



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste
Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF



ARACELLI LAÍSE TAVARES MENDONÇA DINIZ

**A PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DE
PEQUENO PORTE**

NATAL/RN
2019

ARACELLI LAÍSE TAVARES MENDONÇA DINIZ

**A PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DE
PEQUENO PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosana Lucia Alves de Vilar

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

NATAL/RN
2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Diniz, Aracelli Laise Tavares Mendonça.

A prática interprofissional colaborativa na estratégia saúde da família: análise de uma experiência em um município de pequeno porte / Aracelli Laise Tavares Mendonça. - 2019. 80f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste. Natal, RN, 2019.

Orientadora: Rosana Lúcia Alves de Vilar.

1. Médicos - Relações interprofissionais - TCC. 2. Saúde da família - TCC. 3. Atenção primária à saúde - TCC. I. Vilar, Rosana Lúcia Alves de. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 614.253

Aracelli Laise Tavares Mendonça Diniz

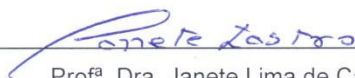
A Prática Interprofissional Colaborativa na Estratégia Saúde da Família: análise de uma experiência em um município de pequeno porte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dra. Rosana Lúcia Alves de Vilar - UFRN
(Orientadora)



Prof^a. Dra. Janete Lima de Castro - UFRN
(Membro Interno)

PARTICIPAÇÃO POR VIDEOCONFERÊNCIA

Prof^a. Dra. Marina Peduzzi - USP
(Membro Externo à Instituição)

Natal, 11 de outubro de 2019.

AGRADECIMENTOS

Olhar para o caminho percorrido nos últimos dois anos e, especialmente para essa dissertação é um exercício de reconhecimento e de gratidão. Reconhecimento de quem sou após esse percurso e gratidão imensurável àqueles que me acompanharam e, segurando a minha mão, me deram forças para chegar até aqui.

Sou, acima de tudo, grata a Deus por ter providenciado tudo que vivi nesse caminho, das alegrias aos medos e incertezas. Tudo, sem dúvida alguma, contribui para o meu crescimento e, principalmente, para minha confiança total em Seu amor. Entre sorrisos e lágrimas pude sentir a mão do Senhor a me tocar e a me presentear com muitas delicadezas.

Agradeço imensamente todo o apoio que recebi da minha orientadora, ROSANA LÚCIA ALVES DE VILLAR, que sempre se mostrou disponível a contribuir com o meu processo formativo, ajudando-me sempre, para além das minhas expectativas. Sua presença em minha trajetória do Mestrado foi, sem dúvidas, uma delicadeza de Deus e um carinho de Nossa Senhora.

Agradeço a todos os professores do Mestrado, pelo zelo em nos instigar a uma profunda reflexão sobre nossa prática profissional a partir dos aportes teóricos e científicos.

Aos professores da banca de qualificação, MAÍSA PAULINO E MARCELO VIANA, pelas contribuições que me ajudaram a construir essa dissertação, a partir de novas perspectivas práticas e outros referenciais teóricos. Agradeço também às professoras, MARINA PEDUZZI e JANETE LIMA DE CASTRO, que gentilmente se dispuseram a compor essa banca de defesa.

Aos colegas da 3ª turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela alegria de poder fazer esse caminho juntos, compartilhando sucessos e incertezas em cada reencontro. Ao também colega e Mestre em Saúde da Família, RICARDO HENRIQUE VIERA MELO, pelas sugestões valiosas e por todas as contribuições no processo de elaboração dos artigos resultantes dessa pesquisa.

Agradeço imensamente aos meus pais, MARINALVA E JOÃO, por me apoiarem em todos os aspectos. Somente nós conhecemos os esforços e as renúncias que fizemos para chegar até aqui, para alcançar essa nossa meta. Jamais teria conseguido trilhar esse caminho se não soubesse que, na minha ausência, alguém estava em minha casa, a cuidar dos meus.

A minha irmã, LÍVIA EMANUELLE, por acreditar em mim mais do que eu mesma, por me incentivar a buscar novas trajetórias. A conclusão desse Mestrado, assim como na Graduação, é uma conquista tão minha quanto sua.

Ao meu esposo BRUNO DINIZ, pelo apoio incondicional, pela amizade, pela compreensão. Obrigada por me ajudar a voar. O seu amor me torna sempre melhor e me faz sempre ir mais longe.

Ao meu pequeno DAVI, por entender que a mamãe estava longe, por alguns dias, para estudar e por me receber sempre com um grande abraço e um sorriso contagiante, que sempre me renovaram as forças.

Minha gratidão eterna ao casal amigo CONCEIÇÃO E MACÊDO, por ter aberto a casa, o coração e a vida para mim, ao longo dos últimos dois anos. Desde o momento da seleção do Mestrado, recebi das mãos desse casal o aconchego e a hospitalidade que somente o verdadeiro amor fraterno pode nos proporcionar. Obrigada por tudo.

Aos colegas de trabalho, na pessoa de JUSSARA MORENO, por dividirem comigo um caminho de descobertas sobre o trabalho interprofissional e por me fazerem sentir que quando nos unimos sempre multiplicamos competências, nunca as dividimos.

“Compartilhar nossos dons e talentos é o nosso propósito de vida. O Universo trabalha em cooperação.”

Charles Chaplin

RESUMO

A presente pesquisa aborda o tema da Interprofissionalidade na Atenção Primária à Saúde (APS) considerando o desenvolvimento da Prática Interprofissional Colaborativa entre as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Teve por objetivo analisar a Prática Interprofissional Colaborativa realizada pelos profissionais da ESF e do NASF-AB, no cenário da consulta compartilhada desenvolvida na APS, em um município de pequeno porte. Trata-se de um estudo exploratório, compreensivo-interpretativo, de abordagem quanti-qualitativa, ambientado em um município de pequeno porte. Os participantes foram profissionais e usuários integrados à Prática Interprofissional Colaborativa, desenvolvida durante as consultas compartilhadas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 2 anos, em Unidades Básicas de Saúde. Os procedimentos de coleta de dados ocorreram no início de 2019 através de entrevista semiestruturada; aplicação de questionários sobre perfil profissional e sociodemográfico, aplicação de questionário sobre competências colaborativas; e observação direta, apoiada por diário de campo. Os dados, analisados por meio de Estatística Descritiva e pela técnica de Análise Temática de Conteúdo, foram interpretados pelos referenciais teórico-conceituais sobre a Prática Interprofissional. Os resultados apontaram para o desenvolvimento de uma experiência efetiva de Prática Interprofissional Colaborativa, e para a presença, no processo de trabalho analisado, das seguintes competências colaborativas: comunicação interprofissional, clareza de papéis, resolução de conflitos e liderança colaborativa. Foi evidenciado, a partir das falas das mães, que a Prática Interprofissional Colaborativa desenvolvida apresenta-se como uma ferramenta para o desenvolvimento do cuidado integral em saúde, potencializando a atenção centrada no paciente. Contudo, as mães destacaram que a falta de sincronia entre os profissionais durante o desenvolvimento da consulta, o tempo da consulta limitado e a rotatividade dos profissionais envolvidos na prática colocam-se como fragilidades da Prática Interprofissional Colaborativa realizada. Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam fomentar o desenvolvimento de práticas semelhantes no cenário da ESF, assim como de novos estudos sobre o impacto da Prática Interprofissional Colaborativa na atenção à saúde.

Palavras- chave: Relações interprofissionais, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

This research addresses the theme of Interprofessionality in Primary Health Care (PHC) considering the development of Collaborative Interprofessional Practice between the teams of the Family Health Strategy (FHS) and the Extended Family Health and Primary Care Center (EFHPCC). Its objective was to analyze the Collaborative Interprofessional Practice performed by FHS and EFHPCC professionals in the scenario of shared consultation developed in PHC in a small municipality. This is an exploratory, comprehensive and interpretative study with a quantitative and qualitative approach, set in a small municipality. The participants were professionals and users integrated to the Collaborative Interprofessional Practice, developed during the consultations to follow-up the growth and development of children between ages 0 and 2 years old, in Basic Health Units. Data collection procedures took place in early 2019 through: semi-structured interview; application of questionnaires on professional and sociodemographic profile, application of questionnaires on collaborative abilities; and direct observation, supported by field diary. The data, analyzed by the Thematic Content Analysis technique, were interpreted by the theoretical-conceptual references on Interprofessional Practice. The results pointed to the development of an effective Collaborative Interprofessional Practice experience, and it was observed the presence, in the analyzed work process, of the following collaborative abilities: interprofessional communication, role clarity, conflict resolution and collaborative leadership. It was evidenced from the mothers' statements that the developed Collaborative Interprofessional Practice presents itself as a tool for the development of comprehensive health care, enhancing patient-centered attention. In contrast, the mothers pointed out that the lack of synchronization between professionals during the consultation, the limited consultation time and the turnover of professionals involved in the practice are weaknesses of the performed Collaborative Interprofessional Practice. It is expected that the results of this research may promote the development of similar practice in the FHS scenario, as well as new studies on the impact of Collaborative Interprofessional Practice in health care.

Keywords: Interprofessional Relations, Family Health, Primary Health Care

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CIHC	Canadian Interprofessional Health Collaborative
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DNPM	Desenvolvimento Neuropsicomotor
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 ALGUNS APORTES TEÓRICOS	15
2.1 A INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE	15
2.2 O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA SAÚDE.....	17
2.3 A PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA E AS COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS.....	18
3 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	21
3.1 TIPO DE ESTUDO	21
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	21
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	22
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	22
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	25
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
ARTIGO 1 - ANÁLISE DE UMA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.	26
ARTIGO 2 - A PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A VISÃO DO USUÁRIO.	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES.....	68
ANEXOS	76

1 INTRODUÇÃO

A crescente complexidade das necessidades de saúde dos usuários/população, associada às mudanças do perfil demográfico e de morbimortalidade, caracterizadas pelo envelhecimento populacional e pelo aumento das doenças crônicas, evidencia a necessidade de mudanças do modelo de atenção à saúde e, conseqüentemente, de um novo perfil profissional, preparado para a colaboração (SILVA *et al*, 2015).

Diante desse contexto, a palavra “interprofissionalidade” vem ganhando notoriedade nas discussões sobre gestão do trabalho em saúde, no Brasil e no mundo, sendo realizado um grande esforço para delimitar um quadro referencial que permita compreender melhor esse conceito emergente (CECCIM, 2018; ELLERY, 2018).

Para melhor compreensão sobre o tema da interprofissionalidade, torna-se necessário, diferenciar os termos “disciplinar” e “profissional”. Para tanto, recorremos aos aportes teóricos propostos por D’Amour e Oandasan (2005) e Furtado (2009). Esses autores consideram que a palavra “disciplinar” se refere à vertente dos saberes, situando-se no nível teórico de construção do conhecimento, enquanto que o termo “profissional” situa-se numa dimensão pragmática, referindo-se às práticas concretas, ao campo de atuação profissional.

A partir desse entendimento, conclui-se que a interdisciplinaridade busca ser uma resposta ao conhecimento fragmentado de numerosas disciplinas, que resultou em uma divisão artificial do conhecimento, enquanto a interprofissionalidade visa reduzir a fragmentação das práticas profissionais, tendo, no campo da saúde, o objetivo de alcançar melhores resultados no cuidado prestado aos usuários (ELLERY, 2018).

A interprofissionalidade pode ser definida, portanto, como o desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas, sendo caracterizada como um processo onde os profissionais desenvolvem formas de atuação capazes de dar uma resposta integrada às necessidades de saúde de usuários/famílias/ população. Apresenta-se como uma forma de socializar e integrar conhecimentos, tendo em vista o desenvolvimento de práticas compartilhadas ou em colaboração entre os diferentes profissionais da saúde (D’AMOUR; OANDASAN, 2005; ELLERY, 2018).

A interprofissionalidade materializa-se pelo desenvolvimento do trabalho interprofissional, podendo esse ocorrer de variadas formas. Reeves *et al*. (2018) identificaram quatro tipos de trabalho interprofissional - o trabalho em equipe, a colaboração interprofissional, a coordenação interprofissional e o trabalho em rede - que diferem no que

diz respeito à identidade compartilhada na equipe, clareza de objetivos, interdependência, responsabilidade compartilhada e atividade a ser desempenhada.

O trabalho em equipe é aquele que envolve diferentes profissionais de saúde que compartilham a identidade da equipe e desenvolvem suas atividades com objetivos comuns, interdependência, integração e responsabilidade compartilhada. Já a colaboração interprofissional é uma forma mais flexível de trabalho interprofissional, em que a identidade compartilhada e a integração dos profissionais são menos relevantes. Na coordenação interprofissional, é exigido para o bom desempenho do trabalho o compartilhamento de responsabilidades e a clareza de papéis e objetivos, enquanto que o trabalho em rede é caracterizado como um tipo de arranjo interprofissional mais aberto, podendo a comunicação entre os profissionais acontecer de forma assíncronica e virtual.

(REEVES *et al*, 2018; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

A colaboração interprofissional se expressa no cenário das práticas de atenção à saúde por meio da prática interprofissional colaborativa, arranjo interprofissional em que profissionais de diferentes formações prestam serviços com base na integralidade, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidade para melhoria da qualidade da atenção à saúde em todos os níveis da rede de serviços. Essa prática pressupõe a colaboração entre indivíduos com habilidades complementares que interagem para criar uma compreensão compartilhada dos problemas, a qual nenhum deles teria sido capaz de resolver sozinho (PEDUZZI; AGRELI, 2018; OMS, 2010).

A prática interprofissional colaborativa permite que os profissionais de saúde integrem, na promoção do cuidado em saúde, qualquer indivíduo cujas habilidades possam auxiliar na conquista dos objetivos locais de saúde, incluindo também, como parceiros usuários, famílias e comunidade. Desse modo, observa-se que um elemento primordial para o desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa é a atenção centrada no paciente, entendida como um modelo de atenção à saúde centrado no usuário e suas necessidades e pautado por uma participação efetiva destes no processo do cuidado (OMS, 2010; D'AMOUR *et al*, 2008).

Como expressão da colaboração interprofissional, a prática interprofissional colaborativa tem sido vista como uma ferramenta para fortalecer os sistemas de saúde e promover a melhoria dos resultados na saúde. No entanto, para o seu efetivo desenvolvimento faz-se necessária uma força de trabalho em saúde colaborativa preparada para prática, cujos profissionais tenham aprendido a trabalhar em uma equipe interprofissional e desenvolvido competência para este fim (OMS, 2010).

A Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC, 2010) elaborou um quadro de competências interprofissionais composto pelos seguintes domínios: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente, usuário, família e comunidade; esclarecimento de papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa. Esses seis domínios de competência destacam conhecimentos, habilidades, atitudes e valores essenciais à colaboração interprofissional e, conseqüentemente, à prática interprofissional colaborativa.

No contexto da APS no Brasil, a complexidade das situações vivenciadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no seu cotidiano profissional demanda uma intervenção ampla, produto de um conjunto de saberes, capaz de ser eficiente, eficaz e resolutiva. Nesse sentido, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), criado pelo Ministério da Saúde em 2008, emerge para ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolutividade, apresentando-se como uma ferramenta de colaboração interprofissional, para o desenvolvimento de práticas interprofissionais colaborativas (ELLERY, 2014; SILVA *et al.*, 2015).

Nesse cenário de colaboração interprofissional, a consulta compartilhada, cuja característica fundamental é a presença de ao menos um membro da equipe da ESF e um do NASF-AB, além do paciente e/ou seus familiares, apresenta-se como um espaço para o desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa, possibilitando integração de saberes e práticas em ato e gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015).

Diante disso, observa-se a possibilidade e a necessidade crescente da implementação de práticas interprofissionais colaborativas no cenário da APS brasileira, bem como de estudos que apontem para o resultado dessas práticas, tanto no diz respeito à melhora da qualidade dos serviços ofertados, quanto na formação profissional para uma efetiva colaboração, através do desenvolvimento de competências para a prática interprofissional colaborativa.

Sendo assim, o objetivo geral dessa pesquisa foi analisar a prática interprofissional colaborativa realizada pelos profissionais da ESF e do NASF-AB, no cenário da consulta compartilhada desenvolvida na APS, em um município de pequeno porte. Os objetivos específicos foram: descrever o processo de trabalho desenvolvido durante a consulta compartilhada, identificar competências colaborativas presentes no desenvolvimento dessa prática e conhecer a visão dos usuários acerca da prática interprofissional colaborativa desenvolvida, identificando potencialidades e fragilidades dessa prática.

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos, sendo o primeiro dedicado a esta introdução, descrevendo ideias centrais a que se reporta a pesquisa e seus objetivos. O segundo capítulo aborda alguns aportes teóricos sobre a Interprofissionalidade na saúde e a Prática Interprofissional Colaborativa. O terceiro capítulo esclarece os caminhos metodológicos utilizados. No que se refere ao quarto capítulo, este se encontra subdividido em duas partes, que apresentam os resultados e a discussão no formato de dois artigos científicos, conforme exigência do Programa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF), na nucleadora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O primeiro artigo analisa a prática interprofissional colaborativa no cenário da consulta compartilhada desenvolvida pelos profissionais da ESF e do NASF-AB, na APS de um município de pequeno porte, descrevendo o processo de trabalho desenvolvido durante a consulta compartilhada e identificando as competências colaborativas presentes no desenvolvimento dessa prática. O segundo artigo expõe a visão dos usuários (pais/cuidadores) acerca da prática interprofissional colaborativa desenvolvida durante as consultas compartilhadas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Finalizando, no quinto capítulo, são apresentadas as considerações finais referentes ao estudo.

2 ALGUNS APORTES TEÓRICOS

O presente estudo aborda a temática da Interprofissionalidade e do Trabalho Interprofissional na atenção à saúde, especificamente no cenário da APS. Neste capítulo, são apresentados os principais aportes teóricos que fundamentam a pesquisa, tais como a interprofissionalidade na saúde, o trabalho interprofissional e as competências colaborativas.

2.1 A INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

O conceito de interprofissionalidade surge para possibilitar uma melhor compreensão de um fenômeno em desenvolvimento, que é a prática de cuidados de saúde integrada e colaborativa entre os profissionais, em resposta às demandas dos usuários e à fragmentação das práticas profissionais na saúde. Esse conceito distingue-se de outro conceito correlato, o da interdisciplinaridade, que se refere ao desenvolvimento de conhecimento integrado em resposta ao conhecimento disciplinar fragmentado. (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; FURTADO, 2009).

Desse modo, podemos identificar que as palavras “profissão” e “disciplina” reportam grande diferença, sendo disciplina um domínio de informação técnica ou científica e profissão um recorte de ofício, de habilitação para o exercício formal de uma ocupação. Do mesmo modo, os prefixos “inter” e “multi” indicam distinção nas probabilidades de ação integrada, diversificada ou fragmentada, sendo que o prefixo “inter” indica “no interior de dois”, podendo ser tanto o cruzamento ou encontro de duas profissões quanto à operação pela qual se obtém um conjunto formado pelos elementos comuns a duas ou mais profissões, ou seja, a zona de intercessão entre elas (CECCIM, 2018).

Nesse contexto, a interprofissionalidade é definida como o desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas, caracterizado como um processo pelo qual os profissionais desenvolvem formas de atuação que fornecem uma resposta integrada às necessidades de usuários/famílias/população. Por meio dela, os profissionais colaboram de forma sinérgica, adotando uma orientação centrada no usuário (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

De acordo com Ellery (2014), a estrutura conceitual da interprofissionalidade é composta por três dimensões: a dimensão cognitiva, na qual ocorre a integração de saberes; a dimensão pragmática, que oferece lugar para o compartilhamento de práticas; e a dimensão

subjetiva, que envolve os afetos. Para autora, no cotidiano dos serviços, o ato de “fazer juntos”, a partir da integração de saberes e do compartilhamento de práticas, é perpassado por sentimentos conciliatórios e contraditórios, tais como inveja, ciúme, amorosidade, disputa de poder e status, os quais podem facilitar ou dificultar a colaboração, integração, troca e parceria.

A interprofissionalidade é, portanto, um processo de trabalho, mediado pelo desejo e abertura dos trabalhadores, no qual profissionais com formações acadêmicas diferentes trabalham juntos, sendo afetados uns pelos outros. Desse modo, observa-se uma ampliação dos métodos de ver e interpretar os fenômenos, em virtude dos saberes integrados, e uma modificação das práticas, tanto no núcleo específico de atuação de cada profissão quanto na construção de um campo comum de intervenção (ELLERY, 2018).

Para o desenvolvimento da interprofissionalidade nas práticas da saúde, faz-se necessário enfrentar o antagonismo entre o modelo da lógica profissional e o modelo da colaboração interprofissional. Aquele é marcado pela delimitação estrita de territórios de cada grupo profissional e pela diferenciação, enquanto o modelo da colaboração interprofissional promove a integração, a partir de relações e interações nas quais os profissionais poderão colocar em comum seus conhecimentos, especialização, experiência e habilidades, tendo como centro uma melhor atenção ao paciente (FURTADO, 2009).

Organizar os saberes e as práticas em função dos interesses e das necessidades dos usuários em detrimento aos interesses corporativos parece imperativo para o desenvolvimento da interprofissionalidade. Sem essa mudança de abordagem, os serviços de saúde podem se tornar ambientes hostis, com disputa por espaço, prestígio, reconhecimento e poder, entre as diferentes profissões. Desse modo, a interprofissionalidade é o que torna factível e efetiva a vivência de múltiplos profissionais na saúde, a partir da integração dos saberes, do compartilhamento de práticas e do estabelecimento de um campo comum de atuação interprofissional (ELLERY, 2018).

Por outro lado, o desenvolvimento da interprofissionalidade tem sido apontado como um fator contribuinte para melhora da qualidade dos serviços de saúde, elevando a segurança da assistência, atendendo as necessidades de saúde da população e melhorando a satisfação do usuário. Isso tem sido atribuído à adoção de uma orientação centrada no acolhimento do usuário, à qualidade ética da atenção e à humanização do cuidado, em detrimento à organização dos serviços e das práticas profissionais centradas nos interesses das corporações (CECCIM, 2018; ELLERY, 2018)

2.2 O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA SAÚDE

O trabalho interprofissional é a materialização da interprofissionalidade e se caracteriza como uma prática coesa entre profissionais da mesma organização ou de diferentes organizações. Apresenta-se como um arranjo de trabalho complexo, influenciado por fatores relacionais, processuais, organizacionais e contextuais (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; REEVES *et al.*, 2018).

Os fatores relacionais são aqueles que afetam a qualidade das relações interprofissionais, tais como: hierarquia, socialização, composição da equipe, clareza de papéis, comunicação, sentimentos e afetos, conflitos, estabilidade da equipe, desejos individuais (REEVES *et al.*, 2010). Já os fatores processuais são aqueles que afetam a forma como processo de trabalho da equipe é organizado no cotidiano, como: rotinas da equipe, uso de tecnologia da informação, tempo e espaço dedicado à melhoria do trabalho da equipe, complexidade do cuidado e mudança nas atividades profissionais (REEVES *et al.*, 2010).

Os fatores organizacionais são aqueles que afetam a organização local do ambiente de trabalho da equipe, a exemplo do apoio organizacional à equipe e a representação profissional. Por outro lado, os fatores contextuais estão relacionados com o amplo cenário social, político e econômico no qual a equipe está inserida (REEVES *et al.*, 2010).

De acordo com Reeves *et al.* (2018), o trabalho interprofissional pode se dar de variadas formas, que diferem no que diz respeito à identidade compartilhada na equipe, clareza de objetivos, interdependência, responsabilidade compartilhada e atividade a ser desempenhada. Tais autores apresentam quatro tipos de trabalho interprofissional: o trabalho em equipe, a colaboração interprofissional, a coordenação interprofissional e o trabalho em rede.

O trabalho em equipe é aquele que envolve diferentes profissionais de saúde que compartilham a identidade da equipe e desenvolvem suas atividades com objetivos comuns, interdependência, integração e responsabilidade compartilhada. Nesse tipo de trabalho, o compartilhamento da identidade e a integração dos membros são essenciais (REEVES *et al.*, 2018; PEDUZZI; AGRELLI, 2018).

A colaboração interprofissional reflete relações de parcerias entre os profissionais de saúde tendo como objetivo aprimorar aquilo que já é produzido pelo trabalho em equipe. Pode ser considerada uma forma mais flexível de trabalho interprofissional, em que a identidade compartilhada e a integração dos profissionais são menos relevantes. De forma semelhante ao trabalho em equipe, a colaboração interprofissional exige responsabilidade compartilhada,

interdependência entre os profissionais e clareza de papéis e objetivos (REEVES *et al*, 2018; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Para D' Amour *et al* (2008), a colaboração interprofissional pode apresentar-se em três graus distintos: Colaboração Ativa, que é a colaboração em mais alto nível; Colaboração em Desenvolvimento, que é a colaboração ainda não enraizada nas culturas das organizações parceiras, podendo estar sujeita à reavaliação com base em fatores internos ou ambientais; e Colaboração Potencial ou Latente, que se refere à colaboração ainda não existente ou já bloqueada por conflitos tão sérios que impedem o avanço do sistema ou a implantação de formas satisfatórias de colaboração.

Na coordenação interprofissional, aspectos como identidade compartilhada, integração e interdependência são menos importantes, sendo exigido para o bom desempenho do trabalho o compartilhamento de responsabilidades, bem como a clareza de papéis e objetivos. Já o trabalho em rede é um tipo de arranjo interprofissional mais aberto, no qual o compartilhamento da identidade de equipe, a integração dos indivíduos, a interdependência e responsabilidade compartilhada são pouco essenciais, podendo a comunicação entre os profissionais acontecer de forma assíncronica e virtual (REEVES *et al*, 2018).

2.3 A PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA E AS COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS

O termo 'Prática Interprofissional Colaborativa' refere-se à colaboração interprofissional expressa no cenário das práticas de atenção à saúde. Ocorre quando profissionais de diferentes experiências profissionais prestam serviços com base na integralidade, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidade, para melhoria da qualidade da atenção à saúde em todos os níveis da rede de serviços. A prática interprofissional colaborativa pressupõe a colaboração entre indivíduos com habilidades complementares que interagem para criar uma compreensão compartilhada dos problemas. (PEDUZZI; AGRELI, 2018; OMS, 2010).

A prática interprofissional colaborativa, juntamente com a educação interprofissional, tem sido apontada como uma estratégia capaz de modificar a forma como os profissionais de saúde interagem uns com os outros para prestar assistência. O seu efetivo desenvolvimento otimiza os serviços, fortalece os sistemas de saúde e incita melhorias de resultados em saúde (OMS, 2010).

Alguns domínios e competências têm sido apontados como essenciais para o alcance de uma colaboração interprofissional eficaz e, conseqüentemente, de uma efetiva prática interprofissional colaborativa, dentre os quais se destacam: a comunicação interprofissional; o cuidado centrado no paciente, usuário, família e comunidade; a clareza de papéis profissionais; a dinâmica de funcionamento da equipe; a resolução de conflitos interprofissionais e a liderança colaborativa (CIHC, 2010).

A ‘comunicação interprofissional’ diz respeito à capacidade dos profissionais de se comunicarem de forma colaborativa, ágil e responsável. Essa competência diz respeito não só à capacidade de comunicação entre os profissionais de uma mesma profissão, mas também e especialmente entre profissionais de profissões distintas e destes com os usuários, o que caracteriza uma relação de escuta e confiança entre todos os envolvidos na prática colaborativa (CIHC, 2010).

O ‘cuidado centrado no paciente, usuário, família e comunidade’ refere-se à capacidade dos profissionais integrarem e valorizarem, como parceiros, o usuário, a sua família e a comunidade, tendo em vista a implementação do cuidado e da atenção à saúde. Trata-se de um dos domínios essenciais para colaboração interprofissional, sendo um elemento primordial para PIC. (CIHC, 2010; D’AMOUR *et al*, 2008).

A ‘clareza de papéis’ caracteriza-se como a capacidade dos profissionais entenderem seu próprio papel e o papel dos demais profissionais da equipe, usando esse conhecimento adequadamente para estabelecer e alcançar os objetivos da atenção à saúde de usuários e população do território (CIHC, 2010).

A competência ‘funcionamento da equipe’ permite que os profissionais entendam os princípios da dinâmica do trabalho em equipe, identificando-os como elementos capazes de promover efetiva colaboração interprofissional. Já o domínio ‘resolução de conflitos’ diz respeito à capacidade de lidar com as discordâncias de forma positiva e construtiva, à medida que estas surgem no cotidiano da equipe (CIHC, 2010).

A ‘liderança colaborativa’ refere-se à capacidade dos profissionais entenderem e aplicarem, em seu cotidiano laboral, princípios de liderança que apoiam um modelo de prática colaborativa, tais como a tomada de decisão compartilhada, a escolha do líder a partir da demanda apresentada e a responsabilidade compartilhada (CIHC, 2010).

O desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa requer a aquisição dessas competências próprias para a colaboração interprofissional, sendo a educação interprofissional vista como um novo modelo de formação, capaz de preparar melhor os profissionais para o desenvolvimento do cuidado ampliado em saúde, enfrentando a intensa

fragmentação das ações e da rede de atenção, através do desenvolvimento de competências de colaboração interprofissionais (COSTA, 2017; PEDUZZI, 2017).

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, do tipo compreensivo-interpretativo, sendo esse caracterizado por proporcionar maiores informações sobre o assunto investigado para conseguir uma nova compreensão sobre o mesmo, podendo inclusive criar novas hipóteses (GIL, 2008; GONÇALVES, 2014; LEÃO, 2016).

Foi feita opção pela triangulação de métodos, utilizando uma abordagem quantitativa e qualitativa, com coleta de dados primários. A triangulação é uma estratégia de investigação voltada para combinação de métodos e técnicas. Integra uma análise objetiva e subjetiva no processo de avaliação. Desse modo, as abordagens quantitativas e qualitativas podem ser tomadas de modo complementar, não sendo consideradas como antagônicas, embora tenham natureza diferente (MINAYO, ASSIS E SOUZA, 2005; MINAYO E SANCHES, 1993).

Enquanto a abordagem quantitativa apreende dos fenômenos a região “visível, ecológica, morfológica e concreta”, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados, um lado não perceptível em equações e estatísticas, aplicando-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2018).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em Montadas, município de pequeno porte situado na mesorregião agreste do estado da Paraíba, distante 161 km da capital João Pessoa. Com população predominantemente urbana e estimada em 4.990 habitantes, apresenta Índice de Desenvolvimento Humano médio (IDH = 0,590), ocupando a 98ª posição entre os 223 municípios do estado (IBGE, 2010).

No cenário da APS, o município dispõe de três Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que em cada uma delas atua uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) com equipe de Saúde Bucal (ESB). O território de atuação das equipes compreende áreas das zonas urbana e rural do município, sendo ambas as UBS localizadas na zona urbana.

Todas as três equipes da ESF recebem apoio matricial dos profissionais de um único Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), composto por

profissionais de fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia e educação física, sendo as atividades deste desenvolvidas nas UBS, por meio de consultas e ações compartilhadas, e na sua unidade física localizada na Secretaria Municipal de Saúde, por meio de atendimentos individuais.

Nas três UBS selecionadas para pesquisa, desde o ano de 2016, acontece uma experiência de prática interprofissional colaborativa no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 2 anos, na qual, por meio de consultas compartilhadas, atuam, conjuntamente e simultaneamente, profissionais de enfermagem, fisioterapia, nutrição e fonoaudiologia, para promover a atenção à saúde da criança.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram dessa pesquisa os sujeitos envolvidos na prática interprofissional colaborativa a ser analisada: profissionais da ESF e do NASF-AB e usuários (pais/cuidadores), das três UBS do município.

Para compor a amostra dos profissionais, foi utilizado como critério de inclusão a atuação na prática interprofissional colaborativa, por meio de participação ativa nas consultas compartilhadas ofertadas para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, durante o período da pesquisa. Por sua vez, foi utilizado como critério de exclusão a atuação na prática interprofissional colaborativa por um período inferior a seis meses. Desse modo, a amostra de profissionais foi composta por cinco profissionais: três profissionais da ESF (um enfermeiro de cada equipe) e dois profissionais do NASF-AB (um fisioterapeuta e um nutricionista).

No que se refere à composição da amostra de usuários, foram incluídos na amostra pais ou cuidadores de crianças de 0 a 2 anos inseridas na prática interprofissional colaborativa desenvolvida durante as consultas compartilhadas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, nas três UBS do município, no período da coleta de dados. Foi utilizado como critério de exclusão ter participado, até o período da coleta de dados, de menos de seis consultas compartilhadas. Para composição dessa amostra considerou-se os respondentes qualificados, sendo selecionadas vinte e cinco mães, representando o percentual de 30% dos pais/cuidadores que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

O procedimento de coleta de dados ocorreu em três etapas: 1) Coleta de dados dos profissionais; 2) Coleta de dados dos usuários; 3) Observação direta da prática

interprofissional colaborativa. Todas as três etapas aconteceram entre os meses de janeiro e março de 2019, nas próprias UBS, em dias e horários previamente agendados.

A etapa de coleta de dados dos profissionais foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e da aplicação de dois questionários: o Questionário sobre Competências Colaborativas e um questionário para caracterização do perfil profissional dos participantes.

A entrevista semiestruturada teve por finalidade explorar a percepção dos profissionais com relação à prática colaborativa desenvolvida, considerando sua influência no desenvolvimento de competências colaborativas. As entrevistas tiveram duração mínima de trinta e oito minutos e máxima de sessenta e nove minutos e seguiram um roteiro elaborado pela pesquisadora, com perguntas flexíveis e abertas que permitiam o surgimento de novas indagações (APÊNDICE A). Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente, para análise.

A aplicação do Questionário sobre Competências Colaborativas teve por objetivo identificar as competências colaborativas presentes na prática interprofissional colaborativa analisada. Trata-se de um questionário contendo uma escala, do tipo *likert*, elaborado pela pesquisadora a partir das competências colaborativas definidas pela Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010), considerando seis domínios estabelecidos: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente, usuário, família e comunidade; clareza de funções; funcionamento da equipe; liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais (APÊNDICE B).

Os descritores dos domínios foram utilizados para elaboração de três afirmativas para cada domínio, originando o total de dezoito afirmativas que foram avaliadas a partir das âncoras verbais ‘Concordo totalmente’, ‘Concordo em parte’, ‘Não tenho opinião’, ‘Discordo em parte’ e ‘Discordo totalmente’.

Para quantificação dos resultados, foram atribuídos valores numéricos a cada âncora verbal, sendo o valor ‘5’ atribuído à âncora verbal que representava um maior grau de presença do domínio de competência colaborativa abordado na afirmativa. Desse modo, cada domínio avaliado, a partir das três afirmativas propostas, poderia receber pontuação máxima de 15 pontos e mínima de 3 pontos, de acordo com as âncoras verbais escolhidas pelos participantes.

Para avaliar o grau de presença de cada domínio de competência colaborativa, foram estabelecidos três escores: 1) Domínio de Competência Colaborativa Presente: atribuído quando o domínio recebeu entre 100% e 80% da pontuação máxima, ou seja, entre 15 e 12 pontos; 2) Domínio de Competência Colaborativa Latente: atribuído quando o domínio

recebeu entre 79% e 50% da pontuação máxima, ou seja, entre 11 e 8 pontos; 3) Domínio de Competência Colaborativa Ausente: atribuído quando o domínio recebeu menos de 50% da pontuação máxima, ou seja, entre 7 e 3 pontos.

Fez-se necessária a realização de um teste piloto para refinamento dos questionários, aplicando-os junto a profissionais de saúde inseridos no mesmo cenário empírico da prática compartilhada e que não fizeram parte da amostra final do estudo, para aprimorar a pertinência e a clareza das questões antes da aplicação definitiva. Assim, o teste proporcionou um *feedback* que permitiu observar a adequação da estruturação dos itens em relação a cada domínio de competência e pontuação final.

A etapa de coleta de dados dos usuários foi realizada em sala com privacidade, após a consulta compartilhada de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, agendada previamente conforme cronograma de atendimentos de cada UBS, sendo utilizada, para tanto, a entrevista semiestruturada e a aplicação de questionário sobre perfil sociodemográfico.

As entrevistas tiveram a duração máxima e mínima, respectivamente, de quatorze e trinta e seis minutos, e seguiram um roteiro elaborado pela pesquisadora, com perguntas flexíveis e abertas que permitiam o surgimento de novas indagações (APÊNDICE C). Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente, para análise e tiveram por finalidade explorar a percepção das mães a respeito da prática interprofissional colaborativa desenvolvida, considerando suas pontecialidades e fragilidades.

A última etapa da coleta de dados foi realizada por meio da Observação direta da prática interprofissional colaborativa desenvolvida. Essa observação foi executada de forma estruturada, seguindo um roteiro norteado pelos tópicos: fluxo das atividades desenvolvidas; ações específicas de cada profissional envolvido na consulta compartilhada; ações comuns desenvolvidas na consulta compartilhada; desfecho e desdobramentos da consulta compartilhada (APÊNDICE D). Para tanto, a pesquisadora se integrou às equipes durante um turno de consulta compartilhada de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em cada UBS, totalizando três horas de observação direta em cada UBS. Os aspectos relevantes, dignos de nota, percebidos durante a observação, foram registrados em diário de campo. Esses aspectos somaram-se às falas dos profissionais, coletadas nas entrevistas, para elaboração de um fluxograma analisador do atendimento.

Os dados quantitativos foram processados e analisados por meio de Estatística Descritiva, através dos valores de frequências numérica, percentual e relativa, e, para tabulação de dados, foi utilizado o programa Excel (2010). Já os dados qualitativos foram

analisados através da Técnica de Análise Temática de Conteúdo, sistematizada por Minayo (2018).

Segundo Minayo (2018) fazer uma análise temática consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico se desdobrando em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação.

A análise dos dados também tomou por referência a pesquisa bibliográfica, realizada por meio de consulta, seleção, leitura, fichamento e arquivamento de informações pertinentes ao tema em livros e artigos relacionados ao estudo. Em grande medida, foram feitas consultas eletrônicas nas bases de dados integradas à Biblioteca Virtual em Saúde (www.bvs.br), à Pubmed (www.ncbi.nlm.nih.gov), em dissertações, teses, livros, e artigos científicos revisados de editoras acadêmicas, bibliotecas e universidades, visando estabelecer um diálogo com os dados encontrados.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

As diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as quais regem as pesquisas envolvendo seres humanos, foram respeitadas e o estudo foi desenvolvido após aprovação no parecer de nº 3.027.562 emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - CEP-HUOL/UFRN (ANEXO A) e anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Montadas/PB (ANEXO B).

Todos os participantes da pesquisa, após informação prévia sobre a finalidade e os procedimentos do estudo aos quais seriam submetidos, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE E) concordando na participação na investigação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão estão apresentados no formato de dois artigos científicos. O primeiro intitulado “Análise de uma prática interprofissional colaborativa na Estratégia Saúde da Família” foi submetido à apreciação editorial da Revista Saúde em Debate, estando, por esse motivo, suas referências adequadas ao estilo Vancouver. Já o segundo, tem por título “A Prática Interprofissional Colaborativa na Estratégia Saúde da Família: a visão do usuário” e será submetido, posteriormente, à apreciação de revista científica ainda a definir.

ARTIGO 1 - ANÁLISE DE UMA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Análise de uma prática interprofissional colaborativa na Estratégia Saúde da Família

RESUMO

O artigo teve como objetivos: 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. Trata-se de um estudo exploratório, compreensivo-interpretativo, quanti-qualitativo, ambientado em um município de pequeno porte. Os participantes foram profissionais atuantes no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 2 anos. A coleta ocorreu através de: entrevista semiestruturada; aplicação de questionários sobre perfil profissional e competências colaborativas; e observação direta, apoiada por diário de campo. Os dados, analisados por Estatística Descritiva e Análise Temática de Conteúdo, foram interpretados pelos referenciais sobre a Interprofissionalidade. A experiência profissional e o tempo de trabalho foram vinculados à implementação e sustentação da prática investigada. As seguintes competências colaborativas foram consideradas presentes e latentes: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente, usuário, família e comunidade; funcionamento da equipe; clareza de papéis; resolução de conflitos; e liderança colaborativa. Os achados apontaram para o desenvolvimento de uma efetiva experiência interprofissional colaborativa, pela práxis dialógica entre o saber e o fazer. Ressalta-se a necessidade de novos estudos que possam apresentar o impacto dessas práticas sobre a qualidade do serviço ofertado.

Palavras-chave: Relações Interprofissionais. Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

Analysis of a collaborative interprofessional practice in the family health strategy

ABSTRACT

The article aimed to: analyze the Collaborative Interprofessional Practice performed by professionals of the Family Health Strategy and the Extended Family Health and Primary

Care Center; describe the work process developed; and identify collaborative abilities in the development of this practice. This is an exploratory, comprehensive, interpretative, quantitative and qualitative study set in a small municipality. Participants were professionals working to monitor the growth and development of children between the ages of 0 and 2 years old. The data collection took place through: semi-structured interview; use of questionnaires on professional profile and collaborative abilities; and direct observation, supported by field diary. The data, analyzed by Descriptive Statistics and Thematic Content Analysis, were interpreted by the referential on Interprofessionality. Professional experience and working time were linked to the implementation and support of the investigated practice. The following collaborative abilities were considered present and latent: interprofessional communication; patient-centered care; team functioning; clarity of roles; conflict resolution; and collaborative leadership. The findings pointed to the development of an effective collaborative interprofessional experience, through the dialogic praxis between knowledge and action. We emphasize the need for further studies that may present the impact of these practices on the quality of the service offered.

Keywords: Interprofessional Relations. Family Health. Primary Health Care.

Introdução

O conceito de interprofissionalidade surge para possibilitar uma melhor compreensão de um fenômeno em desenvolvimento que é a prática de cuidados de saúde integrada e colaborativa, entre os profissionais, em resposta às demandas dos usuários. Esse conceito se distingue de outro conceito correlato, o da interdisciplinaridade, que se refere ao desenvolvimento de conhecimento integrado em resposta ao conhecimento disciplinar fragmentado^{1, 2}.

O trabalho interprofissional se apresenta como a materialização da interprofissionalidade, sendo caracterizado como uma prática coesa entre profissionais da mesma organização ou de diferentes organizações. Apresenta-se como um arranjo de trabalho complexo, influenciado por fatores relacionais, processuais, organizacionais e contextuais³.

De acordo com Reeves *et al.*³, o trabalho interprofissional pode se dar de variadas formas que diferem, no que diz respeito, à identidade compartilhada na equipe, clareza de objetivos, interdependência, responsabilidade compartilhada e atividade a ser desempenhada. Existem quatro tipos de trabalho interprofissional: o trabalho em equipe; a colaboração interprofissional; a coordenação interprofissional; e o trabalho em rede³.

O trabalho em equipe é aquele que envolve diferentes profissionais de saúde que compartilham a identidade da equipe e desenvolvem suas atividades com objetivos comuns, interdependência, integração e responsabilidade compartilhada. Nesse tipo de trabalho, o compartilhamento da identidade e a integração dos membros são essenciais⁴.

A colaboração interprofissional reflete relações de parcerias entre os profissionais de saúde tendo como objetivo aprimorar aquilo que já é produzido pelo trabalho em equipe. Pode

ser considerada uma forma mais flexível de trabalho interprofissional, em que a identidade compartilhada e a integração dos profissionais são menos relevantes. De forma semelhante ao trabalho em equipe, a colaboração interprofissional exige responsabilidade compartilhada, interdependência entre os profissionais e clareza de papéis e objetivos^{3,4}.

Na coordenação interprofissional, aspectos como identidade compartilhada, integração e interdependência são menos importantes, sendo exigido para o bom desempenho do trabalho o compartilhamento de responsabilidades, bem como a clareza de papéis e objetivos. Já o trabalho em rede, é um tipo de arranjo interprofissional mais aberto, no qual o compartilhamento da identidade de equipe, a integração dos indivíduos, a interdependência e responsabilidade compartilhada são pouco essenciais, podendo a comunicação entre os profissionais acontecer de forma assíncronica e virtual³.

O termo ‘Prática Interprofissional Colaborativa’ refere-se à colaboração interprofissional expressa no cenário das práticas de atenção à saúde. Ocorre quando profissionais de diferentes experiências profissionais prestam serviços com base na integralidade, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidade para melhoria da qualidade da atenção à saúde em todos os níveis da rede de serviços. Pressupõe a colaboração entre indivíduos com habilidades complementares que interagem para criar uma compreensão compartilhada dos problemas, a qual nenhum deles teria sido capaz de resolver sozinho⁴.

A prática interprofissional colaborativa, juntamente com a Educação Interprofissional (EIP), tem sido apontada como uma estratégia capaz de modificar a forma como os profissionais de saúde interagem uns com os outros para prestar assistência. O seu efetivo desenvolvimento otimiza os serviços, fortalece os sistemas de saúde e incita melhorias de resultados em saúde⁵.

Diante de um cenário de práticas em saúde que ainda reforça a fragmentação do conhecimento, a ‘superespecialização’ e a desintegração das ações desenvolvidas, surge o debate sobre as consequências dessas práticas atuais na prestação dos serviços de saúde e seus resultados⁶. Nesse sentido, emerge também a discussão sobre a importância da integralidade e do trabalho interprofissional, que pressupõe uma força de trabalho colaborativa.

Romper com a cultura uniprofissional é considerado um passo fundamental para superação da histórica fragmentação do trabalho em saúde, o que evidencia a necessidade de outro perfil de profissionais de saúde. Nessa perspectiva, torna-se relevante a educação interprofissional, a colaboração na dinâmica do processo de trabalho e o desenvolvimento de competências para o efetivo trabalho colaborativo⁷.

Algumas competências e domínios têm sido apontados como essenciais para o alcance de uma colaboração interprofissional eficaz, dentre os quais se destacam: a comunicação interprofissional; o cuidado centrado no paciente, usuário, família e comunidade; a clareza de papéis profissionais; a dinâmica de funcionamento da equipe; a resolução de conflitos interprofissionais e a liderança colaborativa⁸.

Apesar dos grandes desafios para a sua implementação, a colaboração interprofissional tem sido identificada como uma estratégia para um cuidado de saúde mais qualificado, ampliado e efetivo, diante das demandas de saúde cada vez mais complexas, sendo apontada como premissa para reorientar o modelo de formação e de atenção à saúde e para elevar a capacidade de resposta às demandas de saúde da população^{9, 10, 11}.

No contexto da Atenção Primária em Saúde (APS) brasileira, a complexidade das situações vivenciadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no seu cotidiano profissional demanda uma intervenção ampla, produto de um conjunto de saberes, capaz de ser eficiente, eficaz e resolutiva. Nesse sentido, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), criado pelo Ministério da Saúde em 2008, emerge para ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolutividade, apresentando-se como uma ferramenta de colaboração interprofissional, para o desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa^{12, 13}.

Diante disso, observa-se a necessidade crescente da implementação da prática interprofissional colaborativa na atenção básica, bem como de estudos que apontem para o resultado dessas práticas, tanto no que diz respeito à melhora da qualidade dos serviços ofertados, quanto à formação profissional para uma efetiva colaboração, através do desenvolvimento de competências para a prática interprofissional colaborativa. Sendo assim, os objetivos dessa pesquisa foram: analisar a prática interprofissional colaborativa realizada pelos profissionais da ESF e do NASF-AB no cenário da consulta compartilhada na APS, em um município de pequeno porte; descrever o processo de trabalho desenvolvido durante a experiência e identificar competências colaborativas no desenvolvimento dessa prática.

Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório, compreensivo-interpretativo, de abordagem quanti-qualitativa, realizado em Montadas, município de pequeno porte localizado no interior da Paraíba. Na APS, o município dispõe de três Unidades Básicas de Saúde (UBS) atuando, em cada uma delas, uma equipe da ESF com Equipe de Saúde Bucal (ESB). Ambas as

equipes são matriciadas por um NASF-AB, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A amostra, selecionada por conveniência, foi composta por profissionais atuantes na prática interprofissional colaborativa desenvolvida durante as consultas compartilhadas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 2 anos, nas três UBS do município. Foi utilizado como critério de exclusão a atuação na referida prática interprofissional colaborativa a menos de seis meses, assim, um participante foi excluído da investigação por atender a esse critério e cinco participaram da pesquisa, sendo três enfermeiros, um nutricionista e um fisioterapeuta.

Os procedimentos de coleta de dados ocorreram nas próprias UBS, em sala com privacidade, durante os meses de fevereiro e março de 2019, em data e horário previamente agendados conforme a disponibilidade dos participantes. Optou-se pelo desenvolvimento da coleta em duas etapas. Na primeira, as entrevistas semiestruturadas foram realizadas e foram aplicados dois instrumentos: questionário sobre competências colaborativas e questionário para caracterização do perfil dos participantes. Na etapa seguinte, realizou-se a observação direta da prática interprofissional colaborativa, com o apoio de um diário de campo.

As entrevistas exploraram as percepções dos profissionais com relação à prática colaborativa desenvolvida, considerando sua influência no desenvolvimento de competências colaborativas, e tiveram duração mínima de trinta e oito minutos e máxima de sessenta e nove minutos, seguindo um roteiro elaborado com perguntas abertas. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente, para análise.

O questionário sobre competências colaborativas foi composto por uma escala, do tipo *likert*, elaborado pela pesquisadora a partir das competências colaborativas definidas pela Canadian Interprofessional Health Collaborative⁸, considerando seis domínios estabelecidos: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente, usuário, família e comunidade; clareza de funções; funcionamento da equipe; liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais.

Os descritores dos domínios foram utilizados para elaboração de três afirmativas para cada domínio, originando o total de dezoito afirmativas que foram avaliadas a partir das âncoras verbais: ‘concordo totalmente’; ‘concordo em parte’; ‘não tenho opinião’; ‘discordo em parte’; e ‘discordo totalmente’.

Para quantificação dos resultados, foram atribuídos valores numéricos a cada âncora verbal, sendo o valor ‘5’ atribuído para um maior grau de presença do domínio de competência colaborativa abordado na afirmativa. Desse modo, cada domínio avaliado, a

partir das três afirmativas propostas, poderia receber pontuação máxima de 15 pontos e mínima de 3 pontos.

Para avaliar o grau de presença de cada domínio, foram estabelecidos três níveis de escores: ‘presente’, para uma quantificação entre 80% e 100% da pontuação máxima – ou seja – entre 15 e 12 pontos; ‘latente’, quando o domínio recebeu entre 50% a 79% da pontuação máxima – isto é – entre 11 e 8 pontos; e ‘ausente, quando a pontuação foi menor do que 50% do total, com pontos entre 3 e 7.

Fez-se necessária a realização de um teste piloto para refinamento dos questionários, aplicando-os junto a profissionais de saúde inseridos no mesmo cenário empírico da prática compartilhada e que não fizeram parte da amostra final do estudo, para aprimorar a pertinência e a clareza das questões antes da aplicação definitiva. Assim, o teste proporcionou um *feedback* que permitiu observar a adequação da estruturação dos itens em relação a cada domínio de competência e pontuação final.

A observação direta foi realizada, de forma estruturada, seguindo um roteiro norteado pelos tópicos: fluxo das atividades desenvolvidas; ações específicas de cada profissional envolvido na consulta; ações comuns desenvolvidas na consulta; desfecho e desdobramentos da consulta. Para tanto, a pesquisadora se integrou às equipes durante um turno de consultas, registrando aspectos importantes em diário de campo e elaborando, ao final da observação, um fluxograma analisador do atendimento.

Os dados coletados foram processados por meio de estatística descritiva, através dos valores de frequência numérica tabulados com o apoio do programa ‘Excel 2010’, e foram analisados pela técnica de Análise Temática de Conteúdo, sistematizada por Minayo¹⁴. Os seis domínios definidos pela Canadian Interprofessional Health Collaborative⁸, já descritos anteriormente, foram utilizados como núcleos de sentidos. Os resultados foram interpretados à luz dos referenciais teórico-conceituais sobre a interprofissionalidade^{3, 7, 15-18}.

Foram respeitadas as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, as quais regem as pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi desenvolvido após aprovação no parecer de nº 3.027.562/2018, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-HUOL/UFRN) e todos os participantes da pesquisa, após informação prévia sobre a finalidade e os procedimentos do estudo aos quais seriam submetidos, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando na participação na investigação.

Resultados e discussão

Os achados da pesquisa são apresentados a seguir, de forma concomitante com as discussões, nos tópicos: a caracterização dos participantes; o processo de trabalho da prática interprofissional colaborativa; e as competências colaborativas da prática.

A caracterização dos participantes

No que se refere à formação, quatro profissionais possuíam pós-graduações *lato sensu*, sendo que três deles tinham uma ou duas especializações voltadas para atuação na APS, tipo: ‘saúde da família’, ‘saúde coletiva’ e ‘alimentação e nutrição na atenção básica’. Nenhum deles possuía ou cursava pós-graduação na modalidade *Stricto Sensu*.

Considerando as categorias profissionais, os enfermeiros possuíam um maior número de especializações que as demais categorias, sendo essas, em sua maioria, qualificações para atuação na APS. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Oliveira *et al.*¹⁹, de acordo com o qual os enfermeiros apresentaram predominância significativa quanto a pós-graduações, quando comparados aos profissionais médicos atuantes no mesmo cenário. Esse estudo também identificou associação entre o perfil de qualificação dos profissionais com a qualidade dos serviços da APS.

Quanto ao tempo de atuação na equipe, observou-se que a maioria dos profissionais entrevistados estava vinculada à equipe há mais de 12 meses, isto é, o tempo médio de permanência na equipe foi de 30,2 meses. Esse resultado apontou para um tempo de fixação médio superior a outro estudo nacional recente, cujo tempo médio de permanência foi de 19,4 meses, para enfermeiros, e de 14,5 para médicos²⁰.

A permanência dos profissionais de saúde na ESF tem se mostrado um grande desafio para construção de um novo modelo de cuidado, pautado no vínculo longitudinal. A rotatividade dos profissionais pode comprometer a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários, fatores que dependem do vínculo entre os profissionais e a população²¹.

Quanto ao tempo de atuação na prática interprofissional colaborativa, verificou-se que a maior parte dos profissionais estava vinculada a essa prática desde a sua implantação, o que lhes conferiu maior aproximação com o processo de trabalho colaborativo desenvolvido até a sua consolidação, contribuindo positivamente para a continuidade do cuidado.

O processo de trabalho da prática interprofissional colaborativa

Trata-se de uma experiência desenvolvida, desde o ano de 2016, que busca promover o cuidado integral às crianças de 0 a 2 anos, por meio de consultas compartilhadas por profissionais de diferentes especialidades, para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Tais consultas são ofertadas com frequência de agendamento de uma consulta ao mês e, no período da coleta de dados, nelas atuavam profissionais de enfermagem, fisioterapia, nutrição e fonoaudiologia.

Ao chegar à UBS, a criança passa pelo acolhimento, realizado pelo profissional da recepção. Em seguida, acontece a busca pelo prontuário da criança e direcionamento para a sala do técnico em enfermagem, onde acontece a verificação do peso, da estatura e do perímetro cefálico. Posteriormente, a criança e o cuidador são direcionados para a sala da enfermagem, onde acontece a consulta compartilhada pelos profissionais de nível superior.

No cenário das consultas compartilhadas, os profissionais envolvidos atuam, conjunta e simultaneamente, na oferta do atendimento à criança e ao cuidador, considerando, tanto competências específicas de cada profissão, quanto competências comuns a todos os profissionais de saúde. O número de profissionais que atua em cada consulta compartilhada é variável, sendo de no máximo três profissionais por consulta. Desse modo, a frequência de participação dos profissionais nas consultas compartilhadas varia de acordo com as demandas de cada UBS, estando sempre presente em todas as consultas compartilhadas o profissional de enfermagem acompanhando de, no mínimo um profissional do NASF-AB.

No que diz respeito às ações específicas desenvolvidas pelos profissionais de Enfermagem, verificou-se que estes profissionais são responsáveis pela realização da avaliação clínica da criança (incluindo a anamnese e o exame físico), pela verificação da situação vacinal, e pela solicitação de interconsulta médica e odontológica, quando necessária.

Já o profissional da Nutrição desenvolve ações específicas voltadas para antropometria e avaliação do estado nutricional a partir das curvas antropométricas proposta pela caderneta da criança, além de promover a orientação alimentar adequada à idade e o encaminhamento qualificado para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, quando necessário.

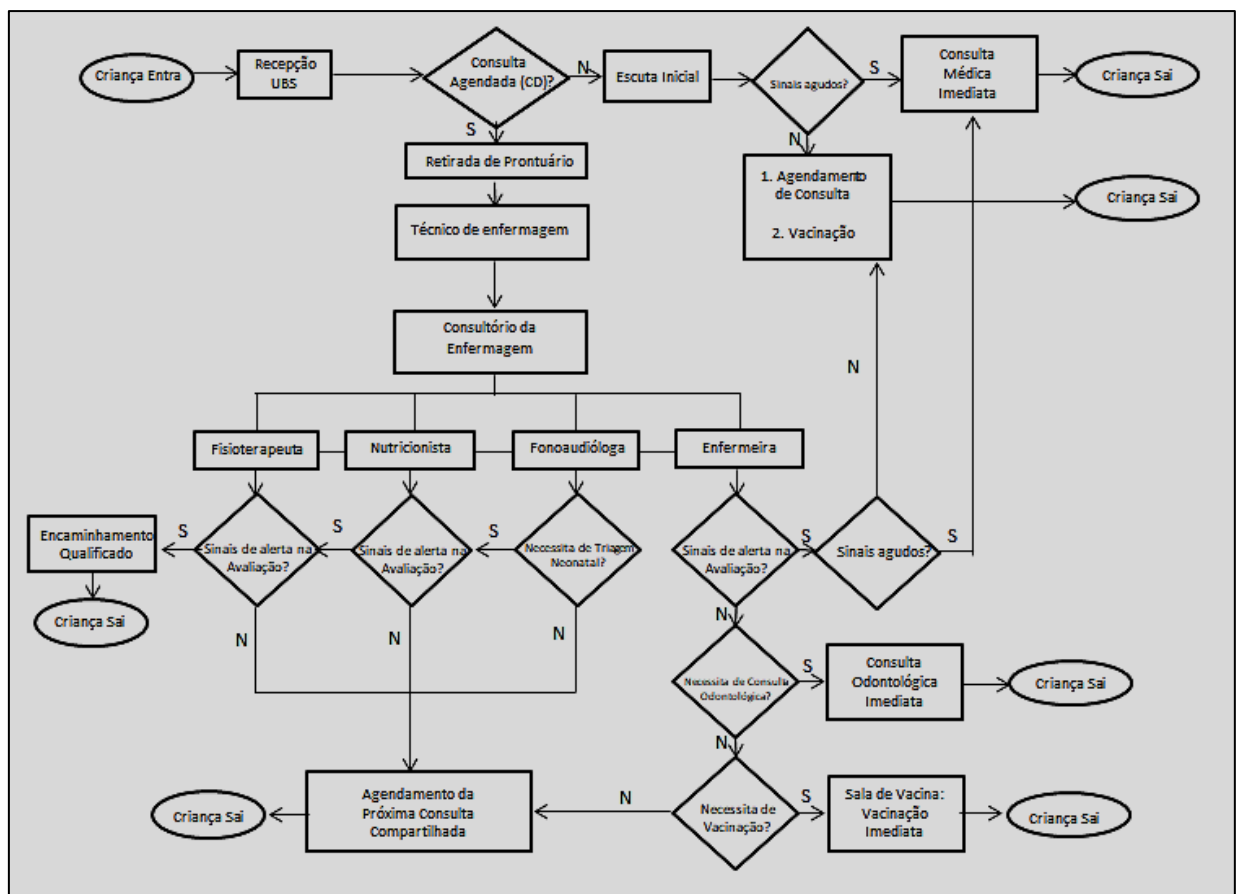
O profissional de Fisioterapia, por sua vez, realiza ações específicas voltadas para a vigilância do Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM), incluindo o exame neuropsicomotor, com a identificação de sinais de alerta para o atraso do DNPM e a observação da aquisição de marcos motores, conforme instrumento de vigilância do

desenvolvimento da caderneta da criança. Quando necessário, realiza-se o encaminhamento via fluxo da RAS, como por exemplo, para a Policlínica Municipal.

As ações específicas do profissional de Fonoaudiologia são voltadas para a identificação de fatores que prejudicam o desenvolvimento da amamentação e da fala e a avaliação do desenvolvimento da linguagem, bem como o encaminhamento qualificado para teste de triagem neonatal (teste da orelhinha e teste da linguinha).

A Figura 1 apresenta o fluxograma do atendimento à criança de 0 a 2 anos nas UBS do município de Montadas/PB, durante o período de realização da pesquisa, com ênfase nas consultas compartilhadas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Figura 1: Fluxograma do Atendimento a crianças de 0 a 2 anos. Montadas/PB, 2019.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Além das ações específicas de cada profissional, a equipe que atua na prática interprofissional colaborativa desenvolve ações comuns a todos os profissionais de saúde, tais como: o acolhimento; as orientações para higiene, para amamentação, para os cuidados domiciliares e para proteção de direitos; as ações de prevenção de acidentes domésticos e a vigilância dos casos de violência domiciliar e maus tratos.

As competências colaborativas da prática interprofissional colaborativa

Todas as competências colaborativas foram classificadas como presentes ou latentes, portanto nenhuma esteve ausente, no desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa analisada. O quadro 1 apresenta o grau de presença de cada competência considerando as pontuações obtidas em cada domínio.

Quadro 1: Grau de presença das Competências Colaborativas na Prática Colaborativa. Montadas/PB 2019.

Competências Colaborativas	Escore médio	Grau de presença
Comunicação Interprofissional	12	Presente
Cuidado Centrado no Paciente	11	Latente
Clareza de Papéis	13	Presente
Funcionamento da Equipe	11	Latente
Resolução de Conflitos	12	Presente
Liderança Colaborativa	14	Presente

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

No que diz respeito à ‘comunicação interprofissional’, essa competência está relacionada, não só à capacidade de comunicação entre os profissionais, mas destes com os usuários, o que caracteriza uma relação de escuta e confiança entre todos os envolvidos na prática interprofissional colaborativa⁸, conforme evidências nas falas:

“Eu acho muito benéfico, porque a gente troca experiências, a gente tem uma ampla visão, no caso multiprofissional, que abrange todas as limitações que o paciente apresenta e que também possa vir apresentar” (Profissional NASF-AB).

“A gente conseguiu orientar algumas mães que para a gente antes era impossível” (Enfermeira 3).

“Os pais se sentem mais à vontade na discussão com a equipe sobre os problemas e dúvidas da saúde da criança em relação ao desenvolvimento e crescimento, entre outras questões” (Profissional NASF-AB).

É comum que estudantes e profissionais de saúde desenvolvam habilidades de comunicação com os usuários, sendo este aspecto determinante na qualidade do cuidado. Porém, observa-se que eles pouco aprendem sobre a comunicação com outros profissionais do campo da saúde, não desenvolvendo a habilidade de discutir as demandas trazidas pelos usuários, questionando, discordando e trazendo alternativas¹⁵.

A comunicação de caráter interprofissional e colaborativo ainda tem se mostrado como um desafio para as equipes de saúde, pois implicam a condução de um processo de trabalho compartilhado, dialógico e transformador. Observa-se que a comunicação informal entre os membros da equipe, por meio de tecnologias comunicativas, tem se mostrado como um aspecto fragilizador da comunicação interprofissional efetiva, reduzindo-a ao repasse de informações de caráter informal, com destaque para o uso de tecnologias de mensagem¹⁶.

Por outro lado, a reunião, para discussão de casos e planejamento de ações, entre as equipes da ESF e NASF-AB, têm sido vista como momentos formais de comunicação interprofissional, apesar das dificuldades para manutenção da regularidade desse tipo de atividade nas equipes de APS. Desse modo, sugere-se que as equipes de saúde devam criar espaços e oportunidades para o diálogo, favorecendo a comunicação interprofissional, a partir da realização de reuniões frequentes, das discussões de caso e da tomada de decisão compartilhada, além da promoção da educação permanente¹⁶.

Os resultados apontaram a consulta compartilhada como um espaço de diálogo, onde a comunicação interprofissional foi aprimorada, tanto entre os profissionais envolvidos quanto com os usuários que participam ativamente dela, sendo este um indicativo positivo da realização de uma efetiva prática colaborativa.

Quanto ao domínio ‘cuidado centrado no paciente, usuário, família e comunidade’, três profissionais pontuaram como latente os escores que caracterizam essa competência colaborativa, enquanto dois a consideraram como presente. Esse resultado corrobora divergências observadas também nas falas dos profissionais, que apontam, tanto para um paciente autônomo e participativo, quanto para um usuário com pouca ou nenhuma participação no processo decisório da prática colaborativa.

“Eles são peças fundamentais. Se não participassem, a gente não teria como oferecer para eles. São eles que buscam conhecimento, que perguntam, que interagem” (Enfermeira 3).

“A importância do pai ou da mãe é muito grande, porque nos ajuda muito expressando o que a criança tem no momento, as dificuldades, as dúvidas, né, para que a gente possa esclarecer” (Enfermeira 1).

No cuidado centrado no paciente, os profissionais procuram integrar e valorizar, como parceiros, o usuário, a sua família e a comunidade, tendo em vista a implementação do cuidado e da atenção à saúde. Trata-se de um conceito fortemente presente no arcabouço teórico da APS brasileira, em que se busca construir práticas centradas nas necessidades de

saúde de usuários, famílias e comunidades, como alternativa às práticas pautadas centradas nos serviços e nas profissões^{8, 15}.

O envolvimento do paciente como parceiro no cuidado tem sido descrito como a base da atenção centrada no paciente, sendo a tomada de decisão compartilhada uma das técnicas usadas na busca do consenso entre profissionais e pacientes. Desse modo, evidencia-se a necessidade de estimular a participação do usuário e seus familiares nas tomadas de decisão sobre o cuidado, bem como a participação social no plano coletivo das políticas e ações de saúde¹⁷.

Em contrapartida, ainda são observadas práticas clínicas marcadas pelo modelo biomédico hegemônico, com relações assimétricas entre diferentes categorias profissionais e entre estes e os usuários, nas quais a relação profissional-paciente e as relações interprofissionais são fragilizadas por uma relação de poder vinculada ao conhecimento biomédico^{1, 17}.

Na pesquisa, verificou-se a coexistência de dois modos de atenção: um, tecido por relações compartilhadas com os pacientes; e outro, caracterizado por uma relação prescritiva, em que o paciente expõe suas necessidades e o profissional de saúde prescreve aquilo que deve ser realizado. A relação entre os profissionais de saúde e os usuários é considerada importante para o sucesso ou insucesso das condutas terapêuticas, sendo a construção de vínculos e a confiança reconhecidas como condições fundamentais para essa relação. O protagonismo dos pacientes no cuidado está relacionado com a liberdade e com a autonomia, sendo vinculado também à possibilidade de questionar a autoridade profissional e a qualidade da comunicação¹⁷.

A perspectiva do cuidado ampliado à saúde, outro elemento da centralização no paciente, busca integrar ações de promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação, respeitando e contemplando as articulações interprofissionais. O trecho destacado abaixo atesta esse aspecto:

“A principal potencialidade que eu vejo na prática colaborativa é a gente conseguir desenvolver nas mães a capacidade de cuidar, de observar a criança. Elas conseguem realmente observar o desenvolvimento da criança. A gente consegue orientar como melhorar da amamentação até o andar da criança, o falar. Isso a gente só conseguiu completamente com o atendimento compartilhado. Antes não era assim” (Enfermeira 3).

Desse modo, considera-se que o desenvolvimento da prática colaborativa, a partir da competência ‘cuidado centrado no paciente, usuário, família e comunidade’, deve ser acompanhado por compartilhamento genuíno do cuidado entre as profissões, com a

correspondente corresponsabilização de todos os profissionais envolvidos e a ampliação do campo de prática das profissões não médicas¹⁷.

No domínio ‘clareza de papéis’, quatro profissionais atribuíram respostas aos itens que apontaram para presença dessa competência na prática interprofissional colaborativa avaliada. Essa competência é estabelecida quando os profissionais entendem seu próprio papel e o papel dos demais profissionais da equipe, usando esse conhecimento adequadamente para estabelecer e alcançar os objetivos da atenção à saúde de usuários e população do território. Ela foi visualizada durante o trabalho compartilhado:

“Eu consegui identificar realmente o papel de cada profissional. Antes, eu não sabia a importância de ter um fisioterapeuta, um nutricionista, na Saúde da Família. Depois que a gente começou o atendimento compartilhado foi possível ver que são profissionais fundamentais para colaborar no atendimento” (Enfermeira 3).

A partir dessa competência, os profissionais conseguem articular claramente seus papéis, conhecimentos e habilidades dentro do contexto de seu trabalho clínico, identificando as áreas em que conhecimentos e habilidades específicas podem ser úteis e em que conhecimentos e habilidades compartilhadas podem abordar as necessidades dos usuários com maior eficiência^{8, 22}.

Ao considerar esses aspectos, sugere-se que a prática interprofissional colaborativa desenvolvida tem se mostrado como uma ferramenta de educação interprofissional, através da qual os profissionais envolvidos estão aprendendo sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar uma colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde⁵.

A interprofissionalidade surge em cenários multiprofissionais, bem como a partir de interseções interdisciplinares, valorizando-se a pluralidade de saberes. Experiências de práticas colaborativas exitosas podem contribuir para um aprendizado teórico-prático nos serviços de saúde, figurando como uma estratégia de Educação Permanente em Saúde, capaz de minimizar as lacunas geradas por um modelo de educação majoritariamente uniprofissional^{23, 24}.

No que diz respeito à competência colaborativa ‘funcionamento da equipe’, quatro profissionais pontuaram escores que atribuem o grau de presença ‘latente’ a essa competência. Esse resultado corrobora algumas falas apresentadas, nas quais é possível perceber uma forte concepção do trabalho em equipe ainda fragmentado e a perspectiva da especialização mais evidenciada do que perspectiva da integração.

“É muito importante porque cada um é específico naquela área, né. O que eu posso achar de diferente na criança o profissional específico, tipo um fisioterapeuta, pode tá achando diferente, porque ele é daquela área” (Enfermeira 1).

“Quando você divide por especialidades, fica um atendimento mais completo” (Enfermeira 2).

O desenvolvimento dessa competência permite que os profissionais entendam os princípios da dinâmica do trabalho em equipe, capazes de promover efetiva colaboração interprofissional. Para tanto, faz-se necessário aprender sobre como se constroem equipes e a identidade de pertencimento a uma equipe, tendo em vista a manutenção de um trabalho desenvolvido com base no compartilhamento de objetivos, abordagens e responsabilidades^{8, 15}

Observa-se, predominantemente, nos serviços de saúde, uma visão estereotipada do que vem a ser uma equipe interprofissional, sendo esta entendida como um conjunto de profissionais que trabalham no mesmo lugar e no mesmo turno, atendendo a mesma clientela. Esse arranjo de equipe não se traduz automaticamente em colaboração entre os profissionais, como observado em equipes efetivas, cuja colaboração produz resultados de qualidade na atenção à saúde^{14, 25}.

Considerando os diferentes modelos de trabalho em equipe é possível identificar dois tipos bem distintos: a ‘equipe integração’, em que há a busca de articulação das ações e de interação dos profissionais, e a ‘equipe agrupamento’, na qual ocorre a justaposição das ações e o mero agrupamento de agentes. Esta tipologia polarizada, evidenciada no estudo, expressa, por um lado, a tendência à integração dos trabalhos especializados e também dos profissionais que os executam e, por outro, a tendência à manutenção da fragmentação das ações e o estranhamento e distanciamento dos agentes²⁶.

A complexidade das necessidades de saúde aponta para a necessidade de mudanças na dinâmica da produção dos serviços de saúde, tendo em vista o fortalecimento do trabalho colaborativo, com aperfeiçoamento do efetivo trabalho em equipe e melhora da qualidade da atenção à saúde das populações. O processo de construção de uma nova lógica das práticas de saúde deve ser acompanhado por um modelo de formação em saúde que sustente essas práticas^{18, 19, 21}.

Foi observado que os profissionais de saúde trabalham necessariamente juntos, mas são formados para trabalhar separadamente. Isso se apresenta como uma barreira para o desenvolvimento de práticas colaborativas e de efetivo trabalho em equipe, reforçando um

modelo de atenção à saúde centrado nos procedimentos de diagnóstico e de terapêutica e na forte divisão do trabalho entre os diferentes profissionais de saúde²¹.

Quanto ao domínio ‘resolução de conflitos’, tal competência parece ter sido aprimorada pelo fato de diferentes profissionais, na prática interprofissional colaborativa, compartilharem o mesmo espaço de trabalho, criando um ambiente favorável para discussão de caso e seleção da melhor conduta para o usuário, conforme foi evidenciado a seguir:

“São profissionais diferentes e cada um pensa de uma de uma forma. Às vezes é um pouco mais difícil de se chegar a uma conclusão. Mas, conversando, a gente consegue chegar no ponto” (Enfermeira 1).

Para que a colaboração profissional aconteça é essencial que os profissionais estejam preparados para lidar com desentendimentos, tornando o conflito um elemento positivo, onde as diferenças de opinião são vistas como saudáveis, na elaboração de interações construtivas. Estratégias individuais como comunicação aberta e direta, disposição para encontrar soluções, respeito e humildade, têm sido apontadas como potências na prática da resolução de conflitos em equipes de atenção primária^{8, 15, 27}.

No que diz respeito à ‘liderança colaborativa’, todos os participantes pontuaram entre os escores que caracterizam essa competência como presente, na prática interprofissional colaborativa analisada. Esse resultado pode estar associado ao fato de que, no ambiente da consulta compartilhada, as relações entre os profissionais fluíram de forma mais horizontal, com maior abertura e menor hierarquização, isto é, o líder foi aquele que no momento podia responder melhor às demandas da atividade desenvolvida. Desse modo, foi possível observar uma horizontalização das relações entre os membros da equipe, fator que favorece a prática colaborativa.

Esse tipo de liderança, que incentiva o espírito de equipe, tem sido visto como do tipo ‘transformativa’, pois compreende respeito e honestidade e propicia condições para o crescimento e o aperfeiçoamento dos membros da equipe. Dessa forma, os sujeitos se sentem seguros e confiantes e desenvolvem hábitos e comportamentos afirmativos, em um ambiente onde se tem prazer em trabalhar²⁸.

Nesse sentido, assim como observado no presente estudo, a liderança colaborativa, no contexto do trabalho compartilhado entre as equipes da ESF e do NASF-AB, tem sido entendida pelos profissionais como uma liderança compartilhada, onde não é possível estabelecer a presença de apenas um líder, tendo em vista que diferentes profissionais podem se tornar referência a depender da situação abordada¹⁶.

Quanto às limitações do estudo, o baixo número da amostra apresentou-se como um fator limitante para o desenvolvimento da abordagem quantitativa, não interferido, entretanto, no desenvolvimento da abordagem qualitativa. A triangulação de métodos pode ter contribuído, por sua vez, para minimizar essa lacuna, no entanto ressaltamos a necessidade de novos estudos sobre o tema na perspectiva de complementações.

Como devolutiva, uma síntese dos resultados da investigação foi apresentada aos participantes e demais profissionais de saúde, de acordo com a rotina de reuniões sistemáticas de equipes, em cada UBS, para fins de socialização e discussão sobre os aspectos visualizados, promovendo reflexões acerca do processo de trabalho colaborativo interprofissional.

Considerações finais

Os resultados dessa pesquisa apontaram para o desenvolvimento de uma experiência efetiva de prática interprofissional colaborativa na Atenção Primária à Saúde, entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, tendo sido observada a presença das competências colaborativas de: comunicação interprofissional; clareza de papéis; resolução de conflitos; e liderança colaborativa no processo de colaboração interprofissional implementado.

O desenvolvimento dessas competências colaborativas foi vinculado pelos profissionais à experiência da prática colaborativa, evidenciando que o cenário de práticas compartilhadas pode ser uma ferramenta de educação interprofissional.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam estimular o desenvolvimento de práticas colaborativas semelhantes no cenário de práticas da ESF, assim como de estudos futuros que apresentem o impacto dessa prática sobre a qualidade do serviço ofertado, ressaltando potencialidades e fragilidades da prática colaborativa, tanto na visão dos profissionais quanto na perspectiva dos usuários.

Referências

1. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv. Res. 2008; 8:188-202. doi: 10.1186/1472-6963-8-188.
2. Furtado JP. Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health. 2009; 1(1):178-189.

3. 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*. 2018; 32(1):1-3.
4. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 Set 04]; 22(Suppl 2):1525-1534. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: WHO; 2010.
6. Vilar RLA. Humanização na Estratégia Saúde da Família. 1ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis; 2014.
7. Costa MV. A educação interprofissional e o processo de formação em saúde no Brasil: pensando possibilidades para o futuro. In: Souza RMP. Nova formação em saúde pública: aprendizado coletivo e lições compartilhadas na redEscola. Volume 2. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/ENSP/Red Escola; 2019. Cap. 2, p. 45-59.
8. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A National Interprofessional Competence Framework. Vancouver: CHIC; 2010.
9. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Ago [acesso em 2019 Set 04]; 20(8):2511-2521. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802511&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>.
10. Freire Filho JR, Costa MV, Magnago C, et al. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 Set 04]; 26: e3018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100334&lng=en. Epub Aug 09, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2731.3018>.
11. Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MV, et al. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde Debate (Rio de Janeiro)*. 2019; 43(Suppl 1): 4-96. doi: 10.1590/0103-11042019S107.
12. Ellery AEL. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [acesso em 2019 Set 04]; 18(48):213-214. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100213&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0387>.
13. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2015 Dec [acesso em 2019 Set 04]; 49(spe2):16-24. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000800003>.

14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição. São Paulo: Hucitec; 2018.

15. Peduzzi M. Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: Toassi RFC. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017, p. 40-48.

16. Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2018 [acesso em 2019 Sep 04]; 22(Suppl 2):1535-1547. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601535&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>.

17. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. Interface (Botucatu) [Internet]. 2016 Dez [citado 2019 set 04]; 20 (59): 905-916. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905&lng=en. Epub 13 de maio de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>.

18. Costa MV. A potência da Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: Toassi RFC. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017; p. 14-27.

19. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. Revista Brasileira de Educação Médica. 2016; 40(4):547-559. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>.

20. Tonelli B, Leal AP, Tonelli W, et al. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. RFO [Internet]. 22 out 2018 [citado em 4 set 2019]; 23(2):180-185. Disponível em: <http://www.seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/8314>.

21. Giovani M, Vieira C. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. 2013; 7(4). doi:<http://dx.doi.org/10.3395/reciis.v7i4.572>.

22. Peduzzi M, Leonello VM, Ciampone MHT. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: Kurcgant P. (Org.). Gerenciamento em Enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 103-114.

23. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 Aug [acesso em 2019 Sep 04]; 47(4):977-983. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000400029>.

24. Ceccim RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 Set 04]; 22(Suppl 2):1739-1749. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601739&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>.
25. West MA, Lyubovnikova J. Illusions of teamwork in health care. *Journal of Health Organization and Management*, v.27, n.1, p.134-42, 2013.
26. Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Pereira I.B, Lima JC (Organizadores). *Dicionário da Educação Profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPJV, Fiocruz; 2009. p. 419-26.
27. Brown J, Lewis L, Ellis K et al. Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved?. *Journal of Interprofessional Care*. 2011; 25:(1):4-10, doi: 10.3109/13561820.2010.497750.
28. Waldon VR. Cuidado colaborativo em instituições de saúde: a enfermeira como integradora. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2014 Dec [acesso em 2019 Set 04]; 23(4):1145-1152. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001840013>.

ARTIGO 2 - A PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A VISÃO DO USUÁRIO.

A Prática Interprofissional Colaborativa na Estratégia Saúde da Família: a visão do usuário

RESUMO

Introdução: O termo ‘Prática Interprofissional Colaborativa’ refere-se à colaboração interprofissional expressa no cenário das práticas de atenção à saúde, sendo ele empregado quando profissionais com diferentes experiências prestam serviços com base na integralidade, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidade para melhoria da qualidade da atenção à saúde em todos os níveis da rede de serviços. **Objetivo:** Analisar a visão dos usuários (pais/cuidadores) acerca da prática interprofissional colaborativa desenvolvida durante as consultas compartilhadas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, compreensivo-interpretativo, qualitativo, realizado em um município de pequeno porte, onde, desde o ano de 2016, se desenvolve uma experiência de prática interprofissional colaborativa no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, a partir da colaboração interprofissional entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Os participantes foram vinte e cinco mães de crianças de 0 a 2 anos que estavam incluídas na prática interprofissional colaborativa desenvolvida durante as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, nas três Unidades Básicas de Saúde do município. Os procedimentos de coleta de dados ocorreram no início de 2019 através de entrevistas semiestruturadas e da aplicação de questionários sobre perfil sociodemográfico das usuárias. Os dados, analisados pela técnica de Análise Temática de Conteúdo, foram interpretados pelos referenciais teórico-conceituais sobre a Prática Interprofissional. **Resultados:** Foi evidenciado, a partir das falas das mães, que a prática interprofissional colaborativa desenvolvida apresenta-se como uma ferramenta para o desenvolvimento do cuidado integral em saúde, potencializando a atenção centrada no paciente. Em contrapartida, as mães destacaram que a falta de sincronia entre os profissionais durante o desenvolvimento da consulta compartilhada, o tempo da consulta limitado e a rotatividade dos profissionais envolvidos na prática colocam-se como fragilidades da prática interprofissional colaborativa realizada. **Considerações finais:** Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam fomentar o desenvolvimento de práticas colaborativas semelhantes no cenário de práticas da ESF, assim como de estudos futuros que apresentem o impacto dessa prática, especialmente no âmbito do cuidado integral em saúde e da atenção centrada no paciente, considerando a prática interprofissional colaborativa na visão dos usuários.

Palavras- chave: Relações interprofissionais, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

Collaborative Interprofessional Practice in the Family Health Strategy: a user's view

ABSTRACT

Introduction: The term 'Collaborative Interprofessional Practice' refers to interprofessional collaboration manifested in the health care practice setting, and it is employed when

professionals with different backgrounds provide comprehensive services involving patients and their families, caregivers and community to improve the quality of health care at all levels of the service network. **Objective:** To analyze the opinion of users (parents/caregivers) on the collaborative interprofessional practice developed during consultations to follow-up the children's growth and development. **Method:** This is an exploratory, comprehensive, interpretative and qualitative study conducted in a small municipality where, since 2016, an collaborative interprofessional practice experience has been developed to monitor the growth and development of children, based on interprofessional collaboration between the teams of the Family Health Strategy and the Extended Family Health Center. The participants were twenty-five mothers of children between the ages 0 and 2 years who were included in the collaborative interprofessional practice developed during the consultations following-up of the children's growth and development at the three Basic Health Units of the municipality. Data collection procedures took place in early 2019 through semi-structured interviews and the application of questionnaires on users' sociodemographic profile. The data, analyzed by the Thematic Content Analysis technique, were interpreted using the theoretical-conceptual references on Interprofessional Practice. **Results:** From the mothers' statements, it was evidenced that the developed collaborative interprofessional practice is presented as a tool for the development of comprehensive health care, enhancing Patient Centered Care. In contrast, mothers pointed out that the lack of synchronization between professionals during the consultation, the limited consultation time and the turnover of professionals involved in the practice are weaknesses of the performed collaborative interprofessional practice. **Final considerations:** It is expected that the results of this research may promote the development of similar collaborative practices in the FHS practice scenario, as well as future studies may present the impact of this practice, especially in the context of comprehensive health care and Patient Centered Care, considering the collaborative interprofessional practice in the users' view.

Keywords: Interprofessional Relations, Family Health, Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A crescente complexidade das necessidades de saúde da população, associada a uma contínua fragmentação dos sistemas de saúde no mundo, desafiam a força de trabalho de saúde atual e futura a propor novos arranjos de trabalho para prestar uma atenção à saúde mais segura, efetiva e integral, capaz de responder a problemas de saúde cada vez mais complexos (OMS, 2010; ESCALDA; PARREIRA, 2018).

O trabalho interprofissional em saúde, definido como aquele que envolve duas ou mais profissões de saúde e assistência social em uma prática coesa e colaborativa para melhorar sua abordagem aos problemas de saúde, pode contribuir de forma positiva para o enfrentamento

das complexas demandas atuais de saúde, colaborando para o desenvolvimento de sistemas de saúde mais eficazes (REEVES *et al*, 2010).

Como um arranjo laboral complexo, o trabalho interprofissional é influenciado por fatores relacionais, processuais, organizacionais e contextuais, assumindo, de acordo com Reeves *et al* (2018), diferentes formas, ao considerar aspectos como: identidade compartilhada na equipe, clareza de objetivos, interdependência, responsabilidade compartilhada e atividade a ser desempenhada. Para esses autores o trabalho interprofissional pode se apresentar nas formas de ‘trabalho em equipe’, ‘colaboração interprofissional’, ‘coordenação interprofissional’ e ‘trabalho em rede’.

O trabalho em equipe é aquele que envolve diferentes profissionais de saúde que compartilham intensamente valores, objetivos e a identidade da equipe, desenvolvendo suas atividades com interdependência, integração e responsabilidade compartilhada. Nesse tipo de trabalho, o compartilhamento da identidade e a integração dos membros são essenciais (REEVES *et al*, 2018; PEDUZZI; AGRELLI, 2018).

A colaboração interprofissional reflete relações de parcerias entre os profissionais de saúde tendo como objetivo aprimorar aquilo que já é produzido pelo trabalho em equipe. Pode ser considerada uma forma mais flexível de trabalho interprofissional, em que a identidade compartilhada e a integração dos profissionais são menos relevantes. De forma semelhante ao trabalho em equipe, a colaboração interprofissional exige responsabilidade compartilhada, interdependência entre os profissionais e clareza de papéis e objetivos (REEVES *et al*, 2018; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Na coordenação interprofissional, aspectos como identidade compartilhada, integração e interdependência são menos importantes, sendo exigido para o bom desempenho do trabalho o compartilhamento de responsabilidades, bem como a clareza de papéis e objetivos. Já o trabalho em rede, é um tipo de arranjo interprofissional mais aberto, no qual se reconhece ainda maior flexibilidade e menor interdependência das ações, mantendo-se a integração em rede (REEVES *et al*, 2018).

O termo ‘Prática Interprofissional Colaborativa’ refere-se à colaboração interprofissional expressa no cenário das práticas de atenção à saúde. Ocorre quando profissionais de diferentes experiências profissionais prestam serviços com base na integralidade, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidade para melhoria da qualidade da atenção à saúde em todos os níveis da rede de serviços. Pressupõe a colaboração entre indivíduos com habilidades complementares que interagem para criar uma compreensão compartilhada dos problemas. (PEDUZZI; AGRELI, 2018; OMS, 2010).

Alguns domínios têm sido apontados como essenciais para o alcance de uma colaboração interprofissional eficaz, dentre os quais se destacam: a comunicação interprofissional; a atenção centrada no paciente; a clareza de papéis profissionais; a dinâmica de funcionamento da equipe; a resolução de conflitos interprofissionais e a liderança colaborativa (CIHC, 2010).

A literatura mostra que a Atenção Centrada no Paciente constitui um dos domínios essenciais para a colaboração interprofissional e um elemento primordial da prática interprofissional colaborativa, sendo essa entendida como um modelo de atenção à saúde centrado no usuário e suas necessidades e pautado por uma participação efetiva destes no processo do cuidado. Nela, os profissionais procuram integrar e valorizar, como parceiros, o usuário, a sua família e a comunidade, tendo em vista a implementação do cuidado e da atenção à saúde pautada em suas necessidades. (D'AMOUR *et al*, 2008; CIHC, 2010).

O envolvimento do paciente como parceiro no cuidado tem sido descrito como a base da Atenção Centrada no Paciente, sendo a tomada de decisão compartilhada considerada uma de suas técnicas, usada na busca do consenso entre profissionais e pacientes. Desse modo, a Atenção Centrada no Paciente evidencia a necessidade de estimular a participação do usuário e seus familiares nas tomadas de decisão sobre o cuidado, bem como a participação social no plano coletivo das políticas de saúde e ações de saúde (AGRELLI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Ao considerar o arcabouço teórico da APS brasileira, observa-se que a Atenção Centrada no Paciente é um conceito fortemente presente, vinculado à busca da construção de práticas centradas nas necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidades, e uma alternativa a práticas pautadas na lógica da atenção à saúde centrada nos serviços e nas profissões (PEDUZZI, 2017).

Para o desenvolvimento de uma prática interprofissional colaborativa efetiva, especialmente no contexto da APS brasileira, faz-se necessário considerar os aspectos que norteiam a Atenção Centrada no Paciente, tais como a oferta de serviços conforme as reais necessidades de saúde dos usuários, as relações de parceria entre profissionais e usuários na atenção à saúde e o reconhecimento do protagonismo do usuário no processo do cuidado em saúde.

Nessa perspectiva, torna-se oportuno analisar o desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa não só sob a ótica do profissional de saúde envolvido, mas também a partir da visão dos usuários, participantes e protagonistas, desse tipo de trabalho interprofissional. Sendo assim, o objetivo dessa pesquisa foi analisar a visão dos usuários

(pais/cuidadores) acerca da prática interprofissional colaborativa desenvolvida durante as consultas compartilhadas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, compreensivo-interpretativo, de abordagem qualitativa, realizado em Montadas, município de pequeno porte localizado na mesorregião agreste do estado da Paraíba.

O município dispõe, na APS, de três Unidades Básicas de Saúde (UBS), atuando, em cada uma delas, uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) com Equipe de Saúde Bucal (ESB). Ambas as equipes recebem apoio matricial de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

No cenário da APS desse município se desenvolve, desde o ano de 2016, uma experiência de prática interprofissional colaborativa no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, a partir da colaboração interprofissional entre as equipes da ESF e do NASF-AB, atuando nessa prática os profissionais de enfermagem, fisioterapia, nutrição e fonoaudiologia.

Nessa prática interprofissional colaborativa, consultas compartilhadas são ofertadas para todas as crianças de 0 a 2 anos de idade, com frequência de agendamento de uma consulta ao mês, sendo desenvolvidas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, através do atendimento conjunto e colaborativo oferecido pelos diferentes profissionais à criança e ao cuidador, considerando tanto competências específicas de cada profissão quanto competências comuns a todos os profissionais de saúde.

Dentre os serviços ofertados durante a prática interprofissional colaborativa, encontram-se as ações específicas de cada núcleo de saber profissional, tais como a anamnese clínica e o exame físico da criança, a verificação da situação vacinal, a avaliação antropométrica, a orientação nutricional, a vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor e a avaliação fonoaudiológica, e as ações comuns a todos os profissionais de saúde, a exemplo do acolhimento; das orientações para higiene, para amamentação, para os cuidados domiciliares e para proteção de direitos; das ações de prevenção de acidentes domésticos e a vigilância dos casos de violência domiciliar e maus tratos.

A amostra selecionada a partir de respondentes qualificados foi composta por vinte e cinco mães de crianças de 0 a 2 anos que estavam incluídas na prática interprofissional

colaborativa desenvolvida durante as consultas compartilhadas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, nas três UBS do município. Foi utilizado como critério de exclusão ter participado, até o período da coleta de dados, de menos de seis consultas compartilhadas. O tamanho da amostra representou 30% dos pais/cuidadores que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão.

O procedimento de coleta de dados ocorreu nas próprias UBS, durante os meses de fevereiro e março de 2019, em sala com privacidade, após a consulta compartilhada de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, agendada previamente, conforme cronograma de atendimentos de cada UBS. Para tanto, utilizou-se um questionário para caracterização do perfil da amostra e a entrevista semiestruturada, que teve por finalidade explorar as percepções das mães a respeito da prática interprofissional colaborativa desenvolvida, considerando suas potencialidades e fragilidades.

As entrevistas tiveram duração máxima e mínima, respectivamente, de trinta e seis e quatorze minutos e seguiram um roteiro elaborado pela pesquisadora, com perguntas flexíveis e abertas que permitiam o surgimento de novas indagações. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente, para análise.

Os dados coletados foram processados por meio de estatística descritiva, através dos valores de frequência numérica, tabulados com o apoio do programa 'Excel 2010', e analisados pela Técnica de Análise Temática de Conteúdo, sistematizada por Minayo (2018), que se desdobrou em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na pré-análise, foi feita a transcrição integral das entrevistas gravadas originando o corpus analítico, a leitura flutuante e a definição das unidades de registros. Estas tiveram como base as potencialidades e fragilidades da prática interprofissional colaborativa, expressadas nos elementos mencionados no texto. Na fase de exploração do material emergiram três categorias temáticas, a partir das quais foram feitas as interpretações e inferências.

As diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as quais regem as pesquisas envolvendo seres humanos, foram respeitadas e o estudo foi desenvolvido após aprovação no parecer de nº 3.027.562, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-HUOL/UFRN) e anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Montadas (PB). Todos os participantes da pesquisa, após informação prévia sobre a finalidade e os procedimentos do

estudo aos quais seriam submetidos, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando na participação na investigação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mães participantes dessa pesquisa foram, em sua maioria, adultas jovens, genitoras de apenas um filho, residentes na zona urbana do município, com escolaridade em nível de ensino médio completo, sem vínculo empregatício formal com dedicação predominante às atividades de cunho doméstico, sendo a renda familiar estimada em menos de um salário-mínimo. A tabela 1 apresenta o detalhamento das características sociodemográficas das participantes entrevistadas.

Tabela 1 – Características Sociodemográficas das participantes da pesquisa.
Montadas/ PB. 2019.

Características Sociodemográficas	n
Faixa Etária	
15 - 20 anos	1
21 - 30 anos	15
31- 40 anos	9
Número de Filhos	
1 Filhos	14
2 Filhos	6
3 Filhos	5
Residência	
Zona Urbana	20
Zona Rural	5
Escolaridade	
Ens. Fundamental incompleto	3
Ens. Médio incompleto	4
Ens. Médio completo	14
Ens. Técnico Profissionalizante	3
Ens. Superior incompleto	1
Ocupação	
Sem vínculo empregatício formal	22
Com vínculo empregatício formal	3
Renda Familiar	
Menos de 1 SM	12
1 SM	6
Entre 1 e 2 SM	6
2 SM	1

Fonte: Dados da Pesquisa/ 2019

Da análise das entrevistas realizadas, emergiram três categorias temáticas: “A prática interprofissional colaborativa como ferramenta para o desenvolvimento do Cuidado Integral em Saúde”; “A prática interprofissional colaborativa e a Atenção Centrada no Paciente” e “Fragilidades da prática interprofissional colaborativa”. Tais categorias serão apresentadas nos subtópicos seguintes, considerando os referenciais teóricos que ancoram as discussões acerca da prática interprofissional colaborativa na Atenção Primária em Saúde.

A prática interprofissional colaborativa como ferramenta para o desenvolvimento do Cuidado Integral em Saúde

A categoria temática “A prática interprofissional colaborativa como ferramenta para o desenvolvimento do Cuidado Integral em Saúde” reuniu as percepções apresentadas pelas mães entrevistadas no que diz respeito à ampliação do escopo de ações e da resolutividade da consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança a partir da prática interprofissional colaborativa implantada nas UBS. Tais percepções evidenciam o potencial da prática interprofissional colaborativa como ferramenta para o desenvolvimento do Cuidado Integral em Saúde no âmbito da APS.

“O ponto positivo dessa consulta é que... envolve né, a doença da criança, a alimentação da criança e a relação ao corpinho e o desenvolvimento da criança. Então abrange o crescimento completo da criança, se a criança está saudável né.” (M3)

“Só em eu poder tirar dúvidas de alimentação, da saúde geral dele, de algum problema que ele teve e do desenvolvimento dele em uma só consulta é mais fácil do que ele ser encaminhado por um médico outro profissional. Então, facilita porque eu não preciso ir várias vezes, de uma vez só eu posso resolver várias coisas e tirar várias dúvidas.” (M23)

A colaboração interprofissional tem sido apontada como uma estratégia para o cuidado em saúde mais ampliado e qualificado, sendo no contexto da ESF, a inserção de outras categorias profissionais por meio do NASF-AB vista como uma ampliação nas possibilidades de cuidado. Desse modo, a finalidade do apoio matricial é contribuir para qualificação do cuidado em saúde, em vista de um cuidado integral. O vínculo e a comunicação entre os profissionais da ESF e do NASF-AB pode facilitar a interação entre os profissionais, melhorando o grau de colaboração e ampliando as possibilidades de atenção (CAMPOS;DOMITTI, 2007; MATUDA et al, 2015).

A prática interprofissional colaborativa avaliada apresenta-se, na visão das mães, como uma possibilidade de atenção integral à saúde de seu filho, momento em que suas mais variadas dúvidas e necessidades podem ser sanadas, com a colaboração e atuação de diferentes profissionais, no ambiente de consulta compartilhada. Essa potencialidade apresenta-se como um contraponto ao modelo biomédico hegemônico, centrado na figura do médico, evidenciando assim o surgimento de uma nova concepção de cuidados em saúde também por parte dos usuários.

“Eu assim, eu falo até para as outras mães que esse acompanhamento é melhor do que a gente vir um dia e passar pelo médico. Porque quando a gente vem tá todos os profissionais juntos. Então um fala uma coisa a mãe escuta, um fala outra coisa a mãe escuta... É tipo um conjunto, uma combinação.” (M22)

Uma perspectiva ampliada de cuidado à saúde refere-se ao desenvolvimento de uma atenção que busque integrar ações de promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação, respondendo às necessidades dos pacientes sem reducionismo às dimensões de patologia e fisiologia. Essa perspectiva, no que diz respeito à atuação profissional, remete ao reconhecimento da necessidade de um elenco variado de profissionais, de modo a contemplar as variadas dimensões presentes nas necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade, apontando para a tendência crescente de substituição da atuação isolada e independente dos profissionais pelo trabalho em equipe, pela colaboração interprofissional e pela PIC (AGRELLI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Considerando o contexto da APS brasileira, com ênfase no processo de trabalho das equipes da ESF e do NASF-AB, o exercício de práticas de compartilhamento de saberes e de cuidados colaborativos atua exponenciando a capacidade das equipes de atender as necessidades do usuário sob sua responsabilidade, ao mesmo tempo em que garante suporte e retaguarda. Essa conformação de trabalho interprofissional pode ampliar potencialmente a capacidade de análise e intervenção da atenção básica na perspectiva da integralidade (MELO; MATTOS, 2018).

A maior parte das mães evidenciou, por meio de suas falas, que a condição de saúde de seus filhos é influenciada positivamente pela prática da consulta compartilhada, acreditando que estes podem ser mais saudáveis pelo fato de estarem recebendo um cuidado em saúde integral a partir das ações ofertadas pela prática interprofissional colaborativa.

“Acredito que junto impacta mais do que separadamente por conta de toda essa interação que chama atenção e que não deixa uma rotina, sempre cada consulta é um atendimento diferente com os profissionais unidos, mas é um atendimento diferente e dinâmico.” (M25)

“Contribui para ela (criança) ser mais saudável porque tem vários olhares de vários profissionais diferentes né, não só de um, não só uma especialidade. Então ele passa por todos e todos tem um olhar diferente.” (M20)

Essa percepção das mães corrobora com referencial teórico atual acerca da colaboração interprofissional, expressa no cenário das práticas de atenção em saúde por meio da prática interprofissional colaborativa, que tem sido identificada como uma estratégia para um cuidado de saúde mais qualificado, ampliado e efetivo, diante das demandas de saúde cada vez mais complexas, sendo apontada como premissa para reorientar o modelo de formação e de atenção à saúde e para elevar a capacidade de resposta às demandas de saúde da população (MATUDA *et al*, 2015; FREIRE FILHO *et al*, 2018).

A prática interprofissional colaborativa e a Atenção Centrada no Paciente

A Atenção Centrada no Paciente constitui um dos domínios essenciais para colaboração interprofissional, sendo um elemento primordial para prática interprofissional colaborativa. Nela, os profissionais procuram integrar e valorizar, como parceiros, o usuário, a sua família e a comunidade, tendo em vista a implementação do cuidado e da atenção à saúde pautada em suas necessidades. (D’AMOUR *et al*, 2008; CICH, 2010). Assim sendo, podemos entender a Atenção Centrada no Paciente como sendo um modelo de atenção à saúde centrado no usuário e suas necessidades e pautado por uma participação efetiva destes no processo do cuidado.

Ao considerar a prática interprofissional colaborativa avaliada nesse estudo, as mães evidenciaram que as ações desenvolvidas durante a consulta compartilhada são centradas na criança e em suas necessidades, como pode ser observado nos fragmentos de fala a seguir:

“A consulta tá centrada na saúde e no bem-estar da criança...eu consigo perceber isso.” (M19)

“Acho tudo é feito pensando no bem-estar da criança, no bem-estar físico, mental, emocional, tudo.” (M20)

“Todo o trabalho, todas as dúvidas são para melhorar a qualidade de vida da criança... então nesse caso o centro é a criança, o atendimento é para a criança.” (M25)

É possível observar nos fragmentos de fala apresentados uma perspectiva ampliada de cuidado, segundo a qual o usuário é visto de forma holística e a atenção é ofertada em diferentes dimensões. Ao conceber a Atenção Centrada no Paciente, os profissionais de saúde devem concentrar-se nas reais necessidades dos usuários, que por vezes se referem ao seu bem-estar geral, não estando relacionadas apenas aos sintomas físicos e aos aspectos relacionados à doença. Desse modo, é preciso ampliar o conceito de “necessidades do paciente”, passando a considerar para além dos fatores biológicos, não negligenciando os aspectos emocionais, cognitivos e sociais (VAN DONGEN *et al*, 2017).

Quando, em seu processo de trabalho, os profissionais centram atenção no usuário e em suas necessidades de saúde, evidenciando a Atenção Centrada no Paciente na prática do cuidado, promovem um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo, para além de sua atuação profissional, restrita ao âmbito da profissão e da especialidade. Este deslocamento tende à prática compartilhada com profissionais de outras áreas e tem sido apontado como um componente de mudança do modelo de atenção, com potencial para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde e racionalizar os custos dos sistemas de saúde (AGRELLI; PEDUZZI; SILVA, 2016; ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2014).

No que diz respeito à efetiva participação do usuário no cuidado, outro aspecto inerente à Atenção Centrada no Paciente, a maioria das mães afirmaram que participam ativamente da prática interprofissional colaborativa, tendo espaço para o diálogo efetivo e aberto com os profissionais, especialmente quando necessitam receber orientações de saúde e discutir a conduta proposta.

“Eu pergunto se tá certo, e quando ela orienta a fazer alguma coisa pra criança, eu falo, eu pergunto pra ela se é o certo, se tá certo desse jeito, desse jeito que tô fazendo.” (M4)

“Tenho espaço para colocar minhas opiniões... assim... com certeza eles escutam, mas nem sempre concordam. Assim, eu tento dizer... Encaixar! Porque às vezes a orientação é diferente do que o que você tem em casa... Eles vão orientar você fazer isso e se eu não tiver na minha residência vou ter que me adequar.” (M19)

Como elemento primordial da prática interprofissional colaborativa, a Atenção Centrada no Paciente remete a necessidade de se estimular a participação do usuário e seus

familiares nas tomadas de decisão sobre o cuidado, assim como a participação social no plano coletivo de acompanhamento do planejamento, tomada de decisão e execução das políticas de saúde e ações de saúde. Isso se apresenta como um contraponto às práticas clínicas marcadas pelo poder hegemônico da Biomedicina e pelas relações assimétricas entre diferentes categorias profissionais e entre estes e os pacientes (AGRELLI; PEDUZZI; SILVA, 2016; D'AMOUR *et al*, 2008).

A relação entre os profissionais de saúde e os usuários é considerada importante para o sucesso ou insucesso das condutas terapêuticas, sendo a construção de vínculos e a confiança reconhecidas como condições fundamentais para o fortalecimento dessa relação. Observa-se que o grau de envolvimento e participação dos pacientes no cuidado está relacionado a quanto se sentem confortáveis para questionarem a autoridade profissional e a qualidade da relação, remetendo à esfera da interação e comunicação entre pacientes e profissionais (AGRELLI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

No cenário das consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, a atenção, o diálogo e a confiança têm sido apontados como elementos que potencializam a construção de vínculos. Quando os profissionais mostram disponibilidade para ouvir e valorizam o diálogo durante a consulta, as mães conseguem se expressar mais facilmente, ampliando o espaço de cuidado para toda a família, da qual a mãe se sente responsável e cuidadora (REICHERT *et al*, 2017).

Fragilidades da prática interprofissional colaborativa

Ao serem questionadas quanto às fragilidades observadas na prática interprofissional colaborativa desenvolvida durante as consultas de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento ofertadas a seus filhos, as mães destacaram aspectos relacionados ao funcionamento da equipe interprofissional e do processo de trabalho, tais como: a falta de sincronia entre os profissionais envolvidos na consulta, o tempo limitado para o desenvolvimento da consulta e a rotatividade de profissionais.

A falta de sincronia entre os profissionais durante o desenvolvimento da consulta compartilhada foi apresentada como um fator que dificulta a interação tranquila com a criança e a compreensão das orientações propostas pelos profissionais, conforme é evidenciado nos fragmentos de falas a seguir.

“Eu só acho chato porque às vezes você tá conversando com uma aí a outra já chama, aí corta até no assunto ali, aí você até se perde onde tá.” (M10)

“Fica uma em cima da outra, uma fica interrompendo a outra, aí termina confundindo até a gente.” (M17)

“[...] eu acho que quando tem muita gente na sala a criança fica muito estressada... é muita gente fazendo coisa que... que eu acho dava pra uma só fazer.” (M5)

O desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa requer a aquisição de competências para a colaboração interprofissional, sendo a educação interprofissional vista como um novo modelo de formação, capaz de preparar melhor os profissionais para o desenvolvimento do cuidado ampliado em saúde, enfrentando a intensa fragmentação das ações e da rede de atenção, através do desenvolvimento de competências de colaboração interprofissionais (COSTA, 2017; PEDUZZI, 2017).

Na contramão desse novo modelo, encontra-se a força de um modelo tradicional e hegemônico de formação que se fundamenta na compartimentalização do saber e que estabelece fortes barreiras para o diálogo de saberes e práticas. Esse modelo pautado na lógica de formação uniprofissional, disciplinar, para formação de competências específicas, legitima práticas de saúde muito fragmentadas com prejuízos para a oferta dos serviços disponibilizados à população (COSTA, 2017).

Diante dessa realidade formativa, observamos que os profissionais de saúde trabalham necessariamente juntos, mas são formados separadamente e esse fato se apresenta como uma barreira para o desenvolvimento de práticas colaborativas e de efetivo trabalho em equipe. Muitos profissionais de saúde acreditam estar trabalhando de forma colaborativa, simplesmente por atuarem junto com outros profissionais de saúde. Na realidade, eles podem estar simplesmente trabalhando em um grupo no qual cada indivíduo usa suas próprias habilidades para alcançar um objetivo comum (COSTA, 2017; OMS, 2010).

Quando falamos em colaboração interprofissional, e, conseqüentemente, de prática interprofissional colaborativa, não estamos nos referindo apenas a acordo e comunicação, mas sim em criação de sinergia. A colaboração ocorre quando dois ou mais indivíduos com diferentes experiências profissionais e habilidades complementares interagem para criar uma compreensão compartilhada a qual nenhum deles teria chegado sozinho. Desse modo, passa a existir algo que não existia antes.

Sendo assim, a falta de sincronia entre os profissionais, apontada pelas mães como uma fragilidade da prática interprofissional colaborativa desenvolvida, pode ser atribuída à

ausência de competências próprias para o exercício da efetiva colaboração interprofissional, consequência de um modelo de formação profissional que não capacita os profissionais de saúde para o trabalho compartilhado e colaborativo.

Apesar das experiências de prática interprofissional colaborativa se apresentarem como uma oportunidade para que os profissionais desenvolvam competências colaborativas, as evidências apontam que a única maneira dos profissionais de saúde compreenderem efetivamente o que é a colaboração interprofissional e como ela se aplica à assistência de saúde é a participação em programas de educação interprofissional (OMS, 2010).

Do contrário, sem a adequada aquisição de competências colaborativas, mantemos nos serviços de saúde uma visão estereotipada do que vem a ser uma equipe interprofissional, sendo esta entendida como um conjunto de profissionais que trabalham no mesmo lugar e no mesmo turno, atendendo a mesma clientela. Esse arranjo de equipe não se traduz automaticamente em colaboração entre os profissionais, como observado em equipes efetivas, cuja colaboração produz resultados de qualidade na atenção à saúde e maior sincronia entre os profissionais e entre estes e os usuários (PEDUZZI, 2017; WEST, LYUBOVNIKOVA, 2013).

Algumas mães destacaram que o tempo da consulta é limitado, o que dificulta uma maior interação com os diferentes profissionais envolvidos na prática interprofissional colaborativa. Essa fragilidade foi apresentada e correlacionada à demanda ampliada, como é possível observar nos fragmentos seguintes.

“Às vezes a gente quer tirar dúvidas, essas coisas assim com a nutricionista, com fisioterapeuta, mas o tempo é muito curto, muito corrido.” (M17)

“É uma correria pra atender todo mundo. Por causa do tempo, às vezes não dá pra discutir não.” (M5)

A literatura aponta que existe uma variação acentuada do tempo de consulta, particularmente da consulta médica, ofertada na APS em todo o mundo. Essa variação é associada a questões relativas à governança, força de trabalho, acesso, continuidade, abrangência e coordenação. Em 18 países, cuja soma da população representa 50% da população mundial, a duração média da consulta médica é igual ou inferior a 5 minutos. É provável que consultas de tão curta duração afetem negativamente a assistência ao paciente, representando uma carga de trabalho excessiva e um fator de estresse para o médico consultor (IRVING *et al*, 2017).

O tempo gasto com a consulta tem sido apontado como um preditor de satisfação do usuário no que diz respeito aos serviços de saúde, assim a maior duração da consulta está

relacionada a menores índices de insatisfação dos usuários. (BASTOS; FASOLO, 2013; ANDERSON; CAMACHO; BALKRISHNAN, 2007; COTTA *et al*, 2005). Acredita-se amplamente que consultas mais longas são melhores, especialmente no cenário da APS, sendo relacionadas à melhora da promoção da saúde, da capacitação do paciente e da qualidade da manutenção de registros (IRVING *et al*, 2017).

Especialmente no contexto da APS, o momento da consulta se torna central no processo diagnóstico e terapêutico, sendo necessário considerar, para além dos aspectos biomédicos, a subjetividade do indivíduo e a influência nas queixas clínicas dos aspectos psicossociais, educacionais e culturais. Desse modo, a consulta deve considerar sempre duas perspectivas, a do médico e a do paciente, sendo a primeira referente ao conhecimento do funcionamento do corpo, do desenvolvimento e da evolução das doenças, e a segunda referente à experiência do paciente quanto ao adoecer e suas expectativas a respeito do problema, bem como as repercussões do problema na rotina de vida e sua participação nas propostas terapêuticas (BALLESTER *et al*, 2010; COMES, *et al*, 2016).

Desse modo, o tempo da consulta deve ser visto como um espaço de escuta atenta, em que se busca o entendimento amplo da agenda do paciente, ou seja, de suas queixas, preocupações, sentimentos e expectativas associados. Essa escuta atenta mostra-se como uma habilidade de comunicação fundamental, capaz de promover uma compreensão individual das dimensões físicas, psíquicas e sociais do paciente (BALLESTER *et al*, 2010).

Especialmente no contexto das consultas pediátricas, observa-se uma forte influência dos valores e crenças familiares na adesão às orientações propostas pelos profissionais da saúde. O reconhecimento de valores, hábitos e crenças e o respeito ao significado que estes têm para as famílias são apontados como primeiro passo para que se desenvolva um diálogo aberto e uma relação entre o profissional e o usuário, produtivos e transformadores (SOUZA *et al*, 2013).

A rotatividade de profissionais envolvidos na prática interprofissional colaborativa foi visto como uma fragilidade pelas mães entrevistadas, repercutido negativamente no desenvolvimento da prática em virtude da quebra do vínculo profissional-usuário.

“[...] a gente se acostuma tanto com uma pessoa, aí de uma hora pra outra muda tudo... Mudou a equipe todinha, aí a gente já tá apegado, já tem aquela afinidade, já fala certos assuntos.” (M17)

A permanência dos profissionais de saúde na ESF tem se mostrado um grande desafio para construção de um novo modelo de cuidado, pautado na longitudinalidade. A rotatividade

dos profissionais pode comprometer a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários, fatores que dependem do vínculo entre os profissionais e a população (TONELLI *et al*, 2018; GIOVANI; VIEIRA, 2013).

A longitudinalidade, um dos atributos da APS, é considerada uma característica central e exclusiva dos cuidados primários em saúde por promover um acompanhamento do usuário e da família ao longo do tempo, em seus múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos, contribuindo dessa maneira para o alcance da integralidade (GIOVANI; VIEIRA, 2013).

Esse atributo engloba a continuidade do cuidado em três dimensões: informacional, longitudinal e interpessoal, sendo a primeira referente à qualidade dos registros em saúde, enquanto a segunda diz respeito ao reconhecimento da unidade básica como fonte regular de cuidados, referência habitual para o atendimento da maior parte das necessidades de saúde. Já a dimensão interpessoal refere-se à relação médico-paciente e, particularmente na ESF, a relação equipe de saúde-paciente, em que o usuário conhece e confia no profissional/equipe e os têm como referência para atenção à saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Tanto a dimensão longitudinal quanto a dimensão interpessoal são influenciadas pelo vínculo, sendo esse, no contexto da APS, entendido como uma relação interpessoal, estabelecida ao longo do tempo entre usuário e profissional de saúde, caracterizada por confiança e responsabilidade, tendo sido associado a fatores como relação afetiva de amizade, apoio e diálogo (REICHERT *et al*, 2017).

Particularmente, no cenário da consulta do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, o estabelecimento do vínculo tem sido relacionado a uma relação harmoniosa entre mãe e profissional de saúde, baseada na confiança, estabelecida ao longo do tempo, no profissional que acompanha a criança. Essa confiança no profissional de saúde que assiste a criança proporciona autonomia e segurança à mãe para cuidar do filho e influencia fortemente a escolha do serviço e a busca pelo cuidado continuado e preventivo (REICHERT *et al*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerar a Atenção Centrada no Paciente um dos domínios essenciais para colaboração interprofissional e elemento primordial da prática interprofissional colaborativa, torna-se relevante conhecer a visão dos usuários acerca de uma experiência desenvolvida no

cenário da APS, com o intuito de aprimorar aquilo que já vem sendo desenvolvido a partir da identificação de potencialidades e fragilidades.

Os resultados dessa pesquisa evidenciaram que as mães consideram a prática interprofissional colaborativa ofertada como uma ferramenta para o desenvolvimento do cuidado integral em saúde, apresentando-se como potencializadora da Atenção Centrada no Paciente. Contudo, as mães destacaram que a falta de sincronia entre os profissionais durante o desenvolvimento da consulta compartilhada, o tempo da consulta limitado e a rotatividade dos profissionais envolvidos na prática colocam-se como fragilidades da prática interprofissional colaborativa realizada.

Como devolutiva, uma síntese dos resultados da investigação foi apresentada aos profissionais de saúde envolvidos na prática interprofissional colaborativa e aos demais membros das equipes da ESF e do NASF-AB, de acordo com a rotina de reuniões sistemáticas de equipes, em cada UBS, para fins de socialização e discussão sobre os aspectos visualizados, promovendo reflexões acerca do processo de trabalho colaborativo interprofissional.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam fomentar o desenvolvimento de práticas colaborativas semelhantes no cenário de práticas da ESF, assim como de estudos futuros que apresentem o impacto dessa prática, especialmente no âmbito do Cuidado Integral em Saúde e da Atenção Centrada no Paciente, considerando a prática interprofissional colaborativa na visão dos usuários.

REFERÊNCIAS

- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, Dec. 2016.
- ANDERSON, R.T.; CAMACHO, F.T.; BALKRISHNAN, R. Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. **BMC Health Services Research** . n.7, v.31, 2007.
- BALLESTER, D. *et al.* A Inclusão da Perspectiva do Paciente na Consulta Médica: um Desafio na Formação do Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n.34, v. 4, p. 598-606, 2010.
- BASTOS, G.A.N.; FASOLO, L.R. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. **Rev. Bras. Epidemiol**, n.16, v.1, p. 114-24, 2013.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23;v.2, p. 399-407, fev, 2007.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). **A National Interprofessional Competence Framework**. Vancouver: CHIC, 2010.

COMES, Y. *et al*, Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 21, v. 9, p.2749-2759, 2016.

COSTA, M.V. A potência da Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI R. F. C. (Org.) **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017, p. 14-27.

COTTA, R.M.M. *et al*. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 4, out./dez. 2005.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.16(Supl. 1), p. 1029-1042, 2011.

D'AMOUR, D. *et al*. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Serv. Res.**, v. 8, p.188-202, 2008.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C.M.S.F. Dimensions of interprofessional work and of collaborative practices developed at a primary care unit by a Family Health team. **Interface (Botucatu)**, n. 22(Supl. 2), p.1717-27, 2018.

FREIRE FILHO, J. R. *et al* . Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e3018, 2018.

GIOVANI, M. S. P.; VIEIRA, C. M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n.4, Dez., 2013.

IRVING, G. *et al*. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. **BMJ Open**, n. 7, e017902, 2017.

MATUDA, C. G. *et al*. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015.

MELO, E.; MATTOS, R. Gestão do cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, M.H;M. (Org.) **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa** . Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 95-116.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição. São Paulo: Hucitec, 2018.

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

PEDUZZI, M. Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (Org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017, p. 40-48.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22 (Supl. 2), p.1525 – 34, 2018.

REEVES, S., LEWIN, S., ESPIN, S., ZWARENSTEIN, M. **Interprofessional teamwork for health and social care**. Oxford, UK: Blackwell-Wiley, 2010.

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**, v.32, n. 1, p. 1-3, 2018.

REICHERT, A.P.S. *et al.* Percepção de mães sobre o vínculo com enfermeiros na consulta à criança. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, n.11, v.2, p.483-90, fev, 2017.

ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS. **An inquiry into patient centred care in the 21st Century**. London; 2014.

SOUZA, R. S. *et al.* Atenção à Saúde da Criança: prática de enfermeiros da saúde da família. **Rev Min Enferm**. jun; n.17, v. 2, p. 331-339, 2013.

TONELLI, B. Q. *et al.* Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **RFO UPF**, Passo Fundo, v.23, n.2, p. 180-185, mai/ago, 2018.

VAN DONGEN, J.J.J. *et al.* “They Are Talking About Me, but Not with Me”: A Focus Group Study to Explore the Patient Perspective on Interprofessional Team Meetings in Primary Care. **Patient**, n. 10, p.429–438, 2017.

WEST, M. A.; LYUBOVNIKOVA, J. Illusions of teamwork in health care. **Journal of Health Organization and Management**, v.27, n.1, p.134-42, 2013.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa pesquisa apontaram para o desenvolvimento de uma experiência efetiva de Prática Interprofissional Colaborativa na Atenção Primária à Saúde, entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, evidenciando o potencial dessa prática na Atenção Primária à Saúde.

No processo de colaboração interprofissional implementado, foi observada a presença das competências colaborativas: comunicação interprofissional; clareza de papéis; resolução de conflitos e liderança colaborativa, sendo o desenvolvimento dessas competências vinculado à experiência de colaboração vivenciada na prática interprofissional colaborativa implantada. Isso evidencia que o cenário de práticas compartilhadas pode ser uma ferramenta de educação interprofissional.

Ao analisar a visão dos usuários acerca da prática interprofissional colaborativa desenvolvida no cenário da APS do município de Montadas/PB, foi possível perceber que as mães consideram a prática interprofissional colaborativa uma ferramenta para o desenvolvimento do cuidado integral em saúde, apresentando-se como potencializadora da Atenção Centrada no Paciente. Contudo, as mães destacaram que a falta de sincronia entre os profissionais durante o desenvolvimento da consulta compartilhada, o tempo da consulta limitado e a rotatividade dos profissionais envolvidos na prática colocam-se como fragilidades da prática interprofissional colaborativa realizada.

Como devolutiva, uma síntese dos resultados da investigação foi apresentada aos profissionais de saúde envolvidos na prática interprofissional colaborativa e aos demais membros das equipes da ESF e do NASF-AB, de acordo com a rotina de reuniões sistemáticas de equipes, em cada UBS, para fins de socialização e discussão sobre os aspectos visualizados, promovendo reflexões acerca do processo de trabalho colaborativo interprofissional.

Por se deter a uma experiência específica de prática interprofissional colaborativa na APS de um município de pequeno porte, a pesquisa apresenta limitações quanto à possibilidade de imputação dos resultados encontrados a outras experiências de prática interprofissional colaborativa, tanto no contexto da APS quanto em outros cenários. Contudo, traz elementos importantes que podem ser considerados em outras situações semelhantes. Dessa forma, faz-se necessária a realização de novos estudos sobre o tema, na perspectiva de complementações.

No contexto do desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa, torna-se relevante conhecer suas potencialidades e fragilidades, a partir da ótica de todos os sujeitos envolvidos. Isso inclui tanto os profissionais quanto os usuários, tendo em vista que o diferencial da prática interprofissional colaborativa é a inclusão de usuário, família e comunidade no processo do cuidado em saúde, objetivando o alcance de melhores resultados.

Nesse sentido, espera-se que os resultados dessa pesquisa possam fomentar o desenvolvimento de práticas colaborativas semelhantes no cenário de práticas da ESF, assim como de estudos futuros que apresentem o impacto dessa prática sobre a qualidade do serviço ofertado, especialmente no âmbito do Cuidado Integral em Saúde e da Atenção Centrada no Paciente, considerando a prática interprofissional colaborativa tanto na visão dos profissionais quanto na visão dos usuários.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** [Cadernos de Atenção Básica, n. 39]. Brasília : Ministério da Saúde, 2015a, 116 p.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). **A National Interprofessional Competence Framework**. Vancouver: CHIC, 2010.

CECCIM, R.B. Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation. **Interface (Botucatu)**. v.22, Supl. 2, p.1739-49, 2018.

COSTA. M.V. A potência da Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI R. F. C. (Org.) **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017, p. 14-27.

D'AMOUR, D.;OANDASAN. I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **J Interprof Care**. V.19 Supl 1, p. 8-20, 2005.

D'AMOUR, D. *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Serv. Res.**, v. 8, p.188-202, 2008.

ELLERY, A.E. L. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.18, n.48, p.213-214, 2014.

ELLERY, A.E. L. Interprofissionalidade. In: CECCIM, R.B, DALLEGRAVE, D, AMORIM, A.S.L, PORTES, V.M, AMARAL, B.P (org). **EnSiQlopedia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 146-50.

FURTADO, J. P. Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**. v.1, n.1, p. 178-189, 2009.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, Hortência de Abreu. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**, 2ed. São Paulo: Avercamp, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Ferramenta Cidades. Censo 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/montadas>. Acesso em: 16/09/2019.

LEÃO, Lourdes Meireles. **Metodologia de Estudo e Pesquisa**: facilitando a vida dos estudantes e pesquisadores. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição. São Paulo: Hucitec, 2018.

MINAYO, M. C. S; ASSIS, S. G. ; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagens de programas sociais. Rio De Janeiro: Editora Fio Cruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-262, jul/sep. 1993.

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

PEDUZZI, M. Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (Org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde**: onde estamos? 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017, p. 40-48.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22 (Supl. 2), p.1525 – 34, 2018.

REEVES, S. *et al.* **Interprofessional teamwork for health and social care**. Oxford, UK:Blackwell-Wiley, 2010.

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**, v.32, n. 1, p. 1-3, 2018.

SILVA, J. A. M. *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.49, n.spe2, p.16-24, Dec. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM PROFISSIONAIS

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PROFISSIONAIS

Apresentação

O propósito dessa entrevista é explorar suas impressões acerca da prática colaborativa interprofissional que vem sendo desenvolvida, em seu município, entre as equipes da ESF e do NASF, nas consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

As perguntas são flexíveis e abertas, permitindo o surgimento de novas indagações. Suas respostas serão confidenciais e não serão compartilhadas com os demais membros da equipe, sendo garantido o anonimato quando publicarmos os resultados da pesquisa. Não existe resposta certa ou errada, sinta-se a vontade para expressar sua opinião.

1. Descreva como acontece a Prática Colaborativa Interprofissional que a equipe vem desenvolvendo para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, considerando o processo de trabalho (todas as ações desenvolvidas) desde o momento que a criança chega à unidade até o momento de sua saída.
2. Quais são as potencialidades que você identifica nesse tipo de atendimento? E as fragilidades e dificuldades?
3. Você acredita que a prática colaborativa interprofissional fez com que você desenvolvesse alguma competência nova? Se sim, qual(is)?
4. Qual a participação do usuário, do pai/cuidador e da família nesse tipo de atendimento?

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOBRE COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS

QUESTIONÁRIO - COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS

Apresentação:

Esse questionário aborda as competências colaborativas necessárias para o desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa (PIC). Para respondê-lo, pedimos que tome como referência a PIC que você e sua equipe estão desenvolvendo durante a consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Para tanto, leia as assertivas e escolha uma das opções que mais se adequa à sua opinião a cerca do item.

	Concordo Totalmente	Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo em parte	Discordo Totalmente
1. Existe espaço para escuta, onde todos os membros da equipe, incluindo os pais/cuidadores podem ser ouvidos.					
2. A comunicação entre os envolvidos na consulta apresenta limitações quanto à clareza, influenciando na compreensão de todos quanto às decisões de cuidado tomadas.					
3. Existe uma relação de confiança entre os membros da equipe e entre esses e os pais/cuidadores, durante a PIC.					
4. Os membros da equipe apoiam a participação dos pais/cuidadores, como parceiros integrais para os cuidados de saúde das crianças.					
5. Os membros da equipe compartilham as informações com os pais/cuidadores de maneira impessoal e de forma técnica, limitando a discussão e a participação deles no processo decisório.					
6. Os membros da equipe promovem orientação e apoio apropriados para os pais/cuidadores.					
7. Os membros da equipe conhecem seu próprio papel e o papel dos outros, reconhecendo e respeitando a diversidade das demais profissões da saúde, suas competências e responsabilidades.					
8. Os membros da equipe tem pouco acesso às habilidades e aos conhecimentos dos outros profissionais, para facilitar a tomada de decisão do cuidado durante a consulta.					
9. Os membros da equipe dão a conhecer seus papéis, conhecimentos, habilidades e atitudes, integrando competências na prestação de serviços.					
10. Os membros da equipe entendem seu processo de trabalho e desenvolvem um conjunto de princípios necessários para trabalhar em equipe, respeitando os valores éticos.					

11. Existe a participação de todos na tomada de decisão colaborativa. No entanto, prevalece a opinião do profissional responsável pelos atendimentos, que é o profissional da enfermagem.					
12. A equipe discute regularmente sobre o funcionamento da PIC com todos os envolvidos, incluindo os pais/ cuidadores.					
13. Os membros da equipe não conhecem e compreendem estratégias para lidar com conflitos e opiniões diferentes.					
14. Existe um ambiente seguro para expressar opiniões diversas, valorizando a natureza positiva do conflito.					
15. Os membros da equipe desenvolvem um nível de consenso, respeitando aqueles que possuem pontos de vista diferentes e permitindo que todos os membros sintam que seus pontos de vista foram ouvidos, não importa qual seja o resultado.					
16. Existe um clima de liderança colaborativa, onde se apoia a tomada de decisão compartilhada, sem negligenciar a necessidade de alguém que exerça a liderança na equipe, sendo o líder determinado pelo grupo de acordo com a situação.					
17. Cada membro da equipe é responsável por suas próprias ações, responsabilidades e funções definidas explicitamente dentro do escopo de sua prática profissional / disciplinar.					
18. Existe colaboração no processo de tomada de decisão, onde todos os profissionais assumem responsabilidade compartilhada pelos processos escolhidos para alcançar os resultados.					

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM USUÁRIOS

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA USUÁRIOS

Apresentação

O propósito dessa entrevista é conhecer suas impressões acerca do atendimento que você e sua criança tem recebido durante as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, desenvolvidas nessa unidade.

As perguntas são flexíveis e abertas, permitindo o surgimento de novas indagações. Suas respostas serão confidenciais e não serão compartilhadas com os membros da equipe, sendo garantido o anonimato quando publicarmos os resultados da pesquisa. Não existe resposta certa ou errada, sinta-se a vontade para expressar sua opinião.

1. Descreva como é o atendimento que você e sua criança recebem na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, considerando todas as ações que são desenvolvidas desde o momento que a criança chega à unidade até o momento de sua saída.
2. Você acha que as necessidades de saúde de sua criança são resolvidas na consulta mensal de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?
3. Você acredita que o fato de sua criança ser atendida por mais de um profissional durante essa consulta contribui para que sua criança seja mais saudável? Porque?
4. Quais os pontos positivos da consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento realizada com mais de um profissional? E os negativos?
5. Como os profissionais se relacionam durante a consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?
6. Qual o seu papel durante a consulta? Você participa das decisões sobre as condutas que devem ser desenvolvidas com sua criança?

APÊNDICE D – ROTEIRO NORTEADOR PARA OBSERVAÇÃO DIRETA

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DIRETA

1. UBS:_____
2. Profissionais presentes na consulta compartilhada observada:

3. Fluxo das atividades desenvolvidas na consulta compartilhada:

4. Ações Específicas

5. Ações Comuns

6. Desfechos e desdobramentos

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos:

Este é um convite para você participar da pesquisa: **A Prática Interprofissional Colaborativa na Estratégia Saúde da Família: análise de uma experiência colaborativa entre a equipe da ESF e do NASF**, que tem como pesquisador responsável Aracelli Laíse Tavares Mendonça Diniz. Esta pesquisa pretende analisar uma experiência de Prática Interprofissional Colaborativa entre a ESF e NASF, no acompanhamento do CD da criança. O motivo que nos leva a fazer este estudo é a necessidade de estudos sobre o trabalho interprofissional na Atenção Básica e o desenvolvimento de competências colaborativas.

Caso você decida participar, você será submetido a entrevista, com gravação de voz, para qual solicitamos sua autorização. Durante a realização da entrevista a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é de sentir-se constrangido em emitir seu juízo de valor quanto à prática que está sendo analisada. Essa pesquisa trará como benefício o maior conhecimento a cerca do trabalho interprofissional na Atenção Básica.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Aracelli Laíse Tavares Mendonça Diniz, (83) 98820-7498.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado. Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, telefone: 3342-5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Nata/Rn, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Aracelli Laíse Tavares Mendonça Diniz.

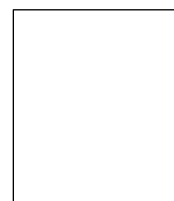
Rubrica do Participante/Responsável legal:	Rubrica do Pesquisador:
--	-------------------------

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **A Prática Interprofissional Colaborativa na Estratégia Saúde da Família: análise de uma experiência colaborativa entre a equipe da ESF e do NASF**, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Montadas, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante da pesquisa



Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo **A Prática Interprofissional Colaborativa na Estratégia Saúde da Família: análise de uma experiência colaborativa entre a equipe da ESF e do NASF**, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo. Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

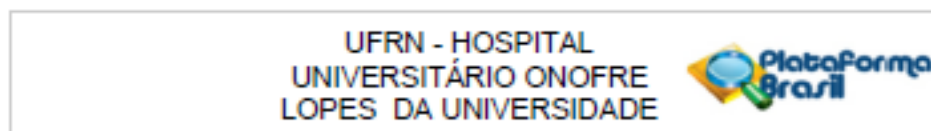
Montadas, ____ de _____ de 2019.

Aracelli Laíse Tavares Mendonça Diniz

Rubrica do Participante/Responsável legal:	Rubrica do Pesquisador:
--	-------------------------

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL ONOFRE LOPES (CEP/HUOL/UFRN)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE SOBRE A ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Pesquisador: Araceli Laise Tavares Mendonça

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 99161118.8.0000.5292

Instituição Proponente: MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.027.562

Apresentação do Projeto:

O projeto de mestrado em pauta aborda o trabalho interprofissional na atenção à saúde, este ocorre quando profissionais de diferentes experiências profissionais prestam serviços com base na integralidade, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidade para atenção à saúde de mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços. No contexto da APS, o trabalho em equipe com o exercício de práticas de compartilhamento de saberes e de cuidados colaborativos pode ampliar potencialmente a capacidade de análise e intervenção, na perspectiva da integralidade, em diferentes áreas estratégicas específicas, dentre elas a Saúde da Criança e do Adolescente. Sob tal perspectiva, esta pesquisa propõe-se a analisar a prática do atendimento compartilhado e interprofissional, das equipes da EBF e do NASF, na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a prática do atendimento compartilhado e interprofissional nas ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 2 anos.

Objetivo Secundário:

- Identificar as ações que são desenvolvidas no atendimento compartilhado e interprofissional no acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 2 anos;

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
 Bairro: Petrópolis CEP: 50.012-300
 UF: RN Município: NATAL
 Telefone: (84)3242-5003 Fax: (84)3202-3941 E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.027.562

6.O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.

7.Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1215607.pdf	28/10/2018 21:54:02		Aceito
Outros	carta_encaminhamento.docx	28/10/2018 21:53:16	Aracelli Laíse Tavares Mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/10/2018 21:47:27	Aracelli Laíse Tavares Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	O_TRABALHO_INTERPROFISSIONAL_NA_ESF.doc	28/10/2018 21:47:08	Aracelli Laíse Tavares Mendonça	Aceito
Outros	Carta_anuencia.jpg	18/09/2018 21:05:28	Aracelli Laíse Tavares Mendonça	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.docx	18/09/2018 21:02:30	Aracelli Laíse Tavares Mendonça	Aceito
Outros	Folha_de_identificacao_do_pesquisador.docx	13/09/2018 22:44:39	Aracelli Laíse Tavares Mendonça	Aceito
Outros	Roteiro_para_Entrevista.docx	06/09/2018 22:45:23	Aracelli Laíse Tavares Mendonça	Aceito
Outros	Ficha_Avaliacao_Prontuarios.docx	06/09/2018 22:44:34	Aracelli Laíse Tavares Mendonça	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTADAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **Avaliação do trabalho Interprofissional e compartilhado na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança**, a ser realizada na UBS Josefa Tavares – Montadas /PB, pela pesquisadora Araceli Laise Tavares Mendonça Diniz, sob orientação da Professora Doutora Rosana Lúcia Alves de Villar, que tem como objetivo geral avaliar a prática do atendimento compartilhado e interprofissional na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 2 anos. Para tanto, a pesquisa utilizará como metodologia a avaliação retrospectiva de prontuários de crianças menores de dois anos e a entrevista semiestruturada com pais/cuidadores de crianças que estão sendo submetidas ao atendimento compartilhado na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantis, necessitando portanto, realizar coleta de dado na UBS Josefa Tavares, conforme procedimentos de coleta de dados acima citados. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta unidade possa constar no relatório final, bem como, em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12, que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Natal, 30 de julho de 2018.



Araceli Laise Tavares Mendonça Diniz

☒ Concordamos com a solicitação ☐ Não concordamos com a solicitação



Erasmo de Souza
Secretário Municipal de Saúde

Bernadete B. de F. E. de M.
SECRETÁRIA-ADJUNTO DE SAÚDE
PORTARIA Nº 201/2018