiu para concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Viana MMO (0000-0003-3049-4518)\* contribuiu para análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante. Campos GWS (0000-0001-5195-0215)\* contribuiu para análise e interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Gestão participativa e cogestão [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2025 dez 30]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_participativa\\_cogestao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf)
2. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
3. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu). 2018;22:1525-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
5. Braga FJL. A reunião de equipe como espaço coletivo de cogestão em saúde na Atenção Primária e em Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2024. 151 p.
6. Santos EO, Coimbra VCC, Kantorski LP, et al. Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho. Rev Pesqui Cuid Fundam On. 2017;11;9(3):606-13. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.606-613>
7. Campos RTO, Furtado JP, Passos E, et al. Avaliação da rede de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev Saude Publica. 2009;43(Supl 1):16-22. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800004>
8. Silva EA. O trabalho em equipe na saúde mental: construções rizomáticas e (re)invenções. Rev NUFEN. 2019;11(2):1-18. DOI: <https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02artigo50>
9. Ferreira Neto JL, Ferreira MEC, Oliveira MEC, et al. A Formulação da Política Nacional de Humanização e seus Antecedentes Históricos. Psicol Cienc Prof [online]. 2024;44:e268625. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003268625>
10. Minayo M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
11. Gadamer H. Verdade e método. 3ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.
12. Ceccon R, Garcia-Jr C, Dallmann J, et al. Narrativas em saúde coletiva: memória, método e discurso. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2022.
13. Ricoeur P. Tempo e narrativa I. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2010.
14. Passos E, Kastrup V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. Fractal, Rev Psicol. 2013;25(2):391-413. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200011>
15. Prefeitura Municipal de São Paulo (SP), Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria de Atenção Básica. Documento Norteador da Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde – eMulti (Portaria GM/MS nº 635/MS, de 22 de maio de 2023) – Equipe Multiprofissional da Atenção Básica - EMAB (Denominação adotada na versão anterior deste Documento Norteador) [Internet]. São Paulo (SP): Secretaria Municipal de Saúde; 2023 [acesso em 2025 dez 29]. Disponível em: [https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/emulti\\_documento\\_norteador\\_dez23.pdf](https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/emulti_documento_norteador_dez23.pdf)
16. Contreiras H, Matta GC. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. Cad Saúde Pública. 2015;31(2):285-97. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00015914>

17. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(5):1053-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>
18. Onocko Campos R, Furtado J, Passos E, et al., organizadores. *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narrativa*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
19. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nºs. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jan 13; Edição 112; Seção I:59-62.
20. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 98; Seção I:44-6.
21. Prefeitura Municipal de São Paulo (SP), Secretaria Municipal de Saúde. *Diretrizes da Atenção Básica* [Internet]. 1ª rev. ed. São Paulo (SP): Secretaria Municipal de Saúde; 2024 [acesso em 2025 dez 30]. Disponível em: [https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/DIRETRIZES\\_CAB\\_2023\\_2\\_edicao\\_25\\_04\\_2024.pdf](https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/DIRETRIZES_CAB_2023_2_edicao_25_04_2024.pdf)
22. Sirimsi MM, Loof H, Van den Broeck K, et al. Scoping review to identify strategies and interventions improving interprofessional collaboration and integration in primary care. *BMJ Open*. 2022;27;12(10):e062111. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062111>
23. 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. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008>
24. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
25. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. (Caderno de Atenção Básica, n. 27).
26. Anéas TV, Lima MN, Braga FJL, et al. Gestão do trabalho e o cuidado na Atenção Primária à Saúde durante pandemia de COVID-19 no município de São Paulo (SP), Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(12):3483-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06062023>
27. Lima MS. Tecnologia e precarização da saúde do trabalhador: uma coexistência na era digital. *Serv Soc Soc*. 2022;(144):153-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.285>
28. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* 1ª ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
29. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(37):589-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>
30. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>
31. Macêdo NB, Albuquerque PC, Medeiros KR. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. *Trab Educ Saúde*.

2014;12(2):379-401. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200010>

32. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 84ª ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2019.
33. Peduzzi M, Leonello V, Ciampone M. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: Kurcgant P, editor. *Gerenciamento em Enfermagem*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 103-14.

---

Recebido em 06/02/2026

Aprovado em 19/07/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa não podem ser disponibilizados publicamente. Para o Comitê de Ética em Pesquisa, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e no ato de apresentação da pesquisa aos participantes, consta que não haveria a disponibilização dos dados em sua totalidade, sendo um impedimento ético

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Maria Lucia Frizon Rizzotto, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7877904356698023> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> - e-mail: [marialuciarizzotto@gmail.com](mailto:marialuciarizzotto@gmail.com)