

ORGANIZADORAS
Maria Socorro de Araújo Dias
Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Interprofissionalidade e Colaboratividade na Formação e no Cuidado no Campo da Atenção Primária à Saúde



ORGANIZADORAS
Maria Socorro de Araújo Dias
Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Interprofissionalidade e Colaboratividade na Formação e no Cuidado no Campo da Atenção Primária à Saúde



Sobral/CE
2021

INTERPROFISSIONALIDADE E COLABORATIVIDADE NA FORMAÇÃO E NO
CUIDADO NO CAMPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE © 2021 Copyright by

Maria Socorro de Araújo Dias
Maristela Inês Osawa Vasconcelos (Orgs.)



Av. da Universidade, 850 *Campus* da Betânia – Sobral-CE
CEP 62040-370 Telefone: (88) 3611.6613

Filiada à



Reitor | Fabianno Cavalcante de Carvalho
Vice-Reitora | Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque
Diretora das Edições UVA | Maria Socorro de Araújo Dias

Conselho Editorial

Maria Socorro de Araújo Dias (Presidente)	Maria Somália Sales Viana
Alexandra Maria de Castro e Santos Araújo	Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Ana Iris Tomás Vasconcelos	Raquel Oliveira dos Santos Fontenelle
Carlos Augusto Pereira dos Santos	Renata Albuquerque Lima
Claudia Goulart de Abreu	Simone Ferreira Diniz
Eneas Rei Leite	Tito Barros Leal de Ponte Medeiros
Eliany Nazaré Oliveira	Virginia Célia Cavalcanti de Holanda
Francisco Helder Almeida Rodrigues	Revisão de texto
Israel Rocha Brandão	Karina Maria Machado Matos
Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque	Capa
Maria Adelane Monteiro da Silva	Martônio Holanda
Maria Amélia Carneiro Bezerra	Editoração e designer
Maria José Araújo Souza	Éder Oliveira França

Dados internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual Vale do Acaraú Sistema de Bibliotecas
Bibliotecário: Francisco Ramos Madeiro Neto - CRB 3/1374

D533i Dias, Maria Socorro de Araújo
Interprofissionalidade e colaboratividade na formação e no
cuidado no campo da atenção primária a saúde. / Maria Socorro
de Araújo Dias; Maristela Inês Osawa Vasconcelos. (Orgs.). -
Sobral: Edições UVA, 2021.
E-Book: PDF.
422 p. : il.
ISBN: 978-65-87115-15-3

1. Saúde coletiva. 2. Educação interprofissional. 3. Atenção
primária - Saúde. I. Vasconcelos, Maristela Inês Osawa. II. Título.

CDD: 610

**INTERPROFISSIONALIDADE E
COLABORATIVIDADE NA FORMAÇÃO E
NO CUIDADO NO CAMPO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

AUTORES

Adriana Pereira Silva

Assistente social. Mestre em Saúde da Família. Profissional da Prefeitura Municipal de Assú/RN. Egressa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFRN).

Ailma de Souza Barbosa

Cirurgiã-Dentista. Mestre em Saúde da Família. Profissional da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de João Pessoa. Egressa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ).

Aldo Angelim Dias

Cirurgião-dentista. Doutor em Ciências da Saúde. Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Aline Lima Pestana Magalhães

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Aline Sampieri Tonello

Cirurgiã-Dentista. Doutora em Odontologia. Docente da Universidade Federal do Maranhão. Professora Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFMA).

Alissan Karine Lima Martins

Enfermeira. Pós-Doutoranda em Saúde da Família.
Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de
Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA).

Ana Cláudia Barroso Cavalcante Paiva

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Profissional do
Hemocentro Regional de Sobral. Egressa do Mestrado
Profissional em Saúde da Família (RENASF/UVA).

Ana Gerússia Souza Ribeiro Gurgel

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Egressa do
Mestrado Profissional em Saúde da Família da (RENASF/
UVA).

Ana Suerda Leonor Gomes Leal

Doutora. Docente da Universidade Federal da Paraíba.
Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família
(RENASF/UFPB).

Ana Suelen Pedroza Cavalcante

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Universidade
Estadual do Ceará (UECE).

Ana Tânia Lopes Sampaio

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família
(RENASF/UFRN).

Andréa Carvalho Araújo Moreira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UVA).

Andressa Suelly Saturnino de Oliveira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Aracelli Laíse Tavares Mendonça Diniz

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde da Família. Discente da terceira turma de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFRN).

Bruno Moreira Lima

Enfermeira. Mestre em Saúde da família. Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Egressa do Mestrado Profissional em Saúde da família (RENASF-UFMA).

Camila da Costa Viana

Nutricionista. Profissional e-NASF AB Prefeitura municipal de Crateús/CE. Preceptora de Núcleo de Nutrição RIS/ESP Ceará. Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFPI).

Carlos Felipe Fontelles Fontineles

Cirurgião-dentista. Mestre em Odontologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Enfermeira. Pós-doutorado em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Professora adjunta do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

Cristiane Costa Braga

Cirurgiã-Dentista. Mestre Profissional em Saúde da Família. Profissional da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de João Pessoa. Egressa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFPB).

Cristiano Gil Regis

Enfermeiro. Doutor em Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Acre, Campus Cruzeiro do Sul (UFAC).

Danyelle Carneiro de Souza Cavalcante

Enfermagem. Mestre em Saúde da família. Egressa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFMA).

Dennyura Oliveira Galvão

Doutora em Bioquímica Toxicológica. Universidade Regional do Cariri (URCA).

Deysianne Costa das Chagas

Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Federal do Maranhão. Docente da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/UFMA).

Edilma Gomes Rocha Cavalcante

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pós-Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA).

Emidio Matos

Profissional de Educação Física. Docente do Programa de Pós-graduação Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/ FIOCRUZ).

Erika Bárbara de Abreu Fonseca Thomaz

Odontologia. Doutora em Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão. Professora permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFMA).

Fernanda Pereira de Sousa

Enfermeira. Especialista em Gestão Hospitalar. Mestranda em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Coordenadora de Vigilância Sanitária e Imunização de Acarape - Ceará.

Francisca Tereza de Galiza

Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Docente do Programa de Pós-graduação Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ).

Franklin Delano Soares Forte

Cirurgião-dentista. Doutor em Odontologia Preventiva e Social. Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (UFPB) e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFPB).

Gabrielle Mangueira Lacerda

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Fisioterapeuta. Doutor em Saúde Pública. Docente da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFPB).

Gerardo Cristino Filho

Médico. Doutor em Cirurgia. Docente da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Glenda Maria Santos Moreira

Médica. Mestre em Saúde da Família. Geriatra pelo Serviço de Geriatria e Gerontologia do Hospital das Clínicas (USP). Médica Assistente do Hospital Universitário (UFPI). Supervisora do Programa de Residência Médica em Geriatria (HU/ UFPI).

Igor Iuco Castro da Silva

Cirurgião-dentista. Doutor em Odontologia. Docente da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Ilana Barros Moraes

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal de Minas Gerais, em Saúde da Família pela Universidade Castelo Branco e em Educação Profissional na Área da Saúde (UCB). Enfermeira Assistencial e Preceptora no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HUUMI-UFMA).

Inês Dolores Teles Figueiredo

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Docente da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Egressa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UECE).

Isabelle dos Santos de Lima

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública e em Saúde Coletiva. Bolsista do Ministério da Saúde - Apoiadora do Estado do Ceará representando a Atenção Primária à Saúde.

Italo Emanuel de Sousa Chaves

Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Cariri (UFCA). Bolsista de Iniciação científica pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/UFCA).

Janete Lima de Castro

Enfermeira. Doutora em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente do Mestrado Profissional em Gestão, Trabalho, Educação e Saúde.

Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

Enfermeira. Doutora em Programa de Gerenciamento em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

João Bosco Filho

Doutor em Educação. Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (UFRN/RENASF).

João Guilherme Bentes de Araújo Rodrigues

Médico. Especialista em Saúde da Família e em Gestão em serviços de saúde, controle, avaliação, regulamentação e auditoria. Médico da Estratégia Saúde da Família do Município de Assaré Ceará. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (RENASF/URCA).

José Adailton da Silva

Doutor. Professor do PPGSF e do Programa e Pós-graduação em Gestão e Inovação em Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

José Auricélio Bernardo Cândido

Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família. Profissional da Estratégia Saúde da Família do Município de Horizonte Ceará. Egresso do Mestrado em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/UECE).

Joyce Mazza Nunes Aragão

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Docente do Mestrado em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/UVA).

Júlio César Guimarães Freire

Fisioterapeuta. Pós-graduação em Gestão em Saúde e em Atenção à Saúde do Idoso (UFPB). Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/ UFPB).

Karina Oliveira de Mesquita

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Docente da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP -VS).

Karla Patrícia Cardoso Amorim

Cirurgiã-dentista. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Coordenadora do Programa de Pós-graduação Profissional

em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/UFRN) e Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (UFRN).

Kilma Wanderley Lopes Gomes

Médica. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UECE).

Laize Gabriele de Castro Silva

Fisioterapeuta. Pós-graduação em Atenção Básica. Discente do Mestrado em Fisioterapia, Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Lena Maria Martins Borges

Assistente Social. Profissional do NASF/Fundação Municipal de Saúde de Teresina/PI. Pós-graduada em Saúde Pública (UFPI).

Lielma Carla Chagas da Silva

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Docente da Escola de Saúde da Família Visconde de Saboia (ESP-VS).

Lucas Alves Ferreira

Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família. Profissional da Estratégia Saúde da Família no município de Assú/RN. Egresso do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (RENASF/UFRN).

Luiz Gonzaga Pereira Junior

Médico. Profissional da Saúde Primária e Secundária, como médico, desenvolvendo cargos nas UBS, Unidades Mistas e Serviço de Atenção Domiciliar, com cuidados em níveis ambulatorial, hospitalar e domiciliar (MA).

Maísa Paulino Rodrigues

Cirurgiã-dentista. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFRN).

Marcelo Viana da Costa

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Doutorado Sanduíche no Centro para Inovação em Educação Interprofissional, na University of California, San Francisco, EUA. Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Marcionília de Araújo Lima Neta

Assistente Social. Mestre em Saúde da Família. Profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Jijoca de Jericoacoara CE. Egressa do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (RENASF/UVA).

Maria Adelane Monteiro da Silva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UVA).

Maria Apoliana Costa dos Santos

Graduanda em Ciências Biológicas pela Universidade Regional do Cariri (URCA).

Maria da Conceição Coelho Brito

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Assistente de Pesquisa da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS).

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Regional do Cariri (URCA). Docente do Mestrado em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ).

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

Maria Rosilene Cândido Moreira

Enfermeira. Doutora em Biotecnologia. Professora adjunta na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Docente permanente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/URCA).

Maria Socorro de Araújo Dias

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Coordenadora Adjunta do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UVA).

Marina Peduzzi

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Professora Associada Sênior do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Coordenadora Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UVA).

Mayana Azevedo Dantas

Filósofa. Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará (UECE). Entrevistadora na pesquisa Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde nas Regiões Metropolitanas de Porto Alegre, Fortaleza, Campinas e Goiânia.

Milena Silva Costa

Enfermeira. Doutora. Professora adjunta na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Docente permanente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/URCA).

Natália Reis de Carvalho

Médica. Coordenadora adjunta do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública Visconde Saboia. Coordenadora e Docente do curso de graduação de medicina do UNINTA - Campus Sobral. Egressa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UVA).

Núbia Cristina Silva Rocha

Administradora. Doutora em Administração. Pesquisadora e Consultora da UFMG/CEPEAD no núcleo de pesquisa Nig.one – Núcleo Interdisciplinar em gestão de organizações (não) empresariais – e na Estação de Trabalho Observatório do Mercado de Trabalho em Saúde SUS/SES-MG.

Olga Maria de Alencar

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Otávia Cassimiro Aragão

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família e em Ciência da Educação. Docente da Escola de Saúde Pública Visconde Saboia (ESP-VS). Egressa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UVA).

Paloma de Vasconcelos Rodrigues

Enfermeira. Docente da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (RENASF/UVA).

Patrícia Freire de Vasconcelos

Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Docente do Instituto de Ciências da Saúde e do Mestrado em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) . Professora colaboradora do MPSP (RENASF/UECE).

Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos

Enfermeira. Doutora em Ciências Sociais. Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Vice-coordenadora Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (RENASF/UFRN).

Paulo Roberto Pinheiro Brito

Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Cariri (UFCA). Bolsista de Iniciação Científica pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP/UFCA).

Pedro Holanda de Souza Neto

Enfermeiro. Profissional da Prefeitura Municipal de Itapiúna - Ceará. Discente do MPSP (RENASF/UECE).

Rejane Christine de Sousa Queiroz

Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde Pública. Docente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Coordenadora e professora permanente do Mestrado Profissional (RENASF/UFMA).

Ricardo Burg Ceccim

Sanitarista e Educador. Doutor em Psicologia Clínica. Pós-doutor em Antropologia Médica. Professor titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Ricardo Henrique Vieira de Melo

Cirurgião-Dentista. Mestre em Saúde da Família. Cirurgião-Dentista na Estratégia Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde de Natal RN. Egresso do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/UFRN).

Rosana Liberato Lopes

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Profissional da Estratégia Saúde da Família de Massapê – Ceará. Discente do MPSP (RENASF/UECE).

Rosana Lúcia Alves de Vilar

Enfermeira. Doutora em Ciências Sociais. Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/UFRN). Docente do Mestrado Profissional em Gestão, Trabalho, Educação e Saúde.

Rosely Leyliane dos Santos

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GRUPESC-URCA) e Coordenadora do Projeto de Extensão Adolescer com Saúde (URCA).

Sally Cristina Moutinho Monteiro

Farmacêutica-Bioquímica. Doutora em Biociências e Biotecnologia Aplicada a Farmácia. Docente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Docente da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/UFMA).

Sharmênia de Araújo Soares Nuto

Cirurgiã-dentista. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Titular da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Pesquisadora em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (área de Saúde da Família). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ).

Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa

Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/UFPB) e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (UFPB).

Teodora Tchutcho Tavares

Enfermeira. Pós-graduação em Informática na Saúde. Discente do Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Terezinha Paes Barreto Trindade

Cirurgiã-Dentista. Profissional da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de João Pessoa. Mestranda Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/UFPB).

Thayza Miranda Pereira

Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Vanira Matos Pessoa

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Pesquisadora em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ CEARÁ). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (MPSF/RENASF).

Verônica Ebrahim Queiroga

Enfermeira. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Mestranda Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/UFPB).

Waleska Ferreira de Albuquerque

Farmacêutica. Docente do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Integrante do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UFPI).

Prefácio

INTERPROFISSIONALIDADE E COLABORATIVIDADE NA FORMAÇÃO E NO CUIDADO NO CAMPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ao ser convidada para prefaciar este livro, e compreendendo prefácio como algo que vem primeiro, quero expressar, inicialmente, a minha alegria, responsabilidade e desafios, gerados pela complexidade que o título anuncia. Logo, compartilho e convido todos a começarem a leitura pelo título desta obra, ancorados nos ensinamentos de François Laplantine¹, que, ao distinguir o ver do olhar, acentua que *o olhar demora no que vê*. Nesse sentido, demorei ao ver as duas primeiras palavras do título, e percebi que estas trazem nas suas composições um sufixo comum, que expressa estado, situação ou quantidade; uma conjunção as interliga e nos lembra que devemos olhar duplamente, mas de forma comum, tanto a formação como o cuidado, pois podem se encontrar em estados e situações diferentes, necessitando de conexão dialógica permanente, para organicamente se realimentar de forma concomitante. O título ainda indica a atenção primária como campo escolhido, por excelência, para este olhar duplo se encontrar, e permanecer em movimento, buscando com outros olhares se entrelaçar, tornando-os multidimensionais.

¹ LAPLANTINE, F. **A descrição etnográfica**. Tradução: João Manuel Ribeiro Coelho. São Paulo: Terceira Margem, 2004. p. 17.

Foi essa complexidade, anunciada pelo título, que me causou alegria e aguçou minha curiosidade como primeira leitora, e mesmo sem ainda ter lido a obra inteira, já vislumbrava o que os 93 autores podiam nos presentear. Por isso, também senti uma grande responsabilidade e o desafio de antecipar comentários sobre um prato feito com significativa participação e cuidado, o qual tive o privilégio de saborear primeiro, quando outros só iriam saborear posteriormente. Logo, minha pretensão não é sintetizar a grandeza da obra, algo que não conseguiria, mas dizer por que valeu degustá-la! Assim, apresento o sabor, o aroma, o realimento que a leitura me trouxe, quando me possibilitou fazer múltiplas conexões com as ideias preciosas dos 19 textos que a compõem. Isso me fez, ao chegar à totalidade da obra, ler novamente e fazer, para essa releitura, três agrupamentos interligados, os quais irei compartilhar a seguir, para instigar os próximos leitores na sua degustação, deixar fluir o que a leitura lhe suscitar, considerando a leitura de um livro, como defende Larrosa².

O começo da lição é abrir o livro, num abrir que é, ao mesmo tempo, um convocar. E o que se pede aos que, no abrir-se o livro, são chamados à leitura não é senão a disposição de entrar no que foi aberto. Hospitalidade do livro e disponibilidade dos leitores. Mútua entrega: condição de um duplo devir.

Ancorada nessa ideia de hospitalidade do livro e disponibilidade dos leitores, convido ousadamente os próximos leitores que, ao abrirem/acessarem este livro, parem demoradamente ao ver os títulos, as seções, os desenvolvimentos dos textos, interliguem uns com os outros, agucem o olhar e os saboreiem. Foi isso que experimentei e, a seguir, vou compartilhar alguns sabores que degustei ao ler as ideias do primeiro texto: *Educação interprofissional no Brasil: desafios e agenda para o futuro*, no qual os autores demonstram a relevância da discussão da Educação Interprofissional no contexto brasileiro e, além de argumentarem a relevância, trazem à discussão, mesmo ao tratar dos desafios, as-

2 LARROSA, J. Sobre a lição. In: **Pedagogia Profana**: Danças, Piruetas e Mascaradas. 5. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. p. 139.

pectos importantes do dever-ser da Educação Interprofissional, reavivando algumas ideias conceituais, que se tornaram ingredientes recorrentes dos demais textos. Entre as ideias, destaco: a complexidade da educação e da atenção à saúde que, no cenário brasileiro, diz respeito à elaboração e consolidação do SUS; o trabalho em equipe e a prática interprofissional colaborativa como necessários para que toda a rede de atenção à saúde assegure acesso aos serviços, com segurança do paciente e qualidade dos cuidados.

Essas ideias indicam um horizonte, como também muitos desafios expressos, mas, antes de pensar na agenda para o futuro proposta pelos autores, aceitei o convite do autor do segundo texto e somei a esta reflexão aspectos importantes para realimentar este horizonte, o qual considere, junto com o anterior, o primeiro agrupamento, quando este texto – o segundo – nos presenteia como temática: *Da fragmentação à ativação de interfaces: entrecenas no aprender e fazer saúde*. O tema desafia o leitor a pensar, inicialmente, sobre a ação de fragmentar, e traz para a realidade experiências que podem nos ensinar a fazer a travessia, da fragmentação à ativação de interface, mostrando em saúde quais as entrecenas entrar. Com isso, o autor nos faz pensar no percurso difícil que é se integrar às cenas, porque nossa tendência é optar por isso ou aquilo e tornar invisíveis cenas já existentes em detrimento de outras. É mais fácil criarmos outra cena e justapor, do que ativar a “inter” face, isto é, a comunicação entre cenas e autores que já estão em ato. Parece que sempre estamos a começar uma nova cena. Percebi, entretanto, com a leitura desta obra, que necessitamos exercitar o “entre” em uma visão complexa, entrelaçar o passado ao presente, e o presente ao futuro, e, no lugar de separar, começar a conjugar, unir os tempos verbais.

Foi esse exercício que experimentei ao agendar a leitura do segundo agrupamento para degustar, composto pelos três textos seguintes, e fazer este entrelaçamento e considerar que as ideias trazem o presente do futuro quando anunciam: *Educação interprofissional: repercussões na formação de profissionais para a saúde coletiva; Promoção da literacia para a saúde e interprofissionalidade:*

uma revisão de escopo; Trabalho em equipe, interprofissionalidade e colaboração em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros; pois, em uma agenda no presente do futuro, os autores apresentam estudos já realizados, dando uma excelente visão em três significativas revisões de literatura, as quais se complementam e anunciam aspectos bem relevantes para darmos continuidade, no futuro do presente, a estudos que possam ampliar nossa visão a partir de cenas já existentes e estabelecer conhecimento.

O resultado das revisões nos mostra que não estamos mais apenas mirando o horizonte, estamos fazendo o caminho ao caminhar, inclusive no Brasil, haja vista a riqueza dos 14 textos do agrupamento seguinte, os quais oferecem ao leitor uma diversidade de olhares e de possibilidades de *interprofissionalidade e colaboratividade na formação e no cuidado no campo da atenção primária à saúde*. Quando me refiro à possibilidade, é no sentido de poder ser, ter sido ou vir a ser, qualidade ou condição do possível.

Ao ler os 14 textos do terceiro agrupamento, vi esse possível visível e, ao continuar, destaquei e integrei alguns ingredientes, para realimentar o meu olhar no presente, trazendo algo do passado que pode se fazer futuro intencionalmente nos processos de formação nos diversos níveis e contextos de cuidado, desde que se olhe parando no ver para compreendermos o que temos e fazemos de *interprofissionalidade e colaboratividade*, sem medo de errar, mas disponíveis a conectar e experimentar.

Os textos subsidiam substancialmente o sufixo comum das duas palavras, indicando-nos situações em que elas podem estar presentes se, intencionalmente, nós as colocarmos. As situações estudadas nos convidam a pensar, como ensina Manuel de Barros³, “[...] que a importância das coisas não se mede com fita métrica com balanças nem barômetros. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento”. A leitura dos últimos 14 textos deste livro fizeram-me usar a medida do encantamento, quando os pesquisadores, a maioria do Mestrado

3 BARROS, M. **Meu quintal é maior do que o mundo**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015. p. 152.

Profissional da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, desvelam inúmeras possibilidades de compreendermos e fazermos *interprofissionalidade* e *colaboratividade*, e destacam: quando a educação popular em saúde nos territórios se faz presente, desenvolvemos programas de residências multiprofissionais; exercemos a preceptoria; tratamos de integração ensino-serviço; vivenciamos a cogestão e formação em saúde; descobrimos as potencialidades nos diversos grupos e, em especial, nos grupos educativos. Quando fazemos visitas domiciliares, focamos na produção do cuidado em idosos; buscamos métodos para a melhoria da produção do cuidado e da gestão do trabalho; descobrimos a corresponsabilização entre as equipes de Atenção Básica e Núcleos Ampliados de Saúde da Família; criamos grupos online para a promoção da saúde de gestantes; quando construímos caminhos possíveis para o cuidado de pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde; quando buscamos, na visão de usuários e profissionais, suas percepções do que compreendemos, somos, e fazemos; quando usamos o teleatendimento como ferramenta para a atenção em saúde na Atenção Básica em tempos de pandemia.

Essas possibilidades nos colocam em estado de flexibilidade de poder ser, ter sido ou vir a ser a interprofissionalidade e a *colaboratividade* e, conseqüentemente, ajudam-nos a superar eventuais confusões conceituais em torno da temática, fazendo-nos dialogar com diversos autores em uma discussão e aprofundamento. Nesse sentido, os autores reafirmam conceitos, mas também trazem para a discussão alguns aspectos pouco lembrados em outras obras do mesmo assunto. Entre eles, destaco o planejamento como fundamental em uma prática interprofissional colaborativa.

Os autores evidenciam a importância do planejamento para que, em todas as possibilidades, *interprofissionalidade* e *colaboratividade* estejam presentes, representadas nas suas três dimensões essenciais e diversos níveis, inclusive nos projetos pedagógicos dos cursos técnicos, graduação e pós-graduação. Desse modo, eles defendem o *planejamento [como] parte importante de qualquer atividade de educação em saúde, pois é através dele que a equipe conse-*

que direcionar seus esforços para objetivos e metas definidos. Os textos também trazem como referência a intencionalidade como algo essencial neste momento. Ainda reconhecem o planejamento como importante *espaço de diálogo, de escuta, de partilha e de construção. Espaço também para o manejo das situações de conflito e gerenciamento de poderes, o que auxilia nas relações que se estabelecem no interior da equipe e ajuda a melhorar a tomada de decisão*. Isso nos fez lembrar que, mesmo vislumbrando a *interprofissionalidade* e a *colaboratividade*, muitas vezes, as abordagens de planejamento que escolhemos vão em sentido contrário, não aderem à participação, tornando inviável o diálogo entre profissionais; distanciando-se da participação, conforme Benincá⁴, ao postular o argumento de que, “[...] para ter parte na ação, é necessário ter acesso ao agir e às decisões que orientam o agir, porque somente quem for sujeito da ação tem parte nela, e só será sujeito da ação quem puder decidir sobre ela”.

Ao ler um dos textos e parar o olhar, destaquei a “humildade”, citada pelos autores como necessária para que a *interprofissionalidade* e a *colaboratividade* se instaurem, mas ela também é pouco lembrada nos textos que tratam da temática em foco, até porque não está no rol das competências preestabelecidas, mas, segundo Paulo Freire⁵, o “[...] diálogo, como encontro dos homens para a tarefa comum de saber agir, se rompe, se seus polos ou um deles perdem a humildade”. E interroga-nos com vários questionamentos no livro *Pedagogia do oprimido*, em indagações bem pertinentes para acrescentarmos nestas reflexões, inclusive: “Como posso dialogar, se me sinto participantes de um gueto de homens puros, donos da verdade e do saber, para quem todos os que estão fora são ‘esta gente’, ou são nativos inferiores?”.

Para finalizar este compartilhar, expresso minha gratidão aos organizadores e autores da obra, pela generosidade em ofertar a grandiosidade das suas palavras ao se dizer ao mundo em seus

4 BENINCÁ, E. As origens do planejamento participativo no Brasil. *Revista de Educação AEC*, Brasília, DF, ano 24, n. 9, p. 7-21, jul./set. 1995.

5 FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. p. 80.

textos. É com o espírito de gratidão que convido os leitores à leitura desta obra, como quem vai a um celeiro cheio de grãos, prontos para germinar no presente do futuro, entrecenas sem passado, presente, futuro, fragmentar, e como sujeitos da criação inter, multi e entrecenas, em todas as experiências, o olhar curioso aguçar, e se disponibilizar com intencionalidade explícita à formação e ao cuidado humano, recriar em processos de educar, educando-se, cuidar, cuidando-se em ato de *fazer juntos*, ancorados na integração de saberes e do compartilhamento de práticas, reconhecendo, como Manoel de Barros⁶, que “[...] a maior riqueza do homem é a sua incompletude”.

Maria do Socorro de Sousa

Assessora Pedagógica do Programa de
Pós-graduação em Saúde da Família - PPGSF/RENASF

6 BARROS, M. **Retratos do artista quando coisa**. Rio de Janeiro: Record, 1998.

SUMÁRIO

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO BRASIL: DESAFIOS E AGENDA PARA O FUTURO.	35
DA FRAGMENTAÇÃO À ATIVAÇÃO DE INTERFACES: ENTRECENAS NO APRENDER E FAZER SAÚDE.	59
EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: REPERCUSSÕES NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA A SAÚDE COLETIVA....	81
PROMOÇÃO DA LITERACIA PARA A SAÚDE E INTERPROFISSIONALIDADE: UMA REVISÃO DE ESCOPO.	106
TRABALHO EM EQUIPE, INTERPROFISSIONALIDADE E COLABORAÇÃO EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE ESTUDOS BRASILEIROS.	126
EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NOS TERRITÓRIOS E A INTERPROFISSIONALIDADE: RIZOMA DE SABERES E AGENTES EM CONSTRUÇÃO.....	162
MATIZES DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE.....	173
FORMAÇÃO EM SAÚDE: REFLETINDO E RESSIGNIFICANDO O CAMINHAR INTERPROFISSIONAL DA PRECEPTORIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	194
INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.	211
INTERPROFISSIONALIDADE, COGESTÃO E FORMAÇÃO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DO CUIDADO INTEGRAL À CRIANÇA.....	237

OS GRUPOS EDUCATIVOS NA ESF: DESVELANDO DESAFIOS E POTENCIALIDADES PARA O TRABALHO INTERPROFISSIONAL	254
NÍVEIS E ATITUDES DE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM IDOSOS COM DIABETES <i>MELLITUS</i>	278
POTENCIALIDADE E FRAGILIDADES DE UMA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA VISÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS NA ESF.....	299
ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA ABORDAGEM INTERPROFISSIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	322
O MÉTODO <i>LEAN SIX SIGMA</i> COMO ESTRATÉGIA DE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA A MELHORIA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO E DA GESTÃO DO TRABALHO NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	335
CORRESPONSABILIZAÇÃO ENTRE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA E NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL.....	356
COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM GRUPO ON-LINE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DE GESTANTES.....	378
CONSTRUINDO CAMINHOS POSSÍVEIS PARA O CUIDADO INTERPROFISSIONAL E COLABORATIVO DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	390
TELEATENDIMENTO COMO FERRAMENTA PARA ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA EM TEMPOS DE PANDEMIA.....	409



EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO BRÁSIL: DESAFIOS E AGENDA PARA O FUTURO

Marcelo Viana da Costa

Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

Cristiano Gil Regis

Marina Peduzzi

INTRODUÇÃO

A discussão sobre a necessidade da melhoria do trabalho em equipe certamente permeou e permeia inúmeros cenários de educação e trabalho em saúde em todo o mundo, mas o embrião da educação interprofissional (EIP) advém do Reino Unido na década de 1960. A partir de pequenos eventos com foco nas relações entre os membros de equipes de saúde e sobre a dinâmica do trabalho em equipe, novos conceitos foram elaborados para se contraporem à realidade de uma educação uniprofissional, competitiva, desarticulada da prática, com foco em competências profissionais específicas que formavam profissionais despreparados para um efetivo trabalho em equipe.

Diante dessa problemática foi se fortalecendo a necessidade de oportunidades formativas e educacionais em que

“membros de mais de uma profissão de saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com o explícito objetivo de melhorar a colaboração interprofissional e/ou a saúde de pacientes/clientes” (REEVES *et al.*, 2016).

No contexto de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorrem várias iniciativas e implantação de políticas de reformulação da formação profissional, desde os anos 1970, com a proposta de Integração Docente Assistencial (IDA), até chegar às Residências Multiprofissionais e ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), respectivamente em 2005 e em 2008, que são reconhecidamente mobilizadores da EIP. Em particular, ressalta-se o PET-Saúde, visto que reúne os quatro atores relevantes para a integração ensino-serviço-comunidade – estudantes, docentes/tutores e profissionais de saúde/preceptores, bem como os gestores educacionais e dos serviços de saúde do SUS – e promove a inserção precoce dos estudantes de graduação na Atenção Primária à Saúde (APS) em contato com o trabalho em equipe (COSTA *et al.*, 2005).

Porém a EIP passou a fazer parte dessa agenda oficialmente somente nas duas últimas décadas, com destaque para o currículo interprofissional e interdisciplinar da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, que desde 2006 já assume a EIP como princípio formativo de seis cursos, e o PET-Saúde que, desde 2014, oferece oportunidades de aprendizagem compartilhada e colaborativa (BATISTA *et al.*, 2018; BRASIL, 2013).

Em sua edição mais recente, o PET-Saúde Interprofissionalidade abrangeu 120 projetos oriundos de instituições de ensino e secretarias de saúde de 24 estados e do Distrito Federal que se propuseram a realizar mudanças curriculares alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e aos princípios da interprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, e a realizar a qualificação dos proces-

■

sos de integração ensino-serviço-comunidade, de modo a promover a EIP e práticas colaborativas (BRASIL, 2018).

O expressivo interesse pela EIP como forma de enfrentamento ao modelo atual de formação e de trabalho em saúde é evidenciado pelo número crescente de publicações, eventos específicos e inserção da temática em eventos de educação e de saúde. Cresce também a preocupação com a qualidade das iniciativas de EIP que estão em desenvolvimento. O alinhamento aos pressupostos teórico-conceituais e metodológicos da interprofissionalidade, bem como as formas em que se expressam as intencionalidades das iniciativas, sua capacidade de desenvolver competências e implicações sobre a melhoria da qualidade da atenção assumem papel central no debate sobre a EIP para que se percebam, no futuro, os seus efeitos e contribuições para o fortalecimento do SUS.

A RELEVÂNCIA DA DISCUSSÃO DA EDUCAÇÃO INTER-PROFISSIONAL NO CONTEXTO BRASILEIRO

A mudança da formação dos profissionais de saúde, considerando-se a educação profissional e o ensino superior, consiste em processo amplo relacionado, simultaneamente, à complexidade da educação e da atenção à saúde que, no cenário brasileiro, diz respeito ao processo de construção e consolidação do SUS. Portanto, explorar as contribuições e a relevância da discussão da EIP no contexto da saúde no Brasil, refere-se, entre outros aspectos, à análise do seu potencial de fortalecimento do trabalho interprofissional, que é crescentemente reconhecido como tendência mundial, em especial presente na APS e na Saúde Mental do SUS, mas também na atenção especializada e hospitalar. Nesse sentido, cabe lembrar o quanto a pandemia da Covid-19 colocou holofotes e evidenciou a importância dos profissionais de

saúde atuando em equipes para o enfrentamento da infecção, do adoecimento e, por vezes, da morte de pacientes, população, colegas e familiares.

Trabalho em equipe e prática interprofissional colaborativa são necessários para que toda a rede de atenção à saúde assegure acesso aos serviços, com segurança do paciente e qualidade dos cuidados (SALAS; ZAJAC; MARLOW, 2018; OPAS, 2017; REEVES *et al.*, 2016; WHO, 2010). As práticas de saúde configuraram uma dinâmica que não mais permite organização e execução das ações com base na atuação profissional independente e isolada de cada agente, como tradicionalmente ocorria até meados do Século XX (PEDUZZI *et al.*, 2020).

A partir dos anos 1960, ganha espaço a proposta de trabalho em equipe de saúde, embora mantida a estrutura vertical com linhas de mando, as relações hierárquicas, a centralização da tomada de decisão, a expectativa de autonomia plena do profissional médico e a dominação médica sobre os demais agentes do cuidado. Pouco a pouco, o debate e a busca de organização de serviços de saúde com base no trabalho em equipe se ampliam, impulsionados por um contexto que demanda equipes para o enfrentamento da profunda fragmentação das práticas de saúde que compromete de forma contundente sua qualidade.

Nesse contexto, a partir do ano 2000, intensificam-se a discussão, implantação e pesquisa sobre a efetividade do trabalho em equipe para aumentar a segurança do paciente e a qualidade dos serviços prestados. Um marco nessa direção é a publicação do livro *To Err is Human: Building a Safer Health System* pelo Institute of Medicine (IOM, 2000), nos Estados Unidos da América, que alerta para as altas taxas de erros médicos que acarretam eventos adversos com danos e até morte de pacientes. À época, um estudo da Joint Commission for Hospital Accreditation sobre os erros profissionais investigou 2.455 eventos sentinelas e mostrou

que a raiz principal dos erros, em 70% dos casos, eram a ausência e as dificuldades de comunicação entre os profissionais de diferentes áreas, e destacou a gravidade disso, visto que aproximadamente 75% desses pacientes foram a óbito (LEONARD; GRAHAM; BONACUM, 2004; IOM, 2000). Outro estudo realizado trouxe evidências da associação entre a participação de profissionais de equipes de saúde em ações educativas para aprendizado sobre trabalho em equipe e a diminuição de 50% da taxa de mortalidade em unidades cirúrgicas hospitalares (NEILY *et al.*, 2010).

Essas e outras evidências científicas estimularam e continuam motivando a implantação do trabalho em equipe e da EIP. Como assinalado pelo IOM (2000), é preciso educar em equipe aqueles que vão trabalhar em equipe, visto que os profissionais de saúde cometem menos erros quando trabalham nessa circunstância.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um chamado para todos os seus países-membros, em 2010, intitulado *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice* (WHO, 2010), que está sendo revisto e terá uma nova edição atualizada em breve, bem como o *Global strategy on human resources for health workforce 2030* (WHO, 2016), no qual apresenta sua estratégia para que a força de trabalho em saúde mundial possa avançar na direção dos objetivos do Desenvolvimento Sustentável em 2030, incluindo a prática colaborativa e a EIP.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), escritório regional da OMS para as Américas, em 2016, realizou uma reunião com representantes dos Ministérios da Saúde dos países da América do Sul e Caribe, da qual o Brasil participou, para a implementação da EIP na Região. A reunião de Bogotá, Colômbia, como ficou conhecido esse encontro promovido pela OPAS, resultou em publicação que convoca todos a integrarem os esforços para ampliar a adoção de EIP e da prática colaborativa interprofissional e, com isso,

fortalecer os seus respectivos Sistemas de Saúde e a qualidade da formação dos profissionais e da atenção à saúde: *Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos RH para alcançar saúde universal* (OPAS, 2017).

Assim, observa-se que, nas duas últimas décadas, a partir de 2000, há um movimento mundial, da Região das Américas e do Brasil, para implantar e fortalecer a abordagem de EIP na formação dos profissionais de saúde, tanto no ensino técnico como no ensino superior. Esse movimento merece destaque, visto que o campo da saúde, pela sua complexidade, congrega um amplo leque de profissionais e o modo contemporâneo de organização da atenção à saúde requer trabalho interprofissional com colaboração nas equipes, entre equipes e em rede (AGRELI, 2017; PEDUZZI; AGRELI, 2018; REEVES *et al.*, 2018; PEDUZZI *et al.*, 2020).

O cenário descrito acima mostra o quão relevante é a discussão da EIP no contexto brasileiro, visto que o Brasil constitui um país de dimensões continentais na Região das Américas e no mundo, que construiu e consolidou o SUS, reconhecido internacionalmente como um sistema de excelência, em especial, na APS, com sua Estratégia Saúde da Família e seus impactos na saúde da população evidenciados em várias pesquisas (RASELLA *et al.*, 2014; MACINKI; MENDONÇA, 2018). O debate sobre EIP no país também é necessário, visto o extenso mercado educacional na formação técnica e superior, a política pública de formação dos trabalhadores de saúde expressa na Educação Permanente em Saúde e as experiências de políticas indutoras de mudança da formação dos profissionais de saúde, como o Pró-PET-Saúde (COSTA *et al.*, 2015).

Outra relevância da discussão da EIP está presente na necessidade de avançar o trabalho e a educação multiprofissional para a educação e trabalho efetivamente interprofissionais, tal como proposto na literatura e nas políticas

mais recentes presentes nos documentos referidos acima (IOM, 2000; WHO, 2010; WHO, 2016; OPAS, 2017).

Existe extensa literatura sobre trabalho em equipe e colaboração, em língua inglesa e, em menor proporção, em português, que analisa as características do trabalho interprofissional e sua efetividade. Ou seja, o que caracteriza o trabalho em equipe integrado e colaborativo e os efeitos positivos que pode produzir na atenção à saúde aos usuários e no ambiente e dinâmica de trabalho dos profissionais de saúde.

Um aspecto destacado nos estudos é a necessidade de distinguir equipes efetivas das pseudo-equipes (WEST; LYUBOVNIKOVA, 2013), pois isso contribui com a gestão e a educação permanente das equipes e dos profissionais e pode repercutir positivamente na qualidade dos cuidados à saúde.

As equipes efetivas são aquelas que identificam e atendem às necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade do território e se caracterizam por constituir um pequeno grupo de profissionais de diferentes áreas, a depender do perfil dos usuários, com interações frequentes formais e informais, objetivos comuns, monitoramento e reflexão sobre as atividades realizadas, com foco nas necessidades de saúde de usuários, reconhecimento da interdependência das ações e clareza de papéis das profissões que compõem a equipe (PEDUZZI *et al.*, 2020; REEVES *et al.*, 2018; PEDUZZI; AGRELI, 2018; MORGAN *et al.*, 2015; WEST; LYUBOVNIKOVA, 2013).

Desde os anos 2000, o trabalho em equipe vem sendo analisado e proposto de forma articulada à colaboração nas equipes, entre equipes e na rede de atenção à saúde. Agreli (2017) estudou a prática colaborativa na APS do SUS e reconheceu a presença de equipes com clima mais favorável e menos favorável ao trabalho em equipe efetivo, como descrito acima. Também identificou que convivem

e se complementam duas modalidades de colaboração: a colaboração em equipe, no âmbito de um serviço, e a colaboração em rede e com a comunidade, que busca recursos e alternativas para responder às necessidades dos usuários e famílias, além da esfera do próprio serviço em que atua, na rede, em outros setores e na comunidade do território (AGRELI, 2017; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Considera-se que as concepções e definições apresentadas ajudam tanto a tornar mais claros os caminhos a seguir para constituir equipes efetivas, integradas e colaborativas, como também no planejamento e execução de programas de EIP com a explícita intencionalidade de desenvolvimento de competências colaborativas junto aos estudantes, docentes e profissionais envolvidos nos processos de ensino-aprendizagem (COSTA, 2019). O aprendizado compartilhado e interativo, que caracteriza a EIP, ocorre entre todos os atores envolvidos, o que no contexto brasileiro implica na participação de usuários, famílias e comunidade numa abordagem territorial e pautada na concepção ampliada de saúde como direito que fundamenta o SUS.

Consolidar a discussão e adoção da EIP no Brasil também requer melhorar as condições de ensino e aprendizagem no âmbito da educação técnica e da educação superior, bem como integrar ambas para promover, desde a formação, competências de articulação e integração das diversas práticas profissionais na rede de atenção à saúde.

O DESAFIO DA IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO INTER-PROFISSIONAL

Reunir estudantes e profissionais de saúde em um mesmo espaço não é suficiente para definir uma oferta educacional como interprofissional. Mudanças nos comporta-

mentos e atitudes dos estudantes serão possíveis mediante a vivência de experiências que viabilizem um ambiente de interação e colaboração, o que reforça que oportunidades em que estudantes apenas dividem o mesmo espaço não promovem as transformações necessárias (MURRAY-DAVIS; MARSHALL; GORDON, 2013). Iniciativas de EIP, comprometidas com a efetivação da colaboração no trabalho em saúde, e a melhoria da qualidade da atenção como principais objetivos, têm o desafio de explicitar a intencionalidade no desenvolvimento das competências interprofissionais necessárias para o efetivo trabalho em equipe (CROKER; WAKELY; LEYS, 2016).

Em todo o mundo, as iniciativas de EIP são muito diversas, com diferentes formatos e em distintos momentos da formação profissional em saúde. O envolvimento de todas as partes envolvidas das iniciativas de EIP, identificação das percepções existentes sobre interprofissionalidade e o alinhamento das ofertas educacionais aos pressupostos da interprofissionalidade podem ser etapas iniciais na busca da qualidade e excelência na adoção da EIP na formação em saúde (REEVES, 2016).

A intencionalidade implica no planejamento do processo ensino-aprendizagem, orientado pelos pressupostos da interprofissionalidade com vistas a oferecer oportunidades para melhorar as relações entre membros de diferentes profissões da saúde, superando a dificuldade histórica de comunicação, possibilitando a formação de sujeitos aptos a trabalharem de forma colaborativa, na atenção à saúde das pessoas (BROCK *et al.*, 2013; CONRAD *et al.*, 2012). A EIP se constitui, então, como proposta de superação do modelo de formação pautado na perspectiva multiprofissional ou uniprofissional, que tem apresentado muitas limitações na formação de profissionais capazes de atender às demandas que emergem no contexto atual.

Aspecto de grande relevância desse processo é a definição da base teórica e seu alinhamento às demais etapas do processo ensino-aprendizagem. Evidências indicam limitações referentes às perspectivas teóricas que embasam as estratégias, sob a ótica da EIP (ABU-RISH *et al.*, 2012; REEVES *et al.*, 2011). A relevância da perspectiva teórica justifica-se pela necessidade de orientar as atividades docentes, permitindo a reflexão e reinterpretação dessas práticas. Ao mesmo tempo, a teoria auxilia na escolha de estratégias mais adequadas ao contexto, para que o aluno possa compreender os objetivos e a importância da prática interprofissional e colaborativa.

Essas teorias também são relevantes para a definição das metodologias, cenários de aprendizagem e processos de avaliação. Independentemente da metodologia e da avaliação, é fundamental considerar a ênfase e valorização nos processos de comunicação e interação interprofissional como princípios para o desenvolvimento das competências colaborativas.

Embora o desenho do processo ensino-aprendizagem assegure o rigor e alinhamento aos pressupostos da interprofissionalidade, outros aspectos são determinantes para o sucesso da adoção da EIP nas instituições, com destaque para o apoio institucional. Em todo o mundo, muitas experiências de EIP são iniciativas de pesquisadores e docentes que estudam e se interessam pela temática. O apoio institucional é, portanto, relevante para assegurar a sustentabilidade da EIP nos processos formativos (XYRICHIS, 2020).

O apoio institucional não pode, também, estar presente apenas nos documentos oficiais. Esses documentos representam a visão e compromisso da instituição no processo de formação em saúde. Assim, esse suporte não pode ser mero cumprimento de condicionalidades impostas por processos de avaliação externa. Os ideais de reorientação e

de compromisso com os sistemas de saúde devem ser preceitos significativos para que os esforços tenham força e, assim, produzam resultados nas demais esferas da realidade da educação e do trabalho em saúde (CLARK, 2013).

Elaborar atividades interprofissionais envolve grandes esforços para superar, não apenas a barreira física, mas também pensar em estratégias possíveis, diante das especificidades de cada curso: número de alunos, diferentes desenhos curriculares, cronograma de atividades muito distintas e que são construídas no interior das faculdades ou departamentos, sem a necessária interação ou diálogo (OANDASAN; REEVES, 2005). Iniciativas bem-sucedidas na perspectiva da EIP pressupõem a necessidade de que os sujeitos envolvidos compreendam a relevância dessa abordagem para o contexto atual e, por meio de estratégias bem articuladas, minimizem as barreiras identificadas (REEVES *et al.*, 2012).

Outro ponto que merece atenção se refere à dimensão cultural que, em grande medida, orienta os processos formativos e produção dos serviços de saúde. O estabelecimento de relações de dominação, que foram naturalizadas através das hierarquias entre os profissionais, tem que ser discutido em profundidade, a fim de criar mecanismos para reduzir o abismo entre os profissionais de diferentes categorias ou de diferentes níveis, numa mesma categoria. O processo de formação, que se configura como dispositivo para alcançar as transformações necessárias, deve rever a maneira como as relações hierárquicas vêm sendo abordadas e de que forma as especificidades das categorias profissionais justificam esse formato de relações (REEVES; MACMILLAN; VAN SOEREN, 2010).

As relações de poder, que dificultam o diálogo e trabalho colaborativo, foram tomando forma ao longo da história, legitimadas pela ideia de superioridade de uma profissão sobre a outra. Apesar da relevância desse debate para que

se tenham relações mais horizontais e colaborativas, as desigualdades de poderes ainda é um tema pouco abordado, realidade que precisa ser repensada com vistas à construção do futuro da produção dos serviços e sistemas de saúde sob novas bases.

Por fim, é importante mencionar que o avanço da EIP requer maior discussão e aprofundamento sobre a interprofissionalidade e a colaboração, e consequente superação de eventuais confusões conceituais em torno da temática. Não se trata apenas de um debate teórico, mas da condução de processos de mudanças orientados por princípios e valores que dialoguem com o compromisso com a formação de profissionais mais comprometidos com o fortalecimento do SUS.

UMA AGENDA PARA O FUTURO DA EDUCAÇÃO INTER- PROFISSIONAL EM SAÚDE

Os sistemas de saúde precisam ser organizados a partir das necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidades, sob a lógica do trabalho em equipes interprofissionais. Nessa perspectiva, a agenda para a EIP envolve o compromisso de preparar trabalhadores para a colaboração interprofissional e o efetivo trabalho em equipes de saúde articuladas intersetorialmente para responder à complexidade crescente dos cuidados aos usuários e populações, nas perspectivas da integralidade, segurança do paciente e qualidade da atenção.

Novas articulações intra e interinstitucionais têm dado visibilidade ao crescimento do trabalho em equipe, da comunicação e da colaboração interprofissional no enfrentamento da pandemia vigente da Covid-19, o que tem criado espaços para o compartilhamento de experiências entre as

profissões e serviços de saúde. Esses profissionais da linha de frente têm enfrentado severas pressões que impactam em sua saúde e podem conduzir ao esgotamento, manifesto na síndrome de Burnout. Como estratégias de apoio à saúde dos trabalhadores, os programas de EIP podem preparar modelos de atendimento para amenizar os efeitos das excessivas cargas de trabalho (LANGLOIS *et al.*, 2020), oferecer estratégias de apoio grupal e ações educativas à comunidade com ênfase no reforço às medidas de prevenção da disseminação da Covid-19.

O futuro da EIP aponta para a reconfiguração das relações profissionais por meio do alinhamento da força de trabalho para o trabalho em equipes interprofissionais centradas nas necessidades dos usuários (FRAHER; BRANDT, 2019; SILVA, 2014). Uma estreita parceria entre os planejadores da força de trabalho com os educadores interprofissionais é um componente-chave para o alcance desta perspectiva (FRAHER; BRANDT, 2019). Este aspecto reforça um dos avanços conquistados pelo PET-Saúde Interprofissionalidade com a oferta de ações formativas de EIPC nos serviços de saúde, resultando no fortalecimento da parceria ensino-serviço, e sua formalização por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde, que sinaliza os compromissos da formação com o sistema de saúde em muitas localidades do Brasil.

O movimento de reconfiguração mencionado envolve o deslocamento da lógica de organização dos serviços de saúde dos interesses dos profissionais para o cuidado dos usuários, na perspectiva da integralidade, e possibilita a ampliação da comunicação interprofissional, do compartilhamento das ações, avanços em competências colaborativas (SILVA, 2014) específicas e comuns, sempre que forem identificadas sobreposições do escopo de prática entre diferentes profissionais.

As mudanças esperadas na regulação das profissões da saúde estão voltadas ao reconhecimento da plasticidade das práticas, na qual diferentes profissões são flexíveis, possuem sobreposição de ações, papéis, responsabilidades e dinâmicos escopos de prática, que podem mudar de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, famílias, comunidades e serviços de saúde (FRAHER; BRANDT, 2019). Com essa perspectiva, as profissões deixariam de competir com ênfase no que cada uma pode ganhar ou perder, em direção ao efetivo trabalho em equipe comprometido com as necessidades dos usuários e populações, deixando de lado o foco nos interesses das profissões (FRAHER; BRANDT, 2019; SILVA, 2014).

Ao mesmo tempo, no cotidiano da formação, a crise mundial desencadeada pela pandemia da Covid-19 é uma oportunidade para explorar as novas estratégias de vivências para a formação voltada às práticas colaborativas. Os programas de EIPC foram transferidos para plataformas virtuais de aprendizagem, reconfigurando os espaços de interação face a face para as experiências virtuais, que requerem novas abordagens para a implementação do ensino-aprendizagem colaborativo. Simulações têm sido muito exploradas nas plataformas virtuais para promover vivências grupais voltadas, por exemplo, à tomada de decisões compartilhadas e planejamento colaborativo do cuidado com participação de diferentes equipes de estudantes. Contudo, é importante considerar que essas mudanças implicam em limitações das interações interprofissionais, que precisam ser analisadas à luz dos referenciais teóricos adotados na EIP, incluindo teorias das ciências sociais, do comportamento e da aprendizagem (LANGLOIS *et al.*, 2020).

Investimentos no desenvolvimento de docentes e facilitadores de EIP são indispensáveis para lidar com a rápida transição para os ambientes virtuais de aprendizagem e manter os princípios e pressupostos de aprendizagem in-

terprofissional com ênfase na interação, compartilhamento e colaboração.

Outro importante elemento é a construção de alinhamento entre os resultados esperados nas ações de EIP com os objetivos educacionais, as estratégias de aprendizagem e a avaliação dos resultados. Nesse processo, destaca-se que a avaliação e as atividades práticas têm sido um dos maiores desafios dos educadores na EIP, particularmente em aspectos relacionados ao trabalho em equipe e à colaboração. As oportunidades de imersão em cenários de prática clínica nos serviços de saúde e comunidades são prioridades da EIP. Contudo, geralmente há um distanciamento entre o contexto real do trabalho nos serviços de saúde e as reflexões teóricas debatidas nas salas de aula; por isso, é importante considerar espaços de feedback e discussão da aprendizagem antes e após as vivências (THISTLETHWAITE, 2012).

A rede global para pesquisa na educação interprofissional e prática colaborativa – *The Global Network for Interprofessional Education and Collaborative Practice Research* (IPR – Global) divulgou três prioridades de pesquisas globais: fortalecer os aspectos científicos e acadêmicos da EIPC com estratégias informadas por evidências; identificar e aplicar abordagens inovadoras que contemplem a complexidade da interprofissionalidade; e elaborar avaliações de impacto da EIPC que ressaltem mudanças positivas aos usuários, populações, estudantes, educadores e profissionais da saúde, assim como subsídios para a elaboração de políticas locais e globais que promovam a EIPC. O crescimento das pesquisas no campo da EIP, nos últimos anos, requer que os dados das publicações sejam analisados para a divulgação de diretrizes de boas práticas da EIPC.

Nesse contexto, avanços ainda são necessários por meio de estudos de alta qualidade, transversais, longitudinais e de métodos mistos, para responder às lacunas de conheci-

mento da área, fundamentados no rigor das bases teóricas e metodológicas em pesquisa (KHALILI *et al.*, 2019).

O avanço nas pesquisas de EIP, em tempos de incerteza com a pandemia, pode originar novas prioridades de pesquisa comprometidas com os usuários, comunidades, trabalhadores da saúde, aprendizes e educandos. Investigações sobre os impactos da informática e tecnologias de informação e comunicação na EIPC e resultados das aprendizagens a partir dessas experiências, respeito aos aspectos éticos na investigação virtual, parceiros internacionais, com inserção dos usuários e profissionais apoiadores, desde o momento de planejamento das pesquisas, são cruciais para o seu sucesso (LACKIE *et al.*, 2020).

As reflexões apresentadas reforçam que a agenda para a EIPC deve estar ancorada nas necessidades de saúde dos usuários, famílias, comunidades e trabalhadores, o que ressalta a integração indissociável entre os sistemas de educação e de saúde. Em síntese, as ações prioritárias para o futuro da EIP estão relacionadas a:

- Promover oportunidades para que estudantes, facilitadores e trabalhadores da saúde tenham oportunidades de aprendizagens pautadas em competências colaborativas interprofissionais para o exercício do efetivo trabalho em equipe;
- Reconhecer e buscar avanços para a formação comprometida com a reconfiguração das relações profissionais, mediante o deslocamento da lógica de organização dos serviços de saúde dos interesses dos profissionais para o cuidado dos usuários, na perspectiva da integralidade, operado por equipes interprofissionais colaborativas;
- Fortalecer a disseminação de referenciais teóricos e metodológicos para as ações de EIPC;

- 
- Investir em desenhos robustos de pesquisa sobre a EIPC para a divulgação de evidências que subsidiem pesquisas locais e globais;
 - Investigar e compartilhar ações entre diferentes profissões da saúde voltadas às necessidades dos usuários, famílias, comunidades e trabalhadores da saúde, com ênfase na reconfiguração das relações profissionais;
 - Avaliar e divulgar os efeitos das ações de EIPC para os educandos, acadêmicos, serviços de saúde, profissionais, usuários e comunidades;
 - Formar facilitadores que contribuam para a aplicação dos princípios da EIPC;
 - Apoiar os trabalhadores de saúde da linha de frente no enfrentamento da Covid-19 e de futuras pandemias.

CONSIDERAÇÕES

A trajetória de reorientação da formação em saúde percorrida no Brasil ganhou potência com o reconhecimento gradual da EIP como profícua estratégia para melhorar a educação e o trabalho em saúde com impacto na qualidade da atenção, na dinâmica de trabalho em equipe e nos resultados de saúde da população.

Neste momento, as instituições e atores brasileiros envolvidos e implicados em iniciativas interprofissionais já não se encontram na situação de iniciantes no âmbito da interprofissionalidade, tendo em vista os avanços alcançados em quase duas décadas. Os resultados de EIP em curto, médio e longo prazo já podem ser identificados, mas juntamente com as experiências acumuladas também houve

investimento em métodos de avaliação adequados para a produção dessas evidências? As iniciativas de EIP brasileira alcançaram um nível de qualidade compatível com as experiências acumuladas?

Aliada à constante necessidade de melhorar a implementação de iniciativas de EIP superando os desafios anteriormente explicitados, emerge a necessidade de uma agenda que favoreça a direção e determine em que lugar pretende-se chegar com a EIP. Inspirada nos aprendizados nacionais e, principalmente, de iniciativas globais, desenha-se uma agenda que reforça princípios basilares da interprofissionalidade, que promove sustentabilidade das ações por meio da pesquisa, da avaliação e da formação de multiplicadores e que volta o olhar para o SUS.

REFERÊNCIAS

ABU-RISH, E. *et al.* Current trends in interprofessional education of health sciences students: A literature review. **Journal of Interprofessional Care**, v. 26, n. 6, p. 444-51, 2012.

AGRELI, H. L. F. **Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

BAKER, M. J.; DURHAM, C. F. Interprofessional Education: A Survey of Students' Collaborative Competency Outcomes. **Journal of Nursing Education**, v. 52, n. 12, p. 713-18, Dec 2013. Article.

BARR, H. Toward a theoretical framework for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, v. 27, n. 1, p. 4-9, 2012.

BARR, H.; LOW, H. **Introducing Interprofessional Education**. United Kingdom: Center for The Advancement of

Interprofessional Education - CAIPE, 2013.

BRANDT, B. *et al.* A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 5, p. 393-99, 2014.

BROCK, D. *et al.* Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. **BMJ Quality & Safety**, v. 22, n. 5, p. 414-23, 2013.

CLARK, P. G. Toward a transtheoretical model of interprofessional education: Stages, processes and forces supporting institutional change. **Journal of Interprofessional Care**, v. 27, n. 1, p. 43-9, 2013.

CONRAD, S. C. *et al.* Interprofessional education: An overview of key developments in the past three decades. **Work**, v. 41, n. 3, p. 233-45, 2012.

COSTA, M. V.; BORGES, F. A. O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 753-63, 2015.

COSTA, M. V. A educação interprofissional e o processo de formação em saúde no Brasil: pensando possibilidades para o futuro. *In*: SOUZA, R. M. P; COSTA, P. P (Orgs.). **Nova formação em saúde pública: aprendizado coletivo e lições compartilhadas na RedEscola**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. p. 45-61.

CROKER, A.; WAKELY, L.; LEYS, J. Educators working together for interprofessional education: From “fragmented beginnings” to being “intentionally interprofessional”. **Journal of interprofessional care**, v. 30, n. 5, p. 671-74, 2016.

CUFF, P. *et al.* Interprofessional education for collaborative practice: views from a global forum workshop. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 1, p. 2-4, 2014.

CUSACK, T.; O'DONOGHUE, G. The introduction of an interprofessional education module: students' perceptions. **Quality in Primary Care**, v. 20, n. 3, p. 231-238, 2012.

EL-AWAISI, A. *et al.* Important steps for introducing interprofessional education into health professional education. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, v. 11, n. 6, p. 546-51, 2016.

FRAHER, E.; BRANDT, B. Toward a system where workforce planning and interprofessional practice and education are designed around patients and populations not professions. **Journal of interprofessional care**, v. 33, n. 4, p. 389-97, 2019.

HEAN, S.; CRADDOCK, D.; HAMMICK, M. Theoretical insights into interprofessional education: AMEE Guide No. 62. **Med Teach**, v. 34, n. 2, p. e78-101, 2012.

HEAN, S.; CRADDOCK, D.; O'HALLORAN, C. Learning theories and interprofessional education: A user's guide. **Learning in Health and Social Care**, v. 8, n. 4, p. 250-62, 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on Quality of Health Care on America. *In*: KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (eds.). **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington (DC): National Academies Press, 2000.

KENASZCHUK, C. *et al.* Interprofessional simulated learning: short-term associations between simulation and interprofessional collaboration. **BMC Medicine**, v. 9, n. 1, p. 29, 2011.

KHALILI, H. *et al.* Guidance on global interprofessional education and collaborative practice research: Discussion paper. A joint publication by Interprofessional Research. Global, & Interprofessional. **Global & Interprofessional**, 2019.

LACKIE, K. *et al.* Interprofessional education and collaborative practice research during the COVID-19 pandemic: Considerations to advance the field. **Journal of Interprofessional Care**, v. 34, n. 5, p. 583-86, 2020.

LANGLOIS, S. *et al.* The COVID-19 crisis silver lining: interprofessional education to guide future innovation. **Journal of interprofessional care**, v. 34, n. 5, p. 587-92, 2020.

LEONARD, M.; GRAHAM, S.; BONACUM, D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. **BMJ Quality & Safety**, v. 13, n. Suppl 1, p. 185-90, 2004.

LUTFIYYA, M. N. *et al.* Setting a research agenda for interprofessional education and collaborative practice in the context of United States health system reform. **Journal of Interprofessional Care**, v. 30, n. 1, p. 7-14, 2016.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 18-37, 2018.

MURRAY-DAVIS, B.; MARSHALL, M.; GORDON, F. Becoming an interprofessional practitioner: factors promoting the application of pre-qualification learning to professional practice in maternity care. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 1, p. 8-14, 2013.

NEILY, J. *et al.* Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. **Jama**, v. 304, n. 15, p. 1693-00, 2010.

OANDASAN, I.; REEVES, S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, p. 39-48, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde uni-

versal. **Relatório da reunião**, Bogotá, Colômbia, 2017.

PARADIS, E. *et al.* Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, 1954-2013. **Medical Education**, v. 49, n. 4, p. 399-407, 2017.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525-34, 2018.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

RASELLA, *et al.* Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **Bmj**, v. 349, 2014.

REEVES, S. *et al.* A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. **Journal of Interprofessional Care**, v. 25, n. 3, p. 167-74, 2011.

REEVES, S.; MACMILLAN, K.; VAN SOEREN, M. Leadership of interprofessional health and social care teams: a socio-historical analysis. **Journal of Nursing Management**, v. 18, n. 3, p. 258-64, 2010.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional education: An overview of key developments in the past three decades. **Work-a Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation**, v. 41, n. 3, p. 233-45, 2012.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 185-97, 2016.

REEVES, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Medical teacher**, v. 38, n. 7, p. 656-68, 2016.

REEVES, S.; GOLDMAN, J.; ZWARENSTEIN, M. An emerging framework for understanding the nature of interprofessional interventions. **Journal of Interprofessional Care**, v. 23, n. 5, p. 539-42, 2009.

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.

SALAS, E.; ZAJAC, S.; MARLOW, S. L. Transforming health care one team at a time: ten observations and the trail ahead. **Group & Organization Management**, v. 43, n. 3, p. 357-81, 2018.

SILVA, J. **Interprofessional education in health and nursing in Primary Health Care** [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem; Universidade de São Paulo, 2014.

THISTLETHWAITE, J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. **Medical education**, v. 46, n. 1, p. 58-70, 2012.

WEST, M. A.; LYUBOVNIKOVA, J. Illusions of team working in health care. **Journal of health organization and management**, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Global strategy on human resources for health: workforce 2030**. Geneva: WHO, 2016.

XYRICHIS, A. Interprofessional science: an international field of study reaching maturity. **Journal of Interprofessional Care**, v. 34, n. 1, p. 1-3, 2020.

DA FRAGMENTAÇÃO À ATIVAÇÃO DE INTERFACES: ENTRECENAS NO APRENDER E FAZER SAÚDE

Ricardo Burg Ceccim

- **Fragmentação:** *repartição em bocados, fracionamento, segmentação, ato ou efeito de partição de um todo em fragmentos.*
- **Interface:** *tudo aquilo que é da ordem do contato, conexão entre diversidades, superfície de interação, comunicação, transversalidade, tradução, passagem.*
- **Entrecena:** *o que se passa entre as cenas, que se liberta das cenas como um intervalo, recolhe efeitos da cena que passou e anseios pela cena que virá.*

Fragmentação, interface, entrecena: é possível começar um texto com tópicos? A ideia é a de desafios de pensamento. Da repartição à ativação de superfícies de contato: a produção de núcleos de comum (ou “pequenas ordens”). Do ordenamento em fragmentos às linhas de transversalidade: novos regimes de pragmática. Dos fragmentos que estratificam identidades de “forma e conteúdo” à ativação das linhas de força que pedem configurações/território sempre novos: a emergência das interatividades do aprender e fazer. O oposto da repartição e dos fragmentos é o todo. O todo é como a multidão (*reunião do todo*). À multidão tudo comparece. A fragmentação é a *desunião* em pequenas partes ou bocados. Se a intenção for o múltiplo, o plural e o

contato com o universo, os fragmentos buscariam à multidão. Desfragmentando, à multidão tudo retorna.

É *da* ou *na* multidão que núcleos de comum se compõem, se desenham, se organizam: para uma luta, uma defesa de direitos, a criação de novas formas e novos conteúdos. Sendo núcleos de comum, já não são fragmentos. Não se desuniram, se nucleram, enquanto o comum vibra em comunidade. Os núcleos de comum, sempre que singularizam, provocam e repovoam a multidão. A multidão se amplia, se qualifica, e se redesenham outra vez outros e novos núcleos de comum (NEGRI, 2004; VIRNO, 2013). Essa relação não é dialética, é relação, talvez, coreográfica. Ou cartográfica. Uma vez que em tempo algum se trata de alcançar “a” melhor síntese, “a” superação, que nada seriam além de estratificações do possível. A multidão é o oceano de possíveis, a cada “figura da forma” (configuração) que dela sai, ainda resta um mar ou todos os mares. Sendo razoável admitir que toda forma ou conteúdo recortou um “dentro”, deixando um enorme “fora”.

A questão é que *tudo* deveria ser assim: vivo, em desejo de composição criativa e alegre, mais disposto à novidade, à inovação, à criação. *Tudo* quer dizer as instituições, as cidades, os cursos, as profissões, as escolas, os hospitais, as ciências. Por que será que um projeto criativo, quando diverso daquilo que já é conhecido, nos prende tanto a atenção, mesmo que por todo o mundo exista tanta repetição? Essa é a genealogia do poder. É assim porque existe o poder, a reserva de mercado, o abuso de poder, o sequestro da potência, a anulação da invenção de mundos, a imposição de regimes de verdade, a regulação pelos instituídos, a desconfiança na mudança, o descrédito na criação, a conservação de interesses. Os interesses pelo poder, em suas várias faces, levam ao instituído, às identidades, às profissões, às ciências, às disciplinas. É por isso que falamos em *disciplinarização*, por um lado, e em *problematização*, por outro.

Na multidão, as entrecenas são momentos de recolhimento, de configuração do “menor que a multidão”, geografias menores. Entrecenas são núcleos de comum ou comunidades de efeito da diversidade, da pluralidade, campos da “pequena ordem”. Não chegam a ser o meio, situam-se *entre*. Espaço de emoções, tensões, vibração sensível. As entrecenas dizem das cenas da vigência e das cenas em campo de possível, em devir, do que poderia vir à vigência. Na vigência, já não mais seriam devir, passariam à forma. É aí que recomeça a resistência ao devir. Queremos mudar, mas realizada a mudança, está pronto. Gostamos das estratificações, mais que das entrecenas. Resistimos a que as entrecenas gerem realidades e, mais ainda, a nos depararmos com (deixarmos ver, fazermos ver) novas e outras entrecenas. Contudo, muito da nossa produção científica é emitir, deixar ver e fazer ver as entrecenas. No aprender e fazer saúde, poderíamos citar inúmeras entrecenas e sabemos de quantos resistem à sua introdução de pequenas formas, pequenas ordens, geografias menores. Sobrevém a captura em uma forma fixa, disciplinariza-se, em uma verdade, em uma fragmentação do múltiplo e da multidão, removendo emoção, tensão, vibração, desativando o máximo de interfaces (porque são rastilhos de devir).

Do aprender e fazer em saúde, recolhemos o trabalho e o coletivo: trabalhar de comum acordo ou trabalhar-com o outro? Práticas fortemente colaborativas ou de ativa cooperação armam melhor as fronteiras interprofissionais ou interrogam essas fronteiras no interior de seus respectivos saberes-fazer? A definição de atribuições privativas das profissões serve ao projeto de formação e desenvolvimento profissional ou serve à delimitação de exclusividade sobre determinados campos de prática e, portanto, à perenidade das profissões? A profissionalização representa delimitação precisa de territórios de atuação ou capacidade de conexão com demandas pelos saberes profissionais? A atuação por categoria profissional responde à necessidade de

uma configuração estreita para cada fazer tecnocientífico ou à ampliação do contato com o acolhimento e situações complexas?

Começamos a falar em “interprofissionalidade”, uma condição principalmente emergente de entrecenas, mas a máquina de captura já impulsionou a interprofissionalidade a sinônimo de prática colaborativa, podendo se traduzir em educação interprofissional e em prática interprofissional. No campo da saúde, estão as profissões e essas são recortes disciplinares não apenas do conhecimento (para onde se pode dirigir a bateria da interdisciplinaridade), mas da organização das práticas de conhecimento e práticas do fazer em disciplinas da ciência, da regulação e regulamentação das práticas, dos modos de trabalhar e constituir instituições, ações e serviços, além da imposição de valores morais aos encontros, às trocas e às interações. Tudo isso é a disciplinarização. A interdisciplinaridade tem papel limitado, podendo ser uma entrecena. As práticas colaborativas entre profissões incluem tudo aquilo que pertence ao campo da saúde, onde núcleos profissionais cooperam, sendo tais núcleos nada de núcleos de comum, mas núcleos de identidade, fragmentos. Tudo aquilo que podemos desenvolver como “núcleo comum” ou tudo aquilo que podemos realizar mediante apoio ou que não temos autonomia, exceto como membros de uma equipe, pode ser prática interprofissional.

Contudo, a regulamentação de uma atividade profissional serve à reserva de mercado ou à proteção dos usuários das práticas regulamentadas? A ampliação da capacidade de resposta profissional resulta da elevação da possibilidade de responder sozinho às demandas em saúde ou da potência de interação entre profissionais e entre profissionais e usuários? A elevação da qualidade da atenção à saúde está na profissionalização focada nos interesses das respectivas corporações ou centrada nas necessidades dos usuários, num compromisso com a resolubilidade e a integrali-

dade? São caminhos entre outros, mas que têm afrontado com propostas os dilemas perpetrados por tais perguntas. Entrecenas se insinuam.

PASSADO NACIONAL DAS GEOGRAFIAS MENORES: PROBLEMATIZAÇÕES EM LUGAR DE ESTRATIFICAÇÕES

Insistentemente falamos da fragmentação, mas pergunta-se: conservamos um desejo ativo, operativo e deliberado por superá-la? A Educação Permanente em Saúde (EIP) é uma importante passagem para a composição do trabalho integrado em equipe, atualização em conhecimentos e práticas, interrogação do processo de trabalho e expansão das potências da ação profissional, mas todos os nossos saberes precisam ser interdisciplinares, independentemente de profissão; sequer é possível que somente com saberes sanitários venhamos a dar conta das necessidades sociais daqueles que procuram por serviços de saúde. A problematização proporcionada pela Educação Permanente em Saúde (se e quando levada a sério) ganha um patamar de tomada de consciência e de desafio sobre como produzimos realidades e como as realidades nos produzem. A EIP aporta registro intelectual de informação nova, experimentação corporal de mutação de saberes ou valores, convoca nossa experiência diante dos vários usuários que passam por nós e desfaz verdades ao recolocar as perguntas que as geraram. Isso é a problematização (CECCIM, 2005).

Há três autores que problematizaram de modo inaugural um aspecto focal da educação e trabalho na saúde, na mesma época: Gastão Campos, Marina Peduzzi e Emerson Merhy. Chega um ponto em que questionam trabalho e interação, subjetividade e administração de pessoal ou, ainda, modelo tecnoassistencial e intervenção cuidadora. Quais são os acompanhamentos da formação e da gestão

do trabalho que compõem a integralidade do cuidado? O máximo da qualidade no trabalho em saúde é alcançado quando temos um profissional de cada categoria disponível para cada usuário? Campos, Peduzzi e Merhy se fizeram essas perguntas, não estavam contentes com conceitos dados, era preciso pesquisar e escrever desde o incômodo.

Um autor de dizer desafios e provocar ações, Campos dizia que a maioria dos profissionais não trabalhava se encarregando integralmente dos casos e, em decorrência, a responsabilidade sobre o processo saúde-doença era baixa e precária. Exemplificava que especialistas e profissionais de diferentes profissões são responsabilizados por realizar algum tipo de procedimento característico do seu núcleo profissional, quase nunca pensando e agindo sobre a história de vida das pessoas. A tomada de decisão sobre diagnóstico ou intervenções terapêuticas costumava ser solitária e raramente realizada em grupo. A estrutura organizacional dos serviços de saúde não estimulava a troca de opinião quer entre pares, quer entre distintas profissões. A “máquina organizacional” em funcionamento nos serviços de saúde produzia fragmentação e dificultava ou mesmo impedia o trabalho interprofissional. Para resolver esse impasse, sugeriu trabalhar com uma matriz organizacional: no sentido vertical, dispor equipes de referência; no sentido horizontal, dispor uma linha de apoio. As indicações para a utilização de atividades dependeriam da articulação entre terapeuta de referência, profissional que oferece a atividade matricial e usuário. Assim, formulou a noção de campo e núcleo de competências, tanto conservando as identidades de cada profissão quanto empurrando-as para superar a postura tecnoburocratizada, típica do modo tradicional de organizar os serviços de saúde (CAMPOS, 1998; 1999).

Envolvida com o estudo, formulação de conceitos e elaboração de traçadores sobre o trabalho em equipe, em todas as variações desta forma de atuação na saúde, Peduzzi, desde meados dos anos 1990, tem analisado concepções de

trabalhadores, docentes e pesquisadores, assim como buscado as evidências empíricas e históricas do caráter coletivo das atividades de cuidado e terapêuticas em unidades assistenciais do setor sanitário. A pesquisadora demonstrou as distinções entre uma “equipe agrupamento” e uma “equipe integração”, assim como os aspectos de complementaridade e interdependência, não só na atuação de generalistas, mas dos trabalhadores especializados. Ao longo de sua produção intelectual, tem mostrado que, no bojo da relação entre intervenção profissional e interação entre os agentes (trabalhadores de todos os âmbitos e os usuários), os profissionais constroem consensos interdisciplinares que configuram projetos assistenciais interprofissionais. Pode-se concluir, com base na leitura da autora, que na “integração de equipe”, como parte do “desenvolvimento do trabalho”, ocorre a articulação dos trabalhadores e se amplia a sua autonomia técnica. Também se compreende que a desigualdade valorativa na diferença técnica dos trabalhos especializados é aquilo que diminui a integração possível, mas que a reciprocidade entre intervenção e interação conduz ao trabalho coletivo, promovendo uma práxis interprofissional, ou seja, uma “atuação local” e uma “educação situada”, ambas centradas na cena de atenção (PEDUZZI, 1998; 2001).

Um pensador do trabalho e da formação em saúde, Merhy mostra como o conjunto dos trabalhos em saúde produz um produto, os atos de saúde, cada profissional considerado capaz de intervir naquilo que se denomina por problema de saúde. Contudo, supor que este processo permita a produção da saúde pode não ser verdadeiro, pois nem sempre esse processo produtivo impacta ganho dos graus de autonomia do usuário. Para atender em saúde, são mobilizados intensamente conhecimentos sob a forma de saberes profissionais, inscritos na forma de cada profissional pensar os casos de saúde e organizar a atuação sobre eles; entretanto, em qualquer abordagem assistencial de

um profissional junto a um usuário, produz-se um encontro de duas “pessoas” que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções. O desejável seria, então, uma equipe que criasse intersubjetivamente momentos interessantes de fala, escuta e interpretação, dos quais emergiriam acolhida, momentos de cumplicidade e responsabilização coletiva em torno do problema que vai ser enfrentado e momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produziriam relações de vínculo e aceitação. Levanta, então, a noção de que só uma conformação interprofissional é adequada a produzir qualidade no sistema, expressa em termos de resultados, como maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um grau maior de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo (MERHY, 1997; 1998).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da saúde trouxeram, em 2001, a nomenclatura das competências e habilidades gerais como área da saúde e as competências e habilidades específicas como a especificidade por categoria profissional. As Diretrizes usaram do modelo educacional do currículo baseado em competências intelectuais e habilidades ocupacionais, além de exatamente as três bases citadas: organização do trabalho em campo e núcleo, trabalho em *equipe integração* e dimensão cuidadora do fazer profissional em vista da integralidade da atenção. As Diretrizes registraram um corte histórico e epistemológico no aprender e fazer saúde: da fragmentação curricular, organizada com gênese e desfecho por ocupação profissional regulamentada (leia-se disciplina científica, disciplina profissional, disciplinarização dos conhecimentos e das práticas) ao ordenamento de perfis de egresso com base em competências intelectuais no campo da saúde (para que represente o pertencimento profissional a esse campo de conhecimentos e práticas) e habilidades no núcleo profissional (para que

represente domínio ocupacional em fazeres regulamentados). Ao propor uma pedagogia universitária pela interdisciplinaridade, as Diretrizes enunciaram a colaboração interprofissional, articulando a interdisciplinaridade no campo epistemológico, devido à integração de conhecimentos, e a interprofissionalidade no campo pragmático, segundo a colaboração que tem lugar no exercício do trabalho. Mesmo no componente de núcleo, aquelas Diretrizes afirmavam, em parágrafo único, uma noção que superava a de trabalho individual por profissão, afirmando o trabalho em equipe, a convergência das várias profissões, em favor da maior abrangência em acolhimento de necessidades e segundo a composição em ato das possibilidades à resolubilidade assistencial (BRASIL, 2001).

Quando as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 vieram, parecia que saltávamos das problematizações a uma estratificação que fosse patamar às problematizações de superior intensidade, tamanha sua defesa em projetos disruptores e que desdobravam os autores recém-citados. O que se foi vendo foi uma queixa insistente de não implementação e não implantação, necessidade de expansão e recriação até que, em desfecho, foram vistos dois processos: de um lado, diversas profissões copiando o trecho “em comum” para que pudessem usufruir das prerrogativas ofertadas pelo ordenamento da formação vigente no Sistema Único de Saúde (bolsas, estágios, programas de residência, oportunidades formativas e ocupacionais em serviço etc.), de outro, novas diretrizes com exatamente o abandono da noção de conhecimentos e práticas “em comum”, assim como o abandono da noção de conhecimentos e práticas de núcleo submetidos à noção de “em meio ao comum”. As profissões retomaram o “cérebro” monoprofissional.

PROBLEMATIZAR A DISCIPLINARIZAÇÃO E PROLIFERAR O MENOR: QUEM DERA!

Nenhuma das noções citadas – equipe integração; campo e núcleo de conhecimentos e práticas; dimensão cuidadora das intervenções; ou *competências e habilidades gerais e competências e habilidades específicas* – se equivalem, são contribuições ao pensamento, não prescrevem práticas, propõem-se a colocar em análise o trabalho e a formação em saúde. O núcleo comum das profissões, como nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, é móvel e é vivo, fazendo-se em ato, como na dimensão cuidadora das intervenções, mesmo que consumado em um plano programado de interfaces matriciais, como nas equipes de referência e apoio matricial, ou relativo à educação das profissões da saúde, apesar de nunca ter sido observada a previsão de educação interprofissional na avaliação institucional do ensino.

As profissões não preexistem às práticas, elas decorrem das práticas. Se as práticas já existiam antes de uma profissão, elas eram executadas por quem as aprendia/apreendia, valendo o domínio de competências e habilidades, não a posse de um título. Se o tratamento de doenças é objeto nuclear da medicina, não faz sentido supor que qualquer profissão de saúde esteja em serviços sanitários sem intenção de intervenção terapêutica; se o cuidado é objeto nuclear da enfermagem, não é razoável admitir que se diagnostica, prescreve e submete alguém a tratamento sem cuidar dessa pessoa, seus familiares e seu grupo social; se a escuta é objeto nuclear da psicologia, também é óbvio que não se pode cuidar e tratar sem escutar. É justamente porque mais profissionais sabem (vêm a saber) que uma categoria pode saber mais e é desafiada a saberes mais profundos. Ser membro de uma equipe sob práticas colaborativas, em “trabalho protegido”, em ação multiprofissional e interdisciplinar, reconhecendo a atuação em campo e núcleo de

conhecimentos e práticas, retira limites e habita potências de criação (CECCIM, 2017).

Aceitar que é assim e aprender a viver assim vai requerer a experiência da educação interprofissional. Não se derruba imaginários tradicionais sem práticas educativas correspondentes. Já a intersecção dos conhecimentos e habilidades das várias categorias profissionais responde ao objetivo de atender às necessidades em saúde, proteger estados saudáveis e promover a qualidade de vida. Não se renuncia alguma forma de atuar que implique o abandono do núcleo de conhecimentos de cada categoria profissional da saúde, senão que atuem em compatibilidade e compartilhamento da integralidade da atenção e do acolhimento. A lógica interprofissional cria condições mais favoráveis para o trabalho em equipe e permite tirar o melhor proveito possível dessa condição. Por si só, a expressão “práticas colaborativas” já diz muito (CECCIM, 2017).

Se o campo comum tende a ser aceito na noção de campo da saúde, o núcleo em comum entre as profissões ainda soa estranho, por isso, a linguagem da interprofissionalidade oferta exequibilidade e operacionalidade quanto ao agir profissional. Campo e núcleo apresentam faces em comum na elaboração de diagnósticos, indicação de condutas e realização de procedimentos de cuidado e tratamento; de educação, promoção e proteção da saúde ou de planejamento, gestão e avaliação em saúde. Ocorre um entrecruzamento das noções de disciplina, profissão, trabalho, uma vez que estes não são conceitos fixos. Pode-se “caminhar” com a noção de disciplina nas ciências (referida ao campo epistemológico, ou seja, ao conhecimento), sabidamente um recorte dos saberes em racionalidades, métodos e retórica; e com a noção de profissão no trabalho (referida ao campo pragmático, ou seja, ao fazer). Assim, assiste-se à separação dos conhecimentos em “áreas” e do fazer em “categorias ocupacionais técnico-científicas”. O tanto de sobreposição, intersecção e mesmo de identidade entre os conhecimentos

e os fazeres das várias categorias profissionais desenha interprofissionalidades “globais” (o comum das profissões) e “locais” (o comum emergente do agir protegido entre pares da ação de trabalho), somente “reais” no mundo do trabalho. A interprofissionalidade deve nos permitir pensar possibilidades atuais e aquelas em vias de atualização; deve provocar transformação e variação, ou seja, deve permitir e deve provocar “geografias-menores” da interdisciplinaridade e da multiprofissionalidade (CECCIM, 2017).

Não é razoável temer aquilo que provoca variação e cria devir, a própria interprofissionalidade resulta da ação multiprofissional em circunstância interdisciplinar. Ao habitarmos uma “geografia-menor”, aprendemos possíveis (possibilização da potência). Sua configuração passa a agir no pensar e potências se criam. Acontece que as profissões são vivas e se modificam, se atualizam, realizando inclusive resultado de pesquisa, experimentação e renovação. A interprofissionalidade é mote e potência de mais pesquisa, experimentação e renovação, não aniquilando as profissões; antes, aperfeiçoamento e elevação de suas competências e habilidades a patamares distintos, mais capazes de resolubilidade e interação com os saberes e fazeres no campo de ação em que se inscrevem ou inserem. Pode ocorrer que profissões se desfaçam, o que provavelmente resultará de sua incapacidade de pesquisa, experimentação e renovação. De todo modo, não faz sentido, no mundo do cuidado e da cura, que mais importante que as necessidades dos usuários das ações de saúde, estejam as necessidades de manutenção do modo corporativo de atuar ou a primazia de preservação de fronteiras profissionais que resultem em desenhos de profissão, não de atenção integral à saúde (CECCIM, 2018a).

Em documento de escrita anterior, sugeri a “entredisciplinaridade” como termo posto à disciplinarização dos saberes e das práticas, nem tema ao conhecimento ou saberes epistêmicos nem tema às profissões ou às competências por

profissão, mas “desconforto intelectual” com a ciência positiva e com a regulamentação das profissões, ou seja, defesa da ousadia e usufruto da autonomia intelectual para explorar as fronteiras usuais do conhecimento e das profissões (CECCIM, 2004). Retomei o tema em “O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área” (CECCIM, 2017). O desconforto intelectual é o estranhamento com regras e fronteiras, a efetiva problematização do sentido, da necessidade e da função das regras e fronteiras. A ousadia da autonomia intelectual é o acolhimento da inteligência que sobrevém da problematização: toda fronteira é uma “política de fronteira”, a imposição de uma realidade. A ousadia é assumir o valor da variação e criação do devir, nas ciências e em profissões, reconhecer contradições, paradoxos e conflitos, não pela dialética, mas pela virada nas políticas do poder, sua desengrenagem (CECCIM, 2018a).

Quando pensar e fazer dependem do criar, temos um agir: não temos as garantias do já sabido, experimentamos a potência do novo ou do atual. O prefixo “inter” indica no “interior de dois”, o prefixo “entre” não tem interior: entre-cena. No “entre”, a vibração do que finda, sem dizer tudo a que veio, e a vibração do que se anuncia, em expectativa e desejo, sem se saber o que virá. No *entre* somente existem as pistas do desejo e o jogo de quem habita a cena. A noção de entredisciplinaridade desafia ao exercício profissional em “zonas de intercessão”, não zonas de intersecção interdisciplinar ou interprofissional, antes a perda das linhas de fronteira quando se está em equipe, zona de tensão em favor da disruptura das formas prévias e zona de exigência de criação, assim como a ideia de uma clínica da integralidade. Não uma *Clínica Ampliada*, mas a da Grande Saúde, como em Friedrich Nietzsche, ou da Saúde como acontecimento, como em Jacques Derrida (BIATO, 2021).

APRENDER E FAZER SAÚDE: ENTRECENAS DE FORMAÇÃO E TRABALHO

Conforme Verônica Boix-Mansilla, William C. Miller e Howard Gardner (2000), por exemplo, os estudantes demonstram compreensão interdisciplinar, especialmente por meio da necessidade de integrar conhecimento e modos de pensamento de forma a criar produtos, resolver problemas e oferecer explicações sobre o mundo ao seu redor. Fronteiras flexíveis e permeáveis seriam, conforme Julie Thompson Klein (2004), uma melhor orientação para lidar com objetos complexos de conhecimento, que pertencem a diferentes níveis de realidade e que apresentam contradições, paradoxos e conflitos. Um postulado de coerência é acatar o futuro que nos convoca e não reagir ao futuro com a recuperação do conservadorismo. Nossas energias são mais potentes na fronteira, quando o fazer depende de criar (porque não temos as garantias do já sabido), do que quando estamos aboletados no centro de nosso conhecimento prévio e antecedente, onde somos talvez a majestade em nosso reino quando milhões de reinos corroem todo dia cada fronteira até que esse centro não possua mais qualquer sentido.

Nicole Rege Colet (2002), ao propor uma pedagogia universitária pela interdisciplinaridade, coloca a interprofissionalidade articulada no campo epistemológico, devido à integração de conhecimentos, e no campo pragmático, segundo a colaboração que tem lugar no exercício do trabalho. Uma noção que não supera a de trabalho multiprofissional e interdisciplinar quando se trata de afirmar que o trabalho em equipe requer e reconhece a convergência de várias profissões em favor da maior abrangência em acolhimento de necessidades e segundo a composição em ato das possibilidades à resolubilidade assistencial.

Antecedentes brasileiros foram intensos em projetos de ação, pesquisas, elaboração de teorias, formação docente, implementação de oficinas e congressos nacionais, registrando uma história material em favor da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade: Rede IDA, Projetos UNI, Rede UNIDA – desde 1985. O 1º Congresso da Rede UNIDA ocorreu em 1989. Um dos desafios da díade multiprofissionalidade e interdisciplinaridade ao longo desse tempo tem sido constituir consistência à interprofissionalidade: entendimento de que o trabalho em saúde requer uma equipe com a presença de várias profissões no campo, em atuação interdisciplinar e em construção contínua das práticas compartilhadas.

Na base nacional, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no Ministério da Saúde, alguns marcadores registram a maior história da díade multiprofissionalidade e interdisciplinaridade em constituição de consistência à interprofissionalidade: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, os Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e os Projetos de Educação pelo Trabalho em Saúde orientados à Interprofissionalidade (PET-Saúde/Interprofissionalidade). Futuras atividades de desenvolvimento de capacidades interprofissionais, interdisciplinares, de integralidade da atenção, sob a integração ensino e sistema de saúde e sob a interação universidade-sociedade representarão parceria embasada em realizações passadas e atuais.

Se já estavam e seguem em cena a proposta de campo e núcleo de conhecimentos e práticas como indicação viável à melhor organização da ação assistencial; a equipe integração em lugar da equipe agregado, a ênfase na dimensão cuidadora das intervenções, escapando do trabalho centrado nas doenças, mas não nas necessidades/direitos, procedimento-centrado e médico-centrado, como também o reconhecimento das *competências e habilidades gerais* (campo da saúde) e das *competências e habilidades específicas* (núcleos

profissionais), o que ainda estava de fora que justificasse a entrada no ensino e no trabalho do tema da educação e prática interprofissional a que temos chamado colaboração interprofissional ou interprofissionalidade?

No campo do trabalho, durante a última década, assistimos à introdução ou disseminação dos núcleos de apoio matricial às equipes de referência em atenção básica e dos supervisores clínico-assistenciais aos centros de atenção psicossocial, ambas estratégias organizadas como suporte e sustentação à ampliação dos escopos de prática dos profissionais apoiados ou supervisionados. O próprio escopo de práticas de várias profissões começa a ser discutido no dimensionamento de pessoal por serviços, redes e sistemas de saúde, assim como na sofisticação das competências e habilidades diante de parâmetros aos sistemas de diagnóstico de necessidades/direitos e sistemas cuidadores ou de acompanhamento (POSSA; GOSCH; FERLA, 2020). Um escopo de práticas designado por práticas avançadas, em várias categorias, vem introduzido por sistemas internacionais de modificação das habilidades e da autonomia em diagnóstico, prescrição e intervenção. São exemplos a introdução da Classificação Internacional de Funcionalidade, da Classificação Internacional de Diagnóstico em Enfermagem, da Sistematização da Assistência de Enfermagem e da Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância. Também está em voga a Gestão da Clínica, que enfoca fluxos, protocolos e diretrizes com prestações e procedimentos que são distribuídos para profissionais, equipes estratégicas, equipes especializadas, serviços e redes integradas de atenção.

Diante de tudo isso, fica fácil de falar em educação interprofissional, onde basta reunir mais de duas categorias em uma formação onde todos sejam instados ao aprender juntos, em compartilhamento horizontal e consciência do trabalho colaborativo em equipes multiprofissionais. Precisamos falar é da prática interprofissional onde ela difira de

prática em equipe e assuma que ela deve envolver na produção do comum as práticas privativas. Se não há prática colaborativa comprometendo componentes privativos de uma profissão ou, na pior das hipóteses, os componentes típicos ou identitários de uma profissão entre certos dois (no mínimo) profissionais de diferentes profissões não está havendo prática interprofissional. Nenhuma prática interprofissional nesse escopo, entretanto, acontece de modo espontaneísta, improvisado ou acrítico, acontece de modo regulado, regulamentado e acreditado. Quanto mais praticamos a colaboração interprofissional, mais sabemos sobre o que ela significa e até onde ela pode chegar. Assumir de antemão que a colaboração interprofissional não cogita interface com as práticas privativas é, desde antemão, estancar a potência de sua introdução no mundo das disciplinas e das pragmáticas.

ASSIM SENDO, CONCLUI-SE

As interfaces são inescapáveis no trabalho em saúde que se orienta pela integralidade e pela humanização: ciências sociais e humanas com ciências da saúde, ensino com trabalho, atenção com gestão, atenção e gestão com participação, multiprofissionalidade com interdisciplinaridade, clínica com sistema de saúde, acolhimento com política pública, disciplinarização com problematização, entre tantas. Como proposta, tudo é aceito, mas colocar os atributos privativos das profissões segue “cláusula pétrea”, justamente o ponto em que a interface das profissões geraria a interprofissionalidade, uma vez que fora desta região já estavam as competências e habilidades gerais, bem como a indicação de, nas competências e habilidades específicas, atender às necessidades sociais da saúde; orientar-se à organização do sistema de saúde; dedicar-se à integralidade da atenção,

qualidade e humanização do atendimento; e contemplar o trabalho em equipe (BRASIL, 2001). Que se trabalhe ou se deva trabalhar em equipe, é óbvio, o que não significa introduzir recursos objetivos de gestão da educação e do trabalho perfilados pela interprofissionalidade.

O suposto da interprofissionalidade pode ser apreendido ou presentido, simplesmente por intuição, mas não é indubitavelmente afiançável a sua presença na educação formal dos profissionais, na regulação normativa do trabalho e na auditoria das práticas de assistência, cuidado ou atenção em saúde. A presença da interprofissionalidade assinala a presença de conflitos, fustigamentos, disrupturas, desconfortos e borramentos, mas a interprofissionalidade é exigência ética. São grandes os limites da noção de campo e núcleo das profissões ante a transversalização da experiência afetiva de um trabalho vivo em ato (CECCIM, 2018b).

Se a ética é uma maneira de ser e conduzir-se, como enunciava Michel Foucault (2010), também envolve a objeção à explicação do conhecimento como representação de um mundo dado e recusa de que a ação aprendente seja adaptação a este mundo. A noção de competência ética demanda a capacidade de afetar e ser afetado, ser sensível aos signos do mundo. Indica, portanto, que a conduta ética exige um processo de aprendizagem. Esse é um processo simultâneo de compor a si mesmo e ao mundo. Virgínia Kastrup fala em “aprendizagem inventiva”, pois não se confunde nem com um processo de solução de problemas nem com a adaptação a um mundo preexistente: formulação impetuosa de uma pergunta ao pensamento, experiência de problematização (KASTRUP, 2007).

Por isso, invenção de si (um processo de subjetivação) e do mundo (núcleo de comum, geografia menor, pequena ordem). Francisco Varela insistia em não limitar a cognição a um processo de solução de problemas e introduziu o conceito de perturbação ou *breakdown* como uma espécie

de abalo no sistema cognitivo, um regime de verdade que desaba e permite que outros regimes ganhem passagem (VARELA, 1992). A competência ética não é antecedente e nem é dada; é emergência em meio à aprendizagem, é necessário um processo de problematização e ruptura para atingir o aprender que é próprio da competência ética. Isso inclui acompanhar os enunciados ainda permeados de dúvidas e hesitações. Podemos dizer que há entre disciplina- rização e problematização um movimento da fragmentação à ativação de interfaces, resultando na construção singular do aprender e fazer saúde: maneiras de pensar, agir e sentir, bem como produzir ensino, conhecimento e trabalho: entrecenas se insinuem.

REFERÊNCIAS

BIATO, E. C. L. Mil saúdes por vir: arte e escritura na docência. *Quaestio - Revista de Estudos em Educação* (Sorocaba), v. 23, n. 1, p. 133-51, 2021.

BOIX-MANSILLA, V.; MILLER, W. C.; GARDNER, H. On disciplinary lenses and interdisciplinary work. *In: WINEBURG, S. S.; GROSSMAN, P. M. (Ed.). Interdisciplinary curriculum: challenges to implementation*. New York: Teachers College Press, 2000. p. 17-38.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/ CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001, sobre as Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2001. Seção 1E, p. 131.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 229-266.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu), v. 9, n. 16, p. 161-68, 2005.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 259-278.

CECCIM, R. B. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. *In*: TOASSI, R. F. C. (Org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 49-67.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface** (Botucatu), v. 22, suppl. 2, p. 1739-49, 2018a.

CECCIM, R. B. Sobre adaptação, resistência e competência ética na interprofissionalidade (Réplica). **Interface** (Botucatu), v. 22, suppl. 2, p. 1760-62, 2018b.

CECCIM, R. B.; CYRINO, E. G. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área. *In*: CECCIM, R. B.; CYRINO, E. G. (Org.). **Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho [recurso eletrônico]**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 4-26.

COLET, N. R. **Enseignement universitaire et interdisciplinarité: un cadre pour analyser, agir et évalue**. Bruxelles: Boeck & Larcier, 2002.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

KASTRUP, V. **A invenção de si e do mundo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

KLEIN, J. T. Prospects for transdisciplinarity. **Futures** (London), v. 36, n. 4, p. 515-26, 2004.

MERHY E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no modo de trabalhar a assistência. *In*: REIS, A. T.; SANTOS, A. F.; CAMPOS, C. R.; MALTA D. C.; MERHY E. E. (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

NEGRI, A. Por uma definição ontológica da multidão. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 19-20, p. 15-26, 2004.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

POSSA, L. B.; GOSCH, C. S.; FERLA, A. A. Planejamento e dimensionamento da força de trabalho: uma ferramenta-dispositivo para a gestão do trabalho e da educação da saúde. *In*: POSSA, L. B.; TREPTE, R. F.; GOSCH, C. S.; FERLA, A. A. (Orgs.). **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo**. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 32-53. E-book: PDF.

VARELA, F. **Sobre a competência ética**. Lisboa: Edições 70, 1992.

VIRNO, P. **Gramática da multidão**: para uma análise das formas de vida contemporânea. São Paulo: Annablume, 2013.



EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: REPERCUSSÕES NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA A SAÚDE COLETIVA

Otávia Cassimiro Aragão

Karina Oliveira de Mesquita

Marcelo Viana da Costa

Maria Adelane Monteiro da Silva

Lielma Carla Chagas da Silva

Maria da Conceição Coelho Brito

Maria Socorro de Araújo Dias

INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva no Brasil se origina na década de 70, vinculada à luta pela democracia e ao movimento da Reforma Sanitária. Nesse período, a atuação em equipe se apresentava como premissa ao enfrentamento dos problemas de saúde e as fragilidades da formação dos trabalhadores permeavam os debates sobre integralidade (SANDELOWSKI; BARROSO, 2003; OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Desafios como os elencados ultrapassam o cenário brasileiro. A Organização Mundial da Saúde (OMS) traz como reflexão que os sistemas de saúde em todo o mundo seguem fragmentados e com impasses para gerenciar imperativos de saúde não atendidos, de modo que a força de trabalho é continuamente impelida a atuar frente a problemas de saúde cada vez mais complexo. Formadores de políticas públicas vêm procurando estratégias inovadoras que ajudem a desenvolver políticas e programas motivadores para qualificar os profissionais da saúde para essas demandas (OMS, 2016).

Foi na busca pela reorientação da formação profissional e das práticas de Saúde que emergiu a Educação Interprofissional (EIP). Após meio século de pesquisas, a EIP tem sido altamente recomendada por promover uma prática colaborativa eficaz que, por sua vez, fortalece os serviços, tornando ótimos os resultados na saúde (UCHÔA, 2018).

Reconhece-se, portanto, que a EIP se alia aos interesses da Saúde Coletiva em sua orientação teórica, metodológica, política e social (FERREIRA; CUNHA; BASTOS, 2015), pois consiste em um conjunto de intervenções em que membros de mais de uma profissão aprendem, conjuntamente e de forma interativa, sobre os outros, com os outros e entre si, para possibilitar a efetiva colaboração com o explícito propósito de melhorar a saúde e bem-estar dos pacientes (REEVES *et al.*, 2016). A interprofissionalidade é orientadora das práticas em Saúde Coletiva, por isso atrai diversas categorias profissionais, que buscam em conjunções interdisciplinares e reflexivas superar, dialeticamente, o modelo biomédico.

Para o fortalecimento da EIP no Brasil, desde 2016, a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS), amparada pela Rede Regional de Educação Interprofissional em Saúde da América Latina, conecta ensino, pesquisa e práticas em saúde, ampliando os

espaços de trocas de saberes e tornando notórias as políticas, projetos e movimentos da EIP e das Práticas Colaborativas na Saúde (KHALILI *et al.*, 2019).

Ademais, outras iniciativas no país estão presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Cursos da Saúde e na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (COSTA, 2017). Ressente-se que, nos anos mais recentes, existe uma descontinuidade dessas estratégias com impactos ainda não calculáveis. Há, ainda, que se romper abordagens educativas que reverberam em divisões nos processos de trabalho. Os profissionais continuam sendo formados separadamente para, no futuro, atuarem juntos. Incoerência que traz importantes implicações.

O exposto permite anunciar ser essencial transpor a ideia de ações pontuais, como cursos isolados, componentes curriculares optativos e extensões, exclusivamente realizadas por esforços pessoais ou projetos provisórios. Essas estratégias assumem uma filiação personalizada, no formato de quem as conduz, com pouca ou nenhuma articulação organizacional, fragilizando-se (COSTA, 2017).

A EPI implica em transformações políticas, culturais e institucionais de modo a permitir que formandos tenham experiências interprofissionais consolidadas (KAHALEH *et al.*, 2015). Diante do exposto, é necessário investir em análises capazes de suplantar as persistentes lacunas dos substratos teórico-metodológicos e *modus operandi* para a incorporação da EIP. Logo, este estudo teve o objetivo de sintetizar evidências científicas das repercussões da EIP na formação dos profissionais para a Saúde Coletiva.

METODOLOGIA

Revisão Sistemática (RS) com metassíntese, desenvolvida de agosto de 2018 a setembro de 2019. A RS permite a reunião objetiva de evidências, resolve discordâncias entre estudos primários e responde a lacunas específicas. Segundo Vosgerau e Romanowski (2014), as RS se classificam entre as que mapeiam (estados da arte e estados do conhecimento) e as que avaliam e sintetizam (metanálise e metassíntese qualitativa). A metassíntese qualitativa é uma metodologia oriunda de pesquisas internacionais, sendo mais utilizada na área da saúde; portanto, delineou-se por essa categoria.

A metassíntese identifica as possíveis melhorias que podem ser efetuadas nas teorias, nas metodologias e nas tendências de investigação, observando ainda quais aspectos necessitam ser abordados e aprofundados (ALENCAR; ALMOULOU, 2017). Além de interpretar diferentes vozes, participantes, histórias, crenças, visões de mundo, metodologias, filosofia e propostas que se relacionam a um mesmo fenômeno estudado, por meio da análise e da interpretação do revisor (LOPES; FRACOLLI, 2008).

Nesta RS, elegeram-se as etapas propostas pela pesquisadora Catherine Francis-Baldesari (2006), do Cochrane Centre, as orientações do método *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) e os critérios do *Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews* (AMSTAR 2) (SHEA *et al.*, 2017). As etapas do Cochrane Centre, de acordo com Francis-Baldesari (2006), compreendem: identificar o interesse intelectual e a finalidade da pesquisa, com base na relevância e na carência de integralizar os dados dispersos sobre o tema; decidir o que é proeminente aos interesses e, por conseguinte, os juízos críticos primários de inclusão dos estudos para a validação exaustiva da metassíntese, avaliando particularmente

a qualidade de cada um; leitura e releitura de estudos para ponderar os significados e as interpretações salientes, organizando resumos de modo a tornar os resultados mais acessíveis e sumarizados ao investigador; definir como os estudos estão conexos ao justapor os resultados dos estudos primários; elaborar novas afirmações, mais concisas e amplas que satisfaçam ao conjunto de resultados, conservando o contexto do qual se originaram; elaborar um novo esclarecimento, que seja equivalente a todos os estudos pesquisados, amparando as considerações de cada estudo, ou seja, o novo conceito precisa gerar outro nível de síntese derivada da análise e interpretações.

O objetivo do PRISMA é ajudar os autores no relato da RS, servindo à autoavaliação crítica. Suas etapas fundamentais são: registro e protocolo da RS em órgãos reguladores; rigor no estabelecimento de critérios de elegibilidade dos estudos; inclusão de fontes de informações com enfoque na busca de estudos finalizados; apresentação das estratégias de busca; seleção e extração das informações realizadas duplamente; avaliação do risco de viés em cada estudo; e avaliação do risco de viés entre os estudos (LIBERATI *et al.*, 2009).

O AMSTAR, por sua vez, é uma ferramenta de medição para avaliar a qualidade, classificando como “*moderate*” ou “*high*” as RS que: realizam uma busca abrangente em bases de dados essenciais para RS e específicas para o tema em estudo, além de incluir literatura suplementar; especificam o uso de documentos independentemente da sua situação de publicação; apresentam uma lista de documentos incluídos na RS; e utilizam uma ferramenta de avaliação de qualidade ou *checklist* (SHEA *et al.*, 2017).

Adotou-se como referência o fluxo proposto para metanálise por Sandelowski e Barroso (2003), que se inicia com a questão da pesquisa, seguida da definição das bases de dados por áreas de abrangência (nacionais, internacionais

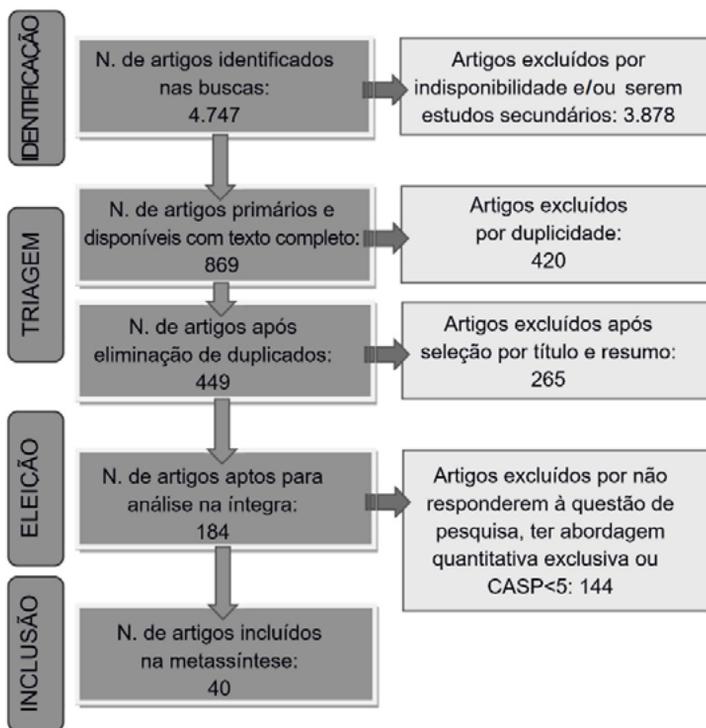
e específicas), escolha do tipo de estudo, da forma de coleta de dados, dos critérios de inclusão e exclusão, análise dos títulos, resumos e textos completos.

A questão da pesquisa foi formulada conforme recomendação do Joanna Briggs Institute (AROMATARIS; MUNN, 2020), que utiliza o acrônimo PICo (Participantes; Interesse; e Contexto de estudo). Gerou-se, portanto, a pergunta norteadora: Qual a repercussão da Educação Interprofissional na formação de profissionais de saúde para atuarem na Saúde Coletiva?

As buscas foram realizadas na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/Library of Medicine* (MEDLINE/PUBMED), *Scopus Preview* (SCOPUS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), utilizando os termos “Educação Interprofissional”, “profissional da Saúde”, “Saúde Coletiva”, “Saúde Pública”, “comportamento cooperativo” e “colaboração interprofissional”. Duas revisoras realizaram as buscas, de forma independente e, ao final, confrontaram os números obtidos. Nas discordâncias, uma terceira revisora foi consultada para a resolução. Foram selecionados os estudos que apresentaram descrição, precisão e coerência metodológica, sendo analisados por meio do *checklist* CASP quanto ao rigor, à credibilidade e à relevância (CASP, 2018)

Os estudos foram selecionados criteriosamente, sendo incluídos estudos primários, disponíveis na íntegra, que tivessem enfoque na EIP para a atuação em Saúde Coletiva, com abordagem qualitativa, publicados em qualquer idioma ou ano; e excluídos artigos que abordassem o modelo de educação cartesiano, duplicados, documentos secundários, sem relação com os objetivos da pesquisa e *overview*. Foram identificados 4.747 estudos, dos quais 40 atenderam aos critérios de elegibilidade. A Figura 1 apresenta o fluxograma do PRISMA para a seleção dos artigos.

Figura 1. Fluxograma do PRISMA para a identificação e seleção dos artigos da revisão sistemática.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Como este estudo foi subsidiado por dados de textos publicados em revistas científicas indexadas em bases de dados ou portais, divulgados na ampla mídia, obtidos de forma on-line e de acesso gratuito, considerando a Resolução n.º 510/2016 (BRASIL, 2016), que discrimina especificidades apontadas na Resolução n.º 466/2012 (BRASIL, 2012), não se fez necessária a apreciação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa. De todo modo, salienta-se que todo o zelo foi tomado no tratamento das informações

contidas nos estudos, assim como foi dado o devido valor, referenciando-se cada estudo consultado.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os artigos selecionados para esta metassíntese foram mapeados segundo sua localização geográfica. A amostra contemplou programas de EIP de quatro continentes: América do Norte, Europa, Ásia e América do Sul, concentrados nos EUA, Alemanha, Austrália, Canadá e Brasil, que juntos somam 81% dos achados. As 18 publicações brasileiras estão distribuídas entre as Regiões Sudeste, Nordeste e Sul, respectivamente com 9, 5 e 4 artigos; os estados de São Paulo e Ceará se destacam.

Os estudos foram codificados e organizados quanto à base de dados, título, autoria, outras referências (revista, ano, país) e aspectos metodológicos, de acordo com o Quadro 1.

Quadro 1. Distribuição dos artigos eleitos por base, título, referências e metodologia.

N	BASE	TÍTULO	AUTOR	REFERÊNCIA	MÉTODO
A1	LILACS	A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na APS.	Previato e Antoniasse	Interface 2018, BR/PR	Descritivo interpretativo
A2	SCOPUS	A análise de práticas profissionais como ferramenta de formação de residência multiprofissional.	Lago <i>et al.</i>	Interface 2018, BR/SP	Pesquisa-intervenção
A3	LILACS	Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial.	Wetzel <i>et al.</i>	Interface 2018, BR/RS	Avaliativo
A4	SCOPUS	Aprendizagem interprofissional em cuidados domiciliares para idosos: proporcionando atendimento ideal aos idosos.	Marinheiro, Bulsara e Saunders	Rev. Australiana de S. Primária 2014, Austrália	Projeto paralelo convergente
A5	PUBMED	De perto e real viver e aprender em uma comunidade remota constrói as capacidades culturais dos estudantes e a compreensão das disparidades de saúde.	Thackrah <i>et al.</i>	Int J Equity Health 2017, Austrália	Entrevista em profundidade
A6	PUBMED	Declaração de consenso internacional sobre a avaliação dos resultados de aprendizagem Interprofissional.	Rogers <i>et al.</i>	Medical Teacher 2017, Austrália	Colaborativo
A7	LILACS	Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e Interprofissional.	Lima <i>et al.</i>	Interface 2018, BR/SP	Documental
A8	PUBMED	Dia Simulado do Desastre: Beneficie-se das Lições Aprendidas Através dos Anos de Transformação dos Silos à EIP.	Livingston <i>et al.</i>	JSSH* 2016, EUA	Avaliativo
A9	SCOPUS	Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde.	Silva <i>et al.</i>	Rev. Esc. Enferm. 2015, BR/SP	Compreensivo e interpretativo

A10	LILACS	Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família.	Arruda <i>et al.</i>	Tempus, actas de saúde colet 2016, BR/CE	Estudo de casos múltiplos
A11	SCOPUS	Educação Interprofissional na pós-graduação <i>stricto sensu</i> : o olhar dos egressos.	Freitas, Demarchi e Rossit	Interface 2018 BR/SP	Exploratório-descriptivo
A12	SCOPUS	Educação interprofissional no programa PET-SAÚDE: Percepção de tutores.	Camara, Grosseman e Pinho	Interface 2015 BR/MG	Cunho narrativo
A13	SCOPUS	Educação Interprofissional: Aprendizado dos Alunos de Assistência Conjunta ao Paciente.	Gudmundsen <i>et al.</i>	Professions & Professionalism 2019, Noruega	Etnográfico
A14	PUBMED	Efeitos da educação interprofissional para estudantes de medicina e enfermagem: facilitadores, barreiras e expectativas para otimizar a futura colaboração interprofissional - um estudo qualitativo.	Homeyer <i>et al.</i>	BMC Nursing 2018 Alemanha	Método Delphi
A15	SCOPUS	Enfermeiros aprendendo colaboração interprofissional orientada para a família.	Taanila, Purola e Larivaara	Int J Circumpolar Health 2006, Filândia	Análise de conteúdo indutivo
A16	PUBMED	Ensine os alunos, capacite os pacientes, atue de forma colaborativa e atinja os objetivos de saúde: uma experiência clínica interprofissional precoce no tratamento transformado.	Castro <i>et al.</i>	Adv Med Educ Pract, 2019, EUA	Relato de experiência
A17	PUBMED	Envolvendo os profissionais da atenção primária na melhoria da qualidade: explicitando a teoria do programa de uma intervenção educativa interprofissional.	Vachon <i>et al.</i>	BMC Health Serv Res 2013, Canadá	Avaliativo - teoria do impacto

A18	PUBMED	Equipes de Saúde da Família: os profissionais de saúde podem aprender a trabalhar juntos?	Soklaridis e Research Associate at the Department of Family and Community Medicine at the University Health Network – Toronto Western Hospital and is currently a doctoral candidate in the Department of Public Health Science at the University of Toronto in Ontario	CanFam Physician 2007, Canadá	Com grupo focal
A19	PUBMED	Experiências e expectativas dos clínicos gerais e dentistas sobre a colaboração interprofissional: resultados de um estudo qualitativo na Alemanha.	Sippli, Rieger e Huettig	BMC Health Serv Res 2017, Alemanha	Não identificado
A20	LILACS	Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-SAÚDE.	Batista <i>et al.</i>	Interface 2015, Suécia	Documental
A21	LILACS	Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde.	Casanova, Batista e Moreno	ABCS Health Sci 2015, BR/MG	Exploratório descritivo
A22	LILACS	Grupo de pesquisa como espaço de aprendizagem em/ sobre EIP: narrativas em foco.	Rossit <i>et al.</i>	Interface 2018, BR/SP	Estudo de caso
A23	LILACS	Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para a EIP na graduação.	Ely e Ceriotti	Interface 2018, BR/RS	Estudo de caso
A24	LILACS	Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem.	Paro e Pinheiro	Interface 2018, BR/RJ	Exploratório fenomenologia

A25	SCOPUS	Juntos estamos, divididos nós caímos: Competências de prática colaborativa interprofissional das perspectivas dos profissionais médicos malaios.	Roslan <i>et al.</i>	J. Taibah Univ. Medical Sciences 2016, Malásia	Fenomenologia
A26	SCOPUS	Melhores práticas de preceptores em uma residência multiprofissional: interface com interprofissionalidade.	Arnemann <i>et al.</i>	Interface 2018, BR/RS	Investigação Apreciativa
A27	SCOPUS	Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS - Sobral, CE, Brasil.	Amaral <i>et al.</i>	Interface 2018 BR/CE	Relato de experiência
A28	SCOPUS	Motivação dos alunos para a colaboração interprofissional após a experiência em uma enfermagem de EPI: uma análise qualitativa emoldurada pela teoria da autodeterminação.	Visser <i>et al.</i>	Jornal Medical Teacher 2019 Holanda	Exploratório
A29	SCOPUS	O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em SF.	Arruda <i>et al.</i>	Interface 2018, BR/CE	Estudo de casos múltiplos
A30	SCOPUS	O PET-SAÚDE da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes.	Madruga <i>et al.</i>	Interface 2015, BR/NE	Não identificado
A31	PUBMED	O que e como os alunos aprendem em uma clínica interprofissional administrada por estudantes? Um quadro educacional para o atendimento em equipe.	Lie <i>et al.</i>	MedEduc Online 2016, EUA	Com grupo focal
A32	SCOPUS	O uso de PBL em um curso de educação interprofissional para estudantes profissionais de saúde.	L'Ecuyer, Pole e Leander	IJPB 2015, EUA	Análise de conteúdo
A33	SCOPUS	Percepção de estudantes de enfermagem e médicos noruegueses sobre o trabalho em equipe interprofissional: um estudo qualitativo.	Ingunn, Britt, Karina	BMC Medical Education 2014, Noruega	Grupos focais

A34	SCOPUS	Percepção de profissionais rurais sobre educação continuada interprofissional em saúde mental.	Church <i>et al.</i>	Health and Social Care 2010, Canadá	Com grupo focal
A35	PUBMED	Percepções de práticas exemplares sobre a obtenção de estruturas organizacionais na atenção primária.	Tubbesing e Chen	JABFM** 2015, EUA	Não identificado
A36	PUBMED	Posicionamento comunicativo da própria profissão em contextos interprofissionais.	Posenau e Peters	GMS J Med Educ 2016, Alemanha	Análise de conversação linguística
A37	PUBMED	Prática interprofissional em diferentes cenários de atendimento ao paciente: uma exploração qualitativa.	Diazgranados <i>et al.</i>	J Interprof Care 2018 EUA	Estudo de caso
A38	SCOPUS	Práticas colaborativas nas urgências em Saúde: a interprofissionalidade do Programa Permanecer SUS, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil.	Figueredo <i>et al.</i>	Interface 2018 BR/BA	Etnográfico
A39	PUBMED	Profissionais aprendendo juntos com pacientes: um estudo exploratório de uma aprendizagem colaborativa em Programa de Colaboração para Melhoria da Saúde.	Myron <i>et al.</i>	J Interpr of Care 2018 Inglaterra	Exploratório
A40	LILACS	Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos.	Miranda Neto, Leonello e Oliveira	Rev Bras Enferm 2015, BR/SP	Documental

* JSSH: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare;

**JABFM: The Journal of the American Board of Family Medicine.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A síntese derivada da análise e interpretações dos achados revela que para a Educação Interprofissional se concretizar como estratégia de formação de profissionais de saúde mais preparados para uma prática colaborativa, faz-se necessário o desenvolvimento de políticas públicas, investimentos em infraestruturas organizacionais e promoção de uma cultura de valorização da própria interprofissionalidade.

Merece atenção, portanto, o modo como profissionais de saúde estão se formando em uma área inovadora como a EIP, visto que, ainda que muitas profissões, juntas, solidifiquem uma base para a colaboração interprofissional, um elemento crucial para seu sucesso será o pleno apoio de líderes universitários, que valorizem programas de ensino de alta qualidade e que desejem disponibilizar tempo, bem como suporte humano e financeiro para garantir avanços expressivos na estrutura e pedagogia de seus cursos (PER-RI *et al.*, 2015).

Nos artigos selecionados, algumas intervenções de programas de ensino parecem contribuir para a implantação e sustentabilidade da EIP, tais como: revisões curriculares e interações de currículos dos cursos de graduação e pós-graduação; desenhos curriculares coerentes com a interdisciplinaridade; uso de projetos interdisciplinares do tipo guarda-chuva; matrizes curriculares com conteúdo teórico compartilhado; e desenvolvimento de competências comuns entre profissões distintas.

Há também desafios importantes anunciados, a saber: rigidez de diretrizes, normas e procedimentos nas instituições formadoras; déficit de recursos humanos; sobrecarga de trabalho; financiamento escasso; e estruturas departamentais que tendem a limitar o fluxo de relacionamentos entre os diferentes cursos da saúde.

Intervenções de longo prazo são imperiosas para amparar o complexo conjunto de mudanças implicadas pela EIP. Por isso, há a necessidade de estruturas organizacio-

nais, de gestão e pedagógicas que apadrinhem tal inovação. Esse suporte estruturante consiste em vários componentes para abordar as extensas questões logísticas e de recursos, incluindo apoiar o desenvolvimento do corpo docente e apoio institucional que endosse a EIP e que esteja sensível à utilização de metodologias progressistas, críticas, holísticas e plurais.

Quando considerados os resultados da EIP para os educandos, evidencia-se o acréscimo de competências que corroboram o Painel de Especialistas em Colaboração Educacional Interprofissional. Essas capacidades demonstradas foram associadas a um conjunto de: i) valores éticos, como o vínculo com a comunidade, respeito cultural, habilidades humanísticas, crítico-reflexivas e solidárias; ii) funções e responsabilidades ao compartilhar deveres, gerenciar habilidades e colaborar com outros profissionais para resolver problemas; iii) comunicação interprofissional à medida que valorizam a opinião de outra categoria profissional, compartilham informações com seus pares, demais membros da equipe de estudo ou trabalho, pacientes e família; e, iv) trabalho em equipe - ao serem inseridos em grupos heterogêneos e multidisciplinares, com clareza sobre suas próprias funções, valorizando o fazer do outro, contribuindo com o trabalho coletivo, tomando decisões e resolvendo problemas em comum acordo.

As evidências anunciam que os educandos em EIP apreciam o processo de aprender juntos, não apenas entre profissionais, mas também com os pacientes, familiares e cuidadores, cujos saberes foram considerados ferramentas de colaboração. Isso denota um aprendizado mais motivador do que o esperado em grupos formados exclusivamente por profissionais.

Ao se analisar a contribuição da EIP para a assistência, registra-se que grande parte dos programas envolveu o paciente e sua família no planejamento dos cuidados, tendo

implicações positivas no seu bem-estar. Os educandos foram estimulados a interagir frequentemente com pessoas que precisavam de cuidados de saúde, profissionais do ramo, diversos setores dentro da área da Saúde e até de áreas distintas. Isso pareceu implicar no fortalecimento da colaboração, na otimização dos atendimentos ao se minimizar sobreposição de atribuições ou retrabalhos e nas decisões de saúde compartilhadas e corresponsabilizadas.

Ademais, os artigos evidenciam algumas condições que favorecem processos e resultados da EIP na Atenção à Saúde Coletiva, dentre as quais estão: aproximação do objeto de interesse entre várias categorias profissionais da saúde; capacitação dos profissionais da educação e da saúde em EIP, anterior à imersão em campo de prática; desenvolvimento de habilidades de comunicação interprofissionais; oportunidades para a definição do papel de cada profissão na equipe (identidade profissional e complementariedade entre as categorias); processos de trabalho que estimulam a corresponsabilidade e interdependência profissionais; interação entre categorias profissionais generalistas e especialistas; realização de práticas colaborativas com inclusão dos recursos das próprias famílias para autocuidados de saúde; avaliação das competências adquiridas após inserção em programas de EIP com possibilidades de melhorias em ofertas futuras.

Considerando os serviços de saúde, a análise dos artigos permitiu averiguar que a EIP potencializou a(s): ressignificação da aprendizagem e do trabalho; intervenções de saúde com respeito à individualidade de cada paciente; assistência coordenada; ampliação da rede de referência para a resolução das demandas de saúde; motivação profissional; e satisfação da clientela.

Levantar evidências da efetividade da Educação Interprofissional pode contribuir para angariar novos adeptos. De igual modo, transformar programas de EIP bem-suce-



didados em sólidas políticas de formação profissional poderá gerar importantes implicações para Sistemas de Saúde comprometidos com a Saúde Coletiva. À medida que novas evidências sobre a EIP continuarem sendo documentadas, maiores serão as possibilidades para que os Sistemas de Educação e de Saúde possam implementá-la de maneira eficaz.

CONSIDERAÇÕES

O ineditismo e relevância desta metassíntese residem no fato de ser o primeiro estudo a analisar evidências científicas da repercussão da Educação Interprofissional na formação de profissionais de saúde para a atuação em Saúde Coletiva.

Alicerçar-se nesta metodologia beneficiou a revisão de dados sobre a EIP e a coletânea de evidências que contribuem para a reflexão sobre suas práticas e efeitos. O percurso metodológico adotado foi uma força neste trabalho, em especial os procedimentos que minimizaram os riscos de viés, potencializaram o processo analítico e fortaleceram a credibilidade dos resultados.

Foi possível reconhecer que, mesmo em face de estudos primários oriundos de contextos tão diferentes, a integração dos dados dispersos sobre o tema e a definição de suas conexões revelaram semelhanças tanto nas potencialidades quanto nos desafios da estratégia da EIP em âmbito mundial.

Ainda que uma única revisão, composta por 40 artigos, não implique em imediata generalização, as reflexões expressas têm o intuito de amparar e ampliar releituras das questões levantadas nos campos da Educação e da Saúde. Assim, os resultados poderão colaborar para a transforma-

ção das práticas em saúde promovidas pela EIP ao apresentar suas implicações na formação profissional e nos processos de trabalho.

Estudos adicionais, exploratórios e longitudinais, com métodos quantitativos, são incentivados a fim de avaliar os impactos em longo prazo na aprendizagem e nos cuidados de saúde prestados por quem teve a EIP incorporada ao seu processo formativo. Nessa análise, será imprescindível que se incluam todos os atores envolvidos.

As evidências apontam que a EIP contribui para uma aprendizagem efetiva que, por conseguinte, quando aplicada em contextos clínicos, poderá embasar uma colaboração interprofissional em todas as áreas, inclusive na Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, E. S.; ALMOULOU, S. A. A metodologia de pesquisa: metassíntese qualitativa, **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 25, n. 3, p. 204-20, set./dez. 2017.

AMARAL, V. F. *et al.* Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS – Sobral, CE, Brasil. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, 2018.

ARNEMANN, C. T. *et al.* Melhores práticas de preceptores em uma residência multiprofissional: interface com interprofissionalidade. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, 2018.

AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Eds.). **JBI Manual for Evidence Synthesis**. JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBI-MES-20-01>. Acesso em: 21 jan. 2020.

ARRUDA, G. M. M. S. *et al.* Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Tempus**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 187-214, dez. 2016.

ARRUDA, G. M. M. S. *et al.* O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 1, 2018.

BATISTA, S. H. S. S. *et al.* Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 19, supl. 1, p. 743-52, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016: dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.º 98, publicado em: 24 maio 2016, seção 1, p. 44-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: trata de pesquisas e testes em seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.º 112, 13 jun. 2013, seção 1, p. 59-62.

CAMARA, A. M. C. S.; GROSSEMAN, S.; PINHO, D. L. M. Educação interprofissional no programa PET-Saúde: Percepção de tutores. **Interface** (Botucatu), v. 19, supl. 1, 2015.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; RUIZ-MORENO, L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. **ABCS Health Science**, v. 40, n. 3, p. 229-33, 2015.

CASTRO, M. G. *et al.* Ensine os alunos, capacite os pacientes, atue de forma colaborativa e atinja os objetivos de saúde: uma experiência clínica interprofissional precoce no tratamento transformado. **Advances in Medical Education and Practice**, v. 10, p. 47-53, 2019.

CHURCH, E. A. *et al.* Percepção de profissionais rurais sobre educação continuada interprofissional em saúde mental. **Health and Social Care**, v. 18, n. 4, p. 433-43, jun. 2010.

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.

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP). **CASP Qualitative checklist**. Disponível em: <https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist.pdf>. Acesso em: 06 maio 2018.

DIAZGRANADOS, D. *et al.* Prática interprofissional em diferentes cenários de atendimento ao paciente: uma exploração qualitativa. **Journal of Interprofessional Care**, v. 32, n. 2, p. 151-59, mar. 2018.

ELY, L. I.; CERIOTTI, R. F. Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, p. 1563-75, 2018.

FERREIRA, J.; CUNHA, C. L. F.; BASTOS, L. L. O campo científico da Saúde Coletiva: apontamentos para o debate para a formação da pós-graduação stricto-sensu. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 1254-66, 2015.

FRANCIS-BALDESARI, C. **Systematic reviews of qualitative literature**. Disponível em: <https://libguides.scu.edu.au/c.php?g=356874&p=3038897>. Acesso em: 10 jan. 2019.

FIGUEREDO, W. N. *et al.* Práticas colaborativas nas urgências em Saúde: a interprofissionalidade do Programa Permanecer SUS, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, p. 1697-1704, 2018.

FREITAS, M. A. O.; DEMARCHI, G. S. S.; ROSSIT, R. A. S. Educação Interprofissional na pós-graduação stricto sensu: o olhar dos egressos. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, p.1647-59, 2018.

GUDMUNDSEN, A. C. *et al.* Educação Interprofissional: Aprendizado dos Alunos de Assistência Conjunta ao Paciente. **Professions & Professionalism**, v. 9, n. 1, 2019.

HOMEYER, S. *et al.* Efeitos da educação interprofissional para estudantes de medicina e enfermagem: facilitadores, barreiras e expectativas para otimizar a futura colaboração interprofissional – um estudo quantitativo. **BMC Nursing**, v. 17, n. 13, 2018.

INGUNN, A. A. S. E.; BRITT, S. H.; KARINA, A. A. S. E. Percepção de estudantes de enfermagem e médicos norueguês e sobre o trabalho em equipe interprofissional: um estudo qualitativo. **BMC Medical Education**, v. 14, n. 170, 2014.

KAHALEH, A. A. *et al.* An Interprofessional education panel on development, implementation, and assessment strategies. **American journal of pharmaceutical education**, Lincoln, v. 79, n. 6, p. 1-10, ago. 2015.

KHALILI, H. *et al.* **Interprofessional Research Global**. 2019. Disponível em: <https://interprofessional.global/research/>. Acesso em: 01 out. 2019.

LAGO, L. P. M. *et al.* A análise de práticas profissionais como dispositivo para a formação na residência multiprofissional. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, p. 1625-34, 2018.

L'ECUYER, K.; POLE, D.; LEANDER, S. A. O uso de PBL em um curso de educação interprofissional para estudantes profissionais de saúde. **IJPB**, v. 9, n. 1, mar. 2015.

LIBERATI, A. *et al.* The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. **PLoS medicine**, San Francisco, v. 6, n. 7, p. 1-28, jul. 2009.

LIE, D. A. *et al.* O que e como os alunos aprendem em uma clínica interprofissional administrada por estudantes? Um quadro educacional para o atendimento em equipe. **Medical Education Online**, v. 21, n. 10, 2016.

LIMA, V. V. *et al.* Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, p. 1549-62, 2018.

LIVINGSTON, L. L. *et al.* Dia Simulado do Desastre: Beneficie-se das Lições Aprendidas Através dos Anos de Transformação dos Silos à Educação Interprofissional. **The Journal of the Society for Simulation in Healthcare**, v. 11, n. 4, p. 293-98, 2016.

LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 771-8, out./dez. 2008.

MADRUGA, L. M. S. *et al.* O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. **Interface** (Botucatu), v. 19, supl. 1, p. 805-16, 2015.

MARINHEIRO, K. L.; BULSARA, C. E.; SAUNDERS, R. D. Aprendizagem interprofissional em cuidados domiciliares para idosos: proporcionando atendimento ideal aos idosos. **Revista Australiana de Saúde Primária**, v. 21, n. 3, p. 360-4, 2014.

MIRANDA NETO, M. V.; LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 68, n. 4, p. 586-93, 2015.

MYRON, R. *et al.* Profissionais aprendendo juntos com pacientes: um estudo exploratório de uma aprendizagem colaborativa em Programa de Colaboração para Melhoria da Saúde. **Journal of Interprofessional Care**, v. 32, n. 3, p. 257-65, maio 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Working for health and growth: investing in the health work force**. Genebra: OMS, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports/en/>. Acesso em: 25 jan. 2019.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-18, 2015.

PERRI, M. G. *et al.* Educação em saúde pública na Universidade da Flórida: sinergismo e inovação educacional. **Jornal de Saúde Pública**, v. 105, supl. 1, p. 83-7, mar. 2015.

REEVES, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME guide nº. 39. **Medical Teacher**, London, v. 38, n. 7, p. 656-68, 2016.

SANDELOWSKI, M.; BARROSO, J. Writing the proposal for a qualitative research methodology project. **Qualitative Health Research**, v. 13, p. 781-820, 2003.

SHEA, B. J. *et al.* AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. **BMJ**, v. 21, p. 1-9, 2017.

PARO, C. A.; PINHEIRO, R. Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, p. 1577-88, 2018.

POSENAU, A.; PETERS, T. Posicionamento comunicativo da própria profissão em contextos interprofissionais. **GMS Journal for Medical Education**, v. 33, n. 2, doc 27, 2016.

PREVIATO, G. F.; ANTONIASSI, V. D. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu), n. 22, supl. 2, p. 1535-47, 2018.

ROGERS, G. D. *et al.* Declaração de consenso internacional sobre a avaliação dos resultados de aprendizagem interprofissional. **Medical Teacher**, v. 39, n. 4, p. 347-59, 2017.

ROSLAN, N. S. *et al.* Juntos estamos, divididos nós caímos: Competências de prática colaborativa interprofissional das perspectivas dos profissionais médicos malaios. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, v. 11, p. 533-40, dez. 2016.

ROSSIT, R. A. S. *et al.* Grupo de pesquisa como espaço de aprendizagem em/sobre Educação Interprofissional (EIP): narrativa sem foco. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, p. 1511-23, 2018.

SANTOS, W. M.; SECOLI, S. R.; PUSCHEL, V. A. A. A abordagem do Joanna Briggs Institute para revisões sistemáticas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, nov. 2018.

SILVA, J. A. M. *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, dez. 2015.

SIPPLI, K.; RIEGER, M. A.; HUETTIG, F. Experiências e expectativas dos clínicos gerais e dentistas sobre a colaboração interprofissional: resultados de um estudo qualitativo na Alemanha. **BMC Health Service Research**, v. 17, n. 179, 2017.

SOKLARIDIS, S.; OANDASAN, S. Equipes de Saúde da Família: os profissionais de saúde podem aprender a trabalhar juntos? **Canadian Family Physician**, v. 53, n. 7, p. 1198-99, jul. 2007.

TAANILA, A.; PUROLA, H.; LARIVAARA, P. Enfermeiros aprendendo colaboração Interprofissional orientada para a família. **International Journal Circumpolar Health**, v. 65, n. 3, p. 206-18, jun. 2006.

THACKRAH, R. *et al.* De perto e real viver e aprenderem uma comunidade remota constrói as capacidades culturais dos estudantes e a compreensão das disparidades de saúde. **International Journal for Equity in Health**, v. 16, n. 119, 2017.

TUBBESING, G.; CHEN, F. M. Percepções de práticas exemplares sobre a obtenção de estruturas organizacionais na atenção primária. **A revista do Conselho Americano de Medicina de Família**, v. 28, n. 2, p. 190-4, mar. 2015.

UCHÔA, P. A. **Estágio integrado em saúde e aprendizagem interprofissional: percepção dos discentes**. 2018. 100 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Maceió, 2018.

VACHON, B. *et al.* Envolvendo os profissionais da atenção primária na melhoria da qualidade: explicitando a teoria do programa de uma intervenção educativa interprofissional. **BMC Health Service Research**, v. 13, n. 106, 2013.

VISSER, C. L. F. *et al.* Motivação dos alunos para a colaboração Interprofissional após a experiência em uma enfermagem de EPI: uma análise qualitativa emoldurada pela teoria da autodeterminação. **Jornal Medical Teacher**, v. 41, p. 44-52, 2019.

VOSGERAU, R. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-89, jan./abr. 2014.

WETZEL, C. *et al.* Análise sobre a formação Interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. **Interface (Botucatu)**, v. 22, supl. 2, p. 1729-38, 2018. Disponível em: xx_eefab/territorio_e_territorializacao_na_atencao_basica.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

PROMOÇÃO DA LITERACIA PARA A SAÚDE E INTERPROFISSIONALIDADE: UMA REVISÃO DE ESCOPO

João Guilherme Bentes de Araújo Rodrigues

José Auricélio Bernardo Cândido

Italo Emanuel de Sousa Chaves

Paulo Roberto Pinheiro Brito

Milena Silva Costa

Maria Rosilene Cândido Moreira

INTRODUÇÃO

O conceito ampliado de Saúde desenvolvido em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, trouxe importantes discussões sobre o tema e lançou luz sobre a necessidade de se olhar o usuário além do modelo biomédico, superando o processo saúde-doença a partir de um ponto de vista puramente biológico e entendendo a influência dos determinantes sociais da saúde nos problemas de saúde e nos fatores de risco na população.

Assim, desafios que atingem as populações como a questão ambiental, saneamento básico precário, a escalada da

violência e das drogas, o sedentarismo, o nível educacional baixo, o individualismo, além das novas demandas que surgem de movimentos sociais, fazem instigar, em especial aos profissionais de saúde, a elaboração de estratégias de promoção à saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida.

Com essa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) e os demais níveis dos sistemas de saúde apresentam características de integralidade em que assumem e compartilham a responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos das ações promovidas para os usuários; a atenção à prevenção, ao tratamento e à reabilitação, quando indicada; e o trabalho em equipe (CAMARGO *et al.*, 2021).

Em 2014, foi redefinida a Política Nacional de Promoção da Saúde, que evidencia o conceito ampliado de saúde e traz o embasamento teórico da promoção da saúde, que consiste em:

um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014, p. 1).

Dentro desse contexto, a interprofissionalidade se consolida de forma evidente na APS, quando se observa, na Estratégia Saúde da Família (ESF), o trabalho em equipe, a qual é composta pelo médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, técnico de saúde bucal, além de fisioterapeutas, nutricionis-

tas e outros profissionais de saúde que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Entretanto, ao longo da história da APS, estudos sobre processo de trabalho da ESF revelaram diversos desafios para o exercício da interprofissionalidade, como a fragmentação no cuidado de usuários devido à falta de comunicação e planejamento da equipe, baixa coesão entre as categorias profissionais, desarticulação entre as atividades realizadas nos serviços de saúde, recursos humanos, financeiros e estruturas físicas limitadas para o trabalho efetivo, déficit de integração entre ESF, NASF e outros setores (PEDROSA; TELES, 2001; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018).

Com esse cenário, o trabalho da equipe de ESF tornou-se peculiar e com necessidades de mudanças na forma de atuação profissional e no fluxo organizacional dos serviços de saúde. É neste contexto que se revelou a importância da literacia em saúde, compreendida como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para compreender, agregar e utilizar a informação como forma de promover e manter uma boa saúde (OMS, 2013). Resulta da interação entre as aptidões dos indivíduos e os diversos cenários de saúde, permeados pelos sistemas de educação, os fatores sociais e culturais, que estão presentes nos domicílios, no trabalho e na comunidade (MEDICINE, 2004), configurando-se uma responsabilidade intersetorial e interprofissional.

É possível inferir que trabalhar literacia em saúde, no contexto da interprofissionalidade na ESF, pode ser uma importante estratégia de multiplicação de saberes e condutas. Além disso, a autonomia dos profissionais no cuidado de sua saúde poderá gerar uma percepção de valorização, melhorar indiretamente a produtividade no trabalho e ajudar na orientação, junto à comunidade, do conhecimento por eles adquirido.



No tocante às vantagens aos usuários atendidos pela equipe da ESF, a literacia em saúde fomenta um melhor prognóstico àqueles que conseguem adotar hábitos saudáveis e comportamentos preventivos contra agravos de saúde, a partir das orientações recebidas por tais profissionais (PASKULIN *et al.*, 2012). A Organização Mundial de Saúde (OMS) diz que quando a literacia em saúde estiver bem estabelecida dentro das populações, ela produzirá benefícios sociais, econômicos, ambientais e de saúde desses indivíduos (OMS, 2016).

Percebe-se que a literacia em saúde é importante para o bom desempenho da relação interprofissional da ESF e para o resultado da atenção à saúde da população adscrita. Dessa forma, os profissionais devem avaliar e promover a literacia em saúde no cuidado individual e coletivo, mas compreendendo que cada pessoa pode apresentar níveis diferentes de desempenho cognitivo para realizar as tarefas promotoras de saúde e práticas preventivas de doenças (QUEMELO *et al.*, 2017).

Assim, é fundamental que os profissionais da equipe da ESF sempre investiguem e desenvolvam os três domínios da literacia em saúde durante sua atuação, que são: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde. Cuidados de saúde contemplam a capacidade de compreender, interpretar e avaliar informações médicas ou parâmetros clínicos e tomar decisões. A prevenção da doença reflete a capacidade para obter informação sobre fatores de risco para a saúde, compreender e interpretar essa informação e aplicá-la numa situação real. Por fim, a promoção da saúde refere-se à capacidade para regularmente melhorar os seus conhecimentos, compreender e interpretar a informação para tomar decisões devidamente informadas (SORENSEN *et al.*, 2012).

Considera-se, portanto, que se o indivíduo apresentar boa literacia em saúde, ele terá mais competência, habili-

dade e empoderamento para saber se prevenir de doenças e agravos e promover a saúde, possibilitando um melhor autocuidado.

Frente a esse contexto e considerando que a promoção da literacia para a saúde ainda é um desafio no cotidiano do exercício das equipes da Estratégia Saúde da Família, o objetivo deste estudo foi investigar como a literacia em saúde vem sendo pesquisada em sua interface com a interprofissionalidade no contexto brasileiro.

MÉTODO

Estudo do tipo revisão de escopo, com o uso da metodologia População, Conceito e Contexto (PCC) para guiar a coleta de dados, realizado entre os dias 25 e 30 de abril de 2021.

Define-se revisão de escopo (*scopingstudy* ou *scopingreview*) como um tipo de estudo que busca explorar os principais conceitos do tema em questão, averiguar o estado da arte e apontar as lacunas de pesquisas relacionadas (PETERS *et al.*, 2020).

Neste estudo, a População está relacionada ao conjunto de publicações científicas nacionais e internacionais sobre interprofissionalidade e literacia em saúde, o Conceito englobou os termos da busca nas bases de dados e o Contexto foi a atuação dos profissionais de saúde no âmbito da literacia para a saúde individual e/ou coletiva. Nesse sentido, definiu-se como questão de pesquisa: Quais são as características das publicações científicas que versam sobre a atuação dos profissionais na promoção da literacia para a saúde no Brasil?

A busca da produção científica foi realizada em periódicos indexados nas bases de dados MEDLINE/PubMed e

Coleção *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) Brasil, pois essas plataformas apresentam publicações atualizadas e constituem veículos de publicação confiáveis. Foram selecionados estudos publicados nas línguas portuguesa e inglesa, por serem considerados os idiomas mais utilizados para artigos científicos na área da saúde.

Para a busca eletrônica, utilizaram-se os descritores “Relações Interprofissionais” e “Letramento em Saúde”, nos idiomas português e inglês. Os critérios de inclusão dos artigos foram: textos publicados nos últimos cinco anos; nos idiomas inglês ou português. Os critérios de exclusão foram: artigos incompletos, pagos e que não correspondessem ao escopo desta revisão.

A seleção dos artigos científicos foi realizada em quatro etapas, descritas a seguir. A 1ª Etapa resumiu-se à construção de uma cadeia de busca formada pela combinação dos descritores, já citados, os quais foram submetidos ao banco de dados relacionado. Na 2ª Etapa, aplicaram-se os filtros (disponibilidade de texto livre e completo; idiomas inglês e português; data de publicação nos últimos cinco anos), e os artigos que retornaram foram inicialmente armazenados em ordem sequencial em um documento de texto no software Word versão 2016 do pacote Office da Microsoft.

Ainda na segunda etapa, dois pesquisadores (IESC e PRPB), de modo independente, efetuaram a revisão cruzada do documento e a remoção das obras duplicadas, mantendo apenas um dos estudos. Em seguida, os títulos e os descritores foram lidos com o objetivo de verificar se os artigos correspondiam à questão de pesquisa.

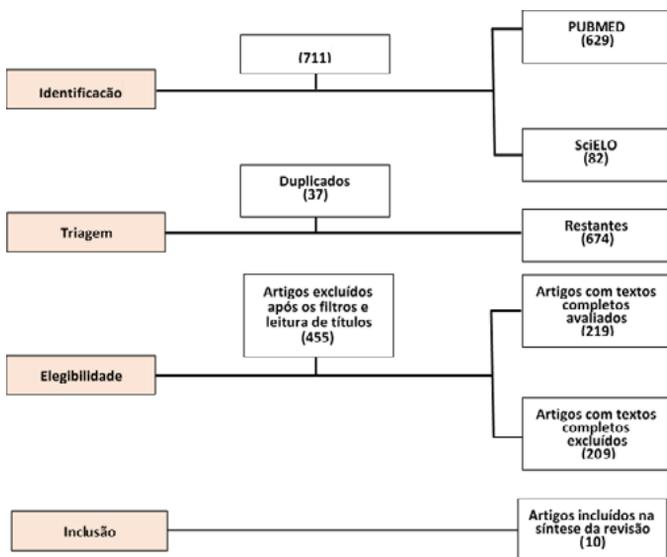
A partir dos artigos selecionados nas etapas anteriores, a 3ª Etapa foi executada por dois pesquisadores (IESC e PRPB), de maneira síncrona, por meio de videoconferência, na qual houve a leitura do resumo, da introdução e da conclusão de cada artigo para a identificação da relevância

deste para a pesquisa e se preenchia os critérios de inclusão ou exclusão.

Por fim, na 4ª Etapa, outros dois pesquisadores (MSC e MRCM) realizaram a leitura completa dos artigos pré-selecionados, identificando-se com mais precisão a sua relevância para a pesquisa e classificando o assunto central de cada estudo, conforme os domínios da literacia em saúde. Nesta última etapa, foram extraídos os dados relevantes para posterior análise. A extração de dados foi realizada por um único revisor (IESC), que também preencheu o banco de dados, constituído em forma de tabela, no software Excel, versão 2016, do pacote Office da Microsoft.

Dessa forma, a amostra final manteve-se em dez artigos, cujas etapas de seleção do material estão apresentadas no fluxograma (Figura 1), segundo o Modelo Prisma de *flow-diagram* (MOHER *et al.*, 2009).

Figura 1. Diagrama de fluxo com as etapas de seleção dos artigos, adaptado do PRISMA.



Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Para verificar a interface entre os termos de interesse deste estudo, dois outros pesquisadores (JABC e JGBAR) transcreveram os textos contidos nas conclusões dos dez artigos para arquivo de texto no programa Libre Office writer versão 5.4, no qual houve a remoção de caracteres especiais e uniformização de termos, resultando no *corpus* textual para a análise auxiliada pelo software livre IRaMuTeQ, versão 0.7 alpha 2, que implementa alguns tipos de análises baseadas em métodos estatísticos e de mineração de textos, como a Análise de Similitude.

Essa funcionalidade do IRaMuTeQ, delineada sob o formato de árvore de coocorrências, apresenta-se por uma imagem contendo palavras ou expressões interligadas por vértices, que representam os grupos de palavras mais associadas entre si (CAMARGO; JUSTO, 2013) e variam em tamanho e posição, anunciando diferentes graus de interconexão, no caso presente, a literacia em saúde e a interprofissionalidade.

Por tratar-se de pesquisa documental de textos do tipo domínio público, este estudo seguiu o que preconiza as Resoluções n.º 466/2012 e n.º 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, dispensando-se a necessidade de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Os dez estudos selecionados nesta revisão foram publicados e/ou disponibilizados no período de 2016 a 2021, sendo um artigo no ano de 2016, três no ano de 2017, dois no ano de 2019, três no ano de 2020 e um em 2021, até a data da coleta de dados. No que se refere à base de dados, cinco artigos foram indexados na base SciELO e cinco na PubMed.

O tipo de estudo mais utilizado foi a pesquisa quantitativa (seis artigos), seguida da revisão integrativa (três artigos) e revisão narrativa (um artigo). Cinco artigos foram publicados na língua vernácula, e os demais artigos, na língua inglesa.

Os instrumentos para avaliar a literacia em saúde nos artigos foram: testes de legibilidade do prospecto, teste de avaliação do letramento (SAHLPA-50), Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Cartão de Jaeger, Teste de Whisper, S-TOFHLLA, *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ), Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes e outros instrumentos elaborados de forma específica para a pesquisa. As três dimensões da literacia em saúde foram identificadas nos estudos, possibilitando sua categorização (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição dos estudos por título, ano de publicação e tipo de publicação.

ESTUDO	TÍTULO/ANO	OBJETIVO	DIMENSÃO DA LS
1	<i>Prevention literacy: community-based advocacy for access and ownership of the HIV prevention toolkit (2016)</i>	Avaliar a necessidade atual de alfabetização relacionada à prevenção do HIV	Prevenção da doença
2	Comprehension of the education hand out and health literacy of pacemaker users (2017)	Verificar a legibilidade do prospecto facilitador da aprendizagem e o nível de Letramento Funcional em Saúde (LFS) desejados, com marca-passo cardíaco (MP), e se há correlação entre a legibilidade e LFS	Cuidados de saúde

3	<i>Functional health literacy and adherence to the medication in older adults: integrative review (2017)</i>	Caracterizar a produção científica nacional e internacional sobre a relação do Letramento Funcional em Saúde e a adesão à medicação em idosos	Cuidados de saúde
4	<i>Health literacy for people living with HIV/Aids: an integrative review (2017)</i>	Analisar o conhecimento produzido por pesquisas sobre o letramento em saúde de pessoas com HIV/Aids	Cuidados de saúde
5	<i>Literacy in health and self-care in people with type 2 diabetes mellitus (2019)</i>	Avaliar o efeito de intervenção educativa na adesão às atividades de autocuidado e Letramento Funcional em Saúde no domínio numeramento em pessoas com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	Cuidados de saúde
6	<i>Functional Health Literacy in chronic cardiovascular patients (2019)</i>	Avaliar o LFS em pacientes com doenças cardiovasculares crônicas e possíveis implicações para a compreensão da doença e das orientações médicas e adesão às medidas propostas pelos profissionais de saúde	Cuidados de saúde

7	<i>Evaluating Health Literacy among Adolescent and Young Adult Pregnant Women from a Low-Income Area of Northeast Brazil (2020)</i>	Avaliar a alfabetização em saúde de jovens grávidas adolescentes (idades 13-18 anos) e um grupo comparável de jovens grávidas (idades 23-28 anos) de uma área rural no Nordeste do Brasil	Promoção da saúde
8	Functional health literacy in older adults with hypertension in the Family Health Strategy (2020)	Avaliar o Letramento Funcional em Saúde e os fatores sociodemográficos, de saúde, fontes de informação e meios de comunicação em saúde associados em pessoas idosas com hipertensão arterial atendidas na Estratégia de Saúde da Família	Cuidados de saúde
9	<i>Health literacy and quality of life in hospitalized heart failure patients: a cross-sectional study (2020)</i>	Avaliar o impacto da Literacia em Saúde na QV de pacientes com IC hospitalizados	Cuidados de saúde
10	<i>Patient Education in Orthopedics: the Role of Information Design and User Experience (2021)</i>	Enfocar os conceitos e métodos de Design da Informação para educação do paciente em ortopedia, tendo a osteoartrite como exemplo de aplicação.	Cuidados de saúde

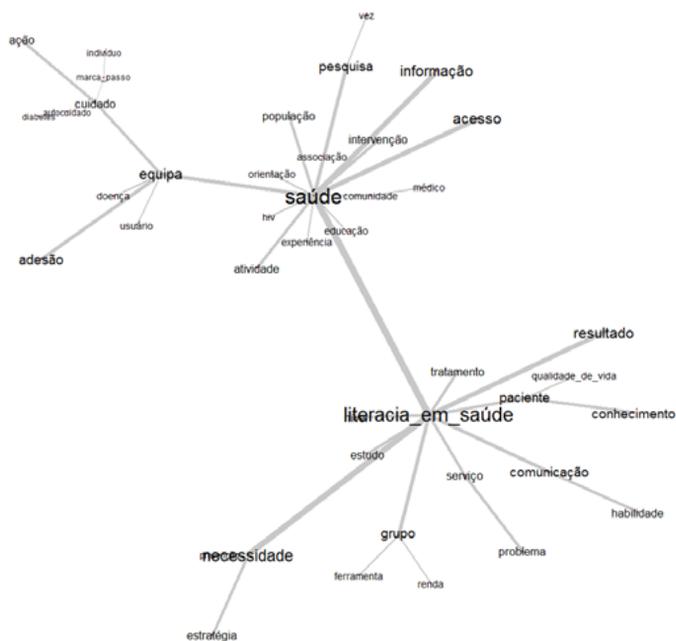
Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Nos artigos analisados, foram ressaltadas as palavras literacia em saúde (27 citações), saúde (25 citações), paciente (dez citações), resultado (nove citações), acesso (oito

citações), informação (oito citações), equipe (seis citações), pesquisa (cinco citações), prevenção (cinco citações), cuidado (cinco citações), adesão (cinco citações), conhecimento (quatro citações) e autocuidado (quatro citações), conforme é possível observar na árvore de similitude elaborada com o apoio do software IRaMuTeQ (Figura 2).

A estrutura da árvore de similitude possibilitou identificar nitidamente a existência de dois núcleos centrais com seus sistemas periféricos que emergiram das conclusões dos estudos, nos quais o termo “literacia em saúde” apresenta forte conexão com o léxico “saúde”, mas relação indireta com o termo “equipe”, clarificando os achados principais dos artigos analisados.

Figura 2. Árvore de similitude do *corpus* “literacia em saúde e interprofissionalidade”.



Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

DISCUSSÃO

Dimensões da Literacia em Saúde

Foi possível identificar nos estudos analisados as três dimensões da literacia em saúde, com destaque para a dimensão 1 – *cuidados de saúde*. A dimensão 2 – *prevenção de doenças* e a dimensão 3 – *promoção da saúde* foram expressas em apenas um artigo, respectivamente.

A maioria dos artigos categorizados na dimensão 1 trouxe a interface da literacia em saúde com doenças ou tratamentos de reabilitação, destacando os aspectos que envolvem orientações e esclarecimentos visando à melhoria dos cuidados de saúde pelos pacientes.

Um estudo (10) de revisão que investigou o uso de métodos de design da informação para a educação de pacientes com problemas ortopédicos verificou que o uso dessa estratégia pode favorecer os cirurgiões ortopédicos, fisioterapeutas e demais integrantes da equipe de saúde na promoção da literacia ortopédica junto a este público (GOLDCHMIT *et al.*, 2021). Outra revisão (Estudo 4) encontrou que a análise do letramento em saúde, status socioeconômico e nível educacional de pessoas com HIV/Aids foi essencial para a implementação de estratégias educacionais que aumentaram a adesão às orientações de saúde (CUNHA *et al.*, 2017).

Uma pesquisa (Estudo 5) de campo revelou que as intervenções educativas apresentaram efeito positivo na adesão ao autocuidado e letramento funcional em saúde de pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 atendidas na ESF (MOURA *et al.*, 2019). Quando tais intervenções não são abordadas, podem comprometer o autocuidado dos indivíduos, assim como aconteceu em uma pesquisa (Estudo 6) que avaliou a literacia em saúde de pessoas com doenças cardiovasculares e teve como resultado o déficit de compreensão da

doença, de orientações médicas e o não hábito de fazer perguntas aos profissionais no ato das consultas (CHEHUEN NETO *et al.*, 2019).

O letramento inadequado pode ser superado a partir de ações que busquem o desenvolvimento de habilidades dos usuários para o acesso à informação, aos serviços de saúde e à comunicação efetiva com a equipe de saúde (SANTOS *et al.*, 2017). Entretanto, considera-se, também, o nível de escolaridade e a idade como fatores que possam influenciar na forma de compreensão das informações para os cuidados em saúde. Essa realidade foi encontrada na pesquisa (Estudo 8) sobre literacia em saúde de idosos com hipertensão arterial atendidos na ESF, que revelou letramento inadequado na maioria dos participantes devido, principalmente, às variáveis sociodemográficas (LIMA *et al.*, 2020).

Aumentar a literacia em saúde envolve acesso, compreensão e avaliação das informações adquiridas, para que ocorram o aprendizado e a efetiva aplicabilidade desses aspectos na produção de uma vida mais saudável (MOREIRA; MARTINS, 2020). Nesse sentido, um artigo (Estudo 1) encontrado contemplou a *dimensão prevenção de doenças*, que revelou que o acesso à informação e aos insumos são as melhores formas de prevenção contra o vírus HIV/Aids (PARKER *et al.*, 2016).

Apenas um artigo (Estudo 7) enfocou aspectos de *promoção da saúde* e configurou a dimensão 3 da literacia em saúde. Nele, encontrou-se que gestantes adolescentes residentes em zona rural de um município do interior da região Nordeste brasileira têm menor conhecimento e acesso de informações sobre o ciclo gravídico-puerperal em comparação a outras gestantes adultas moradoras na mesma localidade. Como sugestão para melhorar os impactos dessa realidade, estratégias de promoção à saúde devem ser orientadas pelos profissionais de saúde nas consultas de pré-natal, por meio de uma linguagem simples e universal, para atender

às necessidades de educação em saúde de gestantes com baixo nível de letramento em saúde (FRANÇA *et al.*, 2020).

Literacia em saúde e interprofissionalidade

Entre os estudos analisados nesta revisão, os Estudos 2, 6, 9 e 10 reportaram a literacia em saúde como ferramenta de diagnóstico para subsidiar a atuação educacional de alguns profissionais, com destaque para aqueles da assistência hospitalar e especializada em reabilitação, como cirurgiões, fisioterapeutas e enfermeiros.

Por outro lado, foi identificado nos Estudos 3, 5 e 7 que, na ESF, o médico e o enfermeiro também atuam, com algumas limitações, para promover o letramento em saúde, seja por falha de comunicação entre a equipe, seja nos casos em que há usuários que apresentam dificuldade de adesão e continuidade de tratamento para determinadas doenças ou condições de saúde, devido a fatores como déficit cognitivo, idade avançada ou precoce, baixa escolaridade e interesse em conhecer os cuidados em saúde (LIMA *et al.*, 2020; MOURA *et al.*, 2019; FRANÇA *et al.*, 2020).

Para minimizar essas situações, é importante que esses profissionais promovam educação, comunicação e orientação aos usuários, utilizando-se de ferramentas que possibilitem o compartilhamento do interlocutor e a compreensão do receptor sobre a informação em saúde. Os resultados poderão ser promissores após a avaliação do plano de cuidado individual ou coletivo implementado. Espera-se que esses usuários manifestem empoderamento para o autocuidado.

Na análise de similitude do *corpus* textual analisado, os dois núcleos centrais apresentam aspectos de interconexão direta que delineiam como a literacia em saúde é requerida

nos diversos mecanismos de ação em saúde, que abrangem tanto a atenção individual quanto a coletiva.

Verifica-se, ainda, de modo graficamente oposto, o léxico “equipe” posicionando-se distante, caracterizando uma atuação profissional que não utiliza a literacia para balizar sua abordagem ao “usuário” quanto aos aspectos da “doença”, “adesão” ao tratamento ou “(auto)cuidado”, reforçando os resultados encontrados nos artigos científicos analisados.

As equipes de ESF precisam ser despertadas para criar intervenções educativas que visem não só abordar a doença, mas que tentem englobar ações a serem realizadas de forma contínua para atender às necessidades de alfabetização em saúde de seus usuários (MOURA *et al.*, 2019). Para tanto, elas precisam atuar de forma interprofissional para conseguir êxitos no letramento em saúde da comunidade adscrita.

CONSIDERAÇÕES

Esta revisão de escopo mapeou produções brasileiras publicadas em periódicos nacionais e internacionais acerca da literacia em saúde e sua interface com a interprofissionalidade. Embora o número de publicações finais analisadas tenha sido escasso, observa-se que algumas delas trazem aspectos da atuação dos profissionais de saúde em conexão com o objeto da literacia em saúde, que é a saúde individual e coletiva em suas dimensões de cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde.

Os resultados desta revisão precisam ser considerados à luz das suas limitações. Apesar dos autores terem planejado as estratégias de buscas, mediante consulta e utilização de descritores das ciências da saúde, é possível que artigos

científicos publicados por revistas nacionais ou internacionais indexados nas bases de dados exploradas não tenham sido identificados nesta revisão.

Por outro lado, este estudo apresenta pontos positivos que merecem ser destacados. Foi realizada uma pesquisa sistemática baseada em referências reconhecidas internacionalmente, como PRISMA-ScR e *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Utilizou-se software específico para a análise de material textual, que identifica a conectividade entre os termos relacionados ao material analisado, considerando o conteúdo semântico envolvido nos textos processados. Ademais, foi feito o uso de duas fontes de dados, uma de abrangência nacional e outra internacional, possibilitando ampla cobertura na busca dos trabalhos relacionados aos temas aqui estudados.

Percebe-se que o campo de estudo da literacia em saúde e sua interface com a interprofissionalidade requer mais publicações, refletindo uma grande lacuna para ser preenchida com pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

BISPO JUNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280310, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PnaPS: revisão da Portaria MS/GM n.º 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMARGO, P. N. N. *et al.* Estudo qualitativo da percepção de usuários hipertensos e diabéticos sobre saúde na Aten-

ção Primária. **Revista de Ciências Médicas**, [s.l.], v. 30, p. 1, 11 mar. 2021.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CHEHUEN NETO, J. A. *et al.* Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1121-32, mar. 2019.

CUNHA, G. H. *et al.* Health literacy for people living with HIV/Aids: an integrative view. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 180-88, fev. 2017.

FRANÇA, A. S. *et al.* Evaluating Health Literacy among Adolescent and Young Adult Pregnant Women from a Low-Income Area of Northeast Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 23, p. 8806, nov. 2020.

GOLDCHMIT, S. M. *et al.* Patient Education in Orthopedics: the role of information design and user experience. **Current Reviews In Musculoskeletal Medicine** [s.l.], v. 14, n. 1, p. 9-15, 6 jan. 2021.

LIMA, J. P. *et al.* Letramento funcional em saúde de idosos com hipertensão arterial na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, supl. 3, e20190848, 2020.

MEDICINE. **Institute of Health Literacy: A Prescription to End Confusion**. Washington: National Academies Press (Us), 2004.

MOHER, D. *et al.* Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the prisma statement. **Plos Medicine** [s.l.], v. 6, n. 7, p. 1-6, 21 jul. 2009.

MOREIRA, K. C. C.; MARTINS, R. A. S. A não vacinação dos filhos e a literacia para a saúde. **REFACS**, Uberaba, v. 8, p. 1055-63, Supl. 3, 2020.

MOURA, N. S. *et al.* Alfabetização em saúde e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 3, p. 700-06, jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Health literacy: The solidfacts**. Genebra: OMS, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>. Acesso em: 06 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Shanghai declaration on promoting health in the 2030 agenda for sustainable development**. Genebra: OMS, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>. Acesso em: 06 maio 2021.

PARKER, R. G. *et al.* Prevention literacy: community-based advocacy for access and ownership of the HIV prevention toolkit. **Journal of the International AIDS Society**, v. 19, n. 1, p. 21092, Sep 2016.

PASKULIN, L. M. G. *et al.* Health literacy of older people in primary care. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. spe. 1, p. 129-35, 2012.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-11, 2001.

PETERS, M. *et al.* Chapter 11: Scoping Reviews. **JBIManual for Evidence Synthesis**. [s.l.]: JBI, 2020.

QUEMELO, P. R. V. *et al.* Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. e00179715, 2017.



SANTOS, J. E. M. *et al.* Legibilidade de prospecto facilitador e letramento em saúde de indivíduos com marcapasso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 633-39, jun. 2017.

SORENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **Bmc Public Health**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 1-13, 2012.

TRABALHO EM EQUIPE, INTERPROFISSIONALIDADE E COLABORAÇÃO EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE ESTUDOS BRASILEIROS

Júlio César Guimarães Freire

Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Teodora Tchutchó Tavares

Laize Gabriele de Castro Silva

Franklin Delano Soares Forte

Marcelo Viana da Costa

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo é verificado o processo de transição demográfica, com envelhecimento da população e, conseqüentemente, mudanças no perfil epidemiológico, com a expressiva prevalência das doenças e condições crônicas (PEDUZZI *et al.*, 2020). Nesse contexto, a estrutura etária da população brasileira transformou-se de uma sociedade predominantemente jovem para um contingente de pessoas com 60 anos ou mais, e isso implicou a observação de um novo perfil de morbimortalidade associado (MIRANDA, 2015).

No entanto, nos países em desenvolvimento, essa transição ocorre de modo atípico, sendo expresso por uma tripla carga de doenças, ou seja, o predomínio de doenças crônicas aliado a uma não superação de doenças infecciosas, juntamente com o crescimento de causas externas derivadas da violência social. Assim, esses países apresentam um perfil de saúde heterogêneo, caracterizado por transformações complexas que impõem desafios relacionados à organização dos sistemas de saúde (MIRANDA, 2015; BORGES, 2017).

Esses complexos cenários epidemiológicos demandam novos arranjos dos sistemas de atenção à saúde (BORGES, 2017) com vistas a atender adequadamente a essas necessidades de saúde. Estudos recentes demonstram que o trabalho em equipe se configura como uma disposição organizacional que melhora tanto o desempenho dos trabalhadores quanto a prestação de cuidados aos usuários (RYDEN-FÄLT *et al.*, 2017; DAHLKE *et al.*, 2018; SCHMUTZ *et al.*, 2019; BULJAC-SAMARDZIC *et al.*, 2020).

O impacto das ações de saúde sobre o perfil de morbimortalidade da população pode ser relacionado ao potencial do trabalho em equipe em melhorar o acesso e a qualidade da atenção, além do custo-efetividade e a própria experiência do trabalho cotidiano por parte dos profissionais de saúde. Portanto, diante da crescente complexidade dos problemas de saúde, assim como dos seus fatores de risco, deve-se priorizar a organização dos serviços e sistemas com base em equipes, em todos os níveis de atenção (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Ao mesmo tempo em que se observa uma recente convergência para o trabalho em equipe, ocorre uma confusão conceitual do referido termo em relação à interprofissionalidade e à colaboração interprofissional. Peduzzi *et al.* (2020, p. 7), ao revisitar sua definição de trabalho em equipe, a concebe como um “trabalho coletivo que se configura na

relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos agentes envolvidos”.

O termo interprofissionalidade, por sua vez, está relacionado à “integração entre dois ou mais profissionais para atuarem de forma integral, contribuindo para o trabalho em equipe, reconhecendo a importância de cada profissional e atuando de forma dialógica para a melhoria da assistência à saúde” (BARBOSA *et al.*, 2020, p. 9). Por outro lado, sob uma perspectiva mais pragmática, a colaboração interprofissional descreve a interação entre trabalhadores de áreas distintas do conhecimento, aproximando-se das práticas participativas e de relacionamentos recíprocos que envolvem um constante processo de comunicação e de tomadas de decisão (MATUDA *et al.*, 2015; ELLERY; BARRETO, 2020).

Assim sendo, embora ainda não exista um consenso acerca dos conceitos apresentados, o trabalho em equipe abrange o processo de trabalho como um todo, enquanto a interprofissionalidade foca nas necessidades de saúde do usuário, sendo mediada pelos afetos na dimensão da subjetividade. Já a colaboração interprofissional, por sua vez, é onde ocorre o compartilhamento de ações, compreendendo todos os aspectos ligados à organização e à gestão do trabalho de equipe.

Com base nessa variação conceitual, faz-se necessário aprofundar o conhecimento sobre a referida temática a partir de uma revisão integrativa dos estudos brasileiros publicados na última década. Além disso, é válido ressaltar a relevância do trabalho em equipe e das suas variantes, visto que, atualmente, as ações de saúde devem ser organizadas levando-se em consideração o conceito ampliado do processo saúde-doença, o que demanda uma assistência integral, com o envolvimento de múltiplos atores. Explorar o conteúdo discutido pelos autores nos últimos anos torna-se fundamental para uma melhor compreensão do assunto,

bem como para a elucidação dos termos em destaque no objetivo do estudo.

Frente ao exposto, o objetivo desta revisão integrativa foi traçar um perfil das publicações científicas sobre trabalho em equipe, interprofissionalidade e trabalho colaborativo no Brasil.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que permite uma análise ampla e sistemática de dados produzidos por outros autores e divulgados em bases científicas. Além disso, a síntese de resultados de pesquisas relevantes facilita a incorporação de evidências, agilizando a transferência de conhecimento novo para a prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; RAMALHO NETO *et al.*, 2016). A pesquisa foi orientada pela seguinte pergunta: Qual é o perfil das publicações científicas sobre trabalho em equipe, interprofissionalidade e trabalho colaborativo no Brasil?

Para responder a essa questão, realizaram-se buscas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), por meio do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BI-REME), que reúnem um grande acervo de publicações da área da saúde.

Para a estratégia de busca dos artigos, foram utilizados os descritores padronizados pelo *Medical Subject Heading* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo os seguintes: 1) Relações Interprofissionais/*Interprofessional Relations/Relaciones Interprofesionales*; 2) Comportamento Cooperativo/*Cooperative Behavior/Conducta Cooperativa*; 3)

Equipe de Assistência ao Paciente/*Patient Care Team/Grupo de Atención al Paciente*. Na base MEDLINE, foram utilizadas palavras-chave em inglês, enquanto nas demais foram utilizadas palavras-chave em português, espanhol e inglês.

Além dos descritores, foram definidos os seguintes termos ou palavras-chave para a estratégia de busca por “Título, resumo, assunto”, nas línguas portuguesa e inglesa: trabalho em equipe/*teamwork*; trabalho colaborativo/*collaborative work*; trabalho interprofissional/*interprofessional work*; interprofissionalidade/*interprofessionality*; e colaboração interprofissional/*interprofessional collaboration*.

Os critérios de inclusão adotados foram os seguintes: artigos científicos nos idiomas inglês, português e/ou espanhol; disponibilizados na íntegra (texto completo); publicados entre 2010 e 2020; institucionalmente afiliados ao Brasil; e que abordassem a interprofissionalidade, o trabalho em equipe e/ou o trabalho colaborativo como objetivo do estudo. Já como critérios de exclusão, foram definidos: artigos que envolveram abordagem uniprofissional ou atividades de ensino e formação; com enfoque clínico ou terapêutico; publicações duplicadas, sem resumo ou texto completo disponíveis; não realizadas no contexto brasileiro; do tipo relato de experiência, ensaio reflexivo ou reflexão teórica, revisão bibliográfica, editorial, carta, artigo de opinião, comentário, biografia e produções acadêmicas como monografia, dissertação e tese.

Na etapa de categorização, os estudos foram organizados em uma tabela contendo as seguintes informações: título, ano, descritor ou termo, periódico, língua, país de publicação e endereço eletrônico (*link* da publicação). Para a seleção dos artigos, procedeu-se à leitura dos títulos e dos resumos e, considerando os critérios de inclusão e exclusão, os artigos foram lidos integralmente. Por conseguinte, todas as etapas foram concluídas de modo independente, por

dois pesquisadores devidamente treinados, não havendo discordância durante o processo.

Os resultados são apresentados de maneira descritiva, através da exposição dos dados relacionados aos artigos e da análise de conteúdo de tais estudos.

RESULTADOS

A busca nas duas bases de dados identificou 4.986 publicações, sendo 4.097 capturadas no LILACS e 889 no MEDLINE. Após a exclusão de 1.550 artigos duplicados, 3.436 foram selecionados para a leitura do título e resumo. Desse novo total, 2.828 artigos foram excluídos a partir dos seus títulos e resumos, considerando os critérios de inclusão e exclusão adotados.

Posteriormente à leitura dos objetivos das 598 publicações remanescentes, 549 foram excluídas por não evidenciarem a interprofissionalidade, o trabalho em equipe e/ou o trabalho colaborativo. Ainda, no que se refere à exclusão dos artigos, nove foram excluídos por destacarem a interdisciplinaridade e seus correlatos na definição dos objetivos do estudo. A partir dos critérios e procedimentos apresentados, foram incluídos 40 artigos nesta revisão, conforme sintetizado no Quadro 1, no qual são apresentadas as informações extraídas.

Verificou-se que 65% ($n=26$) dos estudos incluídos nesta revisão foram publicados no período de 2016 a junho de 2020, sugerindo o crescimento recente das temáticas em questão. Considerando a classificação de periódicos da Capes para o quadriênio 2013-2016, na área de avaliação da Saúde Coletiva, 77,5% ($n=31$) das publicações encontravam-se em periódicos classificados nos estratos A2 a B2 (A2=5%, B1=52,5% e B2=20%).

Foi possível identificar que 11 artigos (27,5%) apresentavam seu objetivo a partir do termo “interdisciplinaridade”, publicados, em sua maioria ($n=9$), entre os anos de 2016 a junho de 2020 (81,8%). O termo “trabalho em equipe” foi identificado no objetivo de 15 artigos (37,5%). Destes, nove publicados entre os anos de 2010 e 2015 (60%), e os demais, de 2016 a junho de 2020. Expressivos 62,5% ($n=25$) possuíam em seu objetivo os termos ou seus correlatos “interprofissionalidade” ou “colaboração” e essas publicações concentraram-se entre os anos de 2016 a junho de 2020 (80%).

Quadro 1. Artigos incluídos e informações extraídas.

Autor / ano	Objetivo(s)	Principais conceitos	Método(s) / Técnica(s) de pesquisa	Nível de atenção/ Local do estudo
Vendruscolo <i>et al.</i> (2020)	Analisar a implicação do processo de formação/ educação permanente dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (AB) para a sua atuação interprofissional .	Atuação interprofissional: WHO (2010). Trabalho em rede: Campos <i>et al.</i> (2014).	Qualitativo/ Entrevista	Primário/ NASF-AB
Bandeira <i>et al.</i> (2019)	Compreender as práticas colaborativas dentro das equipes interprofissionais para o acompanhamento odontológico pré-natal na atenção primária à saúde (APS).	Colaboração interprofissional: Araújo <i>et al.</i> (2017). Interprofissionalidade: Loch-Neckle <i>et al.</i> (2009).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	Primário/UBS
Cintra; Doricci; Guanaes-Lorenzi (2019)	Compreender como profissionais de saúde descrevem o trabalho em equipe e, ao mesmo tempo, ilustrar conexão entre essa descrição e o modo como operam como equipe.	Trabalho em equipe: Scherer <i>et al.</i> (2013); Doricci (2018). Interdisciplinaridade: Santos & Cutolo (2004).	Qualitativo/ Grupo de Discussão	Primário/USF
Condeles <i>et al.</i> (2019)	Identificar as percepções dos profissionais de saúde a respeito de trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família.	Trabalho em equipe: Peduzzi (2001). Processo de trabalho: Gonçalves (1992).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	Primário/ESF

Moreira <i>et al.</i> (2019)	Descrever e analisar estratégias de comunicação interprofissional efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos no trabalho hospitalar e promoção da segurança do paciente.	Comportamento antiprofissional: Oliveira <i>et al.</i> (2016). Comunicação interprofissional efetiva: Longo & Smith (2011).	Qualitativo/ Entrevista	Terciário/ Hospital público
Andrade; Garcia; Perez (2018)	Descrever uma rede local de promoção da atividade física e identificar os fatores associados ao trabalho em colaboração ou parceria entre os seus atores.	Rede/relação de colaboração: Newman (2010).	Quantitativo/ Entrevista	Primário/ Clubes, ONGs e Setor público
Arruda; Moreira (2018)	Analisar a percepção dos profissionais de saúde do NAI/UnATi/UERJ em relação à colaboração interprofissional , a fim de se compreenderem os sentidos da colaboração, a interação entre os profissionais e a produção do cuidado.	Colaboração interprofissional: D'Amour <i>et al.</i> (2005).	Qualitativo/ Análise documental; Entrevista semiestruturada	Secundário/ Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI)
Barros; Spadacio; Costa (2018)	Analisar os potenciais e desafios do trabalho interprofissional com as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no contexto da APS.	Trabalho multiprofissional: Agreli <i>et al.</i> (2017); D'Amour <i>et al.</i> (2005). Trabalho interprofissional: Barros <i>et al.</i> (2008).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	Primário/UBS

Bispo Júnior; Moreira (2018)	Analisar o cuidado colaborativo exercido entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes de referência, com base no Apoio Matricial.	Cuidado colaborativo: Mulvale <i>et al.</i> (2016). Apoio Matricial: Campos <i>et al.</i> (2014).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	Primário/ NASF e ESF
Escalda; Parreira (2018)	Identificar as dimensões do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas desenvolvidas por uma equipe de saúde da família em uma unidade básica de saúde.	Interprofissionalidade: D'Amour <i>et al.</i> (2008). Trabalho em equipe: Peduzzi (2001).	Qualitativo/ Observação participante	Primário/UBS
Farias <i>et al.</i> (2018)	Caracterizar a perspectiva interdisciplinar na ESF numa capital do Brasil, relacionando-a à interprofissionalidade .	Interdisciplinaridade: Japiassu (1976); Furtado (2009). Interprofissionalidade: Costa <i>et al.</i> (2015); Peduzzi <i>et al.</i> (2013).	Quali-quantitativo/ Questionário; Observação participante	Primário/ESF
Freire Filho <i>et al.</i> (2018)	Comparar atitudes em relação à colaboração interprofissional de profissionais de saúde componentes de equipes da Estratégia Saúde da Família, participantes do Programa Mais Médicos, bem como identificar fatores associados a atitudes de colaboração interprofissional.	Colaboração Interprofissional: PAHO (2017); Crisp & Chen (2014); Frenk <i>et al.</i> (2015). Interprofissionalidade: CAIPE (2017).	Quantitativo/Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI); Questionário	Primário/ESF

Peruzzo <i>et al.</i> (2018)	Aprender as percepções e vivências dos profissionais quanto ao trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família em um município de médio porte no Sul do Brasil.	Equipe interprofissional: Peduzzi <i>et al.</i> (2012); Gelbcke <i>et al.</i> (2012). Trabalho em equipe: Camello (2011).	Qualitativo/ Entrevista semi-estruturada	Primário/ESF
Previato; Baldissera (2018a)	Analisar a comunicação enquanto domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde no processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS).	Trabalho multiprofissional e interprofissional: Araújo <i>et al.</i> (2017).	Qualitativo/ Grupo Focal	Primário/UBS
Previato; Baldissera (2018b)	Analisar a Prática Interprofissional Colaborativa em Saúde na perspectiva de profissionais das equipes em atuação na Atenção Primária à Saúde (APS).	Prática Interprofissional Colaborativa em Saúde (PICS): WHO (2010); Matuda <i>et al.</i> (2015).	Qualitativo/ Questionário; <i>Photovoice</i>	Primário/UBS (ESF e NASF)
Reuter; Santos; Ramos (2018)	Analisar as inovações e os desafios apontados pelas coordenadoras da AB para o exercício interprofissional e intersetorial, e a importância dessas práticas como potencializadoras do cuidar e do ensinar a cuidar na APS.	Trabalho interprofissional: D'Amour <i>et al.</i> (2008); Peduzzi <i>et al.</i> (2013). Intersetorialidade: Teixeira & Paim (2000).	Qualitativo/ Entrevista	Primário/ Coordenação de Atenção Básica (CAB)

<p>Agreli; Peduzzi; Bailey (2017)</p>	<p>Explorar a Colaboração Interprofissional (CIP) em equipes de APS e compreender como a avaliação do clima da equipe pode fornecer <i>insights</i> sobre a CIP.</p>	<p>Colaboração interprofissional: Fox & Reeves (2014). Clima de equipe: Anderson & West (1998).</p>	<p>Quali-quantitativo/ Entrevista semiestruturada; Escala de Clima na Equipe (ECE)</p>	<p>Primário/ESF</p>
<p>Teixeira; Couto; Delgado (2017)</p>	<p>Analisar os facilitadores e as barreiras para o cuidado colaborativo entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi), no Rio de Janeiro/RJ.</p>	<p>Trabalho em rede: Duarte <i>et al.</i> (2010). Trabalho colaborativo: Bower <i>et al.</i> (2006).</p>	<p>Qualitativo/ Grupo Focal e Grupo de Intervenção</p>	<p>Primário e Secundário/ ESF e CAPSi</p>
<p>Araújo Neto <i>et al.</i> (2016)</p>	<p>Identificar a percepção dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sobre os fatores restritivos do trabalho em equipe multiprofissional.</p>	<p>Trabalho em equipe: Peduzzi (2001). Colaboração interprofissional: Pirolo; Ferraz & Gomes (2011).</p>	<p>Qualitativo/ Entrevista semiestruturada</p>	<p>Terciário/ Hospital público (UTI)</p>
<p>Barros; Ellery (2016)</p>	<p>Compreender a relação entre os profissionais de saúde, numa unidade de terapia intensiva, explorando a colaboração interprofissional.</p>	<p>Prática colaborativa: Ellery (2014). Colaboração interprofissional: WHO (2010); Pirolo <i>et al.</i> (2011).</p>	<p>Qualitativo/ Entrevista</p>	<p>Terciário/ Hospital público (UTI)</p>

Castro; Oliveira; Campos (2016)	Caracterizar as equipes e o processo de trabalho interprofissional do Apoio Matricial desenvolvido na Atenção Básica (AB) do SUS de Campinas (SP).	Apoio Matricial: Campos (1999); Campos (2007); Cunha (2011).	Quantitativo/ Questionário	Primário/ Serviços de Atenção Básica
Dias <i>et al.</i> (2016)	Analisar o nível de colaboração interprofissional no PSPE em um município de médio porte, na região do Nordeste brasileiro, a partir das dimensões e indicadores preconizados por D'Amour e Oandasan.	Colaboração interprofissional: D'Amour & Oandasan (2005). Trabalho em equipe: Marques <i>et al.</i> (2007).	Qualitativo/ Análise documental; Questionário	Primário/ PSPE (Projeto Saúde e Prevenção na Escola)
Faquim; Frazão (2016)	Descrever percepções e atitudes de profissionais da atenção primária sobre as relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal.	Colaboração interprofissional: Matuda <i>et al.</i> (2015); D'Amour <i>et al.</i> (2008); WHO (2010).	Quantitativo/ Entrevista semiestruturada	Primário/ESF
Goulart <i>et al.</i> (2016)	Identificar, junto à equipe multiprofissional, aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe em Unidade Coronariana.	Trabalho em equipe: Silva & Moreira (2015); Peduzzi (2001); Rissardo & Carreira (2014).	Quali-quantitativo/ Entrevista semiestruturada	Terciário/ Hospital público
Jacowski <i>et al.</i> (2016)	Descrever a percepção dos trabalhadores de equipes da Estratégia Saúde da Família sobre o trabalho em equipe .	Trabalho em equipe: Peduzzi (2001); Rose <i>et al.</i> (2007); Oliveira <i>et al.</i> (2011).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	Primário/ESF

Rocha; Barreto; Moreira (2016)	Analisar a colaboração interprofissional entre gestores e docentes de três IES privadas que adotam a ESF como campo de estágio curricular para os seus discentes, gestores e profissionais das equipes da ESF, em Juazeiro do Norte-CE.	Colaboração interprofissional: D'Amour <i>et al.</i> (2005); CAIPE (2012). Equipe interprofissional: D'Amour & Oandasan (2005).	Qualitativo/ Análise documental; Entrevista	Primário/IES e ESF (SMS)
Matuda <i>et al.</i> (2015)	Captar a percepção de profissionais que atuam na atenção primária à saúde (APS) sobre o trabalho compartilhado e a colaboração interprofissional .	Colaboração interprofissional: Feeley <i>et al.</i> (2005); D'Amour <i>et al.</i> (2005); Oandasan (2004); Way <i>et al.</i> (2001). Apoio Matricial: Campos (1999); Campos & Domitti (2007).	Qualitativo/ Entrevista	Primário/ NASF e ESF
Silva; Moreira (2015)	Desvelar o significado do trabalho em equipe dentro da complexidade de uma Unidade Neonatal.	Trabalho em saúde: Barros <i>et al.</i> (2007); Barros & Barros (2007); Bonaldi <i>et al.</i> (2007).	Qualitativo/ Observação participante; Entrevista semiestruturada	Terciário/ Hospital público (UN)

<p>Araújo; Galimbertti (2013)</p>	<p>Compreender o processo de colaboração interprofissional, no contexto do trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.</p>	<p>Colaboração interprofissional: D'Amour <i>et al.</i> (2005). Interprofissionalidade: D'Amour & Oandasan (2005).</p>	<p>Qualitativo/ Observação participante</p>	<p>Primário/ NASF</p>
<p>Gonçalves <i>et al.</i> (2013)</p>	<p>Investigar se uma intervenção de treinamento para aumentar a colaboração entre profissionais de saúde mental e atenção primária melhorou a detecção e gestão de problemas de saúde mental na APS em quatro grandes cidades do Brasil.</p>	<p>Cuidado colaborativo: Bower <i>et al.</i> (2006).</p>	<p>Quantitativo/ Questionário: <i>General Health Questionnaire</i> (GHQ-12)</p>	<p>Primário/ Serviços de Atenção Primária</p>
<p>Navarro; Guimarães; Garanhani (2013)</p>	<p>Compreender o significado do trabalho em equipe para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF).</p>	<p>Trabalho em equipe: Sousa & Hamann (2009); Ribeiro <i>et al.</i> (2004).</p>	<p>Qualitativo/ Entrevista semi-estruturada</p>	<p>Primário/ESF</p>
<p>Pereira; Rivera; Artmann (2013)</p>	<p>Analisar o trabalho em equipe multiprofissional em saúde com base no referencial teórico da teoria das conversações de Echeverria e nos critérios de análise construídos por Peduzzi.</p>	<p>Trabalho em equipe (multiprofissional): Peduzzi (2001); Peduzzi (2007).</p>	<p>Qualitativo/ Entrevista semi-estruturada Observação participante/direta</p>	<p>Primário/UBS</p>

Silva; Oliveira Filho (2013)	Analisar as produções discursivas de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial sobre o processo de atuação em equipe .	Trabalho em equipe: Peduzzi (2001).	Quantitativo/ Entrevista semi-estruturada	Secundário/ CAPS
Duarte <i>et al.</i> (2012)	Apreender o trabalho em equipe a partir da prática dos profissionais em uma instituição de saúde.	Trabalho em equipe (multi-profissional): Peduzzi (2001); Peduzzi (2007); Fortuna <i>et al.</i> (2005).	Qualitativo/ Grupo de Discussão (Comunidade Ampliada de Pesquisa)	Terciário/ Hospital filantrópico
Uchôa <i>et al.</i> (2012)	Discutir avanços e desafios do trabalho em equipe multiprofissional na reabilitação infantil.	Trabalho em equipe: Peduzzi (2001); Peduzzi (2007). Integralidade do cuidado: Pinheiro (2007); Pinheiro & Mattos (2004).	Qualitativo/ Entrevista semi-estruturada	Secundário/ Centro de Reabilitação Infantil (CRI)
Martins <i>et al.</i> (2011)	Analisar forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe em um Centro de Material e Esterilização de um hospital, a partir de aproximação da Teoria de Campo de Kurt Lewin.	Interdependência (do trabalho em equipe): Lewin (1939).	Quali-quantitativo/ Questionário	Terciário/ Hospital público (CME)
Peduzzi <i>et al.</i> (2011)	Estudar a contribuição da ação gerencial para a promoção da prática interprofissional .	Trabalho em equipe: Peduzzi (2001); Peduzzi (2007); Fortuna (1999).	Qualitativo/ Entrevista semi-estruturada	Multinível/ Serviços Públicos de Saúde

Piroló; Ferraz; Gomes (2011)	Analisar a atuação interprofissional na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde no contexto da UTI.	Interação interprofissional: Merhy <i>et al.</i> (1997). Interação social: Habermas (1997).	Qualitativo/ Observação direta; Entrevista semiestruturada	Terciário/ Hospital (UTI)
Silveira; Sena; Oliveira (2011)	Discutir os limites e as possibilidades do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e suas implicações para a promoção da saúde.	Promoção da Saúde: Lalonde (1974); Buss (1998). Trabalho em equipe: Piancastelli (2000); Campos & Wendhausen (2007).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	Primário/UBS
Kell; Shimizu (2010)	Conhecer como se desenvolve o trabalho em equipe no Programa Saúde da Família.	Transdisciplinaridade: Fazenda (1996). Trabalho em equipe: Peduzzi (1998).	Qualitativo/ Grupo Focal	Primário/ ESF

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

A partir do exposto, foi possível identificar os marcos conceituais adotados nos estudos desta revisão. Para a definição de “interprofissionalidade” e seus correlatos, os autores mais citados foram Marina Peduzzi e Danielle D’Amour. Já para as “práticas colaborativas” e seus correlatos, a teoria apresentada por Danielle D’Amour e Ivy Oandasan. O “trabalho em equipe” foi conceituado, especialmente, a partir das contribuições da autora Marina Peduzzi.

Quanto ao nível de atenção à saúde em que se desenvolveram os estudos, no nível primário foram 31 (77,5%), abrangendo múltiplos cenários, como: Estratégia Saúde da Família - ESF ($n=14$), Unidade Básica de Saúde - UBS ($n=8$), Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF ($n=5$) e Programa Saúde na Escola - PSE ($n=1$), entre outros. O nível secundário foi relatado em 5 (12,5%) artigos, incluindo: Centro de Atenção Psicossocial adulto - CAPS ($n=1$) e infanto-juvenil - CAPSi ($n=1$), Centro de Reabilitação Infantil - CRI ($n=1$) e Núcleo de Atenção ao Idoso - NAI ($n=1$). Por conseguinte, foram identificados 9 (22,5%) estudos no nível terciário, que ocorreram em hospitais públicos ($n=7$) e filantrópico ($n=1$), envolvendo a Unidade de Terapia Intensiva - UTI ($n=3$), a Unidade Neonatal - UN ($n=1$) e Centro de Material e Esterilização - CME ($n=1$).

Ao relacionar os objetivos ao nível de atenção no qual se desenvolveram os estudos, foi possível identificar que o conceito de “trabalho em equipe” esteve mais presente nas discussões que englobavam os níveis primário (53,3%) e terciário (33,3%). Ademais, os termos associados à “interprofissionalidade” e à “colaboração” foram amplamente abordados nos estudos de nível primário, respectivamente 69,2% e 82,3%. Por outro lado, o trabalho ou a prática colaborativa foi discutida de modo incipiente nos estudos realizados no nível terciário (5,8%).

Quanto ao método utilizado, 80% ($n=32$) dos artigos utilizaram o qualitativo, destacando-se os estudos transversais,

descritivos e exploratórios, discutidos a partir da análise de conteúdo. Apenas 15% ($n=6$) dos artigos usaram o método quantitativo e 10% ($n=4$), o misto. Em relação às técnicas de pesquisa empregadas, predominaram, nesta ordem: entrevistas ($n=27$); observações ($n=8$), diretas ou participantes; questionários ($n=7$); grupos focais ou de intervenção ou de discussão ($n=6$); análises documentais ($n=3$); escalas ($n=2$); entre outras mais específicas, como o *photovoice* ($n=1$). As escalas utilizadas foram a Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional – EJARCI (*Jefferson Scale of Attitudes Toward Trade Collaboration*) e a Escala de Clima na Equipe – ECE (*Team Climate Inventory*), ambas validadas e adaptadas para a realidade brasileira.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão evidenciaram o perfil das publicações brasileiras sobre interprofissionalidade, trabalho em equipe e trabalho colaborativo. Nesse sentido, o referido método teve como finalidade sintetizar os dados obtidos em pesquisas anteriores sobre a temática, de maneira ordenada, a fim de fornecer informações mais abrangentes acerca do problema em questão, constituindo, assim, um corpo de conhecimento.

Para Cronin e George (2020), uma revisão integrativa examina “o que”, “como” e “por que” o tema foi estudado, além de tomar emprestadas técnicas de outros veículos de síntese do conhecimento ao reunir e avaliar estudos (revisão sistemática), descrever o panorama de uma pesquisa sobre um determinado tópico (revisão narrativa), avaliar as conclusões de um estudo em relação a um construto específico (metanálise) e determinar implicações para saber “como” e “por que” um tema deve ser estudado (teoria) futuramente.

A estratégia de busca e seleção dos estudos se mostrou efetiva, pois, além de proporcionar o alcance do objetivo da pesquisa, apoiou-se em uma produção científica qualificada. A apresentação da síntese do conhecimento aqui expressa se baseia em publicações de elevado rigor científico, sendo que mais de três quartos delas estão incluídas nos estratos de A2 a B2, de acordo com a classificação Qualis da Capes (2013-2016) na área da Saúde Coletiva.

A respeito desse sistema de classificação, ele representa o principal critério adotado para a avaliação da produção intelectual dos programas de pós-graduação no Brasil. Conforme aponta Barata (2016), a área da Saúde Coletiva adota critérios rigorosos para a avaliação de periódicos que consideram as bases bibliográficas nas quais as revistas estão indexadas, assim como os indicadores de citação, a exemplo do índice *h* e do fator de impacto. Sendo assim, a classificação B2 ou superior nessa área engloba um seleto grupo de periódicos nacionais e internacionais, e expressa sua relevância para a divulgação da produção científica (GARCIA; DUARTE, 2017).

Em relação ao período de publicação dos estudos, verificou-se que aproximadamente dois terços deles compreendiam os últimos cinco anos. Ao visualizar essa abordagem crescente sobre a temática, nota-se também uma maior importância atribuída às relações profissionais, especificamente na Saúde, que se desenvolve a partir do estabelecimento de políticas públicas.

Nesse contexto, a portaria n.º 2.436 de 2017, que aprovou a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reafirmou o trabalho em equipe como sendo fundamental para o processo de trabalho na Atenção Básica (AB), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Assim, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, bem como por meio de processo interdisciplinar centrado no usuário,

incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, além de matriciamento ao processo de trabalho cotidiano (BRASIL, 2017).

Confirmando essa tendência de discussão, Farias *et al.* (2018) relatam que, na conjuntura atual do setor saúde, há um debate crescente acerca da interprofissionalidade, no que se refere à integração de práticas, mediante a articulação intencional e colaborativa entre diferentes profissões. Previato e Baldissera (2018a) complementam afirmando que, ultimamente, a prática interprofissional colaborativa se apresenta como uma estratégia de suma importância no cenário da saúde, pois possibilita a reversão do modelo hegemônico de atenção, aumentando a resolutividade do trabalho em equipe.

A incorporação desses últimos termos, interprofissionalidade e colaboração, é mais recente que o trabalho em equipe, como se verificou no levantamento dos estudos integrantes desta revisão. Essa constatação pode ser elucidada a partir dos resultados apresentados pelos autores, especialmente no nível primário de atenção. Condeles *et al.* (2019) concluíram que os profissionais percebem o trabalho em equipe como aquele baseado na ajuda mútua, colaboração e nos objetivos comuns, porém, na prática, o trabalho segue uma tendência mais individualizada. Ainda, Barros, Spadacio e Costa (2018) observaram que, em muitos casos, o trabalho em equipe existe, mas não se fundamenta na colaboração. No nível terciário, Barros e Ellery (2016) encontraram que a colaboração entre os profissionais de saúde é um fator imprescindível, mas, na prática, não se efetiva devido à falta de dispositivos para a integração da equipe, ausência de liderança e superlotação dos serviços.

Em síntese, apesar da percepção favorável à interprofissionalidade e ao trabalho colaborativo, em todos os níveis de atenção, ainda existem barreiras para a efetivação desses conceitos no campo da atenção à saúde. Todavia há um

movimento de reflexão e desconstrução, refletido tanto na melhoria das práticas como no aumento de publicações que discutem tais temáticas. Ao examinar os principais conceitos evidenciados nos estudos, percebe-se que ainda ocorre uma variação ao longo da última década.

Entre os anos de 2010 e 2015, os artigos exploravam, principalmente, o trabalho em equipe e as variantes do termo “disciplinaridade” (multi, pluri, inter e transdisciplinaridade). Já a partir de 2016, os autores passaram a conceituar mais frequentemente o trabalho ou a prática colaborativa, assim como a colaboração interprofissional, com destaque para a interprofissionalidade. Verifica-se, desse modo, uma modificação, ainda que paulatina, no vocabulário utilizado pelos autores para a concepção dos estudos. Enquanto a interdisciplinaridade refere-se à integração de saberes, a interprofissionalidade está relacionada à integração de práticas, mediante a articulação proposital e colaborativa entre as diferentes profissões (FARIAS *et al.*, 2018), sendo essa última um dos focos de investigação desta revisão.

Os conceitos apresentados para o trabalho em equipe e seus correlatos foram principalmente associados aos vocábulos trabalho em saúde e integralidade do cuidado. Nesse sentido, Peduzzi (2009) assegura que, no campo da saúde, existe um consenso em torno do trabalho em equipe, porém ainda persiste a noção de equipe que se reduz à coexistência de vários profissionais compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela, o que implica dificuldades para a prática profissional, visto que a equipe precisa de uma maior integração a fim de assegurar a integralidade da atenção ao usuário.

A conceituação atribuída à interprofissionalidade foi acompanhada dos termos trabalho interprofissional e colaboração interprofissional. Por conseguinte, em relação aos conceitos de colaboração, estes foram mais associados ao cuidado colaborativo e também à colaboração interprofis-

sional. Percebe-se, portanto, uma aproximação conceitual marcante entre a interprofissionalidade e a colaboração, sendo até mesmo usadas em conjunto nos objetivos de dois estudos. Pullon *et al.* (2016) corroboram esse achado ao afirmar que a colaboração interprofissional é descrita como um princípio fundamental da APS, mas que, na prática, possui um conceito de compreensão variável e de difícil implementação na AB.

Uma constatação relevante que se faz é acerca da concentração dos estudos na Atenção Primária à Saúde (APS). Do total de publicações analisadas, mais de dois terços delas ($n=27$) situam-se exclusivamente no nível primário de atenção. Peduzzi e Agreli (2018) apontam que, no Brasil, a APS representa o *locus* no qual mais avançaram as propostas de organização dos serviços de saúde baseadas no trabalho em equipe e na prática colaborativa. Barros, Spadacio e Costa (2018) assinalam que o trabalho interprofissional na APS, teoricamente, mostra-se como de fácil execução, contudo, desenvolver a colaboração e a integração entre os diversos núcleos de saberes e práticas continua sendo um desafio para os profissionais de saúde.

Considerando a organização dos serviços de saúde no país, sabe-se que a Estratégia Saúde da Família é o modelo preferencial da APS, fundamentando-se no trabalho de equipes em um território adstrito e nas ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local. Assim, especialmente na atenção primária, as equipes estão envolvidas em uma nova organização da dinâmica de trabalho, com o desafio de transformar o modelo tradicional de assistência à saúde - curativo, individual, hospitalocêntrico e centrado no médico - em um modelo de assistência interprofissional (BRITO *et al.*, 2018).

Além do que já foi discutido, é válido enfatizar a utilização expressiva da metodologia qualitativa em detrimento da quantitativa ou mista, o que representa uma mudança



na concepção das pesquisas em saúde. Para Santos *et al.* (2016), o reconhecimento do método qualitativo no campo da saúde aumentou significativamente nas últimas décadas, pois, historicamente, a abordagem quantitativa predominava, sendo relevante para o entendimento de dados sobre populações e ocorrência de determinadas doenças ou problemas de saúde.

Essa nova realidade no âmbito das ciências da saúde põe em evidência a determinação social do processo saúde-doença e, ainda mais, a complexidade do objeto de cuidado dos profissionais de saúde – o ser humano, influenciado por fatores socioculturais e emocionais. Segundo Taquette (2016), a abordagem qualitativa busca compreender essa realidade que os dados de uma pesquisa quantitativa indicam, mas não revelam. Assim, como o trabalho em equipe também envolve questões relacionais e subjetivas importantes, justifica-se o uso do método qualitativo pelos autores.

Por último, o emprego de instrumentos quantitativos, como as escalas, mostrou-se pouco utilizado nos estudos sobre trabalho em equipe, interprofissionalidade e colaboração. Ademais, aqueles que aplicaram a Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional e a Escala de Clima na Equipe utilizaram também outras técnicas de pesquisa a fim de atingirem seus objetivos, como questionário e entrevista semiestruturada. Por meio dessa observação, infere-se a complexidade da referida temática, ao mesmo tempo que isso implica a necessidade de estudos mais abrangentes na área.

É importante salientar que o estudo apresentou algumas limitações, como a busca de termos restrita a três idiomas, que pode ter reduzido o número de artigos capturados, além de empregar a mesma estratégia de busca em idiomas distintos, o que pode ter introduzido viés de seleção. No entanto, os resultados desta revisão permitiram identificar

um aumento no número de publicações sobre o tema nos últimos cinco anos, bem como revelar lacunas conceituais acerca dos termos explorados.

CONSIDERAÇÕES

Esta revisão permitiu a identificação de algumas características que possibilitaram traçar um perfil dos estudos realizados no contexto brasileiro sobre interprofissionalidade, trabalho em equipe e trabalho colaborativo. Observou-se o crescimento, nos últimos cinco anos, do número de publicações – que ocorreram em periódicos com boa classificação Qualis Capes.

A análise temporal das publicações desvelou que o “trabalho em equipe” como objetivo das publicações foi mais frequente entre os anos de 2010 e 2015, e aquelas com “interprofissionalidade” e “colaboração”, a partir de 2016, demonstrando a incorporação destes dois últimos conceitos nas abordagens do trabalho de equipes da área de saúde. Ademais, destacaram-se as relevantes contribuições teóricas/conceituais de Peduzzi *et al.* e D’Amour *et al.*

Os estudos concentraram-se na APS, seguidos daqueles realizados no nível terciário e, de forma muito incipiente, no secundário. Foram, majoritariamente, conduzidos com metodologia qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas. Houve, ainda, pouca utilização dos instrumentos quantitativos adaptados e validados ao contexto brasileiro.

Sugere-se, portanto, a realização de estudos nos demais níveis de atenção do SUS com a inclusão da metodologia quantitativa e, dada a complexidade desse objeto de estudo, por meio de métodos mistos.

REFERÊNCIAS

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; BAILEY, C. The relationship between team climate and interprofessional collaboration: Preliminary results of a mixed methods study. **Journal interprofessional care**, v. 31, n. 2, p. 184-86, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2016.1261098>. Acesso em: 25 out. 2020.

ANDRADE, D. R.; GARCIA, L. M. T.; PEREZ, D. C. P. Colaborações locais para a promoção da atividade física: uma análise de rede. **Cadernos de saúde pública**, v. 34, n. 10, e00127517, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00127517>. Acesso em: 25 out. 2020.

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. **Psicologia e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 461-68, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822013000200023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 out. 2020.

ARAÚJO NETO, J. D. *et al.* Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29 n. 1, p. 43-50, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p43>. Acesso em: 25 out. 2020.

ARRUDA, L. S.; MOREIRA, C. O. F. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 64, p. 199-210, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0613>. Acesso em: 25 out. 2020.

BANDEIRA, M. V. R. *et al.* Colaboración interprofesional para el seguimiento odontológico prenatal en atención primaria de la salud. **Salud colectiva**, v. 15, e2224, 2019. Dis-

ponível em: <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2224>. Acesso em: 25 out. 2020.

BARATA, R. C. B. Dez coisas que você deveria saber sobre o Qualis. **RBPG**, v. 13, n. 30, p. 13-40, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21713/2358-2332.2016.v13.947>. Acesso em: 27 out. 2020.

BARBOSA, L. A. S. *et al.* Projeto colaboração Interprofissional na Pandemia: reflexões de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o trabalho em equipe. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, e2739108476, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8476>. Acesso em: 19 dez. 2020.

BARROS, E. R. S.; ELLERY, A. E. L. Colaboração interprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva: desafios e possibilidades. **Revista Rene (Online)**, v. 17, n. 1, p. 10-9, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100003>. Acesso em: 25 out. 2020.

BARROS, N. F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde Debate**, v. 42, supl.1, p. 163-73, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s111>. Acesso em: 25 out. 2020.

BISPO JUNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. **Physis**, v. 28, n. 3, e280310, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280310>. Acesso em: 25 out. 2020.

BORGES, G. M. Health transition in Brazil: regional variations and divergence/ convergence in mortality. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, n. 8, e00080316, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00080316>. Acesso em: 18 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 64, p. 77-86, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0672>. Acesso em: 29 nov. 2020.

BULJAC-SAMARDZIC, M.; DOEKHIE, K. D.; VAN WIJNGAARDEN, J. D. H. Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade. **Human Resources for Health**, v. 18, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>. Acesso em: 18 dez. 2020.

CASTRO, C. P.; OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1625-36, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19302015>. Acesso em: 25 out. 2020.

CINTRA, T. S.; DORICCI, G. C.; GUANAES-LORENZI, C. Dinâmicas relacionais de equipes na estratégia de saúde da família. **Revista SPAGESP**, v. 20, n. 1, p. 24-38, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000100003. Acesso em: 25 out. 2020.

CONDELES, P. C. *et al.* Trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família: percepções dos profissionais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, e20190096, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-e-an-2019-0096>. Acesso em: 25 out. 2020.

CRONIN, M. A.; GEORGE, E. The Why and How of the Integrative Review. **Organizational Research Methods**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1094428120935507>. Acesso em: 27 out. 2020.

DAHLKE, S.; STAHLKE, S.; COATSWORTH-PUSPOKY, R. Influence of teamwork on health care workers' perceptions about care delivery and job satisfaction. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 44, n. 4, p. 37-44, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/00989134-20180111-01>. Acesso em: 18 dez. 2020.

DIAS, M. A. S. *et al.* Colaboração interprofissional no Projeto Saúde e Prevenção na Escola. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1789-98, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.08112016>. Acesso em: 25 out. 2020.

DUARTE, E. D. *et al.* O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 86-94, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v14i1.10627>. Acesso em: 25 out. 2020.

ELLERY, A. E. L.; BARRETO, I. C. H. C. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade: produções mediadas pelos afetos. In: **Trabalhar e aprender em conjunto: por uma técnica e ética da equipe de saúde**. Rede Unida, 2020. p. 36-49. (Série Vivências em Educação na Saúde).

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. S. F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v. 22, supl. 2, p. 1717-27, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0818>. Acesso em: 25 out. 2020.

FAQUIM, J. P. S.; FRAZÃO, P. Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal. **Saúde Debate**, v. 40, n. 109, p. 59-69, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610905>. Acesso em: 25 out. 2020.

FARIAS, D. N. *et al.* Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 141-62, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>. Acesso em: 25 out. 2020.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, e3018, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/15188345.2731.3018>. Acesso em: 25 out. 2020.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil classificada como Qualis/Capes B2 na área da Saúde Coletiva [editorial]. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 243-44, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200001>. Acesso em: 27 nov. 2020.

GONÇALVES, D. A. *et al.* Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre- and posttest study. **General Hospital Psychiatry**, v. 35, n. 3, p. 304-08, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.01.003>. Acesso em: 25 out. 2020.

GOULART, B. F. *et al.* Trabalho em equipe em Unidade Coronariana: facilidades e dificuldades. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 482-89, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400015>. Acesso em: 25 out. 2020.

JACOWSKI, M. *et al.* Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i2.15145>. Acesso em: 25 out. 2020.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família?. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 15, supl.1, p. 1533-41, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700065>. Acesso em: 25 out. 2020.

MARTINS, V. M. F. *et al.* Forças impulsoras e restritivas para trabalho em equipe em um Centro de Material e Esterilização de hospital escola. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1183-90, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500022>. Acesso em: 25 out. 2020.

MATUDA, C. G. *et al.* Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511-21, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>. Acesso em: 19 dez. 2020.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>. Acesso em: 21 out. 2020.

MIRANDA, G. M. D. **Saúde e Desigualdade**: o desafio brasileiro em um cenário de transição demográfica, epidemiológica e mudanças sociais. 2015. 189 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

MOREIRA, F. T. L. S *et al.* Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, e20180308, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>. Acesso em: 25 out. 2020.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 61-8, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130006>. Acesso em: 25 out. 2020.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, p. 1525-34, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em: 29 nov. 2020.

PEDUZZI M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Acesso em: 18 dez. 2020.

PEDUZZI M. *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**, v. 21, n. 2, p. 629-46, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200015>. Acesso em: 25 out. 2020.

PEDUZZI M. *et al.* **Trabalho em Equipe**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz,

2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traequ.html>. Acesso em: 29 nov. 2020.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface** (Botucatu), v. 17, n. 45, p. 327-40, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000006>. Acesso em: 25 out. 2020.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, e20170372, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>. Acesso em: 25 out. 2020.

PIROLO, S. M.; FERRAZ, C. A.; GOMES, R. A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1396-1402, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600017>. Acesso em: 25 out. 2020.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, 1535-47, 2018a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>. Acesso em: 25 out. 2020.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 39, e2017-0132, 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0132>. Acesso em: 25 out. 2020.

PULLON, S. *et al.* Observation of interprofessional collaboration in primary care practice: A multiple case study. **Journal of Interprofessional Care**, v. 30, n. 6, p. 787-94, 2016.

Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1220929>. Acesso em: 29 nov. 2020.

RAMALHO NETO, J. M. *et al.* Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 162-68, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i>. Acesso em: 21 out. 2020.

REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F.; RAMOS, A. R. O exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, e20170441, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0441>. Acesso em: 25 out. 2020.

ROCHA, F. A. A.; BARRETO, I. C. H. C.; MOREIRA, A. E. M. M. Colaboração interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 57, p. 415-26, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0370>. Acesso em: 25 out. 2020.

RYDENFÄLT, C.; ODENRICK, P.; LARSSON, P. A. Organizing for teamwork in healthcare: an alternative to team training? **Journal of Health Organization Management**, v. 31, n. 3, p. 347-362, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2016-0233>. Acesso em: 18 dez. 2020.

SANTOS, R. P.; NEVES, E. T.; CARNEVALE, F. Metodologias qualitativas em pesquisa na saúde: referencial interpretativo de Patrícia Benner. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 178-82, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690125i>. Acesso em: 29 nov. 2020.

SCHMUTZ, J. B.; MEIER, L. L.; MANSER, T. How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 9, e028280, 2019. Dispo-

nível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028280>.
Acesso em: 18 dez. 2020.

SILVA, E. M.; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3033-42, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.20622014>. Acesso em: 25 out. 2020.

SILVA, J. C. B.; OLIVEIRA FILHO, P. Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 30, n. 4, p. 609-17, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000400014>. Acesso em: 25 out. 2020.

SILVEIRA, M. R.; SENA, R. R.; OLIVEIRA, S. R. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 196-201, 2011. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/v15n2a06.pdf>. Acesso em: 25 out. 2020.

TAQUETTE, S. R. Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde. Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 524-33, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790/777>. Acesso em: 30 nov. 2020.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica e cuidada colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1933-42, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.06892016>. Acesso em: 25 out. 2020.



UCHÔA, A. C. *et al.* Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. **Physis**, v. 22, n. 1, p. 385-400, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100021>. Acesso em: 25 out. 2020.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Implicação do processo de formação e educação permanente para atuação interprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, e20180359, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0359>. Acesso em: 25 out. 2020.

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NOS TERRITÓRIOS E A INTERPROFISSIONALIDADE: RIZOMA DE SABERES E AGENTES EM CONSTRUÇÃO

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Olga Maria de Alencar

Thayza Miranda Pereira

Inês Dolores Teles Figueiredo

Ana Suelen Pedroza Cavalcante

Mayana Azevedo Dantas

Kilma Wanderley Lopes Gomes

INTRODUÇÃO: TODO COMEÇO É (IN)CERTO...

[...] a prosa vai ser misturada, o linguajar meio louco, vai ter papo de caboclo, conversa de doutorado (RISO), canto e balada, repente feito de Rio, receita de medicina e remédio Popular, histórias de arrepisar. Eita conversa arretada (JÚNIOR SANTOS, 2004).

A educação popular em saúde (EPS), como uma política em processo constante de implementação, fomenta o trabalho participativo e intersetorial, utilizando-se de estratégias

pedagógicas permeadas pela problematização, diálogo e reflexão entre os agentes sociais, aglutinando saberes e despertando-os para uma consciência crítico-reflexiva, sendo referência no campo da interprofissionalidade.

Quando pensamos nos saberes, nos agentes, territórios e na saúde, conceitos importantes, algumas questões precisam ser refletidas no campo da educação popular. Inicialmente, na identificação dos sujeitos que cuidam e são cuidados, as concepções de saúde e de doença, os sentidos de viver e morrer para a população, incluindo os trabalhadores da saúde, saberes e conhecimentos acumulados ao longo das existências, incluindo as dimensões singulares e coletivas e o território em que vivem e convivem as pessoas envolvidas no cuidado.

Essas são questões importantes para entendermos os princípios que alicerçam a educação popular e devem atravessar e adentrar os territórios de produção das vidas, sejam os territórios com seus fixos, fluxos, e os territórios geográficos. Há uma geografia nos corpos: os humanos, não humanos, físicos, materiais e os corpos não materiais, em que homens e mulheres aprendem mediados pela vida e também nos campos práticos.

Freire (2011) considera todo esse processo como um sistema de ensino e aprendizagem cuja teoria do conhecimento é construída, referenciada na realidade mediante pedagogias que incentivam a participação, autonomia e a emancipação das pessoas. Configurando-se, assim, como recurso inovador para a transformação das práticas de saúde, possibilitando a participação popular mais consciente, a partir do desenvolvimento do pensamento crítico e reconhecimento da autonomia dos indivíduos implicados neste processo (BRASIL, 2011).

O trabalho em conjunto com outros profissionais da área de saúde, utilizando da interdisciplinaridade como estratégia de atuação para alcançar a interprofissionalidade, é

uma alternativa para promover autonomia e atendimento integral ao usuário, a partir de relações recíprocas entre trabalho e interação, utilizando a comunicação como ferramenta norteadora entre os profissionais, o que permite a articulação de inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção à saúde (PEDUZZI *et al.*, 2011). Diante disso, necessário se faz trabalhar sob a ótica da interprofissionalidade na APS, envolvendo diferentes profissionais no fortalecimento do trabalho em equipe, a socialização de saberes e a colaboração no desenvolvimento das práticas de saúde.

É relevante e necessário afirmar que nas vozes que escutamos *há ecos de vozes que emudeceram* (BENJAMIM, 1987, p. 223) e foram silenciadas; por isso, precisamos reafirmar e reascender as lutas travadas na década de 80, e que na contemporaneidade vêm sendo ecoadas na defesa de um SUS do tamanho do povo brasileiro, que acolha localmente num plano que articule o local na agenda e materialidade da saúde global; que não negue as especificidades por pensar na dimensão das macro políticas, e que reafirme a importância das relações que estejam pautadas por uma ética, uma ética da produção de sentidos na vida. [...] saúde é ser feliz, [...] é uma coisa que não tem explicação, é ter alegria, ter amor, ter tudo de bom na sua frente [...] é ver os filhos com disposição pra estudar, pra brincar [...] (ALENCAR, 2002, p.39).

A proposta do presente texto corresponde a uma reflexão relacionada à produção de conhecimentos em aliança com as reais necessidade dos territórios existenciais e no encontro das práticas vivenciadas no âmbito da atenção à saúde, gestão e formação em saúde.

OS TERRITÓRIOS E AS GENTES: A VIDA EM MOVIMENTO

Eu sou de uma terra que o povo padece
Mas não esmorece e procura vencer.
Da terra querida, que a linda cabocla
De riso na boca zomba no sofrer
Não nego meu sangue, não nego meu nome
Olho para a fome, pergunto o que há?
Eu sou brasileiro, filho do Nordeste,
Sou cabra da Peste, sou do Ceará.

(Patativa do Assaré)

O território nunca está dado. Este se (i)materializa pelo movimento que o condiciona, inclusive enquanto existência geo-física-política. Como nos diz Deleuze e Guattari (2008), só há território a partir do momento em que existe expressividade. Esse pressuposto nos convida a pensar que expressões e que palavras as comunidades, os movimentos, as universidades (graduação e pós-graduação), o controle social, os serviços de saúde e as redes de saúde têm expressado, que diálogos têm sido possíveis. Daí que mais uma vez nós trazemos a importância do ato de ler e de uma educação que se baseia numa politicidade (FREIRE, 1989), numa vida que acontece em relações, onde o território só é e só existe por causa das gentes que o habitam.

Outrossim, o território apresenta uma dupla conotação, material e simbólica, pois etimologicamente aparece próximo de terra-*territorium*, ou seja, tem a ver com dominação (jurídico-política) da terra e com a inspiração do terror, do medo, especialmente para aqueles que, com essa dominação, ficam alijados da terra, ou no “*temtorium*” são impedidos de entrar (HAESBEART, 2007).

Mas pensar o território enquanto espaço de lutas e resistência é pensar como a saúde é produzida e em que cenários é produzida. É pensar o “território como lugar de nos construirmos e constituirmos como gentes para além das profissões, das corporações” (LIMA, 2013, p. 87). É pensar o território enquanto espaço de produção da vida, um espaço-lugar entre, entre tantos que se compõem e decompõem. Portanto, a interprofissionalidade pode ser mais um dispositivo de defesa da vida, a partir dos encontros, desencontros e reencontros que são promovidos nestes territórios, seja entre os profissionais, gestores e usuários.

No campo da Atenção Primária à Saúde (APS), entendida como uma rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde o trabalho se processa de forma integrada no território vivo, portanto em constante transformação, num processo permanente de territorialização, desterritorialização e reterritorialização (FRANCO; MERHY, 2012; SILVA, 2012; GALAVOTE *et al.*, 2013).

Nesse sentido, o trabalho em saúde é um processo relacional, produzido mediante o trabalho vivo em ato, ou seja, a partir do encontro entre os trabalhadores de saúde, onde a produção do cuidado se estabelece por meio da criação de espaços de escutas, falas, empatias e interpretações no território (MERHY, 2007). Portanto:

Os movimentos da vida de um território precisam ser compreendidos quando se desenvolve a atividade de territorialização na ESF (Estratégia Saúde da Família grifo nosso), atividade básica e imperativa para planejar, pensar e realizar ações cotidianas, práticas de saúde, além da organização dos processos de trabalho. A reflexão desse processo e de seu produto é fundamento para a prática qualificada dos

trabalhadores e das trabalhadoras (grifo nosso) que se vinculam a esse território, pois trazem consigo seus processos de territorialização, relacionados não apenas com limites geográficos, mas a elaboração de suas vidas e a de todos aqueles que compartilham das ações cotidianas (SILVA; PONTES, 2013, p. 23).

Nesse processo do território vivo da APS, acontece o encontro entre os saberes construídos na academia com o conhecimento popular, que se configura como um encontro de energias e de vidas que pulsam em direção da transformação social, espalhando a partir dos princípios da educação popular a saúde por vários cantos e, assim, contribuindo para a emancipação de sujeitos nos diversos, singulares e multifacetados territórios (DANTAS *et al.*, 2019). Como entoado em versos e rimas “a educação popular pode ser a nossa ligação de nós com nós mesmos, de nós com os territórios, com nosso lugar” (LIMA, 2013, p. 87). Mas e quem somos nós? Somos gentes... somos multidões povoando territórios.

Nesse contexto, o trabalho em equipe interprofissional direcionado envolve uma assistência que reconhece não só a doença, mas a vida dos usuários, primando por uma escuta qualificada e de trocas de experiências para o compartilhamento de suas angústias e sofrimento. Portanto, o trabalho em equipe atua como viabilizador da prática de educação interprofissional, proposta em que duas ou mais profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, para a melhoria da qualidade no cuidado ao paciente (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

Oportuniza a criação de espaços de reflexão e valorização dos saberes, integrando-os e produzindo conhecimen-

tos que permitem dar um novo significado nos processos de trabalho em saúde, pautados no trabalho colaborativo, multiprofissional e interprofissional, nas responsabilizações partilhadas e no alcance de resultados promitentes na qualidade dos serviços ofertados à população.

Além disso, pressupõe o reconhecimento da necessidade do indivíduo estar disponível para aprender com o outro e para ensinar também, de modo a efetivar o trabalho em equipe que promove: a integralidade do cuidado; a segurança do paciente e dos profissionais; a humanização das práticas em saúde, o que, conseqüentemente, amplia a resolutividade do cuidado que é prestado (CECCIM, 2018) a partir de redes colaborativas que podem ser formadas.

A Portaria n.º 2.761/2013, instituindo a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), apresenta como princípios o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Para potencializar as mudanças no modo de atuar com novas práticas, compreende os eixos estratégicos: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; e intersetorialidade e diálogos multiculturais.

Assim, a realização das ações na perspectiva da Educação Popular possibilita a participação ativa dos envolvidos, valorizando o diálogo e o desenvolvimento da autonomia. A educação popular em saúde realiza ações que envolvem as dimensões do diálogo, do respeito e da valorização do saber popular, sendo considerada como um instrumento de construção para uma saúde mais integral e adequada à vida da população (VASCONCELOS, 2015).

Pela importância da EPS para o desenvolvimento do empoderamento dos indivíduos e coletivos, com grandes mediadores entre o serviço de saúde e a comunidade, tem-se a preocupação de que os agentes promotores da saúde não se configurem como

meros repetidores de práticas hegemônicas ou como motivadores de práticas transformadoras, dependendo, em parte, do seu processo formativo.

O SUS é plural, é capaz de integrar diferentes pessoas e suas experimentações, em territórios diversificados, a partir da articulação de profissionais que são singulares, mas que também sejam coletivos, reinventando-se constantemente para atender às reais necessidades da população. Como Peduzzi diz: “O SUS é interprofissional” (2016, p. 199).

Dessa forma, a construção de práticas compartilhadas nos territórios de maneira longitudinal, a partir da interprofissionalidade, promove a ressignificação das práticas em saúde, sendo capaz de garantir a resolutividade do cuidado e a qualidade de vida dos usuários.

Também não se pode deixar de evidenciar que, para tornar possível e efetivar a interprofissionalidade, torna-se fundamental a existência de condições organizacionais e coletivas que mobilizem os profissionais para além do conjunto das condições de integração de saberes e a colaboração interprofissional, considerando principalmente a subjetividade, os afetos, desejos de cada sujeito. Somente assim conseguiremos fortalecer ainda mais a interprofissionalidade nas atividades desempenhadas no âmbito da Saúde da Família.

CONSIDERAÇÕES

Os princípios da educação popular são ferramentas fundamentais para efetivar a interprofissionalidade e podem melhorar as práticas de cuidado ofertadas na APS. Assim, salienta-se a capacidade de escutar o outro e de ser escutado, a amorosidade nas relações; a problematização da realidade; a construção compartilhada do conhecimento a partir

do respeito; a importância que cada indivíduo desempenha no cuidado do usuário; a emancipação de reconhecimento de sua identidade profissional e a clareza de papéis; e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular podem dar potência para que o trabalho em equipe aconteça.

Reconhecer que a interprofissionalidade acontece em um território vivo em ato pode ser capaz de nos fazer entender que ela não é estática e nem pode estar vinculada apenas às formas e práticas fechadas, uma vez que acompanhar as linhas e fluxos dos campos de atuação profissional é lutar pela defesa da vida em detrimento de qualquer corporativismo.

REFERÊNCIAS

AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da Formação Interprofissional no Ensino Superior em Saúde: Aspectos da Colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação** (online), v. 16, n. 6, p. 165-82, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 11 maio 2021.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, p. 1739-49, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>. Disponível em: <http://>

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000601739&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 maio 2021.

CRUZ, P. J. S. C. *et al.* Educação Popular em Saúde. **Rev. Ed. Popular**, v. 00, p. 6-28, 2020. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/56014>. Acesso em: 29 ago. 2020.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 151-63, 2012.

GADELHA, C. A. G. *et al.* Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-16, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 27 ago. 2020.

GALAVOTE, H. S. *et al.* Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface (Botucatu)**, 2013.

HAERBAET, R. Território e multiterritorialidade: um debate. **GEOGRAPHIC**, Ano IX, n. 17, 2007.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

SILVA, M. R. F.; PONTES, R. J. S. Território ativo: uma proposta de revisão da territorialização da Estratégia Saúde da Família. In: SILVA, M. R. F.; PINTO, F. J. M. **Produção científica e sua aproximação com a saúde coletiva: multiplicidades de objetos e métodos**. Fortaleza: EdUECE, 2013.

GÖTTEMS, L. B. D.; MOLLO, M. L. R. Neoliberalism in Latin America: effects on health system reforms. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 74, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/173307>. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. **Constituição da república Federativa no Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler:** em três artigos que se completam. São Paulo: Autores Associados; Cortez, 1989.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 31. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

LIMA, R. Educação Popular, Escola Permanente da Vida. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **De sonhação a vida é feita, com crença e luta o ser se faz:** roteiros para refletir brincando: outras razões possíveis na produção de conhecimento e saúde sob a ótica da educação popular. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

PEDUZZI, M.; CARVALHO, G. C.; MANDÚ, E. N. T. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*, v. 21, n. 2, p. 629-46, 2011.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. *Interface* (Botucatu), v. 20, n. 56, p. 199-201, Mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832016000100199&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 maio 2021.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.



MATIZES DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE¹

Ana Cláudia Barroso Cavalcante Paiva

Maria da Conceição Coelho Brito

Igor Iuco Castro da Silva

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Paloma de Vasconcelos Rodrigues

Maria Socorro de Araújo Dias

INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde incorpora, em sua essência, tecnologias úteis para o processo saúde-doença e a necessidade de uma formação profissional qualificada, permeada pelas diretrizes da educação permanente e por competências específicas para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) (MACHADO; XIMENES NETO, 2018). Dessa forma, exige que os profissionais possuam uma formação crítica e re-

1 Artigo proveniente da dissertação de mestrado intitulada “Matizes da colaboração interprofissional em programas de residências multiprofissionais no Nordeste brasileiro”, do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú.

flexiva, bem como sejam capazes de trabalhar em equipe e responder às necessidades sociais de saúde. Nesse contexto, a educação interprofissional configura-se como uma ferramenta fundamental para a qualificação profissional no SUS (FARIA *et al.*, 2018).

A colaboração interprofissional, enquanto aliada do trabalho interprofissional, agrega diferentes profissionais, com forte potencial de integração em equipe, superando modelo de relações tradicionais hierarquizadas. Considera-se como colaboração as situações que exigem o envolvimento de profissionais de diferentes áreas com o objetivo de melhorar a assistência ofertada (D'AMOUR *et al.*, 2008). Envolve, portanto, processos comunicacionais e de tomada de decisões sinérgicas com o usuário e a comunidade. Essa flexibilidade otimiza recursos e amplia a atenção às necessidades de saúde heterogêneas e complexas, próprias de cada território e serviço (MATUDA; PINTO; FRAZÃO, 2015).

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é considerada um instrumento de formação profissional para o SUS. Constituída a partir da promulgação da lei n.º 11.126 de 2005 e caracterizada como uma pós-graduação de modalidade *lato sensu*, a RMS propõe-se a integrar a formação e os espaços de atuação profissional, de forma a consolidar os princípios e diretrizes do SUS (SILVA; NATAL, 2019). Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde têm por propósito fortalecer a formação e qualificação dos profissionais da saúde (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018), além de fortalecer a compreensão de complementariedade e de prática colaborativa no trabalho em saúde (COSTA, 2017).

Nesse contexto, as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF) e Residências Multiprofissionais em Saúde Mental (RMSM) da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS) foram iniciadas em Sobral, Cea-

rá, com o intuito de responder à necessidade de qualificação de profissionais da rede para um novo paradigma, com ênfase na promoção à saúde (SOBRAL, 2019).

Ao pensar na evolução desses programas de residência, na pertinente relação dialética entre aspectos teóricos e prática empírica e nas competências de aprendizagem esperadas, incluindo as de ordem atitudinal ou emocional, faz-se necessário mensurar diferentes domínios de colaboração profissional, para fins de monitoramento e aperfeiçoamento constantes do binômio ensino-serviço.

Sob este prisma, a pesquisa objetivou analisar as contribuições de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde para uma prática colaborativa no trabalho em saúde.

MATERIAIS E MÉTODO

Estudo de *epistem* qualitativa, delineado em estudo de caso múltiplo, de base documental e empírica, pois converge para a investigação de fenômenos contemporâneos inseridos em contextos da vida real (YIN, 2015). Desenvolvido em 2019, teve como cenário de pesquisa a ESP-VS, localizada no município de Sobral, na Mesorregião Noroeste do estado do Ceará, pioneira no programa de residência multiprofissional no Brasil.

Para a produção dos dados, utilizaram-se as fontes documentais provenientes dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) e do Sistema de Informação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (SIREMU), disponibilizadas pela ESP-VS, e os grupos focais com os residentes do segundo ano de ambos os programas, para posterior análise do discurso. A amostra foi constituída por 14 residentes da RMSF e cinco da RMSM, participantes voluntários deste estudo. Reitera-se que as falas dos participantes foram codificadas com a letra *R*, seguida da numeração por ordem

de transcrição e do programa de residência ao qual o participante está associado.

A organização e análise das informações foram baseadas no referencial teórico-metodológico ou tipológico da prática colaborativa interprofissional de D'Amour (2008), que analisa os níveis de colaboração em sistemas complexos representados por quatro dimensões – visão compartilhada, internalização, governança e formalização; 10 indicadores – objetivos, orientação centrada no usuário *versus* outras orientações, convivência mútua, confiança, ferramentas de formalização, troca de informações, centralidade, liderança, suporte para inovação e conectividade; e três níveis analisados em um *continuum* de 1 a 3, dependendo dos níveis de realização de colaboração apresentados pelos indicadores, sendo o nível 3 “colaboração ativa”, o nível 2 “em desenvolvimento” e nível 1 “potencial ou latente” (D'AMOUR *et al.*, 2008).

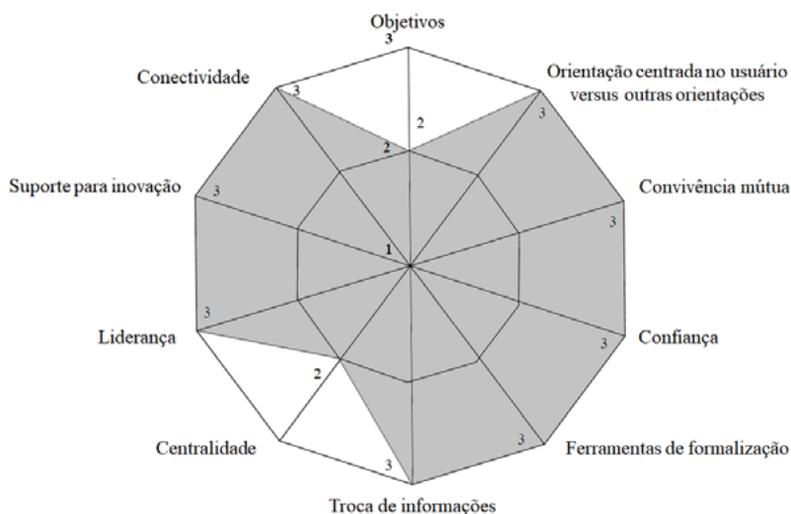
Com a análise e interpretação das informações, elaboraram-se os gráficos de *Kiviat*, que compõem o aporte teórico deste estudo, com a função de estabelecer uma visão esquemática do nível de colaboração desenvolvido. Ademais, estruturou-se uma nuvem de palavras síntese, de modo a elencar as percepções sobre as competências colaborativas dos residentes participantes.

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, com o Parecer n.º 3.392.484/2019. Ressalta-se que todos os preceitos éticos da Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), foram respeitados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados dialogam sobre o desenvolvimento de competências colaborativas para a atuação profissional de residentes de Programas Multiprofissionais em Saúde da Família e Saúde Mental. Na Figura 1, apresentam-se os níveis de colaboração interprofissional na Residência em Saúde da Família.

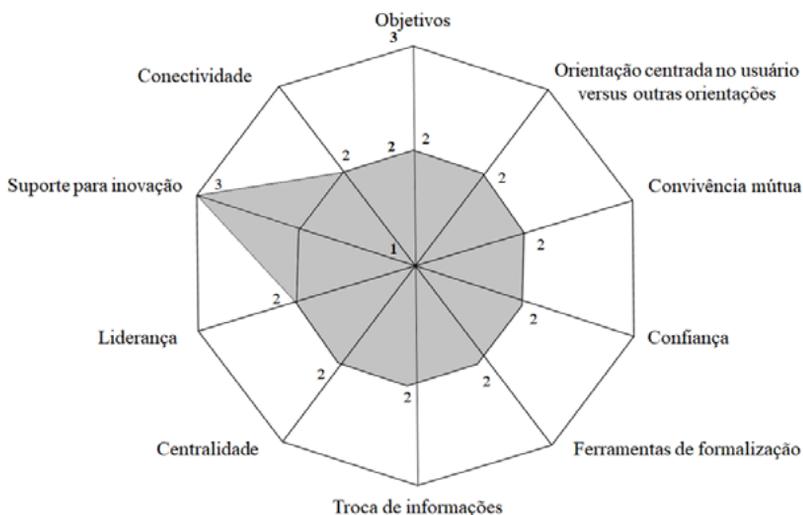
Figura 1. Níveis de colaboração interprofissional da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Sobral, CE, 2019.



Fonte: Elaborado pelos autores (2019).

Na Figura 2, expressa-se a colaboração interprofissional na Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Figura 2. Níveis de colaboração interprofissional da Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Sobral, CE, 2019.



Fonte: elaborado pelos autores (2019).

A dimensão relacionada aos objetivos compartilhados e visão permite analisar os objetivos comuns e sua apropriação pela equipe, o que se subdivide em dois indicadores: objetivos e orientação centrada no usuário *versus* outras orientações.

Os objetivos propostos nos Projetos Pedagógicos dos cursos da RMSF e RMSM estiveram orientados à prática compartilhada para promover interação entre disciplinas e troca de saberes, favorecer a interprofissionalidade, articular profissionais da rede, envolver usuários, estimular reflexão e ressignificação das práticas, buscar respeitar preceitos éticos profissionais e políticas de saúde. A análise do indicador objetivo permitiu inferir que RMSF e RMSM possuem níveis equivalentes de colaboração em nível 2.



Desenvolver, junto às categorias profissionais, uma atuação em equipe de forma cooperativa, interdisciplinar e ética, interagindo com a cultura da comunidade na qual estão inseridas e de forma articulada com os outros profissionais que atuam no Sistema de Saúde, bem como, nas outras políticas públicas locais (PPC - RMSF).

A principal motivação é a contribuição para a formação de diferentes categorias profissionais [...] com vistas à apropriação de saberes e desenvolvimento de práticas que condizem com princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da atenção psicossocial (PPC - RMSM).

Os objetivos da RMSM condisseram com um modelo de assistência articulado em uma rede de apoio e cuidado às pessoas com sofrimento mental, levando em consideração as preconizações da reforma psiquiátrica brasileira, que proporcionaram o enriquecimento das competências profissionais, tendo em vista a centralidade do trabalho de uma equipe interdisciplinar (LIMA; PASSOS, 2019).

O indicador orientação centrada no usuário *versus* outras orientações sugere a análise da existência de um posicionamento profissional horizontalizado e centrado no usuário ou em interesses privados (D'AMOUR *et al.*, 2008). A RMSF obteve nível 3 e a RMSM, 2.

Os PPC dos cursos de residências analisados descreveram a importância de valorizar os interesses dos usuários e suas necessidades nas realidades dos territórios. Entendendo o caráter da formação em serviço e para o serviço,

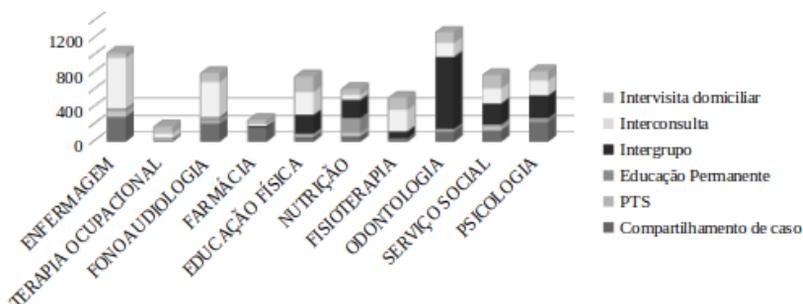
bem como o vínculo com a gestão, é possível estabelecer um equilíbrio entre as demandas apontadas por gestores e trabalhadores, desde que mantida a centralidade do cuidado no indivíduo.

Uma estratégia que atende à orientação centrada no usuário são os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). A estratégia foi pensada e problematizada a partir de valores, postura ético-política e afetos dos profissionais (MULVALLE; EMBRETT; RAZAVI, 2016), sendo identificada como uma atividade colaborativa desenvolvida pela RMSF e registrada por meio do SIREMU.

Os PTS, no processo de formação, estimulam a criatividade e a indagação, reconhecendo a realidade como mutável e passível de transformação. Permitem a articulação de ações, cuidado colaborativo em saúde, saberes, práticas e atenção integral, resolutiva e humanizada (CORREA *et al.*, 2016).

A análise dos registros do SIREMU, no período de maio de 2018 a junho de 2019, permitiu a análise das ações realizadas entre as categorias profissionais da RMSF. Dessas atividades, destacaram-se a interconsulta (2.160 ações ou 30,9%), intergrupo (1.890 ações ou 27,1%) e o compartilhamento de caso (1.275 ações ou 18,3%). Verificamos a realização de ações intergrupos, dimensionadas nas práticas promotoras de saúde, mais desenvolvidas por odontólogos (838 ações ou 44,34%), seguidos por psicólogos (263 ações ou 13,9%), assistentes sociais (240 ações ou 12,7%), profissionais da educação física (217 ações ou 11,5%) e nutricionistas (211 ações ou 11,2%). Ressalta-se a expressiva inserção da odontologia nessas atividades, denotando uma atuação para além da prática clínica, com avanço nas práticas coletivas e interprofissionais dessa categoria (Figura 3).

Figura 3. Distribuição das ações de matriciamento realizadas pela RMSF. Sobral, Ceará, 2019.



Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

Os achados identificaram evidências práticas do desenvolvimento, ainda que inicial, de atividades interprofissionais pelos residentes, especialmente quando se considera o trabalho interprofissional realizado por meio da construção coletiva com base no diálogo, reflexão das práticas, respeitando a diversidade e singularidade dos papéis profissionais e da tomada de decisão compartilhada. Mesmo reconhecendo a importância do trabalho sob essa perspectiva, reitera-se o desafio de formar profissionais para trabalharem juntos em uma realidade que institui uma formação separada e que possua a finalidade de desenvolverem competências colaborativas (FREIRE FILHO *et al.*, 2019).

A RMSM expressou atividades centradas no usuário mediante ações nos grupos, visitas domiciliares e atendimentos individualizados. Porém não houve uma representação quantitativa dessas evidências, em razão da ausência de registros sistematizados como no SIREMU/RMSF.

Eu consigo perceber a quantidade de tecnologia leve que a gente [...] desenvolve diariamente nos grupos, nas visitas, nas atividades,

nos atendimentos, nas rodas, nas
educações permanentes [...] essa
prática colaborativa, puxando pro lado
interprofissional (R5 - RMSM).

A dimensão Internalização, em sua essência, relaciona-se ao sentimento de pertencimento, conhecimento de valores, disciplina e conhecimento mútuo entre os profissionais (D'AMOUR, 2008). Essa dimensão possui dois indicadores: convivência mútua e confiança.

O indicador convivência mútua analisa a interação social e o sentimento de pertencimento dos profissionais à equipe. Assim, a RMSF possui nível 3 e a RMSM, 2. Os residentes declararam a importância da interprofissionalidade, da complementariedade do outro para o cuidado integral e do saber individual de cada núcleo, reconhecendo o trabalho em equipe como essencial para a qualificação da atenção à saúde prestada. As falas a seguir demonstram isso: "O papel da residência é que a gente esteja se apropriando dos espaços para além da nossa categoria profissional" (R4 - RMSF).

A Prática Colaborativa se manifestou concretamente na realidade da formação em serviço dos residentes, com atividades concretas desenvolvidas nas práticas dos territórios; entretanto, foram tímidas as discussões sobre trabalho interprofissional e Prática Colaborativa como subsídio teórico na condução dos processos de trabalho em saúde. Nesse sentido, nuances da prática colaborativa são evidenciadas em: "O ponto central da prática colaborativa é [...] construir em conjunto com as demais pessoas ali, inclusive os usuários [...] o ponto principal [...] é a composição de uma equipe que tem que resolver as coisas juntos no dia a dia do território" (R7 - RMSF).

As RMS são grandes potencializadoras da interdisciplinaridade, por meio da união entre formação e ações ofertadas à população, promovendo a interação entre os campos da saúde e educação e possibilitando a reorganização dos serviços públicos orientados pelos princípios do SUS (SILVA; DALBELLO-ARAÚJO, 2020).

Dessa forma, estão comprometidas com a formação multiprofissional e com os princípios do SUS, têm o foco no ensino e aprendizagem no ambiente de atuação profissional e contribuem com reflexões e transformações das práticas (ARRUDA *et al.*, 2016).

O trabalho em equipe é tido como potente resposta às amplas necessidades vivenciadas no território. O seu desenvolvimento representa um processo dinâmico de construção do conhecimento e reconhecimento pessoal e profissional, para uma atuação coletiva, integrada e interdependente, planejando e realizando o cuidado em saúde, compartilhando-se responsabilidades (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Contudo, um processo de trabalho sustentado em equipe requer o estabelecimento da *confiança*. Nesse indicador, a RMSF obteve nível 3 e a RMSM, 2. Isso foi confirmado ao se analisar a política pedagógica dos cursos, na qual o processo de ensino-aprendizagem está pautado em relações interpessoais dialogadas, horizontais e respeitadas, com vistas à formação de parcerias.

Observou-se que a concretização pedagógica da confiança e sua manifestação nas práticas do processo de trabalho dos residentes foi mais evidente na RMSF quando comparada à RMSM. Reitera-se que as fragilidades nas relações interprofissionais interferem na efetividade do processo de trabalho e nos vínculos com as equipes, conforme o exposto no grupo focal: “As relações interpessoais, às vezes, ficam muito prejudicadas [...] uma sensação de competitividade que acaba atrapalhando [...] justamente porque a gente re-

cebe uma bolsa que é um valor maior geralmente do que os salários” (R2 – RMSM).

Sobre a dimensão Formalização, faz-se uma reflexão sobre a eficiência e eficácia das ferramentas e protocolos que apoiam a organização do processo de trabalho (D’AMOUR *et al.*, 2008). Essa dimensão relaciona-se a dois indicadores: ferramentas de formalização e troca de informações. Considerando o indicador ferramentas de formalização, a RMSF possui nível 3 e a RMSM, 2.

Os PPC, além dos protocolos e fluxos estabelecidos, representam instrumentos oficiais de formalização e contratualização entre a instituição e os residentes. Os PPC são o ponto de partida das ações no território, havendo negociações com serviços e usuários em grupos, consultas e visitas. Na prática, as estratégias de contratualização condizem com o preconizado ao evidenciar a parceria com os usuários: “A gente procura fazer esse trabalho também em conjunto [...] escutar os participantes para ver [...] quais as vontades deles” (R1 – RMSF).

Ademais, visualiza-se, na fala, que a roda se trata de uma ferramenta que operacionaliza e dinamiza os momentos de planejamento: “a Roda [...] tinha o objetivo de planejar [...] esses compromissos de trabalho que a gente vai fazer durante aquele período da semana” (R7 – RMSF). Os residentes planejam as atividades otimizando práticas na formação em serviço com atenção à população.

Nesse ínterim, observa-se que os processos de planejamento ocorrem de forma constante, por meio da fala: “Essa questão da organização do compromisso [...] feitos junto com a equipe [...] a gente faz também [...] por setor, ou então através de GDs [Gerenciamentos Diários]” (R9 – RMSF). Isso possibilita mudanças nas relações, nos processos e nas respostas às necessidades de saúde da população (SILVA; NATAL, 2019).

Os processos formativos em serviço têm implicações que reafirmam tutores e preceptores para potencializar a aprendizagem e desenvolvimento de competências profissionais para o trabalho no SUS (CECCIM, 2018). Estes devem articular conhecimentos e práticas nos âmbitos da atenção, gestão e educação na saúde, e, nesse contexto, visualizam-se as rodas como um importante espaço de reflexão e diálogo: “[...] as rodas, além de ser esse espaço de reflexão é um momento mais coletivo dentro do serviço [...] um dos mais potentes nessa questão de fechar esses compromissos” (R1 – RMSM).

Os residentes de saúde mental relataram desafios no processo de cogestão interprofissional e maior dificuldade em pactuar com a categoria médica que, seguindo as definições nacionais normativas para os programas de residências no Brasil, só atua uniprofissionalmente. Esse fato contrapõe-se à contratualização e a prática colaborativa.

A cogestão preconiza a participação dos trabalhadores de saúde no trabalho, educação e intervenção em saúde, a fim de desenvolver uma gestão democrática e fortalecer as relações de trabalho (WETZEL *et al.*, 2018), aspectos que coadunam com a interprofissionalidade.

Ressalta-se que a residência propicia o estabelecimento de ações questionadoras e de ressignificação, imbuindo um exercício contínuo de análise do sentido das práticas (DIAS *et al.*, 2016). Para tanto, deve ser ressaltada a figura dos docentes/tutores, que realizam apoio institucional e pedagógico como mediadores em todos os processos de formalização de contratos, preservando o interesse pedagógico do ensino-aprendizagem no serviço, como uma espécie de ponte e filtro, entre gestão, programas e residentes. Observa-se o reconhecimento do papel dos tutores pelos residentes: “Vale ressaltar a importância da figura do Tutor e do Preceptor de categoria [...] eu acho que essas duas figuras fazem total diferença” (R7 – RMSF).

Ao considerar o indicador troca de informações, a RMSF teve nível 3 e a RMSM, 2. Nos PPC, houve a indução para a troca de informações mediada pelas diversas vivências de aprendizagem nos contatos entre profissionais, residentes e usuários, através das Vivências de Território, Vivências Teóricas, Vivências de Extensão e Vivência de Produção Científica. Outra evidência verificada pelos registros do SIREMU foi o compartilhamento de casos realizado entre residentes e equipes de saúde.

Coadunando com as propostas pedagógicas e incitando a formação ativa e contextualizada, os PPCs anunciam as estratégias educacionais a serem incorporadas ao cotidiano do ensino das Residências conforme apresentado no PPC da RMSF: “Oficinas, grupos de estudo, estudo dirigido, seminários, e discussões em roda de equipe multiprofissional e em Rodas de Categoria”.

Em consonância à RMSF, a RMSM prevê a utilização de estratégias que proporcionem a reflexão e criticidade dos residentes: “Por objetivar o desenvolvimento cognitivo, crítico, reflexivo e autônomo dos educandos, utilizando-se como estratégias: dinâmicas, trabalhos em grupo, aplicação de jogos, estudos de caso, dramatização, entre outros” (PPC – Saúde Mental). Nesse ínterim, foi evidenciada a articulação com as proposituras previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

Vislumbram-se, ainda, registros da importância de reorientar a formação dos profissionais de saúde, com competências não apenas nos âmbitos teóricos e técnicos, mas também social, político, ético e humano, comprometidos com a consolidação do SUS; desenvolvendo, ainda, capacidades crítica e reflexiva, centradas nas necessidades de saúde do usuário, tomando a melhor conduta, respeitando todas as categorias na integralidade do cuidado, refletindo aspectos individuais e da formação pedagógica (COSTA; BORGES, 2015).

Quando questionados sobre as competências adquiridas para o trabalho em equipe, por meio das residências, os discursos dos participantes demonstraram que as competências transcendem as previstas nos PPC, revelando currículos vivos direcionados à Prática Colaborativa, coadunando com as diretrizes internacionais para políticas de saúde e formação em saúde, com olhar ampliado de equipe multiprofissional e interdisciplinar em contínua construção (COSTA, 2017). Estratégias capazes de averiguar a formação com vistas ao estímulo da PC são adequadas nos processos avaliativos das RMS.

A proposta de avaliação da RMSF é coerente com o modelo do currículo integrado e traz em seu contexto a abordagem por competência dentro de uma concepção dialógica que possibilita a reflexão sobre as práticas profissionais e uma construção dialogada entre os mundos da escola e do trabalho com a sociedade, a partir da explicitação de diferentes interesses, valores e saberes, social e historicamente constituídos (PPC - RMSF).

Coadunando com a RMSF, o PPC da RMSM ressalta que “a avaliação está alinhada à metodologia problematizadora, que prima por aspectos da formação pessoal e profissional do residente, para além do nível de classificação por notas” (PPC - RMSM). A avaliação do residente deve valorizar a aprendizagem com base nas trocas de experiências, fortalecendo reflexão crítica e apontando para a construção de novos saberes e práticas. Assim, os currículos devem integrar o aprendizado multidisciplinar, objetivos educacionais, competências e avaliação do residente de forma

a introduzir a práxis no ambiente de trabalho e formação (MACHADO *et al.*, 2018).

A dimensão governança traz reflexões sobre o caráter organizacional e diz respeito à centralidade, liderança, suporte para inovação e conectividade (D'AMOUR *et al.*, 2008). Ao analisar o indicador centralidade, o nível de colaboração foi 2 em ambas as residências.

Os residentes expuseram a existência de atividades, demandadas pela gestão municipal, que se sobrepueram às atividades da Residência, e relações hierárquicas que persistem, contrárias aos PPC. Há, portanto, a necessidade de investir em estratégias que reconheçam o trabalhador da saúde como um ator ativo no processo do cuidado, de modo a desempenhar papéis para além de cumprir normas e protocolos (FRANCO; MERHY, 2013). Assim, é atributo dos gestores favorecer e estimular o bem-estar nas relações nos ambientes de trabalho, o que se reverterá em bons resultados aos usuários (NUNES *et al.*, 2018).

No indicador suporte para a inovação, a RMSF alcançou nível 3 e a RMSM, 2. O nível de colaboração obtido na RMSM pode estar associado ao fato deste programa ser mais recente do que o da RMSF e, também, de contar com um quantitativo de docentes e residentes mais reduzido, limitando as possibilidades criativas. Esse contexto pode representar um desafio significativo, pois o suporte teórico é vital para a mudança das práticas profissionais (SILVA; NATAL, 2019).

Em todos os momentos de diálogo com os residentes, percebeu-se a residência multiprofissional como importante para a efetivação da prática interprofissional no SUS, especialmente em razão de uma potência na força de trabalho em saúde e no aumento da capacidade resolutiva da equipe de saúde. Há desafios no processo que demandam análises contínuas. É necessário olhar sensível para a busca de melhorias da formação dos residentes, para que consigam

atuar de maneira colaborativa, compreendendo a importância do trabalho em equipe.

A educação interprofissional induz ao processo colaborativo, fortalecendo a interdependência dos saberes profissionais, reconhecendo, na prática integrada, possibilidade de aproximar os vários núcleos, excedendo a fragmentação na prestação do cuidado. Portanto, é suporte para essa inovação requerida no ensino e na prática (CASANOVA; BAPTISTA; MORENO, 2018).

O indicador conectividade faz referência à interligação que deve existir entre os indivíduos e as organizações, possibilitando o diálogo e a construção de vínculos (D'AMOUR *et al.*, 2008). A RMSF obteve nível 3 e a RMSM, 2. Os residentes em Saúde da Família consideraram importantes os momentos interativos que foram proporcionados nos espaços coletivos, de modo a concretizar a conexão, construção de vínculos e parcerias. Os residentes de Saúde Mental referiram insatisfação no relacionamento com a equipe dos serviços, posto como um desafio.

CONSIDERAÇÕES

A efetivação do modelo de atenção à saúde e a reorganização do sistema de saúde necessitam de reflexões sobre as práticas colaborativas, a fim de qualificar as abordagens terapêuticas, a longitudinalidade do cuidado, a qualidade de vida dos usuários e as formações profissionais. Dessa forma, as Residências Multiprofissionais em Saúde, a partir das transformações na formação profissional e da formação em serviço, são fundamentais para o desenvolvimento das práticas colaborativas e das interações pessoais e organizacionais.

O estudo, realizado com base no referencial teórico de D'Amour, comprovou que as dimensões interacionais e organizacionais estão inter-relacionadas e implicam nos resultados do trabalho interprofissional. Considerando-se as competências necessárias para o desenvolvimento da colaboração interprofissional na realização das atividades teóricas e práticas das residências, percebemos ser necessário repensar questões limitantes para o desenvolvimento ativo das práticas colaborativas nas residências.

Os residentes em Saúde da Família, por meio da análise dos grupos focais, PPC e SIREMU, possuem colaboração interprofissional ativa. Contudo, a colaboração entre os residentes em Saúde Mental encontra-se em desenvolvimento. Os desafios enfrentados pela RMSM associam-se à pouca apropriação teórica a respeito das temáticas que envolvem a prática colaborativa e à inexistência de um instrumento de registro das ações realizadas, fatores estes fundamentais para o monitoramento, avaliação e estímulo às práticas colaborativas nos processos de trabalho.

Apesar dos desafios, torna-se necessário reconhecer a importância do corpo docente qualificado dos cursos para o incentivo e apoio ao desenvolvimento das competências para as ações colaborativas intergrupais. Admite-se também que a integralidade da assistência pautada nos programas de residência promove a articulação de diferentes categorias profissionais e mudanças na atuação profissional nos diversos contextos territoriais, ressignificando o cuidado em saúde.

Acredita-se que os resultados obtidos neste estudo possibilitarão aos gestores, docentes e residentes o conhecimento e a compreensão das suas relações interorganizacionais e interprofissionais, contribuindo para um processo de ensino-aprendizagem pautado na colaboração interprofissional e na produção do cuidado integral e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, G. M. M. S. *et al.* Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 187-214, dez, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. Inter-professional Education and shared practice in multiprofessional health residency programs. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl.1, p. 1325-37, 2018.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, p. 1739-49, 2018.

CORREA, V. A. F. *et al.* Projeto terapêutico singular: reflexões para a enfermagem em saúde coletiva. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, 2016.

COSTA, M. V. D. 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.

COSTA, M. V.; BORGES, F. A. The Pro-PET-Health and the challenges of the professional education in health. **Interface** (Botucatu), supl. 1, p. 753-63, 2015.

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

DIAS, I. M. A. V. *et al.* A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 257-67, out./dez. 2016.

FARIA, L. *et al.* Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 67, p. 1257-66, 2018.

FRANCO, T. E.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 16, 2019.

LIMA, I. C. B. F.; PASSOS, I. C. F. Residências Integradas em Saúde Mental: Para além do tecnicismo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019.

MACHADO, L. D. S. *et al.* Representações de profissionais residentes acerca das estratégias pedagógicas utilizadas no processo formativo da residência multiprofissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1971-80, 2018.

MATUDA, C.; PINTO, N.; FRAZÃO, P. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-21, 2015.

MULVALE, G.; EMBRETT, M.; RAZAVI, S. D. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. **BMC Family Practice**, Londres, v. 17, n. 83, 2016.

NUNES, L. O. *et al.* Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, p. 1-9, 2018.

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

SILVA, C. A.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Programa de residência multiprofissional em saúde: o que mostram as publicações. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, 2020.

SILVA, L. S.; NATAL, S. Residência Multiprofissional em Saúde: análise da implantação de dois programas pela universidade federal de Santa Catarina, Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 220-50, 2019.

SILVA, L. S.; NATAL, S. Residência Multiprofissional em Saúde: Análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2019.

SOBRAL. Secretaria da Saúde de Sobral. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. **Plano de desenvolvimento institucional 2019-2021**. Sobral, CE, 2019.

WETZEL, C. *et al.* Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, 2018.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

FORMAÇÃO EM SAÚDE: REFLETINDO E RESSIGNIFICANDO O CAMINHAR INTERPROFISSIONAL DA PRECEPTORIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Cristiane Costa Braga

Terezinha Paes Barreto Trindade

Ailma de Souza Barbosa

Franklin Delano Soares Forte

Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa

CONTEXTUALIZAÇÃO

O trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), no Brasil, tem consolidado ao longo dos anos um perfil profissional que exige habilidades e competências complexas no desenvolvimento de ações e manejos interdisciplinares, interprofissionais e intersetoriais em seu processo de trabalho.

A criação e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) sob o paradigma de promoção da saúde e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, direcionando a ordenação constitucional de recursos humanos para o sis-

tema público de saúde, tem sido o palco de importantes avanços e conquistas tanto no cuidado em saúde das populações quanto na formação de profissionais de saúde. Entretanto, desafios inerentes à forma como a Educação e a Saúde foram construídas politicamente, institucionalmente e socialmente em nosso país são persistentes obstáculos processualmente superados na dinâmica do saber-fazer, na dinâmica da interface ensino-serviço-comunidade, em busca de um cuidado integral dos indivíduos e comunidades. Nessa interface, surge latente o papel da preceptoria no SUS e a consequente necessidade compreensiva e formativa dos profissionais para o cumprimento e o desenvolvimento dessa função.

Passos mais recentes desse caminhar têm disparado importantes reflexões e direcionamentos por organizações nacionais e internacionais que atentam para a necessidade de superação da fragmentação do cuidado em saúde refletido no isolamento dos núcleos profissionais na prática decorrente de uma também fragmentada formação disciplinar na academia.

O estímulo para o encontro-diálogo dos profissionais com os saberes tem se concretizado pela perspectiva da Educação Interprofissional (EIP) e das Práticas Colaborativas (PC) (FRANÇA *et al.*, 2018; BARRETO *et al.*, 2019; FREIRE FILHO *et al.*, 2019). Assim, a EIP tem sido definida como o aprendizado a partir da colaboração entre dois ou mais profissionais de saúde, com a clara intenção de construir seu processo de trabalho, visando à centralidade do cuidado dos usuários e suas famílias, territórios ou comunidade (WHO, 2010).

A colaboração interprofissional pode ser compreendida a partir de seus pilares: o compartilhamento, a parceria, interdependência e equilíbrio de poderes entre os profissionais de saúde (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; D'AMOUR *et al.*, 2008). Assim como no processo de trabalho em saúde,

a colaboração interprofissional visa à melhoria da qualidade da atenção aos usuários e suas famílias, sendo essenciais o desejo de colaborar, a interação entre os sujeitos e a criação de canais de comunicação entre os profissionais de saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018; PEDUZZI *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, os processos formativos são substancialmente importantes para a formação dos futuros profissionais de saúde, assim como e, principalmente, para os profissionais que estão atuando no SUS. Iniciativas dos últimos anos têm sido postas como relevantes estratégias que viabilizam a concretização de mudanças efetivas, que vão desde a oferta de pós-graduações *lato e stricto sensu* direcionadas para a saúde coletiva e/ou especificamente para a preceptoria no SUS, até programas governamentais de reorientação da formação profissional, tais como Pró-Saúde e PET-Saúde (FRANÇA *et al.*, 2018; BARRETO *et al.*, 2019).

Dessas iniciativas formativas, destacamos neste relato a experiência da formação em nível de Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) na Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) e a atuação na preceptoria do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde em sua edição mais recente (PET-Saúde/Interprofissionalidade).

O MPSF da RENASF é uma formação *stricto sensu* profissional que visa contribuir para a formação técnico-científica de profissionais dos mais variados núcleos da saúde inseridos na APS, instrumentalizando-os para o uso do método e das evidências científicas em seu processo de trabalho na tomada de decisões, no cuidado e na gestão em saúde. A partir desse movimento e a partir do próprio trabalho são produzidos conhecimentos científicos alinhados a essa realidade, de forma a envolver os profissionais da atenção, gestão e ensino da Estratégia Saúde da Família do Nordeste brasileiro.

A formação no MPSF/RENASF atende não apenas à política de formação de Educação Permanente em Saúde

(EPS) do Ministério da Saúde (MS), mas às demandas na perspectiva da promoção, educação, atenção e gestão da atenção básica orientada pela ESF. Além disso, em resposta às políticas de reorientação da formação para o SUS e da necessidade de se formar preceptores, a formação em saúde, o processo ensino-aprendizagem e a avaliação para o SUS também são problematizados (MACHADO *et al.*, 2015).

O PET-Saúde, em suas sucessivas edições desde o ano 2008, tem produzido significativas experiências temáticas de aproximação do ensino e dos serviços de saúde por meio da atuação dinâmica de grupos tutoriais compostos por tutores professores dos cursos de graduação em saúde, preceptores-trabalhadores do SUS e estudantes da saúde (VENDRUSCOLO *et al.*, 2016; FRANÇA *et al.*, 2018; BARRETO *et al.*, 2019; FREIRE FILHO *et al.*, 2019). Tais experiências protocolam referências para um novo modo de aprender-fazer saúde e têm estimulado a sustentabilidade dos processos disparados tanto na academia quanto nos cenários de prática.

Em sua edição mais recente, o PET-Saúde evidenciou a temática da Interprofissionalidade como estratégia para, dentre outros objetivos, potencializar a PC na APS, também atendendo à política de EPS do MS. Assim, o projeto mobiliza os diversos atores da educação e da saúde, assim como a população, para a adoção de estratégias educacionais com base na EIP e na EPS e para o desenvolvimento intencional das PC para um cuidado integral e universal em saúde (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

Desse modo, este relato privilegia a voz das preceptoras do PET-Saúde Interprofissionalidade, mestranda e egressas do MPSF/RENASF, protagonistas da produção de cuidado, conhecimento, aprendizado e inovação em seus serviços e territórios, para que possam ecoar reflexões para além do que essas propostas formativas possam expressar em suas

estruturas formais, refletindo e ressignificando o caminhar interprofissional na APS.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Novos tempos e formas de enxergar o ser humano, novas tecnologias de saúde e ensino, novas formas de educar, agora na perspectiva de uma aprendizagem significativa, colaborativa e interprofissional. Esses desafios nos direcionam a participar ativamente da construção da aprendizagem, desenvolvendo, dessa forma, uma visão crítico-reflexiva, estimulando a aprender a partir do nosso cotidiano (trabalho) e em colaboração com as várias profissões, ressignificando, assim, a nossa prática.

No processo de ensino-aprendizagem proposto pelo MPSF/RENASF-UFPB e pelo Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Secretaria Municipal da Saúde de João Pessoa-PB (SMS-JP/PB), tornar-se sujeito nesse itinerário formativo foi imprescindível e, por que não dizer, o ponto de partida para a condução e desenvolvimento de outras competências e habilidades. Quando nos tornamos efetivamente parte de algo, assumimos o protagonismo dos fatos, responsabilizamos-nos com o coletivo e nos comprometemos também com o próprio aprendizado, desenvolvendo competências e habilidades compreendidas a partir do trabalho e com os sujeitos que o operam (ZARIFIAN, 2003).

A formação *stricto sensu*, na perspectiva do MPSF/RENASF, traz propostas pedagógicas relevantes e impactantes nos processos de trabalho dos profissionais, qualificando-os para o cuidado em saúde da população adstrita, para promoverem reflexões no processo de trabalho por meio da

EPS e para exercerem a preceptoria pela Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) no SUS.

Essas propostas pedagógicas trazem uma intencionalidade interprofissional pela característica de formação de turmas que apresentam uma diversidade de profissões na área da saúde. Essa diversidade e articulação entre as profissões, nas atividades propostas pelo curso, permitiu o desenvolvimento de um trabalho colaborativo interprofissional. Como exemplo, temos as atividades de dispersão atribuídas aos grupos de trabalho para a elaboração de planos de cuidado aplicáveis nos territórios (MACHADO *et al.*, 2015). Nesse processo de ensino-aprendizagem, os mes-trandos aprendem com os outros, entre si e sobre os outros, com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado dos usuários, famílias e comunidades.

O PET-Saúde Interprofissionalidade, por sua vez, veio trazer importantes bases teórico-conceituais em seu eixo formativo, por meio da EIP e das PC, proporcionando uma maior consciência prática e qualificando as ações em seus grupos de trabalho, em que estudantes, tutores e preceptores de diversas profissões planejaram, executaram e avaliaram juntos para o desenvolvimento das competências colaborativas do trabalho em equipe. Dessa forma, o projeto possibilitou uma real relação entre a teoria e a prática na IESC.

A EPS, como política da saúde, veio transversalmente como uma ferramenta potencializadora do programa PET-Saúde Interprofissionalidade, permitindo reflexões problematizadoras para o planejamento de estratégias de ação, as quais são transformadoras do ensino e do serviço, oportunizando a participação de usuários, famílias e comunidades (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b; GONÇALVES *et al.*, 2019).

Ao adentrar mais especificamente nos conteúdos teórico-metodológicos de aprendizagem apresentados ao lon-

go dessas formações e fundamentados na EIP e PC, faz-se oportuno compreender a importância dessa abordagem para o desenvolvimento dos processos formativos e pedagógicos realizados com estudantes de diversos cursos da saúde, em uma perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e interprofissional, assim como no contexto do trabalho com os profissionais da equipe de saúde.

No desenvolvimento das atividades do PET-Saúde Interprofissionalidade, o exercício da preceptoria possibilitou a inserção dos estudantes da graduação das diversas profissões da saúde da UFPB nos territórios adstritos das equipes de Saúde da Família (eSF), os quais constituem cenários de aprendizagem com intencionalidade de proporcionar uma aprendizagem conjunta, de forma colaborativa, em equipes multiprofissionais, com trabalho interprofissional na perspectiva da integralidade do cuidado.

Compreende-se o preceptor como aquele que planeja, articula, guia, estimula o raciocínio e a postura ativa, bem como analisa o desempenho, aconselha, cuida do crescimento profissional e pessoal, observa e avalia o discente realizando suas atividades (BOTTI; REGO, 2011). Quanto melhor preparado for o preceptor que recebe o estudante em prática, maior será a chance de alcançar esse e outros objetivos educacionais, bem como a mudança de perfil profissional desejada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o fortalecimento e aprimoramento do SUS (RIBEIRO *et al.*, 2020). No MPSF-UFPB/RENASF, essa discussão emerge nos módulos, a partir dos cotidianos e das/nas relações que se estabelecem intersujeitos, relações que se dão no trabalho, entre os trabalhadores e trabalhadores e usuários; e, considerando o contexto da IESC, os estudantes e docentes.

A partir da compreensão das dimensões meso e micro da EIP, a primeira configura-se nos aspectos administrativos, estruturais, logísticos e de lideranças institucionais da

gestão e/ou atenção em saúde e das instituições formadoras de novos profissionais de saúde; já a última, envolve estudantes, docentes e trabalhadores da saúde/ preceptores e a relação que se dá na interação desses sujeitos visando o desenvolvimento das competências colaborativas (OANDASAN; REEVES, 2005).

Considerando as realidades em suas dimensões meso e micro, as preceptoras da APS, que experienciaram tanto a qualificação profissional na formação *stricto sensu* como no programa PET-Saúde Interprofissionalidade, puderam somar tais vivências e potencializar a intencionalidade da EIP em seus campos de prática, de modo a atuarem conscientemente e ativamente nos processos de mudança da formação em saúde (com seus estudantes de graduação) e nos processos de trabalho da APS (com suas equipes de saúde).

Destacamos, então, como ações desenvolvidas com o objetivo de promover a interprofissionalidade: a vivência no acolhimento, nas interconsultas, visitas domiciliares interprofissionais, construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), grupos operativos e rodas de EPS, desenvolvidas nas reuniões de equipe, espaço esse resguardado para a reflexão do processo de trabalho das eSF. A participação da comunidade no planejamento das ações e nas tomadas de decisões propiciou a integração do ensino e do serviço com a comunidade, fortalecendo a comunicação e o vínculo.

Essas estratégias, instrumentos e ferramentas utilizadas nessas experiências consolidaram a práxis da EIP e favoreceram o desenvolvimento de competências comuns e colaborativas para o trabalho interprofissional em saúde, com destaque para a clareza dos papéis profissionais, atenção centrada no usuário, família e comunidade, comunicação interprofissional, liderança colaborativa e trabalho em equipe (COSTA, 2017; CHIC, 2016). Dessa maneira, a adoção de estratégias pedagógicas com o objetivo de desenvolver competências para a EIP, tendo como cenário de aprendi-

zagem as Unidades de Saúde da Família (USF), resultou em uma (des)construção de saberes, aprimorando o olhar sobre as práticas colaborativas em saúde e a atenção centrada no território e seus usuários (BARBOSA *et al.*, 2020).

Falar da experiência vivenciada é extremamente gratificante, especialmente quando esse percurso propicia refletir sobre o nosso próprio fazer, trazendo um olhar crítico e, por que não dizer, fazer uma autoavaliação da nossa prática profissional. Nesse caminho, aprender com a escrita, um exercício de relatar o vivido, partilhado, sentido, e assim, afetar-se. Nesse diálogo entre preceptoras, podemos observar questões negligenciadas e/ou superações alcançadas nas nossas próprias práticas sociais, permeadas por nossa cultura.

Como profissionais de saúde da APS, trabalhamos o tempo todo com sujeitos e suas singularidades, vulnerabilidades e contextos de vida. Assim, foi preciso discutir a intencionalidade de aprender a trabalhar em equipe, aprender sobre as outras profissões, respeitar, valorizar e conviver em grupo, com todas as subjetividades e singularidades impostas. Entretanto, nos processos formativos em análise, foram vivenciados novos desafios, principalmente porque foi preciso romper barreiras, extrapolar os muros da formação técnica e estudar mais, compreender como os processos coletivos se dão, motivando-nos a fazer parte dessa rede colaborativa de formação em saúde.

Ao longo da nossa trajetória profissional, percebemos que um dos grandes desafios era trabalhar em equipe, reconhecer as diferenças, saber escutar, mas, sobretudo, valorizar e enaltecer o que existia de melhor em cada pessoa, em cada profissão. O trabalho em equipe é necessário e constitui um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade, tanto das necessidades de saúde que requerem uma abordagem ampliada e contextualizada

quanto da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde em rede (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Ademais, com o tempo, constatamos que não podemos ser resolutivos e bons profissionais trabalhando sozinhos, deslocados das demandas reais e compreendendo, principalmente, que o processo de saúde se dá com o encontro com o outro. Para isso, foi preciso desenvolver a capacidade de se adaptar aos contextos e cenários e vivenciar diferentes papéis, como também reconhecendo os poderes instituídos e os estereótipos construídos socioculturalmente.

Desse modo, a parceria com as Instituições de Ensino Superior, com propostas indutoras de formação em saúde para o SUS, com o objetivo de formar novos profissionais, assim como qualificar os que já estão inseridos no serviço, tem sido primordial e necessária. Foi nessa perspectiva que nós, profissionais, preceptoras inseridas na ESF do município de João Pessoa-PB, vislumbramos esse caminho de interlocução entre Saúde e Educação, de forma que foi possível trabalhar juntas e pensar a saúde de maneira mais integral e mais próxima das demandas dos usuários.

Partindo da necessidade de formar profissionais de saúde mais aptos à colaboração e com competências para a execução do efetivo trabalho em equipe é que a EIP começa a ser valorizada em todo o mundo. Definida como a ocasião em que membros de duas ou mais profissões aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde, a EIP apresenta marcos teórico-conceituais e metodológicos capazes de ajudar no processo de reorientação da formação e do trabalho em saúde, com vistas à superação de importantes gargalos da realidade da produção dos serviços de saúde (FREIRE FILHO *et al.*, 2019).

Este caminho foi nos envolvendo de tal forma que possibilitou vivenciar experiências que foram modificando o nosso fazer cotidiano, repensando práticas, criando novas

possibilidades de contribuir com o trabalho da equipe de saúde, revelando novas capacidades que não percebemos e contribuindo para se desenhar um novo modelo de saúde, mais organizado, acessível e justo para todos.

Foram muitos os desafios enfrentados, dentre eles: a formação bancária, a fragmentação do saber, a fragilidade para reconhecer a intencionalidade da importância do outro profissional no processo do cuidado ofertado. Tendo em vista a formação fragmentada das áreas da saúde e a valorização da especificação, foi necessário definir meios para consolidar e aprimorar a ação articulada entre profissões e reafirmar a atenção centrada na singularidade (BRASIL, 2018c).

Assim, compreendemo-nos como parte da (des)construção dessa rede tecida a muitas mãos e como elemento importante das representações culturais. A rede de representações simbólicas de ideia, ideais, crenças e experiência que contribuem para o (re)fazer, a (re)criação do cotidiano.

CONTRIBUIÇÕES DA EXPERIÊNCIA

A formação das preceptoras no programa de pós-graduação *stricto sensu* profissional da RENASF/UFPB possibilitou um aprofundamento dos conhecimentos acerca da produção do cuidado centrado no usuário, família e comunidade, em uma perspectiva de rede de aprendizado, e fortaleceu as atividades educacionais de produção do conhecimento desenvolvidas nos cenários de práticas, por meio de metodologias ativas e estratégias de ensino-aprendizagem baseadas na problematização. As metodologias ativas objetivam alcançar e motivar o estudante, visto que, diante do problema apresentado, ele se detém, examina, reflete, rela-

ção a sua história e passa a ressignificar suas descobertas (MITRE *et al.*, 2008).

Seguindo o caminhar na formação, que é contínuo e, muitas vezes, desafiador, porém encantador, participar como preceptoras no PET-Saúde Interprofissionalidade possibilitou também aprofundar os conhecimentos acerca do pressuposto teórico-conceitual-metodológico da educação interprofissional e da colaboração interprofissional, os quais foram sendo alinhados, compreendidos, a cada encontro, nos Grupos Tutoriais de aprendizagem e nas atividades desenvolvidas nas USF, qualificando a formação interprofissional em saúde para os estudantes e trabalhadores, bem como transformando a realidade dos serviços, construindo novos processos de trabalho nas equipes, fortalecendo e promovendo o reconhecimento das profissões. A colaboração interprofissional fortalece os sistemas de saúde e promove a melhoria dos resultados na saúde (WHO, 2010; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

Sob esse prisma, esses processos formativos de qualificação profissional nos fizeram compreender que podemos, sim, ofertar um cuidado resolutivo à população, bem como utilizar recursos de otimização da produção em saúde, ao se evitar a duplicidade de serviços (SOUZA; COSTA, 2019). Ao mesmo tempo que articula o ensino, a pesquisa e a extensão, fortalecendo a integração com as IES, com discussão e definição dos papéis dos atores em cada cenário de atuação. Nessa dinâmica da vida, vamos nos entrelaçando, deixando-nos envolver, arriscando-nos na possibilidade do estar e construir juntos, avançando naquilo que mais nos move: a felicidade de desenvolver o que gostamos, para transformar nossos espaços de atuação e proporcionar melhor qualidade de vida para os usuários.

Apesar dos muitos desafios, fica muito evidente a força com que esse trabalho coletivo, interprofissional, colaborativo, dialógico e intencional influencia o nosso fazer,

de tal maneira que impregna nas atitudes e acabamos por ser vozes fortes, tanto dentro das equipes de saúde, como também exemplo para os novos profissionais de saúde, demonstrando que, nesta caminhada longa e muito emocionante, as coisas estão acontecendo no e por meio do SUS, que está vivo e vivo vai permanecer, se depender de nós.

Os espaços formativos do mestrado profissional e do programa PET-Saúde Interprofissionalidade também desenvolveram habilidades e competências nos preceptores para a produção de conhecimento (desenvolvimento de pesquisas, produção de artigos científicos e demais produtos técnicos e tecnológicos), colaborando, assim, para uma ciência que atenda às reais necessidades da sociedade.

Nesse contexto, compreender a produção e a transferência de conhecimento a partir da implicação com a translação dos resultados, ou seja, estímulo à criação e discussão de estratégias voltadas ao enlace entre a produção do conhecimento, as práticas da atenção à saúde da família e as políticas públicas sociais e de saúde. Nessa construção, compreender a adoção de metodologias de investigação que privilegiem abordagens participativas, no sentido de ampliar o envolvimento das comunidades, trabalhadores e gestores no processo de produção do conhecimento.

As atividades desenvolvidas por esses programas de formação profissional mobilizam, para além dos envolvidos diretamente com os processos formativos, os demais estudantes, trabalhadores de saúde e a população. Para o desenvolvimento das múltiplas ações no desenvolvimento desses processos, contou-se com a imprescindível participação da comunidade, a qual contribuiu com a construção, execução e avaliação das ações, bem como nas tomadas de decisões, sendo, portanto, PC que qualificaram os serviços e os processos de trabalho das equipes participantes.

Os trabalhadores que fazem parte das eSF que participam desses programas, mostraram-se bastante motivados em

colaborar e participar na construção das ações, constituindo, assim, espaços de aprendizagem e reflexão nas equipes, com inserção de mudanças no processo de trabalho que estimularam o interesse para o engajamento nos programas, tais como a formação no MPSF/RENASF-UFPB.

Ademais, essas formações profissionais reverberaram e potencializaram o processo da IESC, qualificando a formação no SUS e para o SUS, sendo, portanto, processos ativadores na construção do saber e do fazer em saúde.

Em tempos desafiadores, encaminha-se a necessidade de continuidade e de valorização de processos formativos de trabalhadores de saúde na perspectiva da EIP e desenvolvimento das PC no cuidado em saúde. Em decorrência, é necessária a ampliação da visibilidade dos avanços proporcionados, a avaliação em médio e longo prazo do impacto na saúde das populações beneficiadas por profissionais qualificados e o incentivo da produção do conhecimento e de novas tecnologias do processo de trabalho na APS e no SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. G. S.; TESTON, E. F.; MEDEIROS, A. A. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde em Debate**. v. 43, n. spel, p. 97-105. 2019.

BARBOSA, A. S. *et al.* Estratégia Saúde da Família, formação em saúde e interprofissionalidade: o olhar de estudantes. In: REICHERT, A. P. S. (Org) *et al.* **Cuidado, atenção e avaliação na APS**: reflexões para a prática. João Pessoa: Editora UFPB, 2020.

BARRETO, L. D. S. O.; GUIMARÃES CAMPOS, V. D.; DAL POZ, M. R. Interprofessional education in healthcare and

health workforce (HRH) planning in Brazil: experiences and good practices. **Journal Interprofessional Care**, v. 33, n. 4, p. 369-81, 2019.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. T. A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 65-85. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Construindo caminhos possíveis para a Educação Interprofissional em Saúde nas Instituições de Ensino Superior do Brasil**. 1 ed. rev. Brasília: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde no Brasil. **Laboratório de Inovação em Educação na Saúde com ênfase em Educação Permanente**. Brasília: MS, 2018. (Série Técnica Navegador SUS 1).

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface** (Botucatu). v. 22, p. 1325-37, 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.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. **Journal interprofessional care**, v. 19, n. 1, p. 8-20, 2005.

D'AMOUR, D. *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC health service research**, v. 8, n. 1, p. 1-14, 2008.

FRANÇA, T. *et al.* PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. **Saúde em Debate**. v. 42, n. spe 2, p. 286-301, 2018.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, spe 1, p. 86-96, 2019.

GONÇALVES, C. B. *et al.* A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. esp 1, p. 12-23. 2019.

CHIC. INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE. **Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update**. Washington: Interprofessional Education Collaborative, 2016.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* O processo de construção do currículo no mestrado profissional em saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, supl. 2, p. 39-52, 2015.

MITRE S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação Profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. Sup 2, p. 2133-44, 2008.

OANDASAN, I.; REEVES, S. Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. **Journal Interprofessional Care**, v. 19, Suppl 1, p. 21-38, 2005.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020.

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

RIBEIRO, P. K. C. *et al.* Os profissionais de saúde e a prática de preceptoría na atenção básica: assistência, formação e transformações possíveis. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 12, p. 1-18, 2020.

SOUZA, R. M. P.; COSTA, P. P. Educação Permanente em Saúde na formação da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe1, p. 116-26, 2019.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Teaching-service integration and its interface in the context of reorienting health education. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 59, p. 1015-25, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**. 1. ed. Geneva: World Health Organization, 2010.

ZARIFIAN, P. **O modelo da competência**: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: SENAC, 2003.



INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Carlos Felipe Fontelles Fontineles

Aldo Angelim Dias

Sharmênia de Araújo Soares Nuto

Maria Socorro de Araújo Dias

INTRODUÇÃO

Por muito tempo a saúde esteve vinculada apenas ao adoecer, fazendo com que o modelo assistencial hospitalar e centrado na doença alcançasse sua hegemonia. Durante o século XX, as mudanças culturais e econômicas mostraram um mundo cada vez mais complexo, exigindo uma análise da saúde através de diversas dimensões, desde as necessidades de usuários e população até a organização de serviços (FORTE *et al.*, 2016; TOMPSEN *et al.*, 2018).

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, estimulou a discussão sobre uma abordagem integral da saúde e de novas práticas de cuidado, evidenciando a necessidade da substituição da atuação isolada e independente dos profissionais pelo trabalho colaborativo em equipe (TOMPSEN *et al.*, 2018; ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, impulsionou importantes mudanças na assistência à saúde. A implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir de 1994, reestruturou o modelo de atenção primária no país, sendo o trabalho em equipe fundamental para a realização de ações de prevenção de agravos e promoção e recuperação da saúde, no âmbito do indivíduo, da família e da comunidade (COSTA; FORMOZO, 2018).

Nesse contexto, onde a integração e a interação entre profissionais se tornam essenciais, o trabalho interprofissional em saúde apresenta-se como estratégia que visa contribuir para a integralidade do cuidado através do trabalho em equipe, em que profissionais de diversas formações transitam entre saberes e práticas com objetivos em comum. Segundo Peduzzi e Agreli (2018), a equipe interprofissional é composta por profissionais de diferentes áreas, não necessariamente da área da saúde, que exercem seus papéis, reconhecem e respeitam os de outras profissões, atuando de maneira integrada e interdependente.

Apesar do SUS prezar pelas relações interprofissionais e da inserção da Equipe de Saúde Bucal na ESF, a partir de 2000, ter representado uma oportunidade de mudança no processo de trabalho, historicamente a formação em Odontologia foi regida por um modelo biologicista e individual que resultou em um isolamento profissional por parte dos cirurgiões-dentistas (PERUZZO *et al.*, 2018).

Em 2001, o Ministério da Educação (MEC) deu início ao processo de reestruturação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde com o intuito de formar profissionais em consonância com as novas práticas em saúde e a lógica de trabalho da ESF. Para a Odontologia, as DCN afirmam que o futuro cirurgião-dentista deve receber uma formação que o possibilite atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente para que este exerça sua profissão de forma articulada ao contexto social (BRASIL, 2002).

Em todo o mundo, iniciativas com o intuito de superar a formação fragmentada e que estimulem a interação entre diferentes categorias profissionais vêm ganhando destaque. Com o objetivo de preparar melhor os profissionais para enfrentar o complexo campo da saúde através do trabalho colaborativo, a educação interprofissional (EIP) surge como proposta pedagógica onde o aprendizado acontece de maneira compartilhada e horizontal (FREIRE FILHO *et al.*, 2019). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), “a educação interprofissional acontece quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde” (OMS, 2010, p. 7).

Apesar de a EIP mostrar-se como uma importante ferramenta para o desenvolvimento e fortalecimento dos recursos humanos para os sistemas de saúde, o modelo de formação em saúde no Brasil ainda é predominantemente uniprofissional (LIMA *et al.*, 2018). Cientes deste cenário, o Ministério da Saúde (MS) e o MEC vêm lançando dispositivos de reorientação da formação que incentivam a interprofissionalidade através da aproximação do mundo acadêmico com os serviços de saúde, reconhecendo a potência da integração ensino-serviço na reorientação das práticas dos trabalhadores do SUS e dos estudantes da área da saúde, mostrando que discussões sobre trabalho interprofissional e educação interprofissional devem ocorrer de forma integrada (FORTE *et al.*, 2016).

Considerando a importância do trabalho colaborativo em equipe para o fortalecimento dos sistemas de saúde e as evidências sobre a EIP enquanto abordagem educacional no enfrentamento dos silos profissionais, este estudo objetiva analisar a integração ensino-serviço como dispositivo de EIP na formação de cirurgiões-dentistas no contexto da ESF.

MÉTODOS

Pesquisa do tipo exploratório-descritiva, documental, com abordagem qualitativa, circunscrita à análise das políticas insti-

tucionais e das percepções de docentes e discentes de cursos de graduação em Odontologia do Ceará. Aprofunda-se no universo dos significados e das percepções dos participantes, entendendo que as ações e relações humanas não são perceptíveis e captáveis por variáveis quantitativas (MINAYO, 2015).

O cenário de investigação foi composto por quatro cursos de graduação em Odontologia do estado do Ceará, dois cursos de ensino público e dois cursos de ensino privado, sendo um na capital e um no interior, em cada segmento. A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2019 e março de 2020, por um único pesquisador, por meio de três estratégias: análise do Projeto Político Pedagógico (PPP) e Matriz Curricular (MC), entrevista individual semiestruturada e grupo focal.

O PPP e a MC configuram-se importantes elementos de análise deste estudo por serem norteadores do processo de formação (BRASIL, 2002). Disponibilizados pelas coordenações e formalmente autorizados pelas Instituições de Ensino Superior (IES), a exploração de seus conteúdos se deu pelos referenciais: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (BRASIL, 2002), a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017) e Introdução à Educação Interprofissional (BARR; LOW, 2013).

Buscando uma aproximação mais concreta com a realidade acadêmico-pedagógica, foram realizadas entrevistas semiestruturadas e grupos focais com docentes e discentes. Ambas as técnicas foram roteirizadas seguindo o mesmo referencial teórico. Procedimento similar foi adotado para a análise documental. Participaram das entrevistas semiestruturadas oito docentes, sendo dois de cada curso, responsáveis por disciplinas que apresentavam em sua matriz curricular conteúdos que contemplassem a formação para o trabalho na ESF.

Foram realizados quatro grupos focais, sendo um por instituição, com seis participantes em cada. Os 24 discentes foram intencionalmente selecionados por estarem matriculados no último ano de graduação e serem maiores de 18 anos. Os mesmos

foram indicados pelos docentes participantes. Dessa forma, para a amostragem, adotou-se a técnica *snowball sampling*, na qual lançou-se mão de documentos e informantes-chave (docentes), a fim de localizar estudantes com o perfil necessário para a pesquisa (VINUTO, 2014).

Entrevistas e grupos focais tiveram duração média de uma hora e ocorreram após a anuência dos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ademais, registra-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Fortaleza, sob o número 3.554.205/19. O material coletado, após transcrito, foi explorado pela técnica de Análise de Conteúdo, contemplando as fases de pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados, preconizadas por Bardin (2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção será apresentada em três tópicos, conforme categorias identificadas no processo de análise. Para preservar a identificação dos participantes, foi codificada uma ordem sequencial de A (ensino público – capital), B (ensino privado – capital), C (ensino público – interior) e D (ensino privado – interior) para os cursos de Odontologia, P1 a P8 para a fala dos professores e, para a dos estudantes de graduação, de E1 a E24.

Plano Político Pedagógico e Matriz Curricular

As DCN para o Curso de Graduação em Odontologia, vigentes desde 2002, mostraram-se de extrema importância na reorientação do ensino odontológico, que por muito

tempo foi reconhecido pela especialização e fragmentação do conhecimento (NORO, 2019).

Propondo uma formação ancorada nos princípios e diretrizes do SUS, em que o graduando deve compreender a Odontologia não só por intermédio de procedimentos clínicos, mas também dos aspectos sociais, culturais e econômicos do paciente e da comunidade, as DCN orientam as IES no planejamento e na organização do Projeto Político Pedagógico e da Matriz Curricular de seus cursos, apontando os caminhos que instituições, docentes e discentes devem seguir durante o processo de formação (NORO, 2019).

Como orientado pelas diretrizes, todos os cursos participantes desta pesquisa trouxeram expressas em seus PPP a multiprofissionalidade, multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade como norteadoras de seus processos formativos. Apesar de tais conceitos abrirem espaços para novas práticas com foco na integralidade do cuidado, eles apresentam diferenças importantes para a compreensão da lógica da EIP e do trabalho colaborativo. Enquanto a palavra “disciplinar” faz referência às áreas de estudo, apontando para o nível teórico de construção do conhecimento, a palavra “profissional” refere-se aos campos de práticas das equipes de trabalhos. Já os prefixos “multi” e “inter” expressam o nível de interação entre diferentes áreas de conhecimentos ou de núcleos profissionais (COSTA *et al.*, 2018).

Dessa forma, “os termos multidisciplinar e multiprofissional representam diferentes áreas do conhecimento ou de atuação profissional que mantém uma relação de independência” (COSTA *et al.*, 2018, p. 47). No que diz respeito à interdisciplinaridade e à interprofissionalidade, as relações estabelecidas são de interdependência, em que as interações são marcadas pela colaboração a fim de atingir um objetivo comum (COSTA *et al.*, 2018).

Segundo Freire Filho e Silva (2017), o texto expresso nas DCN não apresenta aspectos relacionados às bases teóricas

da EIP e do trabalho colaborativo. Assim, mesmo elucidando o perfil do cirurgião-dentista, as diretrizes não fazem referências às relações interprofissionais. De acordo com Almeida, Teston e Medeiros (2019), a interação entre diferentes profissões durante a graduação tornou-se imprescindível para que o futuro profissional esteja preparado para o trabalho no SUS. Nesse contexto, vale destacar que apenas o curso B apresentou aportes teóricos e metodológicos relacionados à EIP em seu PPP, apresentando a interprofissionalidade como um dos critérios de criação e avaliação da MC, a capacitação de alunos para a atuação em equipes interprofissionais como um de seus objetivos e o Programa PET-Saúde Interprofissionalidade como um de seus projetos de pesquisa e extensão.

O PET-Saúde Interprofissionalidade é a mais recente edição do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), e tem como foco a interprofissionalidade, visando o desenvolvimento da EIP em todo o Brasil. Através da integração ensino-serviço, o programa tem como objetivo promover mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde para que sejam formados profissionais aptos ao trabalho colaborativo em saúde (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

Mesmo a EIP se destacando mundialmente, os currículos de graduação em saúde no Brasil, em sua maioria, continuam estruturados por disciplinas e, principalmente, de forma uniprofissional. Poucas são as experiências de EIP relacionadas à Odontologia, prevalecendo uma formação odontológica baseada em saberes e fazeres específicos e que pouco promove a interação com estudantes de diferentes profissões (OMS, 2010; GRIGGIO; MININEL; SILVA, 2018).

Os relatos a seguir exemplificam essa interação ainda incipiente durante a graduação em Odontologia:

A gente fez algumas atividades com outros profissionais na UBS [Unidade

Básica de Saúde], sempre nas disciplinas de Saúde Coletiva. Participavam enfermeiros, médicos, nutricionistas... Apenas nessas disciplinas que a gente estava perto de outros profissionais. Minha equipe desenvolveu uma atividade [...] junto com os alunos da fonoaudiologia (E9-B).

[...] onde a gente consegue incluir o contexto, mais que o conceito da interprofissionalidade, é no estágio da Atenção Primária. [...] é quando eles [alunos] têm a oportunidade de interagir com outras categorias [profissionais] e se inserir em ações que sejam de fato interprofissionais (P5-C).

Nesse sentido [educação interprofissional], aqui na universidade tem um projeto de extensão [...], o PET-Saúde Interprofissionalidade. Professores e alunos de todas as áreas em uma UBS, trabalhando em conjunto, contribuindo para a saúde do paciente. [...] pena que é apenas na extensão, não é uma disciplina obrigatória (E1-A).

Ainda que as disciplinas de Saúde Coletiva e Estágio Curricular (EC) tenham sido apresentadas por alunos e professores dos quatro cursos como protagonistas no que se refere à integralidade do cuidado e como espaços de EIP, o trabalho interprofissional vinculado à ESF como conteúdo de ensino e objetivo de aprendizagem foi expresso apenas na MC do curso B, relacionado a uma disciplina de Saúde Bucal Coletiva e uma de Estágio Curricular Extramural.

Os grupos focais e as entrevistas também revelaram que os cursos A e C apresentavam atividades do programa PE-T-Saúde Interprofissionalidade, apesar de não o expressarem em seus PPP (BRASIL, 2018).

É importante destacar que a maioria das atividades relatadas, obrigatórias ou extracurriculares, que promoviam a interação com alunos e profissionais de outras categorias, aconteciam em serviços do SUS, principalmente no contexto da ESF, evidenciando que atividades que promovem a integração ensino-serviço configuram-se como potentes espaços para a EIP (GRIGGIO; MININEL; SILVA, 2018).

Estágio Curricular

As DCN apresentam como um de seus princípios o fortalecimento da articulação entre teoria e prática, assim como a valorização dos estágios, corroborando o entendimento de que para “aprender saúde” é necessário se inserir nos espaços onde “se faz saúde” (BRASIL, 2003). Nesse contexto, muitos cursos de Odontologia têm desenvolvido estágios curriculares extramurais, nos quais os acadêmicos são inseridos em espaços fora das universidades, a fim de potencializar não só as habilidades específicas da categoria, mas proporcionar uma formação social e humana dos futuros cirurgiões-dentistas (FAÉ *et al.*, 2016; FADEL *et al.*, 2019). Assim, seus projetos pedagógicos apontam a integração entre ensino e serviço como forma de proporcionar uma formação integral e adequada aos estudantes.

Segundo Faé *et al.* (2016), a integração ensino-serviço em saúde é um trabalho coletivo entre universidade e serviços, onde ocorre a integração entre estudantes, docentes, gestores e trabalhadores de saúde. Sua intenção é proporcionar

uma atenção à saúde individual e coletiva através da formação de recursos humanos para o SUS.

Em relação ao Estágio Curricular, uma das maneiras das IES fomentarem essa integração, as DCN expressam que os cursos de graduação em Odontologia devem garantir que ocorram sob supervisão docente e que tenham no mínimo 20% da carga-horária total do curso (BRASIL, 2002).

A partir de uma revisão feita nas diretrizes propostas pela Associação Brasileira de Ensino Odontológico para o EC, Scavuzzi *et al.* (2015) afirmam que o ideal desejado é que 100% de sua carga horária ocorra nos diversos espaços do sistema de saúde. Entretanto, cientes das dificuldades encontradas pelas IES para a sua instauração, os mesmos autores afirmam que no mínimo 50% da carga horária estabelecida para os estágios devem contemplar cenários extramuros, onde 25% corresponderão, obrigatoriamente, às atividades desenvolvidas no SUS.

Apesar de representar uma estratégia concreta de integração ensino-serviço e uma metodologia de ensino-aprendizagem transformadora, em que os estudantes são inseridos em cenários reais, precisando considerar todas as dimensões do trabalho e do processo saúde-doença (FADEL *et al.*, 2019), os estágios extramurais dos cursos participantes desta pesquisa ocupavam menos de 50% da carga horária destinada aos estágios curriculares.

Mesmo considerado por diversos estudos como momento estratégico para a aproximação entre IES e serviços de saúde, as DCN não apresentam as características específicas que o EC deve apresentar. Isso faz com que ocorra um viés de interpretação por parte dos cursos, estabelecendo em suas matrizes curriculares estágios predominantemente intramurais (NORO, 2019; MOIMAZ *et al.*, 2016).

Ainda que não apresentem tais características, as Diretrizes definem que a formação em Odontologia deve contemplar o sis-

tema de saúde brasileiro. De acordo com o MS, a Atenção Primária deve ser a porta de entrada do SUS e ter a Saúde da Família como principal estratégia para a sua organização e operacionalização (ARANTES *et al.*, 2019); assim, os estágios extramurais, no contexto da ESF, mostram-se essenciais para que o futuro cirurgião-dentista tenha, para além da teoria, o conhecimento prático sobre o sistema de saúde e a Estratégia Saúde da Família.

Estágios realizados em serviços públicos de saúde, principalmente em Unidades Básicas de Saúde (UBS), possibilitam, além de aprendizado clínico, o desenvolvimento de habilidades relacionais como empatia, comunicação e estabelecimento de vínculos, essenciais para o trabalho interprofissional (LAMERS *et al.*, 2016).

No [Estágio] Extramuro nós também atuamos nas UBS, lá não focamos apenas na Odontologia, mas articulamos atividades com alunos da enfermagem e alunos da nutrição (P4-B).

Nos estágios extramurais, a gente [professores] os incentiva [alunos] a desenvolverem ações no território que contemplem o matriciamento, visitas domiciliares em equipe, planejamento de educação em saúde com outros profissionais da UBS [...] para que tenham uma vivência interprofissional (P5-C).

Apesar de apresentarem carga horária inferior ao que se é preconizado, nos quatro cursos, os estágios extramurais foram citados por todos os docentes e discentes como a melhor estratégia para uma formação que incorpore as dimensões sociais da saúde e sua relação com o trabalho interprofissional. Nesse contexto, vale destacar as seguintes falas:

Deveria ser o momento pra gente pensar além da boca, pensar no contexto social, no processo saúde-doença... O momento ideal pra interagir com outros profissionais, sair

um pouco do consultório odontológico, mas não é o que acontece. A gente chega, entra no consultório odontológico, faz o que tem que fazer e vai embora (E19-D).

Nem no estágio acontece essa interação com outras categorias. Deveria, né? A gente aprende tanto na teoria que [a interprofissionalidade] é importante na integralidade do cuidado (E22-D).

Diferentemente dos discursos apresentados pelos alunos do curso D, os demais estudantes participantes da pesquisa, mesmo tecendo críticas a alguns aspectos, relataram vivências interprofissionais durante os estágios na ESF.

Realizamos algumas atividades, desde o planejamento até avaliação, com outras categorias, no estágio da ESF, mas não são todos os alunos que têm essa sorte (E7-B).

Tem aluno que vai ter uma experiência massa, mas tem outros, dependendo da UBS, que deve agradecer se pelo menos tiver uma vivência multiprofissional (E15-C).

Interprofissionalidade eu vi em apenas um dos estágios na ESF, nele consegui me inserir nas ações com o enfermeiro e médico [...] (E6-A).

É importante ressaltar que os cursos A, B e C foram contemplados por editais do PET-Saúde, antes mesmo do PET-Saúde Interprofissionalidade. Ainda que não tivessem como eixo central a EIP como o mais recente edital, eles possibilitavam a interação entre alunos, docentes e profissionais das diversas áreas da saúde viabilizando o desen-

volvimento de práticas colaborativas. Os cursos A e B também apresentam em seu histórico a adesão ao Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que teve como objetivo geral induzir mudanças na formação profissional em saúde através da integração ensino-serviço e do uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Já o curso C aderiu ao programa Pró-PET-Saúde, uma junção do Pró-Saúde com o PET-Saúde (WEILER *et al.*, 2017; LIMA; ROZENDO, 2015).

Nesse contexto, ambos os programas representam uma história significativa nos incentivos às mudanças curriculares nas IES brasileiras, por induzirem novas formas de interação e comunicação entre IES e serviços de saúde, favorecendo a adoção de estratégias como a educação interprofissional em cenários reais de prática (COSTA *et al.*, 2015).

Nós temos três territórios de estágio com atuação do Pró-PET, então faço de tudo pra enviar alguns dos meus alunos para eles. Eu sei que neles os profissionais já estão sensibilizados para o trabalho interprofissional [...] (P5-C).

Quando há preceptores do PET nas UBS, mesmo os alunos que não participam [do PET] são recebidos com outro olhar. [...] Facilita bastante que eles participem de práticas interprofissionais (P3-B).

O conteúdo das entrevistas corrobora com as observações de Ely e Toassi (2017), que apontam a influência do Pró-Saúde e do PET-Saúde, juntamente com as DCN, na qualificação das relações da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) com os serviços de saúde que abri-

gavam os estágios curriculares de seus cursos, possibilitando aos estudantes conhecimento em relação ao funcionamento das unidades de saúde e práticas colaborativas.

Embora as DCN e os programas para a reorientação da formação em saúde representem avanços, instituições, docentes, discentes, profissionais da saúde e usuários do SUS precisam repensar a intencionalidade, o contexto e as estratégias pedagógicas para que os estágios curriculares em equipes da ESF promovam a integração ensino-serviço e constituam-se verdadeiros espaços para a educação interprofissional.

A disponibilidade de gestores, docentes e profissionais da saúde para a educação interprofissional em cenários reais de atuação

As UBS que abrigam equipes da ESF representam cenários privilegiados para gerar transformações na formação dos profissionais da saúde, pois ocupam uma posição estratégica na rede de atenção à saúde (MADRUGA *et al.*, 2015). Nessa perspectiva, Ceccim e Feuerwerker (2004) apresentam a importância do quadrilátero da formação para a saúde, em que as estruturas de gestão da saúde, as instituições de ensino, os órgãos de controle social e os serviços de atenção devem trabalhar de maneira colaborativa para que esses cenários sejam verdadeiros espaços de ensino-aprendizagem e atenção à saúde (MADRUGA *et al.*, 2015).

Diversos estudos apontam que a integração ensino-serviço efetiva só é possível quando a IES e o sistema de saúde têm objetivos comuns e peculiares, apontando para a mesma direção na construção de espaços pedagógicos que contribuam para a melhoria da formação de profissionais e, conseqüentemente, para a atenção em saúde (FINKLER;

CAETANO; RAMOS, 2011; BRAVO *et al.*, 2018; FONSECA *et al.*, 2015).

Considerando a importância dos gestores do sistema de saúde na integração ensino-serviço, logo, no estímulo à EIP, destacam-se a seguintes falas:

Aqui no município é muito tranquila a articulação [com os serviços para campos de estágio], é feita através da Escola de Saúde. Desse processo [para integração ensino-serviço] nós não temos do que reclamar. [...] o problema é que quero mandar alunos apenas para as UBS que têm residentes multiprofissionais em saúde da família, que têm equipe do NASF [Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica] e, algumas vezes, a resposta da Escola de Saúde é: 'Professora, essa UBS já tem aluno demais'. [...] aquele campo que eu teria uma maior possibilidade para fazer a interprofissionalidade não está disponível. Tenho que mandar os alunos para uma UBS que não tem alunos de outros cursos, residentes... Mas sendo bem sincera, isso acontece pouquíssimas vezes, pois a gestão de saúde do município já tem um histórico de defender a interprofissionalidade (P5-C).

Apesar de os docentes de todos os cursos relatarem uma parceria satisfatória entre as instituições das quais fazem parte e a gestão de saúde dos respectivos municípios, no que concerne à escolha das UBS para estágio, não foi possí-

vel identificar a EIP como objetivo em comum dessa parceria, conforme observado nas falas dos docentes do curso C.

É importante ressaltar que o curso em questão faz parte do Sistema de Saúde Escola de Sobral, modelo ampliado de organização dos processos de ensino-aprendizagem integrado à realidade da rede de saúde do município. O modelo, implantado em 1997, prioriza o desenvolvimento da ESF e compreende os processos educativos como espaços que possibilitam a análise crítica das práticas de saúde. Peça fundamental do sistema e apontada pelos docentes como articuladora da integração ensino-serviço, a Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia tem como missão promover processos educativos interprofissionais (SOARES *et al.*, 2008).

Para além da compreensão dos gestores do sistema de saúde sobre a importância da integração ensino-serviço, tanto para a melhoria da atenção em saúde quanto para a formação dos profissionais, docentes e profissionais da ESF e dos demais níveis de complexidade do SUS precisam estar preparados para a docência em serviço (BARRETO *et al.*, 2018).

O professor facilitava muito nossa interação com os outros profissionais da UBS. Ele incentivava muito que a gente saísse do consultório odontológico (E7-B).

A gente não é acompanhado por professores, não, só pelo preceptor mesmo (E21-D).

Às vezes o professor ia [à UBS] acompanhar, ficava observando... Sinceramente, se não fosse pela tutora dos residentes, acho que não teríamos

nos inserido em atividades fora do consultório odontológico (E16-C).

Através dos grupos focais foi possível identificar o professor como peça fundamental para a integração entre estudantes e profissionais dos serviços, quando o mesmo atua como mediador de um processo de ensino-aprendizagem pautado na interprofissionalidade.

De acordo com Faé et al. (2016), a formação acadêmica com ênfase no biologicismo da maioria dos docentes da área da saúde representa uma das dificuldades para a consolidação da articulação ensino-serviço.

Assim, a formação e a capacitação docentes devem possibilitar que professores sejam capazes de criar uma rede de relações formativas nos campos de estágio, integrando alunos e profissionais, a partir da problematização e educação interprofissional (FADEL *et al.*, 2019; BRAVO *et al.*, 2018).

Os grupos focais ainda evidenciaram a disponibilidade dos profissionais dos serviços como fator determinante na integração ensino-serviço, o que também foi percebido nas entrevistas com os docentes de todos os cursos, como destacado nas falas a seguir:

Ainda existe uma dificuldade para encontrar bons preceptores no serviço. Não é todo dentista que quer recebê-los [os estudantes] (P4-B).

Eu, particularmente, nunca tive problemas [com preceptores], nem com os demais profissionais da UBS. Mas a gente sabe que nem sempre é assim, não é todo profissional que é, ou se

sente capacitado para desenvolver a preceptoria (P2-A).

Nesse contexto, é fundamental que discussões relacionadas à função dos trabalhadores do SUS na formação em saúde sejam desenvolvidas não só em espaços acadêmicos, mas também nos serviços da rede de atenção à saúde, pois é necessário que os profissionais em serviço compreendam a importância da corresponsabilização na formação de recursos humanos para o sistema de saúde (MADRUGA *et al.*, 2015).

O preceptor ficava dentro do consultório e não saía por nada. Na UBS até tinham algumas ações compartilhadas de enfermeiros e médicos, mas eu tinha que ficar com ele no consultório. Como é que eu ia me integrar ao resto do serviço? (E6-A).

O meu preceptor fazia questão de participar de tudo, às vezes era a população e até outros profissionais da UBS que falavam que ele devia ficar no consultório atendendo. Ele buscava essa interprofissionalidade e eu ia junto (E3-A).

Na lógica da integração ensino-serviço, os profissionais devem acolher os estudantes em seus locais de trabalho e desempenhar, junto com o docente, a supervisão das atividades realizadas por eles. Dessa forma, o preceptor deve atuar como facilitador do processo de ensino-aprendizagem, sendo essencial para a articulação das ações entre alunos e demais membros da equipe de saúde (FADEL *et*

al., 2019; LIMA; ROZENDO, 2015; FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011).

Em estudo realizado por Lima e Rozendo (2015), foi possível identificar que mesmo preceptores ligados ao programa Pró-PET-Saúde, que apresenta o trabalho interprofissional em um de seus eixos, ainda apresentam práticas individuais e curativistas. Alguns desses preceptores apontaram a formação acadêmica e profissional que receberam como motivo para a resistência à interprofissionalidade.

Uma preceptoria que permita um excelente aprendizado por parte do aluno exige qualificação pedagógica. Assim, a formação de preceptores deve ser preferencialmente realizada pelo Núcleo Docente Estruturante dos cursos, para que eles incorporem conceitos e valores das IES e exerçam suas atividades como preceptores de acordo com os projetos pedagógicos (NORO, 2019; LIMA; ROZENDO, 2015).

Outros estudos também apontaram a infraestrutura dos serviços, a sobrecarga de trabalho e a incompatibilidade entre horários de trabalho e estágios como obstáculos para a integração ensino-serviço e para que o trabalhador da saúde incorporasse práticas interprofissionais ao seu dia a dia e, conseqüentemente, à preceptoria (FAÉ *et al.*, 2016; LIMA; ROZENDO, 2015; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016).

O mesmo também foi evidenciado nos discursos dos participantes deste estudo.

Em algumas UBS, a sala da Odontologia fica num setor bem separado. Um corredor com médico e enfermeiro e o dentista lá em outro corredor, bem separado. A integração já não acontece desde aí (E7-B).

É difícil a gente encontrar dentista que veste a camisa da ESF e que aceite

ser preceptor. Muitos acham que o aluno vai ser um trabalho a mais (P3-B).

[...] eu e o preceptor incentivamos a interação dos alunos com a equipe do NASF, mas a equipe do NASF só tá na UBS nas quintas-feiras e os alunos só vão estar nas segundas e quartas. A mesma coisa acontece com a equipe de residentes [...] (P5-C).

Assim, para que a integração ensino-serviço promova o encontro e a interação entre profissionais e estudantes das diferentes áreas da saúde, configurando-se como um modelo de ensino-aprendizagem pautado na EIP, é imprescindível que o serviço também esteja preparado em termos de estrutura física e organização gerencial e estratégica.

CONSIDERAÇÕES

Compreendida como uma estratégia pedagógica transformadora das práticas de saúde, que colabora com o rompimento do paradigma tradicional que orienta a formação em saúde, a educação interprofissional mostrou-se incipiente em todos os cursos. Nesse contexto, é válido ressaltar que as DCN, para os cursos de Odontologia, ainda não abordam a interprofissionalidade. Reconhecida por promover e induzir transformações em instituições de ensino em todo o país, sua revisão se faz essencial para a incorporação e desenvolvimento da EIP nos currículos de graduação.

Mesmo relatando atividades pontuais pautadas na interprofissionalidade, as percepções de docentes e discentes estão relacionadas ao trabalho interprofissional como forma

de garantir a integralidade do cuidado através do respeito e da colaboração entre diferentes profissões.

Os resultados evidenciaram os programas Pró-Saúde e PET-Saúde como poderosos instrumentos de indução de mudanças na formação profissional a partir da EIP e da integração ensino-serviço. É necessário, todavia, pensar a formação baseada na interprofissionalidade para além desses programas.

Nesse contexto, o Estágio Curricular Extramural na Estratégia Saúde da Família recebeu destaque nas percepções de professores e alunos, por proporcionar vivências interprofissionais, configurando-se como uma estratégia de ensino-aprendizagem que oferece a oportunidade de atuação direta com diferentes categorias profissionais em serviço.

A pesquisa ainda evidenciou a estrutura curricular, a infraestrutura das UBS, o corpo docente, a gestão e profissionais do sistema de saúde como aspectos que podem dificultar o processo de formação que visa desenvolver competências e habilidades fundamentais para a prática colaborativa na ESF.

Enfim, os achados deste estudo não encerram as discussões sobre o tema em questão, mas reconhecem a importância do trabalho interprofissional na Atenção Primária à Saúde e de todos os atores do processo formativo para o fomento da educação interprofissional, desde a graduação e ao longo da trajetória profissional de cirurgiões-dentistas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. G. S.; TESTON, E. F.; MEDEIROS, A. A. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, supl. 1, p. 97-105, 2019.

ARANTES, A. C. C. *et al.* Estágio Supervisionado: qual a sua contribuição para a formação do cirurgião-dentista de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais? **Revista de APS**, v. 12, n. 2, p. 150-60, 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARR, H.; LOW, H. **Introdução à Educação Interprofissional**. Fareham: CAIPE, 2013.

BARRETO, I. C. H. C. *et al.* Integração de instituições de ensino superior com sistemas municipais de saúde à luz de uma tipologia da colaboração interprofissional. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl.1, p. 1365-76, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação Superior, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 mar. 2002.

BRASIL. Ministério da Educação (MEC). Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 67, de 11 de março de 2003. Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN dos Cursos de Graduação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 jun. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Portaria nº 313, de 30 de outubro de 2018. Divulga o resultado final da seleção de projetos para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PE-

T-Saúde-Interprofissionalidade. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 out. 2018.

BRAVO, V. A. A. *et al.* Produzindo pesquisa, formação, saúde e educação na integração ensino, serviço e comunidade. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl.1, p. 1481-91, 2018.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COSTA, L. S.; FORMOZO, G. A. Representações sociais de graduandos acerca do programa educação pelo trabalho para saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 244-51, 2018.

COSTA, M. V. *et al.* **Educação Interprofissional em Saúde**. Natal: SEDIS-UFRN, 2018.

COSTA, M. V. *et al.* Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface** (Botucatu), v. 19, supl.1, p. 709-720, 2015.

ELY, L. I.; TOASSI, R. F. C. Atividade de ensino integrado dos currículos na graduação em saúde da UFRGS: entre o multiprofissional, o interdisciplinar e o interprofissional. *In*: TOASSI, R. F. C. (Org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 81-98.

FADEL, C. B. *et al.* Críticas construtivas de formandos em Odontologia para o repensar do estágio supervisionado no SUS. **Revista da ABENO**, v. 19, n. 2, p. 20-32, 2019.

FAÉ, J. M. *et al.* A integração ensino-serviço em Odontologia no Brasil. **Revista da ABENO**, v. 16, n. 3, p. 7-18, 2016.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Integração ensino-serviço no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface** (Botucatu), v. 15, n. 39, p. 1053-67, 2011.

FONSECA, G. S. *et al.* Modelo lógico-ideal para o estágio curricular supervisionado: a educação pelo trabalho na formação Odontológica. **Revista da ABENO**, v. 15, n. 2, p. 2-11. 2015.

FORTE, F. D. S. *et al.* Educação interprofissional e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. **Interface** (Botucatu), v. 20, n. 58, p. 787-96, 2016.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, supl.1, p. 86-96, 2019.

FREIRE FILHO, J. R.; SILVA, C. B. G. Educação e prática interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. In: TOASSI, R. F. C. (Org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 28-39.

GRIGGIO, A. P.; MININEL, V. A.; SILVA, J. A. M. Planejamento de uma atividade de educação interprofissional para as profissões da Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl.2, p. 1799-1809, 2018.

LAMERS, J. M. S. *et al.* Mudanças curriculares na educação superior em Odontologia: inovações, resistências e avanços conquistados. **Revista da ABENO**, v. 16, n. 4, p. 2-18, 2016.

LIMA, P. A. B.; ROZENDO, C. A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. **Interface** (Botucatu), n. 19, supl.1, p. 779-91, 2015.

LIMA, R. R. T. *et al.* A educação interprofissional e a temática sobre o envelhecimento: uma análise de projetos pedagógicos na área da Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl.2, p. 1661-73, 2018.

MADRUGA, L. M. S. *et al.* O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudan-

tes. **Interface** (Botucatu), n. 19, supl.1, p. 805-16, 2015.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Análise situacional do estágio curricular supervisionado nos cursos de graduação em Odontologia no Brasil. **Revista da ABENO**, v. 16, n. 4, p. 19-28, 2016.

NORO, L. R. A. Como estruturar um currículo integrado num curso de odontologia? **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 1, p. 1-17, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para a Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Geneva: OMS, 2010.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl.2, p. 525-34, 2018.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Revista Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2018.

SCAVUZZI, A. I. F. *et al.* Revisão das Diretrizes da ABENO para a definição do Estágio Supervisionado Curricular nos cursos de Odontologia. **Revista da ABENO**, v. 15, n. 3, p. 109-13, 2015.

SOARES, C. H. A. *et al.* Sistema Saúde Escola de Sobral-CE. **Sanare** (Sobral, Online), v. 7, n. 2, p. 7-13, 2008.

TOMPSEN, N. N. *et al.* Educação interprofissional na graduação em Odontologia: experiências curriculares e disponibilidade de estudantes. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 47, n. 5, p. 309-20, 2018.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L.; KLEBA, M. E. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2949-60, 2016.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-20, 2014.

WEILER, R. M. E. *et al.* Contribuição do Pró-Saúde para a reorientação da formação em Odontologia e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais: estudo de casos. **Revista da ABENO**, v. 17, n. 2, p. 39-50, 2017.



INTERPROFISSIONALIDADE, COGESTÃO E FORMAÇÃO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DO CUIDADO INTEGRAL À CRIANÇA

Ailma De Souza Barbosa

Verônica Ebrahim Queiroga

Gabrielle Mangueira Lacerda

Ana Suerda Leonor Gomes Leal

Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa

Franklin Delano Soares Forte

INTRODUÇÃO

O cenário atual de atenção à saúde vivencia transformações significativas nas necessidades em saúde da população, que se apresentam mais complexas em resposta às mudanças no perfil epidemiológico e demográfico, nos processos de determinação social, econômica, ambiental e cultural que, por sua vez, influenciam no surgimento de novos riscos infecciosos, ambientais e comportamentais. Portanto, faz refletir sobre um novo modelo de atenção em saúde capaz de atender às demandas da população e reivindica a preparação de profissionais capazes de confrontar as novas

circunstâncias de vulnerabilidade em saúde (FRENK *et al.*, 2010; WHO, 2013; COSTA *et al.*, 2018).

Dessa forma, considerando a complexidade dos problemas de saúde e a necessidade de uma prática profissional capaz de promover uma assistência de qualidade com melhores resultados em saúde, exige-se que os profissionais deste campo atuem colaborativamente. Nesse aspecto, a Educação Interprofissional (EIP) tem recebido destaque (REEVES, 2016; REEVES *et al.*, 2017) e pressupõe aprender juntos para trabalhar juntos por meio de práticas colaborativas em Saúde. Aprender a colaborar com o outro, independentemente de ser da mesma área profissional, e reconhecer o trabalho e o papel de cada profissão, faz toda a diferença, ao potencializar um ambiente de trabalho favorável para a troca de conhecimentos, com consequente redução da ocorrência de erros e garantia da segurança do paciente (WHO, 2010; REEVES *et al.*, 2013).

A realidade do serviço de saúde evidencia uma prática profissional fragmentada e isolada, que não tem abertura para desenvolver o efetivo trabalho em equipe, e que, por vezes, interfere na qualidade e resolutividade do atendimento, pois trabalhar em equipe não é apenas compartilhar o mesmo espaço, mas requer que os diferentes profissionais, juntos, atuem e desenvolvam uma assistência de saúde integral, a partir de uma interação dialógica e cooperativa intencional (COSTA *et al.*, 2018; PEDUZZI *et al.*, 2020).

No Brasil, o fortalecimento do SUS e, principalmente, a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) têm possibilitado que um grande número de profissionais de saúde passe a atuar muito mais próximo da realidade das pessoas. Assim, tem sido instituído um movimento de educação permanente em saúde, despertando os trabalhadores a repensarem suas práticas assistenciais e torná-las mais integradas aos interesses e à cultura da população (VASCONCELOS; STEDEFELD; FRUTUOSO, 2016).

O trabalho em equipe é um pilar de grande importância para um serviço em saúde de qualidade. Constitui-se uma equipe a partir da construção e identificação de objetivos comuns entre os sujeitos membros da equipe. Liderança e gerenciamento de conflitos são competências reconhecidas, compreendidas e trabalhadas a fim de alcançar o compartilhamento de ações e atividades, o que aumenta a capacidade para a resolução de problemas (BATISTA, 2012; PEDUZZI *et al.*, 2020). A falta de habilidade e disposição dos profissionais para o trabalho em equipe tem associação com a formação em saúde tradicionalmente legitimada pelo ensino uniprofissional, com foco para um currículo centrado apenas nas competências específicas e no aprendizado individual, que não estimula a interação e prática compartilhada (BARR *et al.*, 2005, FRENK *et al.*, 2010).

Nesse contexto, a EIP é uma oportunidade para transformar o processo formativo e romper com o currículo tradicional individual (FRENK *et al.*, 2010). Reconhecida mundialmente com divulgação pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que, em 2010, lançou um documento intitulado por “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”, enfocando na importância e contribuição da EIP para a formação profissional e a atenção à saúde (WHO, 2010).

No Brasil, a EIP recebe apoio para seu fortalecimento e efetivação com incentivo das Políticas Indutoras para a formação em saúde. Como exemplo, temos o desenvolvimento do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da saúde, como estratégia para romper com o modelo tradicional e fragmentado de ensino em saúde e valorizar o trabalho nessa área com um cenário importante para a formação (VENDRUSCOLO *et al.*, 2016; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016; FREIRE FILHO *et al.*, 2019).

A EIP e a prática interprofissional têm compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS), alinhado com o fortalecimento dos seus princípios e diretrizes. Sobretudo, na Estratégia Saúde da Família com foco na Atenção Primária à Saúde, que é um espaço fortemente operacionalizado pelo trabalho em equipe, a interprofissionalidade pode ser um elemento capaz de promover e estimular mudanças na força de trabalho com intencionalidade para o trabalho colaborativo em equipe (SILVA *et al.*, 2015; PEDUZZI, 2016).

No tocante ao cuidado à saúde da criança, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com a Portaria n.º 1.130. Por meio da sinalização de eixos de ações na perspectiva da atenção integral à saúde da criança, o texto apontou estratégias e dispositivos para a articulação das ações e dos serviços de saúde nas gestões estadual e municipal e pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2015).

A PNAISC se constitui a partir das redes de atenção à saúde (RAS) e de seus eixos estratégicos, com especial destaque para a APS, a qual é a coordenadora do cuidado à criança (BRASIL, 2015). Na APS, as crianças são acompanhadas por equipes multiprofissionais, sendo um desafio a compreensão do cuidado a partir da colaboração interprofissional. Nessa direção, visando ao cuidado ampliado e centrado nas crianças, as famílias/cuidadores devem participar do plano de cuidado (DAMASCENO *et al.*, 2016).

Diante do exposto, este estudo visa analisar o percurso da pesquisa-ação envolvendo profissionais de uma equipe de Saúde da Família (eSF) do Nordeste do Brasil, estudantes e docentes de uma Instituição de Ensino Superior (IES), com foco nas práticas colaborativas, EIP e a saúde da criança.

MÉTODO

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (Parecer n.º 2.653.580), seguiu a Resolução 466/2012 e os participantes receberam as orientações e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tratou-se de parte de um trabalho de conclusão do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Realizou-se a pesquisa-ação considerando os objetivos propostos, por favorecer intencionalmente a interação entre os pesquisadores e os sujeitos a serem investigados, possibilitando essa aproximação com os sujeitos e suas inserções nos cenários, contextos e processos (THIOLLENT, 2011).

O percurso trilhado pelos sujeitos foi alicerçado na gestão do processo de trabalho em saúde. A pesquisa foi feita com os sujeitos e não sobre eles. Assim, inicialmente, constituiu-se o pesquisador coletivo: trabalhadores de uma equipe de Saúde da Família (eSF) em João Pessoa-PB, estudantes e professores dos cursos de Enfermagem, Odontologia e Nutrição da Universidade Federal da Paraíba.

Constituído o grupo de trabalho, desenvolveram-se as fases: exploratória, ação e avaliação.

Exploratória: consistiu no diagnóstico situacional, a partir do qual propõe-se a intervenção baseada na problematização e centrada no território.

Ação: posicionou os sujeitos lado a lado na construção, discussão, reflexão, planejamento e execução (BARBOSA *et al.*, 2020a; BARBOSA *et al.*, 2020b). A ação foi centrada no cuidado em saúde da criança na perspectiva da promoção e educação em saúde e intersetorial. A intenção foi o desenvolvimento das práticas colaborativas entre os sujeitos

visando à constituição de objetivos comuns, valorização e partilha de saberes e fazeres. Assim, assumiu-se a compreensão de competência baseada na própria realidade (ZARIFIAN, 2003).

Avaliação: foi realizada permanentemente e, ao final de todas as ações propostas, realizou-se um Grupo Focal (GF) para a avaliação do percurso trilhado e compreensão de sentidos pelos sujeitos (STALMEIJER; MCNAULMEIJER; VAN MOOK, 2014).

Foram utilizados o diário de campo, registros fotográficos, observação participante, narrativas, observações do comportamento durante as ações desenvolvidas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados e suas impressões pessoais, que podem modificar-se com o decorrer do tempo (MINAYO; COSTA, 2018).

Em todos os momentos, buscou-se a cogestão do processo e, nessa perspectiva, construíram-se metas comuns e sua apropriação pelos sujeitos; fortaleceram-se os sentidos de pertencimento, compreensão da interdependência e sua gestão da interdependência; discutiram-se a clareza de papéis a serem desempenhados em todas as fases e os elementos que favorecessem a conectividade (D'AMOUR *et al.*, 2005).

A análise do material coletado se deu a partir de uma estrutura desenvolvida por Reeves *et al.* (2010). A estrutura para o trabalho interprofissional está baseada em quatro domínios, considerando o trabalho em equipe em serviços de saúde: 1) O domínio relacional tem relação com fatores que interferem nas relações entre os profissionais, como: hierarquia, socialização, clareza de papéis, comunicação, respeito etc.; 2) O processual são os fatores como espaço, tempo, rotinas, uso de tecnologias, os quais afetam a forma como o trabalho da equipe é realizado; 3) O organizacional é referente a fatores que afetam o ambiente organizacional de trabalho, como apoio organizacional à equipe e

representação profissional; e 4) O Contextual corresponde aos fatores relacionados aos panoramas social, político e econômico.

RESULTADOS

A Figura 1 permitiu a análise de uma série de fatores que influenciaram tanto na perspectiva de facilitar como de inibir a colaboração interprofissional. Essa estrutura inclui diferentes fatores que são agrupados em quatro domínios: relacionais, processuais, organizacionais e contextuais, com base em Reeves *et al.* (2010).

Figura 1. Matriz interprofissional de Reeves *et al.* (2010).



A discussão teórica e conceitual sobre a EIP e as práticas colaborativas foram importantes para o suporte do planejamento e das próprias ações (BARBOSA *et al.*, 2020b). A partir das possibilidades desse território, articularam-se ações junto ao Centro de Educação Infantil, em que foram desen-

volvidas ações no campo da promoção e educação em saúde. Considerando os princípios da colaboração interprofissional, alinharam-se as demandas da saúde da criança aos objetivos de aprendizagens das disciplinas dos cursos de Odontologia, Enfermagem e Nutrição. Os sujeitos, lado a lado nessa construção, desenvolveram as ações. Usou-se como referência as competências comuns descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde e as colaborativas: clareza dos papéis profissionais, atenção centrada no usuário/paciente, funcionamento da equipe, aprendizagem colaborativa, resolução de conflitos interprofissionais e comunicação interprofissional (IEC, 2016). O diálogo possibilitou o desvelamento de nós críticos, sendo este ponto de partida e de chegada, a fim de estabelecer a cogestão desse processo.

O espaço interprofissional permanente permitiu, a cada sujeito envolvido, experimentar uma mudança de lugar e um exercício de construção coletiva. Nessa direção, ressignificação de conceitos e práticas no cuidado em saúde.

Na unidade saúde da família (USF), possibilitaram-se as interconsultas em puericultura e de pré-natal, visando à discussão e construção de um plano de cuidado. Na sala de espera, discutiram-se temáticas com mães e gestantes, buscando a superação às abordagens educativas tradicionais e verticais, abrindo-se espaço para a escuta, partilha, discussão e reflexão coletiva, visando à autonomia dos sujeitos e à socialização de saberes e fazeres no cuidado compartilhado.

DISCUSSÃO

Observam-se os relatos crescentes de estudos sobre as percepções de profissionais, professores e estudantes sobre EIP, trabalho em equipe e prática colaborativa (PEDUZZI

et al., 2015; FURLANETTO; PINHO; PARREIRA, 2015). Há poucos relatos de pesquisa-ação envolvendo trabalhadores, estudantes e docentes.

Conforme a proposta de Reeves *et al.* (2010), trata-se de uma matriz com quatro domínios que retratam um processo de uma equipe interprofissional. Na perspectiva contextual, a USF, cenário do estudo, é uma unidade-escola, com envolvimento em diversos projetos e programas de reorientação da formação em saúde há mais de 15 anos. O alinhamento entre a IES e a eSF e o acúmulo de muitos anos de integração ensino-serviço permitiram o reconhecimento dos papéis dos sujeitos nesse processo. Além disso, existiu uma construção de parceria que se dá entre professores, trabalhadores do SUS da equipe, o que facilita o trânsito de estudantes de saúde. As relações entre os profissionais, estudantes e professores indicam uma parceria que influencia diretamente na organização do serviço e na continuidade do cuidado.

Considerando o domínio organizacional, há um convênio entre as duas instâncias, Instituição de Ensino Superior e Secretaria Municipal de Saúde, que assegura as ações de ensino, pesquisa e extensão.

No contexto atual de formação em saúde, desenvolver competências capazes de melhorar a capacidade para a colaboração é essencial. Aprender sobre e com os outros membros da equipe de outros núcleos profissionais favorece a complementaridade das/nas ações, visando à resolutividade e à integralidade (COSTA *et al.*, 2018). A complementaridade pode ser compreendida por práticas caracterizadas pelo respeito mútuo e pela confiança (D'AMOUR *et al.*, 2008), como pode ser observado nos domínios relacional e contextual, em que os sujeitos se reconhecem complementares.

O estudante, ao ser envolvido em um contexto e cenário que favorecem a EIP, pode perceber e vivenciar a colabora-

ção e o trabalho em equipe (REEVES *et al.*, 2017). A intenção no desenvolvimento da pesquisa foi a de assegurar práticas integrais em saúde da criança. Nesse sentido, a integração ensino e serviços de saúde é uma estratégia importante para uma formação de qualidade. Os sistemas de saúde e de educação são interdependentes e, a partir da integração, oportunizam a formação de profissionais críticos e com vivências em cenários reais de trabalho em saúde. Isso ajuda a compreensão ampliada do processo saúde-doença/ adocimento e a necessidade de uma atuação a partir dessa ampliação (FRENK *et al.*, 2010; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

A equipe estudada apresenta estabilidade de seus membros, havendo poucas substituições e rotatividade. Os profissionais trabalham juntos há um tempo, aperfeiçoaram os detalhes na convivência e alinharam o processo de trabalho. Embora esses elementos processuais sejam importantes, o que poderia favorecer a um fechamento ou cristalização de poderes, a equipe mostra-se aberta ao novo e um novo que se inscreve a partir do acúmulo/apropriação da própria equipe entre seus membros e entre a equipe e seu território.

Destaca-se, como elemento importante para esse trabalho, o planejamento como espaço interprofissional de diálogo, de escuta, de partilha e de construção. Espaço também para o manejo das situações de conflito e gerenciamento de poderes, o que auxilia nas relações que se estabelecem no interior da equipe e ajuda a melhorar a tomada de decisão (FIGUEREDO *et al.*, 2018; REEVES; XYRICHIS; ZWARRENSTEIN, 2018; SILVA; ARANTES; FORTUNA, 2019; PEDUZZI *et al.*, 2020). Portanto, trata-se de espaço para a comunicação entre os sujeitos, que falam sobre o trabalho, seus desejos e intenções.

Observaram-se, a partir das falas, elementos importantes no domínio organizacional. É desafiador realizar um gerenciamento participativo e compartilhado (cogestão),

que é uma proposta de incentivar a corresponsabilização de toda a equipe na produção do cuidado. Tendo isso em vista, é importante considerar, no âmbito da APS, a atuação interprofissional, uma vez que ela está integrada ao trabalho, proporcionando a integração e efetivação do amplo trabalho realizado nesse contexto (REUTER; SANTOS; RAMOS, 2018).

Nessa prática, os profissionais buscam realizar um trabalho colaborativo com ações coletivas voltadas a competências comuns a todos da equipe. É essencial a transparência desse processo de trabalho, e assim definir e saber quem e quando se faz (D'AMOUR *et al.*, 2008; REEVES, 2016). No presente estudo, isso foi importante orientador, o que pôde resultar em uma atenção mais adequada para responder às necessidades das crianças, das famílias e da comunidade, no âmbito dos cuidados primários à saúde.

Essa forma de atuação permite que as ações em saúde ocorram de maneira articulada e integrada, o que tende a estimular a corresponsabilização e evitar a duplicação de cuidados, esperas e adiantamentos desnecessários; proporciona a melhora na comunicação entre os profissionais, assim como o reconhecimento das contribuições de cada campo do conhecimento, tendo como consequência a maior resolutividade e qualidade dos serviços em saúde (REUTER; SANTOS; RAMOS, 2018).

O presente trabalho foi orientado pela Constituição Federal de 1988 e a PNAISC, no âmbito do SUS, o quais são os marcos legais brasileiros que primam pela proteção integral à criança. Conforme destacado anteriormente, a PNAISC tem por objetivo:

promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação, com especial atenção à primeira infância e às

populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

As ações propostas de puericultura visaram ao acompanhamento da criança, ação que a eSF faz, em especial, nas consultas de puericultura. Trata-se de um conjunto de ações realizadas na APS com metodologia específica, buscando identificar o crescimento e desenvolvimento físico e psíquico infantil e possíveis alterações. A partir dessa análise, buscou-se detectar alterações de crescimento estrutural, nutricional e neuropsicomotor das crianças. Essa ação propicia a redução nos índices de mortalidade na infância e, portanto, constitui-se uma importante ferramenta no acompanhamento infantil (RIBEIRO *et al.*, 2014).

A ação interprofissional é uma forma articulada de trabalho em equipe, que permite a atuação de forma colaborativa e participativa entre diferentes profissionais que buscam ofertar cuidado atendendo às necessidades de saúde do usuário, reconhecendo a complexidade da situação trazida por ele, assim como o contexto no qual está inserido (ESCALDA; PARREIRA, 2018). Para que essa rede de cuidados proporcionada pelo trabalho interprofissional seja construída de forma holística, é necessário que se pense em realizar ações compartilhadas em saúde (REUTER *et al.*, 2016).

Reconhece-se como limitação da pesquisa-ação a não avaliação sistematizada das usuárias participantes das ações. Por outro lado, envolveu-se um conjunto de sujeitos em torno da proposta, oportunizando-se o desenvolvimento de competências comuns e colaborativas, e que fizeram a cogestão e construção da proposta centrada nas crianças e suas famílias.

CONCLUSÕES

A matriz proposta por Reeves *et al.* (2010) auxiliou na compreensão sobre o percurso trilhado. Modelos de governança claros e objetivos têm potencial para favorecer o rompimento com um modelo assistencial biomédico e hegemônico no cotidiano dos serviços de saúde. Evidenciou-se, pelo coletivo, a cogestão do processo de trabalho envolvendo os sujeitos em constante diálogo e construção; e, na interprofissionalidade, no aprender com/para o outro. Desvelaram-se os desafios na construção de processos participativos, dialógicos e democráticos, sendo estes pontos de partida para a construção de possibilidades. O cuidado à saúde da criança nesse território foi permeado pela interprofissionalidade, pela cogestão do processo de trabalho, pelas reflexões conceituais acerca do tema, pelo fortalecimento das relações interpessoais, assim como a compreensão desse fazer no cotidiano dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. S. *et al.* Estratégia saúde da família, formação em saúde e interprofissionalidade: o olhar de estudantes. *In: REICHERT, A. P. S. et al (Org.). Cuidado, atenção e avaliação na APS: reflexões para a prática.* 1. ed. João Pessoa: UFPB, 2020, p. 144-15.

BARBOSA, A. S. *et al.* Oficina de alinhamento conceitual de educação interprofissional no contexto saúde da família. *In: REICHERT, A. P. S. et al (Org.). Cuidado, atenção e avaliação na APS: reflexões para a prática.* 1. ed. João Pessoa: UFPB, 2020. p. 159-172.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 70. ed. Lisboa: LTDA, 2016.

BARR, H. *et al.* **Effective interprofessional education: arguments, assumption and evidence.** London: Wiley-Blackwell, 2005.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, v. 2, p. 25-28, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.130**, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2015.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 22, p. 1325-37, 2018.

COSTA, M. V. *et al.* **Educação interprofissional em saúde.** Natal: SEDIS-UFRN, 2018.

COSTA, M. V. *et al.* Education and interprofessional practice in line with the historical commitment to strengthen and consolidate the Brazilian National Health System (SUS). **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, p. 1507-10, 2018.

D'AMOUR, D. *et al.* Conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal Interprofessional Care**, v. 19, sup. 1, p. 116-31, 2005.

DAMASCENO, S. S. *et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2961-73, 2016.

D'AMOUR, D. *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC health service research**, v. 8, n. 188, p. 1-14, 2008.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M S. F. Dimensions of inter-professional work and of collaborative practices developed

at a primary care unit by a Family Health team. **Interface** (Botucatu), v. 22, p. 1717-27, 2018.

FIGUEREDO, W. N. *et al.* Collaborative practices in emergency services in health: The interprofessionality of the "permanecersus" program, health department of the state of bahia, Brazil. **Interface** (Botucatu), v. 22, sup. 2, p. 1699-1704, 2018.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. especial 1, p. 86-96, 2019.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-58, 2010.

FURLANETTO, D. L. C.; PINHO, D. L. M.; PARREIRA, C. M. S. F. Re-orientation of human resources for health: a great challenge for the Brazilian National Health System. **Public Health**, v. 129, n. 9, p. 1166-71, 2015.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. Minayo & Costa: Fundamentos Teóricos das técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, v. 40, p. 139-53, 2018.

PEDUZZI, M. *et al.* Cross-cultural adaptation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale in Brazil. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, esp. 2, p. 7-15, 2015.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, supl. 1, 2020.

PEDUZZI, M. O. The SUS is interprofessional. **Interface** (Botucatu), v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review). **Cochrane Library**, v. 22, n. 6, p. 1-48, 2017.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 28, n. 3, 2013.

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

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface** (Botucatu), v. 20, n. 56, p. 185-96, 2016.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal Interprofessional Care**, v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018.

REUTER, C. L. O. *et al.* Monitoring practices in municipal healthcare management and their interface with nursing. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. spe, p. 1-9, 2016.

REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F.; RAMOS, A. R. The exercise of interprofessionalism and intersectorality as an art of caring: innovations and challenges. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. 1-8, 2018.

RIBEIRO, S. P. *et al.* O cotidiano de enfermeiras na consulta em puericultura. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 22, n. 1, p. 89-95, 2014.

SILVA, I. S.; ARANTES, C. I. S.; FORTUNA, C. M. Conflict as a possible catalyst for democratic relations in the work of the Family Health team. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. 1-8, 2019.

SILVA, J. A. M. *et al.* Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, esp. 2, p. 16-24, 2015.

STALMEIJER, R. E.; MCNAUGHTON, N.; VAN MOOK, W. V. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide nº 91. **Medical Teacher**, v. 36, n. 11, p. 923-39, 2014.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VASCONCELOS, A. C. F.; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface** (Botucatu), v. 20, n. 56, p. 147-58, 2016.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Teaching-service integration and its interface in the context of reorienting health education. **Interface** (Botucatu), v. 20, n. 59, p. 1015-25, 2016.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L.; KLEBA, M. E. Teaching-Service integration within the National Professional Health Education Reorientation Program. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 9, p. 2949-60, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**. 1. ed. Geneva: World Health Organization, 2010. 64 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Transforming and scaling up health professionals' education and training**: World Health Organization guidelines 2013. Geneva: World Health Organization, 2013.

ZARIFIAN, P. **O modelo da competência**: trajetória, desafios atuais e propostas. São Paulo: SENAC, 2003.

OS GRUPOS EDUCATIVOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESVELANDO DESAFIOS E POTENCIALIDADES PARA O TRABALHO INTERPROFISSIONAL¹

Adriana Pereira Silva

Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos

José Adailton da Silva

Karla Patrícia Cardoso Amorim

Lucas Alves Ferreira

João Bosco Filho

INTRODUÇÃO

O reconhecimento crescente da complexidade do processo saúde-doença, nos indivíduos e populações, e das limitações para atender às suas múltiplas dimensões pelos profissionais e serviços de saúde, de forma individual e fragmentada, trouxe à tona a necessidade de se discutir estratégias para a melhoria da ação em saúde (BARR; LOW, 2013; PEDUZZI, 2016).

¹ Trabalho baseado na dissertação da 1ª autora, sob orientação do 6º autor, desenvolvida no Programa de Pós-graduação Profissional em Saúde da Família (PPGSF)/UFRN/RENASF.

Esse contexto aponta para a importância de práticas de saúde voltadas à integralidade da atenção, a exemplo da prática interprofissional. Tal estratégia implica em trabalho em equipe e ação colaborativa entre profissionais de duas ou mais profissões, envolvendo também os usuários nesse processo de colaboração.

Na ação colaborativa há uma atuação interativa entre os profissionais, compartilhando objetivos, reconhecendo o papel e a importância do outro na complementaridade dos atos em saúde. O trabalho colaborativo envolve parcerias entre organizações, pessoas, famílias, grupos e comunidades. Uma equipe interprofissional pressupõe a interação entre as profissões com vistas à colaboração em torno de um objetivo comum, tendo o usuário na centralidade do processo de cuidar (BARR; LOW, 2013; COSTA, 2018).

É importante destacar que a prática interprofissional não está relacionada a uma perda das competências específicas e individuais das profissões, mas transcende estas em prol da valorização do trabalho em equipe, onde cada profissional não abre mão de sua atribuição, mas valoriza a prática colaborativa (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

No Brasil, os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) – a universalidade, a integralidade e a equidade – conduzem a uma reorientação das práticas de saúde numa perspectiva de trazer o indivíduo, família e comunidade para o centro da atenção das equipes de saúde.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo principal de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, destaca-se e configura-se como um espaço privilegiado (SILVA, 2015), visto que: o trabalho em equipe é uma de suas diretrizes operacionais; há a valorização do uso de tecnologias leves; promove-se a atuação intersetorial; e as necessidades das pessoas, nos âmbitos individual e coletivo em um território adscrito, orientam as práticas de saúde.

Algumas ações da equipe da ESF exigem uma maior integração e colaboração entre os profissionais, configurando-se como espaços privilegiados para o trabalho interprofissional, sendo os grupos de educação em saúde um desses espaços. Estes são um importante recurso no cuidado, promoção e educação em saúde, pois têm como função primordial contribuir para o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia e a participação (BRASIL, 2014) e a responsabilização dos usuários no cuidado com a saúde.

A natureza do grupo, em si, favorece o trabalho interprofissional e colaborativo diante de realidade complexa. Um grupo é um conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, articuladas por mútuas representações internas, que se propõem, de forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui a sua finalidade (PICHON-RIVIÈRE, 2005). As pessoas do grupo são capazes de se reconhecerem em sua singularidade, mesmo exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados (OSÓRIO, 2003).

Atualmente, a formação de grupos na APS se contrapõe à lógica biomédica tradicional, que embasa a formação dos profissionais de saúde para serem os únicos detentores do conhecimento e para terem todas as soluções e respostas, colocando os usuários em uma situação de inferioridade no processo de cuidado (BRASIL, 2014).

Nos grupos educativos na APS/ESF, é possível se problematizar diversos assuntos e questões de saúde de forma coletiva, possibilitando a construção e a troca de saberes entre profissionais e usuários em prol de um cuidado integral em saúde.

Considerando os grupos educativos espaços privilegiados para a prática interprofissional, o presente manuscrito tem por objetivo analisar os desafios e as potencialidades para a ação interprofissional em saúde, a partir da percepção de profissionais integrantes de tais grupos na ESF.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa. Nesse tipo de pesquisa, atenta-se ao universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes em que esses fenômenos são interpretados, a partir de suas ações dentro da realidade vivida (MINAYO, 2009).

O cenário da pesquisa foi uma Unidade de Saúde da Família (USF) da Zona Urbana do Município de Assú, no estado do Rio Grande do Norte. O município possui 53.227 habitantes e 20 estabelecimentos de saúde (IBGE, 2020). A USF escolhida para o estudo possui uma equipe mínima de saúde da família e de saúde bucal, composta por seis agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem, um enfermeiro, um médico, um cirurgião dentista e um técnico de saúde bucal.

O universo deste estudo foi composto por esses profissionais, dos quais dois foram excluídos, por estarem afastados das atividades laborais no período da coleta de dados. A referida unidade foi escolhida pelo fato de ser uma das equipes do município que não estão vinculadas ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e por trabalharem com os grupos educativos há mais de cinco anos, ainda que de forma descontinuada.

Para o processo de coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada e a análise de dados ocorreu na perspectiva de Bardin (1987), tendo emergido duas categorias: 1) Desafios dos grupos na ESF para efetivar o trabalho interprofissional; e 2) Potencialidade dos grupos educativos na ESF para efetivar o trabalho interprofissional.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP/HUOL), sob parecer de número 3.180.297, em 01 de março de 2019, res-

peitando-se os preceitos legais e éticos referentes a pesquisas com seres humanos. Para garantir o sigilo da identidade dos participantes foram utilizados nomes de super-heróis como pseudônimos.

DESVELANDO DESAFIOS DOS GRUPOS NA ESF PARA A EFETIVAÇÃO DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL

Nesta primeira categoria, discutem-se os desafios para efetivar a interprofissionalidade nos grupos educativos a partir das falas produzidas pelos profissionais entrevistados.

Os profissionais apontaram que o planejamento ocorre de forma coletiva pela equipe, porém há também uma centralidade maior desse planejamento na figura do profissional de nível superior, especialmente no que se refere à proposição de temas, como fica evidente nos discursos:

Normalmente a gente se reúne com a equipe para o planejamento das atividades. Nem sempre todos da equipe participam e, muitas vezes, o planejamento acaba ficando muito nas mãos dos profissionais de nível superior (Superman).

Geralmente é em conjunto. Em grupo. A gente se senta junto com o enfermeiro e discute. O médico também participa. E a gente faz todo o planejamento. Geralmente o enfermeiro dá uma direção do que vamos fazer no grupo (Aquaman).



A realização dos grupos educativos na comunidade é uma competência comum aos profissionais da ESF, devendo esse processo ocorrer de forma colaborativa, a fim de que haja complementaridade de saberes. A educação em saúde representa uma das principais atribuições de todos os profissionais das equipes de saúde na Atenção Primária (SILVA *et al.*, 2014).

Nessas falas, evidencia-se ainda que o planejamento se pauta na sua perspectiva enquanto método, ferramenta ou técnica para a gestão do trabalho, e não como um processo social, no qual as relações são o foco e, portanto, possibilitam o crescimento e a mudança dos sujeitos envolvidos (PAIM, 2012).

No que se refere à centralização do processo de planejamento dos grupos, é preciso considerar que a organização e planejamento de qualquer processo grupal exige que algum de seus membros assuma o papel de liderança, mas numa perspectiva de gestão compartilhada e não de centralidade, buscando-se a ação colaborativa, em que cada um reconhece e valoriza o papel do outro, e, portanto, respeita e estimula seu espaço de fala e de decisões.

A ausência de participação da comunidade sobre o processo de escolha dos temas a serem abordados também pode refletir uma hierarquização do saber. Na ação interprofissional, o objetivo deve-se voltar para a atenção às necessidades dos sujeitos e da comunidade, sendo, portanto, necessário ouvi-los para que esse planejamento ocorra de forma horizontalizada e que atenda, de fato, às necessidades emanadas da comunidade. Ainda no tocante à escolha do tema, outro aspecto aponta desafios para a ação interprofissional, como se observa nas falas a seguir.

Os temas são escolhidos na reunião de equipe. E aí a gente vê quem vai dar a palestra de acordo com o tema. Por exemplo, se for de saúde bucal, aí é o dentista. Já se for outro assunto, vai o enfermeiro, o médico, e assim vai acontecendo (Canário Negro).

[...] se for uma alimentação saudável, por exemplo, o ideal é que tivesse uma nutricionista, se for uma questão de exercício, já seria a educação física, a saúde bucal, a dentista. São vários temas e a gente sempre busca aquele melhor profissional que pode tá falando aquele assunto (Mulher Gavião).

Observa-se, aqui, que os temas são pensados para serem executados a partir da categoria profissional, ou seja, com base nas competências específicas. Cada profissão possui suas atribuições singulares e núcleo de saber delimitado. No entanto, é importante salientar, para que a interprofissionalidade ocorra, todos os profissionais da ESF precisam compreender a importância da construção coletiva dos saberes. Portanto, sabendo-se da heterogeneidade e multiplicidade de necessidades do ser humano, precisa-se integrar saberes, discutir condutas, problematizar a realidade para responder aos complexos problemas que envolvem a saúde, procurando trazer à tona as relações entre sujeitos sociais (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009). Aprender com o outro é um dos aspectos fundamentais para a ação colaborativa e interprofissional.

Peruzzo *et al.* (2018) enfatiza que o trabalho em equipe na Saúde da Família constitui uma importante estratégia



que deve articular as ações de saúde, integrar os agentes de mudança e superar o distanciamento dos saberes, democratizando as relações.

O trabalho interprofissional pode contribuir para minimizar os efeitos negativos da educação bancária (FREIRE, 1986), na qual o profissional que detém aquele saber é soberano em detrimento dos demais. Quando o trabalho não é interprofissional, aumentam as chances de esse mesmo pensamento da hierarquização do saber afetar os usuários dos grupos educativos, que se tornam meros receptores do conhecimento, como identificado em algumas falas de profissionais que reforçam o saber hierarquizado:

Os profissionais são quem escolhem o tema, o programa, como é que vai ser, de uma maneira mais fácil de repassar para as pessoas. Para que as pessoas possam absorver o mais rápido, o melhor do conteúdo que se quer repassar para eles (Lanterna Verde).

Por exemplo, se é um grupo de gestante, tem que falar de cuidados que toda gestante tem que ter. Se é adolescente, tem que falar de DST, e assim por diante. Os temas variam de acordo com cada público. Alguns absorvem, dão importância; outros, não (Mulher Gavião).

Outra dificuldade apontada é a desarticulação da equipe e a falta de interesse de alguns de participar dos momentos de reuniões para planejamento, conforme descrito nas falas a seguir:

A primeira dificuldade é reunir a equipe, porque nem sempre a gente consegue fazer com que todos os profissionais julguem que é importante fazer uma reunião para planejamento dos grupos. Então, normalmente, quando a gente fala em reunião, os profissionais já se esquivam de participar como se fosse uma coisa que não resolvesse ou mesmo que não tivesse importância. Outra dificuldade é falar a mesma língua dentro da equipe (Superman).

Tá precisando ter mais envolvimento entre a equipe. Aquela coisa que existe ainda, a individualidade. Para gente trabalhar entrelaçado, ainda tem essa dificuldade para poder a coisa ser mais eficiente. A gente já teve um grupo aqui que parece que a equipe não estava unida, entende? (Mulher Maravilha).

Um dos fatores que dificulta o trabalho em equipe é a falta de interação entre seus membros. Por outro lado, laços fortes, afetividade e companheirismo são potenciais para um melhor desempenho coletivo (PERUZZO *et al.*, 2018). Nas falas anteriores, fica perceptível que, para alguns participantes, falta interação entre os profissionais, fato que constitui um entrave para o desenvolvimento dos grupos de educação em saúde, bem como para o desenvolvimento de um trabalho ancorado nas perspectivas da interprofissionalidade.

Essa falta de interação suscita, por vezes, entendimentos, discursos e práticas conflitantes realizados no cerne da

própria equipe. O “não falar a mesma língua” aponta para o distanciamento entre os saberes e ações profissionais que implicam, muitas vezes, em condutas dissonantes, falta de resolutividade nas ações e fragmentação. O aprender com o outro e sobre o outro potencializa a prática de ações coesas, integradas e compartilhadas, além de possibilitar ações resolutivas e complementares entre os profissionais.

Pode também contribuir para essa percepção apontada pelos profissionais, o fenômeno conhecido como tribalismo das profissões, ou mesmo a presença de linhas de falhas no processo de trabalho das equipes.

O primeiro fenômeno está associado a diferentes expectativas dos profissionais sobre sua participação no processo de trabalho, a partir da sua socialização profissional, o que leva a estimular o desenvolvimento do seu trabalho de forma isolada, assim como se apoia em valores divergentes também no que se refere à importância de determinadas ações e dos sujeitos que devem realizá-la (SHARPE; CURRAN, 2011). É comum observar que, no âmbito da Saúde da Família, alguns profissionais atribuem ao enfermeiro, assistente social, dentre outros, a responsabilidade pelo trabalho educativo em saúde, o que pode resultar na sua pouca participação, valorização e comprometimento com essas atividades.

Em relação às linhas de falhas, estas podem ser compreendidas como “linhas de divisão hipotéticas que podem dividir um grupo em subgrupos com base em um ou mais atributos” (LAU; MURNIGHAN, 1998, p. 328). Elas podem alimentar conflitos de relacionamento, disputas, retenção de informações, prejudicando o desempenho e satisfação da equipe. Alguns gatilhos podem estar a ela associados, tais como: tratamento diferenciado para alguns profissionais dentro da mesma equipe; a diferença de valores entre os membros; a assimetria entre as profissões (o que representa uma intolerância às diferenças no ambiente de tra-

balho); quando o profissional se sente ameaçado pelo desenvolvimento de ações junto ao outro, ou mesmo quando há situações de humilhação ou insulto dentro desse processo (BEZRUKOVA *et al.*, 2009; LAU; MURNIGHAN, 1998, 2005; THATCHER; PATEL, 2012).

Tais desafios podem se encontrar localizados numa formação profissional que ainda valoriza o saber biomédico e numa perspectiva uniprofissional. Ao mesmo tempo, essa formação, quando não possibilita o aprendizado em conjunto com estudantes de outras profissões e não estimula a construção de saberes, limita a compreensão dos papéis dos outros. Portanto, os profissionais iniciam suas carreiras sem uma compreensão e com limitada experiência no trabalho como parte de uma equipe interprofissional.

Pensar o sujeito e suas relações talvez seja um dos grandes desafios vivenciados pela formação em saúde na contemporaneidade. Os resquícios da compreensão do ser humano como um corpo objeto, manipulável e destinado a atender aos objetivos estabelecidos pelas ciências médicas, que, entre outras coisas, determinou a cisão entre natureza e cultura, sujeito e objeto, razão e emoção, convida-nos a pensar a construção de estratégias formativas que tenham por base a religação dos saberes, os quais possibilitem um olhar para a compreensão integral do sujeito e do cuidado em saúde interprofissional.

Assim, a própria formação dos profissionais pode constituir barreira para o bom desenvolvimento do trabalho interprofissional, uma vez que a graduação nem sempre consegue preparar os graduandos para o desenvolvimento de habilidades de interação com outros profissionais (PEDUZZI *et al.*, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica preconiza que os profissionais da ESF atuem de modo interdisciplinar (BRASIL, 2017). O não atendimento desse preceito contribui para práticas individualizantes e fragmentadas. No entanto, as



políticas de saúde mais recentes no Brasil, a exemplo do recente modelo de financiamento da atenção básica, instituído pelo Programa Previnir Brasil (BRASIL, 2019), pode vir a dificultar tal perspectiva ao privilegiar o pagamento por desempenho, o qual incentiva o trabalho individual e a lógica produtivista. Nesse sentido, fatores macropolíticos podem também determinar de forma significativa mudanças nos processos de trabalho, em que a valorização das atividades coletivas de educação em saúde se torna fragilizada.

DESVELANDO POTENCIALIDADES DOS GRUPOS NA ESF PARA A EFETIVAÇÃO DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL

Esta segunda categoria discute as potencialidades do trabalho em grupos verbalizadas pelos profissionais da ESF, bem como busca ampliar tal discussão para além do dito, vislumbrando o que poderá vir a ser.

O vocábulo “potencialidade” é descrito como sinônimo de potência, capacidade e habilidade (FERREIRA, 2010). É a consideração da possibilidade da realização de algo ou a possibilidade que algo ou alguém tem de transformar a realidade (HOUAISS; VILLAR, 2009).

Neste estudo, considerou-se que potencialidades são os fatores que contribuem para a realização de grupos de educação em saúde na perspectiva da interprofissionalidade. Das falas, foi possível apreender que, na percepção dos profissionais, uma importante potencialidade centra-se na disponibilidade e vontade da própria equipe em realizar os grupos.

Potencial é a equipe, que são vários pontos [...] A gente percebe mesmo o esforço que se faz, que pra fazer isso aí tem que ter muita vontade. E isso a gente vê na equipe (Lanterna Verde).

Já de potencial eu vejo principalmente esse grupo, essa equipe. Eu vou falar por essa equipe (Aquaman).

O grupo, complexo em sua constituição e operacionalização, é o espaço privilegiado para a atuação interprofissional, haja vista propiciar o encontro e diálogo entre saberes e fazeres, buscando romper a lógica da fragmentação do conhecimento e das práticas no cuidado em saúde.

Os profissionais da equipe pesquisada consideram que o grupo se constitui como um espaço potencial, no qual as pessoas aprendem umas com as outras e, através do qual, elas passam a ter maior autonomia no cuidado com a própria saúde. As falas apontam um aspecto principal: a consciência dos profissionais da equipe de que os grupos são espaços de convivência e troca.

O grupo contribui muito. Porque em um grupo as pessoas têm a chance de conviver com pessoas que também vivenciam o mesmo processo de adoecimento ou a mesma situação de saúde na qual ele se encontra naquele momento (Superman).

A partir da compreensão expressa nas falas dos profissionais, a educação em saúde acontece na convivência e na troca entre as pessoas. Essa troca entre os pares reflete a importância do saber popular no processo de educar em

saúde, na medida em que promove a contextualização da realidade, pautada na valorização das histórias e das vivências de cada participante (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO, 2012).

Nesse processo, observa-se o reconhecimento do grupo como espaço de compartilhamento de ideias e fortalecimento das relações, possibilitando um olhar ampliado para a construção da atuação interprofissional como ferramenta potencializadora da atuação em equipe.

Essa perspectiva se aproxima da ideia de educação como ferramenta para a autonomia, proposta por Paulo Freire (1986), na qual não se admite a superioridade de um saber sobre outro; pelo contrário, os saberes dialogam entre si. Numa perspectiva dialógica, também não se admite o pensamento da autossuficiência de um saber. Nas palavras deste:

A autossuficiência é incompatível com o diálogo. Os homens que não têm humildade ou a perdem, não podem aproximar-se do povo. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais (p. 46).

Os profissionais elencam características importantes para o trabalho em equipe, tais como diálogo, humildade, conhecimento e amor pelo que se faz. No novo modelo de assistência à saúde, os processos de trabalho ganham con-

tornos específicos (MARQUI *et al.*, 2010). O profissional deve ter, além de qualificação, um perfil diferenciado, visto que a ênfase da atenção à saúde não está apenas nos procedimentos técnicos, mas também na relação entre a própria equipe e entre esta, a comunidade e a família.

A equipe é descrita como diferenciada pelos profissionais participantes da pesquisa, na qual se estabelecem parceria e diálogo na resolução de problemas. Tais aspectos são destacados na seguinte fala:

Essa é a primeira equipe que eu vejo que chega abertamente e dialoga com os profissionais, com os agentes de saúde. Quando quer algo, nos procura, tem aquela parceria. Isso ajuda quando vamos criar um grupo (Aquaman).

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) propõe a ampliação do diálogo entre os profissionais e a promoção de gestão participativa para a qualificação da assistência em saúde (BRASIL, 2010). Nessa ótica, o diálogo na equipe é um fator potencial para um trabalho mais qualificado na atenção primária, o que, conseqüentemente, reflete-se como potencialidade para a efetivação do trabalho interprofissional.

A humildade também foi descrita por Aquaman como potencialidade:

Essa equipe traz uma bagagem de conhecimento e de muita humildade. Humildade de dialogar, escutar o que a gente tem pra falar, pra contribuir também (Aquaman).

Fica perceptível, na fala, que o termo “humildade” está relacionado à capacidade de escuta e ao diálogo entre os membros da equipe. Na ESF, essa característica é de fundamental importância, pois é necessário reconhecer que ninguém é autossuficiente. Ser humilde é ter consciência daquilo que não somos (COMTE-SPONVILLE, 2016). Nenhum saber, por mais completo que aparente ser, pode trazer respostas a todas as demandas que a realidade apresenta. É necessário ouvir o outro, suas opiniões e proposições.

O diálogo e a escuta são ferramentas importantes para a criação do vínculo entre os membros da equipe e, conseqüentemente, contribuem para um trabalho em equipe mais efetivo (PERUZZO *et al.*, 2018). A humildade é uma condição para o estabelecimento de diálogo. “Sem humildade não há diálogo. Como posso dialogar, se vejo a ignorância sempre no outro e nunca em mim”? (FREIRE, 1986, p. 46). Nessa perspectiva, é necessário se despir da ideia de que se sabe de tudo e reconhecer que todos os saberes necessitam de outros para se complementarem

Outro fator elencado como potencialidade foi a pluralidade de conhecimento dos profissionais. Os conhecimentos de diferentes profissões da saúde contribuem para a qualificação da assistência. A possibilidade de agregar diferentes saberes, a fim de oferecer assistência às necessidades da população, é um dos principais pressupostos e potenciais da ESF (PERUZZO *et al.*, 2018).

Além de pluralidade do conhecimento, parceria, estabelecimento de diálogo e humildade, o amor ao trabalho, enquanto satisfação, foi uma das características descritas pelos profissionais como potencialidade para a formação de grupos de educação em saúde e, conseqüentemente, o trabalho colaborativo.

De potencial só o amor e a força de vontade. A força de vontade de modo geral da equipe (Mulher Maravilha).

Potencialidade é a equipe. O material humano que a gente tem. Que todo mundo é disposto a fazer os grupos acontecerem e faz com amor (Canário Negro).

Eu vejo como potencial a equipe. De fazer o trabalho bem feito, mesmo com poucos recursos (...) se faz com amor (Estelar).

A satisfação no trabalho, descrita por alguns profissionais como “amor ao que se faz”, é um fator que contribui diretamente na qualidade do serviço realizado. Os níveis de satisfação podem ser influenciados por vários fatores, dentre eles, pela concepção de mundo, pelas aspirações, vivências e características individuais de cada trabalhador. Ter afinidade com o trabalho que realiza e identificar-se com a profissão que exerce são fatores que repercutem diretamente na satisfação no trabalho (LIMA *et al.*, 2014).

O trabalho em saúde pode ser fonte de prazer e, ao mesmo tempo, de estresse. O profissional que cuida pode se deparar com o sentimento de negatividade por nem sempre conseguir dar todas as respostas para as muitas demandas que chegam até ele (BRASIL, 2010). Nas falas, percebe-se que há satisfação dos profissionais com o trabalho que realizam e com a relação estabelecida entre os membros da equipe, o que se constitui em potencialidade para o desenvolvimento de uma atuação pautada na perspectiva da interprofissionalidade.

Apesar de os profissionais não destacarem diretamente o planejamento como uma potencialidade para o efetivo trabalho interprofissional dos grupos, ficou evidenciado que, no processo de trabalho da equipe, existe um espa-

ço dedicado para essa atividade, que precisa ser melhor aproveitado:

Normalmente a gente se reúne com a equipe para o planejamento das atividades (Superman).

Geralmente é em conjunto. Em grupo. A gente senta, junto com o enfermeiro e discute. O médico também participa. Nós fazemos todo o planejamento (Aquaman).

[...] a equipe se reúne para planejar como vai ser o grupo (Mulher Maravilha).

Sempre às quintas-feiras a equipe se reúne para planejar. Toda quinta-feira tem reunião e é nesse momento que a gente planeja as atividades e os grupos (Mulher Gavião).

O planejamento é parte importante de qualquer atividade de educação em saúde, pois é através dele que a equipe consegue direcionar seus esforços para objetivos e metas definidos. Também é a partir do planejamento que a equipe consegue vislumbrar o que será possível colocar em prática ou não. E quando os planejamentos em saúde são construídos a partir da atuação interprofissional, estes possibilitam que as ações sejam pensadas de modo coletivo, uma vez que diversos olhares profissionais estarão direcionados à elaboração de um cuidado integral e resolutivo frente às necessidades de saúde da população.

O desenvolvimento de um grupo depende de um clima particular, logo, os profissionais planejam a intervenção com o intuito de transformar uma situação em um campo propício de aprendizagem (PICHON-RIVIÈRE, 2005), sen-

do um importante lócus para a colaboração e efetivação de um trabalho interprofissional.

CONSIDERAÇÕES

Existem evidências de que a atuação em equipes interprofissionais é capaz de estimular e desenvolver uma ampla gama de conhecimentos e habilidades, gerando soluções mais inovadoras para as situações-problemas enfrentadas no dia a dia dos processos de trabalho, se comparada à atuação e resolução isoladas dos profissionais (CHSRF, 2007; FAY *et al.*, 2006).

No entanto, alcançar o trabalho interprofissional em saúde, perpassa por descortinar os desafios e as potencialidades que se apresentam nos diversos momentos/processos de trabalhos das equipes, nos seus mais diferentes contextos. Assim, compreender esses desafios e potencialidades para a ação interprofissional é indispensável para a produção de cuidados compartilhados em saúde. A vivência do grupo educativo, no âmbito da ESF ora estudada, contribui para esta discussão, ao possibilitar, através das falas dos profissionais, a visualização de como se efetiva, na prática, a interação entre as diferentes categorias que compõem a equipe de saúde.

Os desafios apontados neste estudo perpassam por reflexões sobre transformações de práticas ainda enraizadas no modelo biomédico, individualizado e excludente inerente à formação de muitos profissionais que replicam o saber técnico hierarquizado, bem como de uma formação que também valoriza a ação individual, em detrimento do aprendizado interprofissional.

Para superar tais desafios, é indispensável avançar na perspectiva de religação de saberes e fazeres em saúde,



permitindo a vivência de práticas interprofissionais e a construção compartilhada, desde a graduação, e, enquanto educação permanente, para os profissionais que atuam nos serviços de saúde.

Considerando a complexidade do processo saúde-doença e os desafios do SUS e da APS, a interprofissionalidade aponta caminhos para a prática integrada na ESF, permitindo maior resolutividade e efetividade na abordagem dos problemas de saúde da população. Nesse contexto, apreende-se que estratégias grupais são potenciais espaços de promoção da saúde e da construção, exercício e aprimoramento da interprofissionalidade e colaboratividade, visando à melhoria da qualidade do cuidado às pessoas, famílias e coletividades

Vale ressaltar que o Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF constitui-se como um importante cenário para a promoção do cuidado e produção de conhecimentos na perspectiva da interprofissionalidade na APS, ao aproximar diversas categorias profissionais, compartilhando experiências e práticas inerentes à ESF.

Apesar de o estudo se limitar a observar as práticas de apenas uma equipe de Saúde da Família, é possível identificar, nesse cenário, processos e ações comuns também a outras equipes de Saúde da Família. Nesse sentido, o retrato aqui apresentado não revela o trabalho educativo na ESF, mas os desafios e as potencialidades que podem ser comuns a diversas equipes e para os quais merecem reflexão e estratégias de mudança.

Espera-se que o presente estudo possa contribuir com reflexões, discussões e práticas a respeito da temática abordada, além de estimular estudos similares nesse segmento. No entanto, acredita-se ser pertinente aproximar essa reflexão de outros referenciais teóricos que discutam, igualmente, a religação dos saberes e dos fazeres.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edições 70, 1987.

BARR, H.; LOW, H. **Introdução à Educação Interprofissional**. [s.l.]: CAIPE, 2013.

BEZRUKOVA, K. *et al.* Do workgroup faultlines help or hurt? A moderated model of faultlines, team identification, and group performance. **Organization Science**, v. 20, n. 1, p. 35-50, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019. Institui o Programa Previne Brasil que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2019.

CASA NOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em saúde.

In: **Interface** (Botucatu), v. 22, n. supl 1, p. 1325-37, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v22s1/1807-5762-icse-1807-576220170186.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2021.

CHSRF. **CHSRF synthesis: Interprofessional collaboration and quality primary healthcare.** Ottawa, 2007.

COMTE-SPONVILLE, A. **Pequeno tratado das grandes virtudes.** 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2016.

COSTA, B. F. **A Atenção Básica como cenário de implementação da educação interprofissional em saúde: na perspectiva dos residentes.** 2018.

DALL'AGNOL, C. M. *et al.* O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 21-6, 2007.

FAY, D. *et al.* A. Getting the most out of multidisciplinary teams: A multi-sample study of team innovation in health care. **Journal of Occupational & Organisational Psychology**, v. 79, n. 4, p. 553-67, 2006.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa.** 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Educação em Saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Interface Comunicação Saúde de Educação**, v. 16, n. 41, p. 315-29, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa.** Elaborado pelo Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEORGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico (2010)**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/acu/panorama>. Acesso em: 21 mar. 2021.

LAU, D. C.; MURNIGHAN, J. K. Demographic diversity and faultlines: The compositional dynamics of organizational groups. **Academy of management review**, v. 23, n. 2, p. 325-40, 1998.

LIMA, L. *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho na atenção básica. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0017.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2021.

MARQUI, A. B. T. *et al.* Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 956-61, 2010.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

OSÓRIO, L. C. **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. *In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Orgs.). Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 827-43.

PEDUZZI, M. *et al.* **Trabalho em equipe sob a perspectiva interprofissional**. Proenf Gestão. 2012.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface (Botucatu)**, v. 20 n. 56, jan./mar. 2016. *On-line version*. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>. Acesso em: 14 fev. 2021.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Revista Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, e20170372. 2018.

SHARPE, D.; CURRAN, V. Professional socialisation and interprofessional education. **Professional Socialisation and Interprofessional Education**, v. 69, p. 85, 2011.

SILVA, F. M. *et al.* Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 347-53 maio-jun. 2014.

SILVA, J. A. M. *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe 2, p. 16-24, 2015. ISSN 1980-220X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>. Acesso em: 14 mar. 2021.

THATCHER, S. M. B.; PATEL, P. C. Group faultlines: A review, integration, and guide to future research. **Journal of Management**, v. 38, n. 4, p. 969-1009, 2012.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em atenção primária à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

NÍVEIS DE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM IDOSOS COM DIABETES MELLITUS

Marcionília de Araújo Lima Neta

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Andréa Carvalho Araújo Moreira

Maria Socorro de Araújo Dias

Natália Reis de Carvalho

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido o *locus* que mais avançou nas propostas de organização dos serviços de saúde com base no trabalho em equipe e na prática colaborativa entre profissionais especialistas (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto modelo assistencial, tensiona para a colaboração interprofissional, pois organiza o trabalho em equipes, valoriza o uso de tecnologias leves, promove atuação intersetorial e orienta as práticas a partir das necessidades de saúde do território. Além dos profissionais da equipe mínima (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), pode-se contar também com a participação de pro-

fissionais de diferentes áreas do conhecimento, como os da equipe de Saúde Bucal e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

No entanto, apenas aglomerar novas categorias profissionais na APS não assegura a qualificação do cuidado para atender adequadamente às demandas dos cidadãos (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015). Novas formas de organização do trabalho e da integração entre os profissionais são propostas com o intuito de reorientar e qualificar os modelos de atenção.

Nesse contexto, a colaboração interprofissional é apresentada como forte estratégia para ampliar a efetividade dos serviços prestados e a resolutividade das ações no âmbito da APS (MATUDA *et al.*, 2013).

A organização do referido modelo assistencial se justifica na medida em que lidar com as complexas demandas de cuidados de saúde e com a individualidade de cada ser humano não é possível somente com uma atenção uniprofissional, mas sim com diferentes profissionais de saúde colaborando de maneira interprofissional (PREVIATO; BALDISSERA, 2017).

Forte *et al.* (2016) sugerem que a colaboração interprofissional favorece, sinergicamente, práticas mais significativas para a produção do cuidado em saúde. O deslocamento da reconhecida fragmentação para a articulação e a integração das ações de saúde tende a aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, pois possibilita evitar omissões ou duplicações de cuidados, evitar esperas e adiamentos desnecessários, ampliar e melhorar a comunicação entre os profissionais, bem como o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais (PEDUZZI *et al.*, 2013).

O trabalho das equipes do Nasf (eNASF) fundamenta-se na metodologia do Apoio Matricial, que se constitui numa proposta de mudança sobre como fazer o trabalho interprofissional de modo a superar os modelos hierarquizados de regulação entre profissionais de diferentes núcleos de saber (CAMPOS *et al.*, 2014).

Ao longo do processo de implementação do NASF, a partir do ano de 2008, quando foi criado, o Ministério da Saúde publicou vários materiais no intuito de qualificar o trabalho do Núcleo (BRASIL 2009a; 2014; 2017). Nos documentos, preconiza-se que o processo de organização do trabalho do NASF seja pautado por relação colaborativa com os profissionais da equipe de referência, a fim de priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, contemplando as dimensões técnico-pedagógica e clínico-assistencial (BRASIL, 2008; 2014). Quando operado na dimensão técnico-pedagógica, o Apoio Matricial se destina ao respaldo educativo para a equipe de referência. Por sua vez, a dimensão clínico-assistencial permite discernir casos e situações que podem ser acompanhados pela equipe de referência daquelas que necessitam ser compartilhadas com o NASF ou com a rede (CAMPOS *et al.*, 2014).

Diante da atual conjuntura, que aponta ausência de financiamento específico para as equipes do NASF e a desvinculação da composição dessas equipes ao modelo “NASF”, inclusive com a alteração da nomenclatura para Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2019a), o presente artigo objetiva analisar níveis de colaboração interprofissional exercidos entre equipes da ESF (eSF) e equipes do NASF (eNASF) do município de Jijoca de Jericoacoara, Ceará, na produção do cuidado ao idoso com diabetes *mellitus* (DM). Para isso, toma como referência o desenvolvimento do trabalho interprofissional a partir de D’AMOUR *et al.* (2008), para avaliar o grau de colaboração interprofissional.

Destaca-se que este artigo é um recorte da dissertação “Colaboração interprofissional na promoção de estilos de vida saudáveis à população idosa com diabetes *mellitus*” vinculada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Saúde da Família, tendo a Universidade Estadual Vale do Acaraú como nucleadora.

MÉTODO E REFERENCIAL TEÓRICO DE ANÁLISE

Trata-se de uma pesquisa aplicada sob abordagem mista, realizada com profissionais do NASF e da ESF do município de Jijoca de Jericoacoara, Ceará, distante 287 km da capital, Fortaleza. O município pertence à mesorregião Noroeste cearense e à 12ª região de saúde de Acaraú (PNUD, 2013; SESA, 2014). No que concerne à Atenção Primária à Saúde (APS), o município conta com sete equipes da Estratégia Saúde da Família e uma equipe NASF.

A pesquisa foi desenvolvida com os profissionais de uma eSF e uma eNASF. Para a seleção da eSF foi considerada a equipe com o maior número absoluto de idosos diagnosticados com diabetes *mellitus* no território sob sua responsabilidade, sendo identificada a equipe da Sede I.

Foram convidados 20 profissionais, sendo 15 da eSF Sede I e cinco da eNASF, tendo participado 18 (14 da eSF e 4 da eNASF), contemplando as seguintes categorias profissionais: médico, enfermeiro, cirurgião dentista, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal, agente comunitário de saúde, profissional de educação física, nutricionista, fonoaudiólogo e psicólogo.

O estudo atendeu aos quatro princípios básicos da bioética: respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça e foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú, seguindo as normas da Resolu-

ção n.º 466/12, de 12 de dezembro de 2012, para pesquisas que envolvem seres humanos, sendo aprovado sob parecer n.º 3.241.908.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a setembro de 2019 por meio da aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada com os seguintes questionamentos: O que você entende por Colaboração Interprofissional? Que atitudes colaborativas você consegue identificar/perceber no seu ambiente de trabalho? De que forma essa atitude pode impactar no cuidado prestado às pessoas do território, em especial no cuidado prestado ao idoso com DM?

As respostas foram registradas em áudio por meio de um gravador digital. O *corpus* das entrevistas foi submetido à análise temática e referenciado na tipologia da colaboração interprofissional de D'Amour *et al.* (2008).

A tipologia de D'Amour surgiu de pesquisas realizadas pelo grupo de acadêmicos do então Departamento de Administração em Saúde da Universidade de Montréal, no Canadá, com a finalidade de desenvolver novas práticas clínicas embasadas na colaboração, sendo validada em 2008 (ARRUDA *et al.*, 2018). Ela apresenta quatro dimensões, a partir das quais os aspectos da colaboração podem ser analisados e avaliados por meio de dez indicadores, conforme sistematizado na Figura 1.

Figura 1. Modelo de Colaboração Interprofissional em quatro dimensões (D'AMOUR *et al.* 2008).



Fonte: Adaptado de Arruda *et al.* (2018).

A dimensão **Governança** considera a existência de direcionalidade e apoio por parte da gestão para o desenvolvimento do trabalho interprofissional colaborativo. A dimensão **Visão e Objetivos Compartilhados** sobre o trabalho colaborativo refere-se à existência de objetivos comuns e a sua apropriação pelas equipes, o reconhecimento de motivações diferentes, de múltiplos interesses, e a diversidade de definições e expectativas com relação à colaboração. A terceira dimensão, **Formalização**, esclarece expectativas e define responsabilidades, além de valorizar os mecanismos de comunicação entre os profissionais. Por fim, a **Internalização** diz respeito à consciência sobre a importância do trabalho do outro e da interdependência entre os membros da equipe, considera os sentimentos de pertencimento e de confiança.

É importante salientar que as quatro dimensões e os dez indicadores se influenciam mutuamente e estão sujeitos

também à influência de fatores externos e estruturais, como aspectos políticos, questões de financiamento, disponibilidade de recursos etc. No entanto, as quatro dimensões, juntas, e as suas inter-relações, conseguem capturar o processo inerente à Colaboração Interprofissional (D'AMOUR *et al.*, 2008).

Dessa forma, os autores propõem, a partir das dimensões e seus indicadores, a classificação do nível de colaboração existente; ou seja, se o nível de colaboração é **Ativo** (nível 3), **Em desenvolvimento** (nível 2), **Potencial** ou **Latente** (nível 1), conforme descrito no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1. Indicadores de Colaboração Interprofissional, de acordo com a tipologia de D'Amour.

Indicadores	Colaboração Ativa - Nível 3	Colaboração em desenvolvimento - Nível 2	Colaboração potencial ou latente - Nível 1
Objetivos	Objetivos consensuais e abrangentes	Alguns objetivos compartilhados	Objetivos conflitantes ou ausência de objetivos comuns (compartilhados)
Orientação cliente-centrada x outras orientações	Orientação cliente-centrada	Orientações dirigidas por interesses profissionais ou organizacionais	Tendência às orientações dirigidas aos interesses privados
Convivência mútua	Oportunidades frequentes de convivência, realização de atividades regulares conjuntas	Poucas oportunidades de interação entre a equipe, poucas atividades conjuntas realizadas	Sem oportunidades para interação da equipe, sem atividades conjuntas realizadas
Confiança	Confiança fundamentada	Confiança é condicional e está tomando forma	Falta de confiança

Ferramentas de formalização	Acordos consensuais, regras definidas em conjunto	Acordos não consensuais, em processo de negociação ou construção	Sem acordo ou acordo não respeitado, uma fonte de conflito
Troca de informação	Infraestrutura comum para a coleta e troca de informação	Infraestrutura de troca de informação incompleta, que não atende ou é usada inadequadamente	Relativa ausência de qualquer infraestrutura comum ou mecanismo para a coleta ou troca de informação
Centralidade	Corpo forte, ativo e central que promove consenso	Corpo central com um papel político mal definido, papel estratégico e político ambíguos	Ausência de um corpo central, quase ausência de um papel político
Liderança	Liderança compartilhada e consensual	Sem foco, liderança fragmentada, pouco impactante	Não consensual, liderança monopolista
Suporte para inovação	Especialistas promovem colaboração e inovação	Especialistas com práticas fragmentadas e esporádicas	Poucos ou sem especialistas acessíveis para o suporte de colaboração e inovação
Conectividade	Muitos espaços para discussão e participação	Espaços de discussão relacionados a questões específicas	Quase ausência de espaços para discussão

Fonte: Adaptado de D'Amour *et al.* (2008).

Concluída a fase de organização das respostas, procedeu-se à interpretação e análise, dessa vez visando à classificação do nível de colaboração existente, ou seja, se o nível de colaboração é **ativo** (nível 3), **em desenvolvimento** (nível 2), **potencial ou latente** (nível 1). Por fim, elaborou-se o gráfico de Kiviat, que compõe o aporte teórico deste estudo

e apresenta a função de estabelecer uma visão esquemática do nível de colaboração desenvolvido entre os profissionais da eSF SEDE I e NASF, apresentado nos resultados.

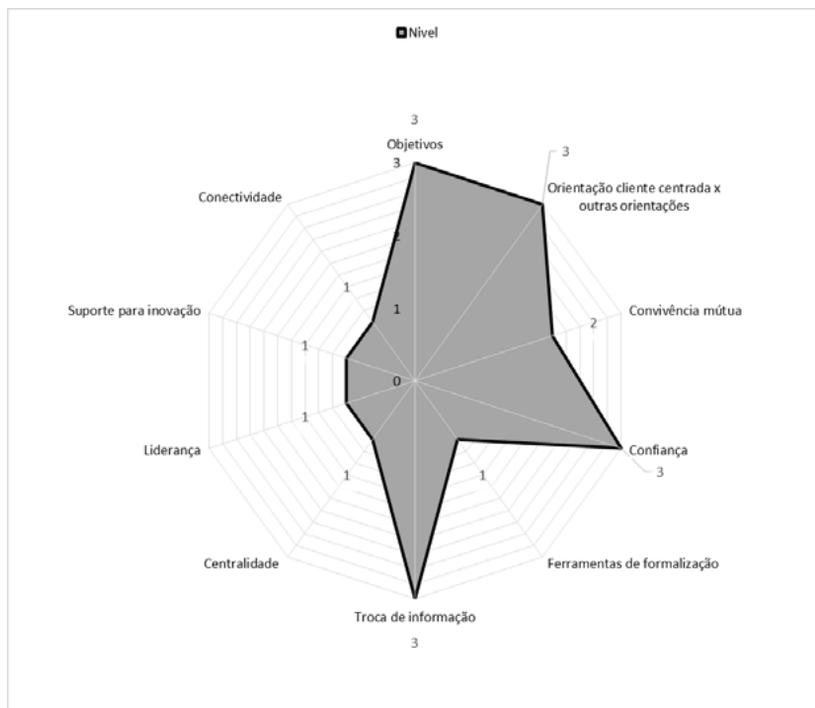
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do universo de 18 profissionais que participaram da pesquisa, 3 (16,7%) eram do sexo masculino e 15 (83,3%) do sexo feminino. Quanto à ocupação, participaram as seguintes categorias profissionais: enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, técnico de saúde bucal, profissional de educação física, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, agente comunitário de saúde e médico.

A média de idade foi de 34,17 anos ($\pm 6,26$), sendo a idade máxima de 44 anos e a idade mínima de 24 anos. A média do tempo de atuação na APS foi de 78,05 meses (6,5 anos) ($\pm 72,58$), sendo o tempo máximo de 252 meses (21 anos) e o tempo mínimo de um mês. O tempo médio de atuação nas equipes avaliadas foi de 46,81 meses (3,9 anos) ($\pm 44,58$), sendo o tempo máximo de 168 meses (14 anos) e o tempo mínimo de um mês.

Os resultados das quatro dimensões e dos dez indicadores do modelo estão aqui apresentados pelo gráfico de Kiviat, que é a representação gráfica da situação atual da colaboração interprofissional entre as equipes da ESF e do NASF do município de Jijoca de Jericoacoara, em um *continuum* de 1 a 3, conforme apresentado no Gráfico 1, a seguir:

Gráfico 1. Gráfico de Kiviat do Nível de Colaboração Interprofissional dos profissionais das equipes da ESF e NASF do município de Jijoca de Jericoacoara-CE, 2019.



Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

Para fins de análise, retomam-se os conceitos orientadores do processo de colaboração considerando as quatro dimensões e os respectivos indicadores: [i] Governança (Centralidade, Liderança, Suporte para Inovação, Conectividade); [ii] Visão e Objetivos compartilhados (Objetivos, Orientação centrada no paciente *versus* outras orientações); [iii] Formalização (Ferramentas de formalização, Troca de informações); e [v] Internalização (Convivência mútua, Confiança). Percebem-se fragilidades e potencialidades nas quatro dimensões relacionadas ao desenvolvimento do tra-

balho colaborativo e interprofissional, sendo a Dimensão Governança a de pior desempenho, e a Visão e Objetivos compartilhados a de melhor avaliação, seguida da Internalização e da Formalização, conforme descrição a seguir.

Dimensão da Governança

No cenário desta pesquisa, os atributos da governança apresentaram-se os mais frágeis dentre os demais, obtendo-se o nível 1 de colaboração interprofissional em todos os indicadores desta dimensão, uma vez que a gestão da APS não tem sido capaz de dar apoio adequado ao desenvolvimento de ações voltadas para a promoção de saúde e atividades coletivas voltadas à população idosa com diagnóstico de diabetes e nem mesmo assumir o papel de liderança.

Os gestores podem exercer influência significativa nas ações de cuidado colaborativo, entretanto o que se percebeu foi uma inversão dos valores, conforme fala do participante 1 da eSF:

[...] já contracenei com profissionais que tiveram essa ideia de trabalhar com grupos e não surtiu efeito, porque a gestão queria quantidade e não qualidade. Além disso, comentavam o seguinte: 'ah, a profissional não quer atender, quer fazer é grupo, reunião e isso e isso...'. Eu já ouvi muito disso entendeu... então tomara que agora seja um avante para fazermos isso... porque precisar, precisa!

Problemas relacionados ao espaço físico das unidades, carências de materiais e equipamentos e dificuldades de transporte também foram citados como comprometedores

ao trabalho colaborativo e à articulação de atividades coletivas, desmotivando profissionais e usuários.

No caso do NASF, a gente tem uma dificuldade logística por falta de transporte. Os carros das equipes estão sempre cheios e ocupados. Muitas vezes, a gente tem aquela demanda de atendimento de visita e a gente não tem como realizar. Muitas vezes, já vi as meninas aqui indo a pé fazer visita para não deixar aquele paciente desassistido. Muitas vezes, a gente vai sentada no colo da enfermeira, no colo da técnica de enfermagem, todo mundo apertado dentro carro pra gente não deixar de atender àquela demanda. O paciente precisa e se a gente fosse depender só do que a gente tem disponível, a gente não estaria trabalhando (Participante 1 da eNASF).

A liderança constitui-se em habilidade de motivar os liderados de forma ética, mas os depoimentos supracitados caracterizam a liderança existente como do tipo fragmentada e pouco impactante, caracterizada no nível 1. D'Amour *et al.* (2008) defendem que a liderança local é necessária para o desenvolvimento de colaboração interprofissional. No que se refere à colaboração, a liderança pode ser exercida pelos gestores que impõem fazê-la ou por profissionais que tomam a iniciativa.

A Colaboração interprofissional latente para o indicador “Suporte para inovação”, da dimensão Governança, pode ser percebido por meio dos seguintes discursos:

Eu tenho poucas oportunidades de participar de palestras, oficinas e seminários relacionados à saúde, gostaria que a gestão oferecesse mais (Participante 14 da eNASF).

Posso dizer que há ausência de momentos de encontro, discussão e reflexão formais, instituídos nas agendas (reuniões, grupos de estudo, discussão de casos), sobre o processo de trabalho entre profissionais das equipes de referência e de apoio matricial (Participante 3 da eSF).

Dimensão Visão e Objetivos compartilhados

Quanto ao compartilhamento de objetivos comuns, os achados revelam que os profissionais possuem perspectivas de trabalho compartilhado. Ademais, demonstrou-se existir um processo de construção da colaboração entre os profissionais, com predomínio da lógica do trabalho interprofissional, configurando-se como a Dimensão que melhor apresenta níveis de Colaboração interprofissional.

[...] eu vejo que ali ele não iria conseguir resolver sozinho e precisava de opiniões da equipe... Todo mundo depende de todo mundo, ninguém faz as coisas só (Participante 4 da eSF).

Temos a compreensão que quando se trabalha em equipe se junta o trabalho de todos para no final atingir um objetivo comum (Participante 5 da eSF).

D'Amour *et al.* (2008) mencionam que o objetivo mais susceptível de conseguir partes interessadas é o da promoção da assistência centrada nos clientes; portanto, responder às necessidades destes torna-se um objetivo central. A questão é que esse objetivo implica em uma transformação radical de valores e práticas, de modo que a sua concretização seria realmente uma inovação.

O indicador Orientação centrada no paciente *versus* outras orientações obteve o nível 3 de colaboração interprofissional, pois inferiu-se que, na articulação entre as eNASf e as eSF, as orientações guiam-se de acordo com as pactuações profissionais, conforme podemos observar nos seguintes depoimentos:

Há boa aceitação e convivência entre os profissionais e isso facilita a atuação no Centro de Saúde da Família e no território. Os profissionais da eSF fazem planejamento juntos com os da eNASF, colocando os assuntos em pauta e iniciam ações já relatando algumas atividades e conteúdo para ação em conjunto. Os profissionais do NASF se mostram disponíveis (Participante 08 da eNASF).

Dimensão Formalização

São as ferramentas de formalização que garantem divisão de tarefas, o registro e o alinhamento de linguagem típicos da Colaboração interprofissional (D'AMOUR *et al.*, 2008). Neste contexto do estudo, as ferramentas de formalização ficaram no índice 1 de colaboração interprofissional. Entretanto, ficou evidente que o indicador "Troca de informações" apresentou-se potente, tendo em vista a boa relação existente entre os profissionais.

[...] eu acho que precisa ser flexível também... por exemplo, uma agenda... todo mundo tem uma agenda formada para o mês todo, mas acontece de ter um paciente de urgência como surgiu da área da (XXX), aí ela foi agendou comigo na rede social mesmo, no WhatsApp... mandou mensagem...aí eu fico tentando encaixar dentro da minha agenda pra fazer o atendimento dele... (Participante 7 da eNASF).

Hoje as redes sociais facilitam muito para que essa colaboração aconteça né? Estamos mais à disposição para o compartilhamento...mais perto para que haja esse contato... a disposição do outro para escutar, enfim em se envolver mais. (Participante 11 da eNASF).

Segundo Arruda *et al.* (2018), uma importante ferramenta de formalização que tenciona para que ocorra a Colaboração interprofissional, ao mesmo tempo em que propõe a clara divisão de tarefas, bem como a sistematização das ações e dos prazos, é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é uma metodologia de condução dos casos incluída na clínica ampliada, preconizada para a ESF (BRASIL, 2014a). O PTS é uma estratégia inovadora do SUS, que subsidia a prática interprofissional, tomando como pressuposto a integralidade do cuidado (SILVA *et al.*, 2013).

Dimensão Internalização

A internalização inclui os indicadores “Convivência mútua” e “Confiança”. A “Convivência mútua” permite aos profissionais se conhecerem pessoal e profissionalmente, bem como descobrir as afinidades e desenvolver sentimento de pertença em relação ao grupo (DIAS *et al.*, 2016).

Quanto à dimensão da internalização, houve relatos de atuação em conjunto, nos quais a confiança no colega é expressa correspondendo a um processo de colaboração em desenvolvimento:

Teve um caso de uma ACS que conhece bem a área dela. Ela identificou que lá tinha alguns problemas de muitos diabéticos, aí ela mesma lançou a ideia de fazer um grupo com idosos. Ela mesma chegou pro enfermeiro falou dessa demanda que tinha lá que

era muito grande, e ela mesma achava que precisava fazer alguma coisa. Nisso, a gente começou e montou uma ação que envolvia o nutricionista, profissional de educação física e outros profissionais... (Participante 18 da eNASF).

[...] e aí eu vou ter que interagir com o outro para poder complementar... valorizar cada saber (Participante da 4 eSF).

Foi possível perceber que existe uma confiança nas capacidades profissionais de algumas categorias em assumirem certas responsabilidades. Estudo corrobora com esta afirmativa ao descrever que essa colaboração só é viável se existir confiança nas competências e capacidade de assumir responsabilidades dos outros, uma vez que a confiança reduz a incerteza; e, quando existe muita incerteza, dados mostram que os profissionais tendem a monopolizar a responsabilidade sob seus clientes o maior tempo possível para evitar colaborar. Tais ações vão contra a meta de construção de redes colaborativas (DUTRA, *et al.* 2020).

CONSIDERAÇÕES

O trabalho colaborativo e interprofissional é recomendado e a literatura apresenta evidências de que é uma estratégia potente para o trabalho no campo da Saúde da Família, porém, na realidade estudada, ficou perceptível que a colaboração interprofissional ainda é tímida, pontual e se apresenta frágil, havendo a necessidade de se instituir espaços e momentos que favoreçam o desenvolvimento e reflexão do cuidado colaborativo, visto que essa lacuna se arrasta desde a formação profissional, interferindo sobremaneira nos

espaços de atuação, o que reflete na qualidade do trabalho desenvolvido.

Destaca-se que já existe um entendimento conceitual sobre a colaboração interprofissional/cuidado colaborativo, entretanto este não se efetiva totalmente no cotidiano das práticas na APS. Observou-se insuficiência de dispositivos organizacionais e de governança para apoiar o trabalho de colaboração interprofissional na ESF.

É nítida a necessidade de aperfeiçoar a gestão do trabalho dotando os serviços de mais recursos de apoio à colaboração interprofissional, que precisa ser entendida não apenas como um esforço individual e pessoal do trabalhador em saúde, mas também como um esforço coletivo e ampliado de diversos agentes (profissionais, gestores e usuários) e componentes do sistema (gestão do trabalho, sistema de informação, entre outros). A implementação de um processo de construção dialogada e compartilhada de objetivos comuns entre apoio e referência exige uma gerência comprometida com a superação de suas barreiras estruturais e conjunturais.

Contudo, assumir condutas colaborativas em ambientes de trabalho não representa uma mudança ou, ainda, uma adoção de novas práticas que sejam fáceis. Esse desafio requer que não só os profissionais envolvidos em campos de prática sejam responsáveis, mas também representa uma responsabilidade dos gestores, tendo estes a necessidade de afirmar, cada vez mais, o interesse para a promoção de uma transição de cuidados de saúde fragmentados para uma prática colaborativa que atenda às necessidades de saúde dos indivíduos cuidados.

Ficou evidente que a lógica do modelo biomédico de assistência à saúde ainda é muito forte na realidade estudada, havendo uma supervalorização de ações pontuais e atendimentos individualizados em detrimento das ações de promoção da saúde.

Nossos achados demonstram que os profissionais da APS possuem atitudes relacionadas à colaboração interprofissional, sendo que são necessárias ferramentas de educação permanente para que as competências como conectividade, suporte para a inovação, liderança, centralidade e ferramentas de formalização sejam mais bem compreendidas e praticadas por esses profissionais.

Espera-se que a caracterização da nossa realidade seja um ponto de partida para a aprendizagem e prática da colaboração interprofissional. Diante do exposto, vale ressaltar a importância de mais estudos que abordem a atuação interprofissional em saúde, contribuindo, dessa forma, para fomentar mais estudos sobre a colaboração interprofissional dentro do SUS.

REFERÊNCIAS

ABED, M. M. *et al.* **Adaptação e validação da versão brasileira da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional: um estudo em profissionais da atenção básica.** 2015. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ensino de Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (Profissional), Goiânia, 2015. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/5479/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Marcelo%20Musa%20Abed%20-%202015.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface** (Botucatu), v. 20, n. 59, p. 905-16, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2016.v20n59/905-916/pt/>. Acesso em: 20 dez. 2019.

ARAÚJO, E. M. D. *et al.* A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde: **estudo comparativo entre Brasil e Portugal**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-64, abr. 2007.

ARRUDA, G. M. M. S. *et al.* O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v. 22, supl. 1, p. 1309-23, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000501309&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 dez. 2019.

BAGGS, J. G. Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. **Journal of Advanced Nursing**, v. 20, p. 176-82, 1994.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde - COPROM. Núcleo de Informação e Análise em Saúde - NUIAS. **Caderno de Informação em Saúde: Região de Saúde Acaraú**, 2014.

COSTA, R. K. S.; ENDERS, B. C.; MENEZES, R. M. P. **Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual**, 2008.

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

DIAS, M. S. A. *et al.* Colaboração interprofissional no projeto saúde e prevenção na escola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1789-98, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n6/1789-1798/pt>. Acesso em: 12 ago. 2019.

FORTE, F. D. S. *et al.* Educação interprofissional e o programa de educação pelo trabalho para a saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 787-96, 2016.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3018, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692018000100334&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2018.

HOJAT, M. *et al.* The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. **Journal of Interprofessional Care**, 29, n. 3, may 2015. 238-44. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25311270>. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. **International Journal of Nursing Studies**, v. 40, n. 4, p. 27-435, may 2002.

HOJAT, M.; HERMAN, M. W. Developing and instrument to measure attitudes toward nurses: preliminary psychometric findings. **Psychological Reports**, v. 56, 1985.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, 2009.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 173-86, 2013.

MINAYO, M. C. S. **Técnicas de análise do material qualitativo**. _____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 22, n. Suppl 2, p. 1525-34, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em: 31 out. 2019.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977-83, 2013.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**, 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/>. Acesso em: 31 out. 2019.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Domínios e competências da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE online**, v. 11, n. 5, p. 1966-70, 2017.

SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ, L. *et al.* The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, supl. 1, p. 132-47, 2005.

SAUPE, R. *et al.* Competence of health professionals for interdisciplinary work. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 521-36, 2005.

TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface** (Botucatu), v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005.



POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DE UMA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA VISÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Aracelli Laíse Tavares Mendonça Diniz

Rosana Lúcia Alves de Vilar

Ricardo Henrique Vieira de Melo

Janete Lima de Castro

Maísa Paulino Rodrigues

Ana Tânia Lopes Sampaio

INTRODUÇÃO

Não se pode dividir uma moeda sem destruí-la. Ambos os lados pertencem à mesma unidade de valor. São dois em um ao mesmo tempo. Da interação combinada de ambos os lados resulta a sua grandeza e a beleza de seu rodopio. Assim, usuários e profissionais de saúde também são correlatos, complementam-se, apesar de papéis sociais singulares no processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), como estruturante de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais no modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), aponta, como um de seus pilares, o trabalho em equipe e a centralidade no usuário. Assim, encontros entre profissionais e usuários são frequentes, onde a complexidade das situações vivenciadas demanda ações resolutivas como produto de um conjunto de saberes capaz de ampliar soluções concretas.

As necessidades de saúde dos indivíduos, família e comunidades são complexas e, como tais, apontam para a necessidade de se encorajar mudanças no processo da produção da saúde, requerendo o fortalecimento do trabalho colaborativo nos diversos espaços destinados à saúde, aprimorando o trabalho em equipe e qualificando a atenção à saúde das populações (CRISP; CHEN, 2014).

Nesse cenário, a discussão acerca da interprofissionalidade surge para possibilitar uma melhor compreensão sobre as práticas de cuidados de saúde integradas e colaborativas entre os profissionais, em resposta às demandas dos usuários e à fragmentação das práticas profissionais predominantes na saúde. Na discussão, pontua-se distinção com o tema da interdisciplinaridade, que se refere ao desenvolvimento de conhecimento integrado em resposta ao conhecimento disciplinar fragmentado (TONELLI *et al.*, 2018).

Desse modo, identifica-se que os sentidos das palavras *profissão* e *disciplina* reportam grande diferença, sendo disciplina um domínio de informação técnica ou científica; profissão, um recorte de ofício, de habilitação para o exercício formal de uma ocupação. Da mesma forma, 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 a 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).

Quanto à interprofissionalidade, ela pode ser definida como o desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas, caracterizada 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 a 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, mediada pelo desejo e abertura dos trabalhadores, em que 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 co-

laboração interprofissional, sendo o primeiro marcado pela delimitação estrita de territórios de cada grupo profissional e pela diferenciação, enquanto o segundo busca promover a integração, a partir de relações e interações nas quais os profissionais podem colocar em comum seus conhecimentos, especialização, experiência e habilidades, tendo como centro uma melhor atenção ao paciente (TONELLI *et al.*, 2018).

Nessa discussão, ainda emerge um debate sobre *trabalho interprofissional* como materialização da interprofissionalidade, que se caracteriza como uma prática colaborativa 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 (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. Já os fatores processuais são aqueles que afetam a forma como o processo de trabalho da equipe é organizado no cotidiano, sendo eles: 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. Os fatores organizacionais se referem à 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 ao 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 (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 exigidos para o bom desempenho do trabalho o compartilhamento de responsabilidades

e 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).

Em outra abordagem, Peduzzi *et al.* (2020) destacam o trabalho em equipe interprofissional como uma forma de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos agentes envolvidos, visto que requer, de um lado, a articulação das ações das diversas áreas profissionais, a partir do reconhecimento da sua interdependência; e, de outro, a complementaridade entre agir instrumental e agir comunicativo. Acrescenta, ainda, que o trabalho em equipe também constitui uma das formas de trabalho interprofissional, com a colaboração interprofissional e a prática colaborativa, e que a colaboração pode se dar na equipe ou no trabalho em rede com usuários e comunidade.

No contexto da ESF, várias experiências vêm ocorrendo em diferentes espaços, expressando diversas formas de trabalho interprofissional. Este capítulo apresenta resultados de uma pesquisa sobre a Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) realizada entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), de um município de pequeno porte, tendo como foco a consulta compartilhada no acompanhamento e desenvolvimento da criança. Os objetivos da referida pesquisa foram: conhecer o perfil dos participantes da PIC e identificar as potencialidades e as fragilidades da referida prática, a partir da visão dos usuários e profissionais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, do tipo compreensivo-interpretativo, realizado no cenário da APS do município de Montadas, 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 (IDH) médio de 0,590, ocupando a 98ª posição entre os 223 municípios do estado (IBGE, 2010).

O referido município dispõe de três Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, em cada uma delas, atua uma equipe da Estratégia Saúde da Família, com equipe de Saúde Bucal (ESB). O território de atuação das equipes compreende áreas das zonas urbana e rural. 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.

Nas três UBS, 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.

Nas consultas compartilhadas, os profissionais envolvidos atuam 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.

A pesquisa teve como sujeitos os participantes da PIC: profissionais (da ESF e do NASF-AB) e usuários (pais/cuidadores).

A amostra de profissionais foi composta por três profissionais da ESF (um enfermeiro de cada equipe - ENF1 a ENF3) e por dois profissionais do NASF-AB (um fisioterapeuta e um nutricionista - NASF1 e NASF2), tendo como critério de inclusão ter participação ativa na consulta compartilhada por um período mínimo de seis meses.

No que se refere à amostra de usuários (codificados de M1 a M25), foram incluídos pais ou cuidadores de crianças de 0 a 2 anos inseridas com participação mínima em seis consultas compartilhadas, até o período da coleta de dados.

O procedimento de coleta de dados ocorreu em meados do ano de 2019, por intermédio de entrevista semiestruturada e aplicação de questionário para a caracterização do perfil dos participantes.

Os dados foram analisados pela técnica de Análise Temática de Conteúdo, sistematizada por Minayo (2018), desdobrando-se em três fases: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos; e a interpretação.

Inicialmente, realizou-se a leitura flutuante para a apropriação do texto coletado. Após a leitura prévia, durante a exploração dos dados, emergiram Unidades de Sentido (US) a partir de palavras, frases ou temas. Por sua vez, as US foram codificadas e distribuídas a partir das potencialidades e fragilidades identificadas. Núcleos de sentidos semelhantes foram agrupados em categorias, oriundos de recortes de texto que se remeteram aos objetivos da pesquisa. Assim, as categorias temáticas reuniram elementos se-

melhantes, organizando resultados e permitindo elementos compreensivo-interpretativos a partir do referencial teórico sobre interprofissionalidade.

Foram respeitadas as diretrizes da Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regem as pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi desenvolvido após aprovação no parecer de n.º 3.027.562 e CAAE de n.º 99161118.8.0000.5292, emitidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização dos participantes

Entre os profissionais de saúde, quatro possuíam pós-graduações *lato sensu*, sendo que três deles tinham uma ou duas especializações voltadas para a atuação na APS. 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.

Quanto ao tempo de atuação na equipe, observou-se que a maior parte dos profissionais estava vinculada à equipe há mais de 12 meses, sendo o tempo médio de permanência na equipe de 30 meses.

Destaca-se que quase todos os profissionais estavam inseridos na prática interprofissional colaborativa 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.

Todas as usuárias participantes eram do sexo feminino, mães e, 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 e 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 dessas usuárias.

Tabela 1. Características sociodemográficas das usuárias. Montadas, PB, 2019.

Características sociodemográficas	N
Faixa Etária	
5 - 20 anos	1
21 - 30 anos	15
31- 40 anos	9
Número de filhos	
1 Filho	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 salário mínimo (SM)	12
1 SM	6
Entre 1 e 2 SM	6
2 SM	1

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Potencialidades e fragilidades da Prática Interprofissional Colaborativa

Os participantes, profissionais e usuários, identificaram sentidos semelhantes e singulares, simbolizando uma composição comum, tal qual o giro da moeda lançada ao ar ou sobre a superfície, apesar da oposição dos lados representada na estampagem dos papéis sociais diferentes. Logo, observam-se, a seguir, nesse arranjo metafórico, os relevos delimitados pela cunhagem, bem como as rebarbas das emendas na interface entre a cara ou a coroa.

Em relação às potencialidades, as visões convergentes (entre usuários e profissionais) foram reunidas em duas categorias: *cuidado mais resolutivo e integral*; e *maior afetividade e formação de vínculo*. Enquanto as potencialidades singulares (a partir dos profissionais) foram categorizadas como: *maior adesão às consultas de acompanhamento*.

Na sua ordem, fragilidades semelhantes foram classificadas como *fragmentação no processo de trabalho* e *falta de privacidade/inibição dos pais e cuidadores*; enquanto que *maior conflito por divergências* – a partir dos profissionais, foi categorizada de forma singular.

Foram apresentadas as percepções a respeito da ampliação do escopo de ações e da resolutividade da consulta de

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança a partir da PIC implantada nas unidades de saúde, evidenciando seu potencial para o desenvolvimento de um *cuidado mais resolutivo e integral*.

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

Contribui para ela [criança] ser mais saudável porque tem vários olhares de vários profissionais diferentes, não só de um, não só uma especialidade (M20).

Com a prática colaborativa evitamos encaminhamentos desnecessários, diagnósticos sem precisão, acúmulo de exames, aumento de demandas do atendimento clínico individual (NASF 2).

A equipe tem resolutividade na maioria dos casos, dentro do próprio consultório, na atenção primária (NASF 1).

A perspectiva do cuidado ampliado à saúde busca integrar ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação, respeitando e contemplando as articulações interprofissionais. Assim, o usuário é visto de forma holística e a atenção é ofertada em diferentes dimensões, promovendo um deslocamento para um horizonte mais amplo, com potencial para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde (AGRELLI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

A principal potencialidade que eu vejo é conseguir desenvolver nas mães a capacidade de cuidar, de observar a criança. Com as perguntas realizadas aqui elas conseguem realmente observar o desenvolvimento da criança. A gente consegue orientar como melhorar a amamentação até o andar da criança, o falar. Isso a gente só conseguiu com o atendimento compartilhado. Antes não era assim (ENF3).

A inserção de outras categorias profissionais, no contexto da ESF, por meio do NASF-AB, é vista como uma ampliação nas possibilidades de cuidado. Nessa direção, uma das finalidades do apoio matricial é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde. *A maior afetividade e formação de vínculo* e a comunicação entre os profissionais da ESF e do NASF-AB podem facilitar a interação entre os profissionais, melhorando o grau de colaboração e ampliando as possibilidades de atenção aos usuários (MATUDA *et al.*, 2015).

Eu acho que é um atendimento muito atencioso por ser uma unidade básica (M12).

Acho que a gente, todo mês, passando com os mesmos profissionais, a gente cria um tipo de amizade, um elo pra gente fazer pergunta e escutar o que eles têm pra falar (M09).

Facilita porque eu não preciso ir várias vezes, de uma vez só eu posso resolver várias coisas e tirar várias dúvidas (M23).

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. Assim, a presença de laços afetivos entre a equipe e o usuário impacta sobre o vínculo e a confiança, incidindo positivamente no cuidado em saúde e na aderência ao tratamento.

Observa-se que o grau de envolvimento e participação dos pacientes no cuidado está relacionado ao quanto eles se sentem confortáveis para questionarem a autoridade profissional e a qualidade da relação, remetendo às esferas da interação e comunicação (ESCALDA; PARREIRA, 2018). A participação ativa e frequente na PIC favorece o diálogo efetivo e aberto entre os profissionais, uns com os outros, e com os usuários, especialmente durante as orientações de saúde e na discussão das condutas propostas. O fortalecimento do vínculo promove uma *maior adesão às consultas de acompanhamento*, estimulando a participação do usuário e de 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 e ações de saúde (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

A interação entre os profissionais, por meio de processos compartilhados e significativos, vem favorecendo o desenvolvimento das competências profissionais colaborativas e, conseqüentemente, vê-se emergir práticas mais efetivas:

Percebe-se um envolvimento maior com a família como um todo. Os pais se sentem 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 (NASF2).

A consulta compartilhada possibilita um vínculo mais assíduo com os pais da criança e melhor adesão ao acompanhamento (NASF1).

Aumentou muito a demanda nesse tipo de consulta aqui na unidade. Antes, as pessoas vinham por obrigação, agora, querem vir. Eles realmente interagem com os profissionais, tiram dúvidas (ENF3).

No escopo da *fragmentação no processo de trabalho* foi apontado que, às vezes, ocorre uma falta de sincronia entre os profissionais durante o desenvolvimento da consulta compartilhada, dificultando a interação com as mães e a compreensão das orientações propostas pelos profissionais, conforme é evidenciado nos fragmentos a seguir:

Fica uma profissional interrompendo a outra, aí termina confundindo até a gente (M07).

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 (M03).

Os discursos das usuárias revelam a necessidade de aperfeiçoamento na abordagem dos profissionais durante

os encontros. Contudo, sabe-se que a implementação da prática interprofissional não é tarefa fácil, uma vez que é multifacetada, requerendo, portanto, mudanças em diversas dimensões da realidade.

Para a implantação de uma genuína prática colaborativa interprofissional, faz-se necessária uma comunicação efetiva para possibilitar que as diversas áreas profissionais implicadas na atenção à saúde fortaleçam todo o conhecimento e recursos que trazem, para dar respostas às demandas de saúde demandadas pelos usuários, famílias e comunidade. Desse modo, essa proposta apresenta uma característica potente: aprender junto, de forma colaborativa, interativa e compartilhada, com a clara missão de melhorar as práticas de cuidado (PEDUZZI, 2017).

O desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa pressupõe a aquisição de competências para a colaboração interprofissional, apontando para a educação interprofissional como um novo modelo de formação a ser adotado, capaz de preparar melhor os profissionais para o desenvolvimento do cuidado ampliado em saúde (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 a formação de competências específicas, legitima práticas de saúde muito fragmentadas, com prejuízos para a oferta dos serviços disponibilizados à população (COSTA, 2017).

No contexto da APS, a privacidade no momento da consulta também se torna importante no processo do cuidado, sendo necessário considerar, para além dos aspectos biomédicos, a subjetividade do indivíduo e a influência, nas queixas clínicas, dos aspectos psicossociais, educacionais e

culturais. Sobre a *falta de privacidade/inibição dos pais e cuidadores*, algumas usuárias e profissionais relataram:

Às vezes você chega aqui e quer falar com a enfermeira sobre o exame citológico, aí tem mais de uma pessoa na sala. Você fica toda por fora, às vezes nem toca no assunto e até para pedir uma receita a pessoa fica encabulada (M13).

A gente se acostuma tanto com uma pessoa, aí de uma hora para outra muda tudo. Mudou a equipe todinha, aí a gente já tá apegado, já tem aquela afinidade, já fala certos assuntos (M16).

Às vezes, com muita gente, a mãe fica um pouco intimidada. É diferente de estar só uma pessoa. Ela fala mais quando está só uma pessoa (ENF2).

Destarte, a consulta deve considerar as perspectivas do profissional e do usuário, sendo a primeira, referente ao conhecimento do funcionamento do corpo, do desenvolvimento e da evolução das doenças; e a segunda, atinente à experiência da pessoa sobre o adoecer e suas expectativas a respeito do problema (COMES *et al.*, 2016).

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 o 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).

O cenário da consulta do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil necessita do estabelecimento de uma relação harmoniosa, entre a mãe e o profissional de saúde, baseada na confiança e estabelecida ao longo do tempo. Essa confiança 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).

A colaboração ocorre quando dois ou mais indivíduos com diferentes experiências profissionais e habilidades complementares interagem para criar uma compreensão compartilhada na qual nenhum deles teria chegado sozinho. Desse modo, passa a existir algo que não existia antes (FREIRE FILHO *et al.*, 2019). *O maior conflito por divergências* pode significar uma falta de alinhamento entre os profissionais, sinalizando uma fragilidade que 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.

As dificuldades que, às vezes, que eu sinto, é que são profissionais diferentes e cada um pensa de uma forma e, às vezes, é um pouco mais difícil da gente chegar a uma conclusão (ENF1).

Às vezes, tem algumas divergências de opinião. A pessoa pensa de um jeito e outra de outra (ENF2).



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 de os 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, mantém-se 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 à 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).

CONSIDERAÇÕES

Os resultados desta pesquisa apontaram que a prática interprofissional colaborativa foi considerada uma ferramenta para o desenvolvimento do cuidado integral em saúde, apresentando-se como potencializadora da atenção centrada no paciente. Contudo, destaca-se que a fragmentação do processo de trabalho, a falta de privacidade e a diversidade de condutas representaram 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 em 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 em outras experiências de prática interprofissional colaborativa, tanto no contexto da APS quanto em outros cenários. Contudo, o estudo 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.

REFERÊNCIAS

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface* (Botucatu), v. 20, n. 59, p. 905-16, 2016.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface* (Botucatu), v. 22, supl. 2, p. 1739-49, 2018.

COMES, Y. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no

Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2749-59, 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.

CRISP, N.; CHEN, L. Global supply of health professionals. **New England journal of medicine**, Boston, v. 370, n. 10, p. 950-57, 2014.

D'AMOUR, D. *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Service Research**, v. 8, [s.n.], p.188-202, 2008.

D'AMOUR, D.; OANDASAN. I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **Journal Interprofessional Care**, v. 19, Supl 1, p. 8-20, 2005.

DUTRA, Evelyn de Britto; LEMOS, Ana Silvia Pavani; GUIZARDI, Francini Lube. **Trabalho em equipe para a construção de práticas colaborativas na saúde**. Rede UNIDA, 2020.

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade. *In*: CECCIM, R. B. *et al.* (Orgs). **EnSiQlopedia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 146-50.

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. **Interface** (Botucatu), v. 18, n. 48, p. 213-14, 2014.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. S. F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas

em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, p. 1717-27, 2018.

FREIRE FILHO J. R. *et al.* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe1, p. 86-96, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ferramenta

Cidades. **Censo 2010**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/montadas>. Acesso em: 16 set. 2019."

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. 2511-21, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. 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. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977-83, 2013.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botu-

catu), v. 22, n. supl 2, p. 1525-34, 2018.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, supl.1, e0024678, 2020.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, p. 1535-47, 2018.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between diferente types of interprofessional practice, **Journal Interprofessional Care**, v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018.

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

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

SOUZA, R. S. *et al.* Atenção à Saúde da Criança: prática de enfermeiros da saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 331-39, 2013.

TONELLI, B. *et al.* Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **RFO**, v. 23, n. 2, p. 180-85, 2018.

ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA ABORDAGEM INTERPROFISSIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE

Rejane Christine de Sousa Queiroz

Sally Cristina Moutinho Monteiro

Deysianne Costa das Chagas

Luiz Gonzaga Pereira Junior

Ilana Barros Moraes

Aline Sampieri Tonello

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma forma de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, desospitalização e cuidados paliativos em domicílio, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) e é oferecido de acordo com a necessidade do usuário, a partir do atendimento de diferentes equipes (BRASIL, 2016, p. 33).

A regulação da AD no Brasil iniciou-se com a publicação da Resolução RDC n.º 11/2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)/Ministério da Saúde (MS) (ANVISA, 2006). Entretanto, poucas mudanças foram percebidas

das no cotidiano dos serviços de saúde à época. Em 2011, o Governo Federal, lançou o Programa Melhor em Casa, formado por equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EAD) e equipes multiprofissionais de apoio (EMAP), as quais são responsáveis pelos atendimentos a pacientes com necessidades clínicas, maiores e frequentes cuidados, além de ser uma forma de otimizar recursos públicos (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a). Atualmente, a portaria em vigor é a Portaria n.º 825/2016, que redefine a AD no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas (BRASIL, 2016, p. 33).

A Atenção Domiciliar como uma aposta de cuidado indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, vem levando gestores e equipes de saúde a repensarem o modelo hegemônico de atenção à saúde, fazendo-os colocarem em prática o modelo social do processo saúde-doença com foco na integralidade (BRASIL, 2012; FEUERWERKE; MERHY, 2008). A AD tem um grande potencial de articular os serviços de saúde por meio das visitas, do comunicar em saúde e das discussões dos projetos terapêuticos singulares (PTS), compartilhando as práticas e os saberes com os demais serviços da rede (CARVALHO; FEURWERKE; MERHY, 2007; LOPES *et al.*, 2016). Ademais, visa proporcionar ao usuário um cuidado interprofissional mais próximo da rotina da família, voltado para a qualidade de vida, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar (BRASIL, 2016, p. 33).

A equipe de saúde da AD deve atuar de maneira multi e interprofissional na ação do cuidar, com competência técnica e ética. Dessa forma, há necessidade de profissionais com perfis adequados e que tenham disponibilidade para trabalhar em equipe e de forma colaborativa (LOPES; SOUSA, 2015). Sendo assim, tornam-se imprescindíveis ações de educação permanente em saúde (EPS) em busca do aprimoramento no que se refere ao relacionamento interpes-

soal (BIANCONI *et al.*, 2020). As equipes que assistem a esses usuários devem perceber tanto o estado de saúde como também conhecer as relações de vida dos envolvidos, e considerar que esses fatores se relacionam e interferem no processo como um todo (ABREU; AMENDOLA; TROVO, 2017). Nesse sentido, o objetivo deste estudo é descrever e caracterizar os serviços de Atenção Domiciliar, na perspectiva do trabalho em equipe e da prática interprofissional, durante o período de 2012 a 2019.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, de série histórica, realizado a partir de dados secundários obtidos por meio do Portal Brasileiro de dados abertos - Ministério da Saúde/ Indicadores sobre o Melhor em Casa (<https://dados.gov.br/dataset/melhor-em-casa>), durante o período de 2012 a 2019, de abrangência nacional.

Para caracterizar os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), foi analisado, no período de oito anos, o número de equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EAD) e de apoio (EMAP) implantadas no Brasil, no período supracitado. Essas equipes compõem o SAD (BRASIL, 2016, p. 33) e são definidas como:

EMAD, que pode ser constituída como Tipo 1: profissional(is) médico(s), enfermeiro(s), fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is), auxiliares ou técnicos de enfermagem. EMAD Tipo 2: profissional médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou assistente social e auxiliares ou técnicos de enfermagem. Nenhum profissional componente de EMAD poderá ter carga horária inferior a 20 horas de trabalho.

EMAP, que poderá ser constituída de, no mínimo, 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as se-



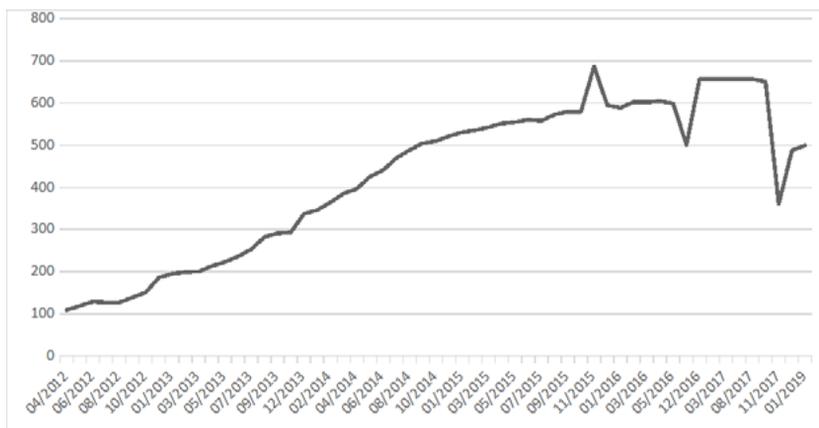
guintes ocupações: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional.

Os resultados foram apresentados com os valores absolutos, a partir de gráficos, utilizando-se o pacote STATA (versão 14.0) para as análises das unidades federativas brasileiras.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

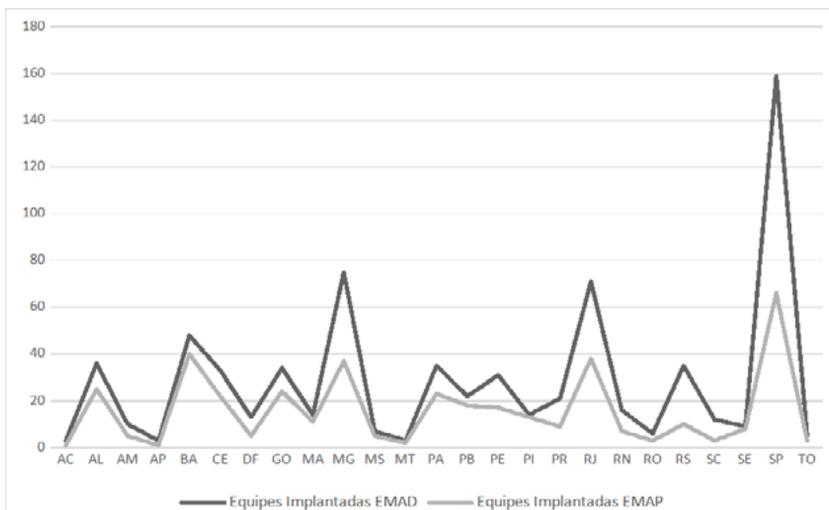
O número de equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar que foram implantadas no Brasil, entre os anos de 2012 a 2019, variou ao longo do tempo. Verificou-se a maior formação das equipes no ano de 2015, com 687 equipes, enquanto o ano de 2012 apresentou a menor quantidade, 109 equipes implantadas. Em geral, o número de equipes aumentou, mas houve um período de crescimento da implantação de novas equipes entre os anos de 2012 a 2015, e, posteriormente, decréscimo nos anos de 2016 e 2017 (605 e 657 equipes), voltando a aumentar em 2019 (500 equipes), mas não o suficiente para superar o maior patamar atingido em 2015 (Gráfico 1).

Gráfico 1. Número de equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar implantadas. Brasil, 2012 a 2019.



O Gráfico 2 apresenta os últimos dados disponíveis (2017), por unidade federativa, tanto para a implantação do número de equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) quanto de apoio (EMAP). Observa-se que o maior número de equipes formadas ocorreu em São Paulo (159 EMAD; 66 EMAP); e, menores, nos estados do Amazonas e do Acre (ambos com 1 equipe EMAD; 3 EMAP). Destaca-se que Roraima é a única unidade federativa que não possui qualquer equipe implantada.

Gráfico 2. Número de equipes de Atenção Domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP) implantadas por unidade da federação. Brasil, 2017.



O atendimento domiciliar iniciou-se no Brasil como uma forma de substituir ou mesmo complementar as formas de acompanhamento aos pacientes nas áreas da saúde no Brasil. O crescente envelhecimento populacional trouxe como consequências elevado número de pessoas com doenças crônicas com necessidade de atendimento e uma sobrecarga nos sistemas hospitalares.

Além disso, constatou-se a necessidade de acompanhar e cuidar, em ambiente domiciliar, de portadores de doenças incapacitantes, tais como crianças com patologias neurológicas e genéticas, vítimas de acidentes ou agressões, que determinam incapacidades permanentes ou transitórias para a execução das atividades da vida diária e, consequentemente, dependência para o autocuidado em saúde.

Em 2011, o Governo Federal, preocupado com essa crescente demanda, lançou o Programa Melhor em Casa, formado por equipes EMAD e EMAP, que são responsáveis pelos atendimentos domiciliares a pacientes com necessidades clínicas, maiores e frequentes cuidados, além de ser uma forma de otimizar recursos públicos (BRASIL, 2012).

Amaral *et al.* (2001) afirmam que, entre as vantagens do domicílio, destacam-se: é um ambiente favorável, pois diminui as infecções hospitalares, racionaliza custos e aproxima paciente e família. Além disso, a AD se torna um *locus* potencial para o desenvolvimento do trabalho em equipe e práticas colaborativas, pois está focado em um atendimento humanizado e integrado, (re)conhecendo o paciente como um ser biopsicossocial.

Segundo Peduzzi e Agreli (2018), desde os anos 2000, o trabalho em equipe vem sendo tratado de forma associada à prática colaborativa, uma vez que essa conjunção proporciona um atendimento integrado, efetivo e com melhor qualidade para o usuário e sua família.

É importante enfatizar que, no Brasil, para se fazer um trabalho de saúde e uma gestão efetiva, muitas portarias foram publicadas e revogadas do SUS, dificultando uma leitura clara e trazendo uma grande complexidade para a prática (BRASIL, 2012).

Como estamos em constante evolução, ressaltam-se as transições demográfica e epidemiológica, a ocorrência da pandemia da Covid-19 e alterações nos paradigmas de saúde, que buscam respostas rápidas e condizentes ao contexto. O atendimento domiciliar, regulamentado no SUS como uma prática substitutiva ou complementar às formas existentes de assistência à saúde, embora tenha tido aumento da quantidade de equipes implantadas, diminuiu após 2016. Há de se buscar razões para esse decréscimo no número de implantação de equipes, a fim de poder contribuir para a melhoria do acesso e da qualidade do cuidado em saúde.

Ressalta-se que a Emenda Constitucional n.º 95/2016, a qual congelou os gastos da União com despesas primárias por 20 anos, tem prejudicado o SUS, cujos recursos encontram-se insuficientes há mais de três décadas (SANTOS; FUNCIA, 2019), podendo ter tido consequências, inclusive, para a expansão dessas equipes. Além disso, destaca-se a recente Portaria n.º 1.275/2020, ainda no início da pandemia no Brasil, em que houve suspensão temporária de transferências, a Estados e Municípios, destinadas ao custeio de equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar e equipes multiprofissionais de apoio ao Programa Melhor em Casa.

No SUS, a Atenção Domiciliar apresenta peculiaridades, como critérios de elegibilidade, rotina de trabalho, recursos disponíveis e trabalho em rede, demonstrando que o cuidado de um enfermo, no domicílio, altera a dinâmica de todos os envolvidos e insere pacientes, familiares e equipes de saúde em uma nova forma de trabalho (BRASIL, 2013b; OLIVEIRA *et al.*, 2017). Além de contribuir para a operacionalização das práticas interprofissionais e colaborativas, que se constitui numa iniciativa que combate a divisão do trabalho e o tribalismo de profissões na área de saúde.

A Atenção Domiciliar surge com o principal objetivo de otimizar os recursos públicos. Os principais benefícios do Programa são: rotatividade de leitos, diminuição de infecções hospitalares, humanização nos cuidados, fortalecimento de vínculos e evitar deslocamentos desnecessários até unidades de saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013b).

A importância da prática no domicílio deve ser ampliada para além dos cuidados com o quadro clínico, pois é complexa e trabalha também na perspectiva social do indivíduo, com destaque para a interprofissionalidade desse cuidado, mesmo depois da alta hospitalar.

Reeves *et al.* (2010) propuseram um modelo para a compreensão do trabalho interprofissional, em que o trabalho

em equipe é entendido como um compartilhamento de valores, objetivos e identidade de equipe, bem como a integração das ações, visando ao cuidado em saúde humanizado, seguro e de qualidade. Modo de trabalho este que coaduna com a AD.

Desse modo, a gestão do Programa Melhor em Casa mostra-se como um grande desafio para os profissionais envolvidos e para as famílias que recebem os seus familiares, tornando as práticas colaborativas um dos pilares para a garantia de um atendimento de qualidade.

Nesse contexto da Atenção Domiciliar, deve-se atentar para uma reorganização no processo de trabalho, considerando que a interprofissionalidade é favorável para o desenvolvimento das práticas colaborativas, de forma a potencializar o cuidado centrado no paciente. Assim, um trabalho em equipe organizado e articulado com a Rede de Atenção à Saúde permitirá otimização dos recursos públicos e um atendimento de qualidade.

CONSIDERAÇÕES

A Atenção Domiciliar na área da saúde tem sido uma alternativa cada vez mais necessária para os tratamentos que não precisam de internação hospitalar, com o usuário em acompanhamento médico no seu domicílio, perto dos familiares, num local de aconchego. Assim, durante o período de 2012 até 2015, foi possível observar a expansão e, depois, a queda no número de equipes multiprofissionais de AD e de apoio. No entanto, essa diminuição vai de encontro à demanda cada vez mais evidente de leitos hospitalares que a pandemia da Covid-19 tem imposto desde 2020.

Dessa forma, torna-se importante compreender essa diminuição, para que se possa expandir, cada vez mais, o nú-



mero de equipes, visto que o Programa Melhor em Casa surge como uma grande alternativa de continuidade de atendimento, nos casos em que pode ser dispensada a internação, preservando o paciente e a família.

As características da AD, somadas às mudanças epidemiológicas da população brasileira, impulsionam a necessidade do desenvolvimento de saberes, atitudes e habilidades que transcendem a visão biológica do paciente. Com isso, tem-se um terreno fértil para a implantação de um trabalho que maximize o potencial dos profissionais de saúde, suscitando perspectivas para o efetivo trabalho colaborativo e com o cuidado centralizado no paciente, na família e na comunidade.

Entende-se que o Programa Melhor em Casa é essencial para o desenvolvimento de práticas em saúde humanizadas, para o trabalho em equipe, para o cuidado compartilhado, que considerem a colaboração interprofissional.

Por fim, ressalta-se que, no contexto da pandemia da Covid-19, a AD tem assumido, cada vez mais, um papel importante na estratégia do cuidado aos pacientes acometidos com sintomatologia leve a moderada e na rotatividade dos leitos, em função da desospitalização dos casos estáveis. Com isso, tem sido possível a disponibilidade e o acesso à internação de pacientes com sintomas graves, principalmente na reabilitação dos pacientes portadores de sequelas neuromotoras e cognitivas decorrentes da infecção pela Covid-19.

REFERÊNCIAS

ABREU, T. F. K.; AMENDOLA, F.; TROVO, M. M. Relational technologies as instruments of care in the Family Health

Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 981-87, 2017.

AMARAL, N. N. *et al.* Assistência Domiciliar à Saúde (*Home Health Care*): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Revista Neurociências**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 111-17, 2001.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 11**, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BIANCONI, A. L. M. *et al.* Relações interpessoais de equipes multiprofissionais na atenção domiciliar: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s. l.], v. 22, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da saúde, 2012. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013**. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**, Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza

as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 33, 26 abr. 2016. Seção 1, edição 78.

CARVALHO, L. C.; FEUERWERKE, L. M. C.; MERHY, E. E. Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliar: una reflexión necesaria. **Salud colectiva**, v. 3, p. 259-69, 2007.

FEUERWERKE, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 24, p. 180-88, 2008.

LOPES, M. L. S. *et al.* Sim, é possível fazer conexões entre as equipes da atenção básica e domiciliar. *In: MERHY, E. E. et al. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.* 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448 p.

LOPES, J. M. C.; SOUSA, A. L. Competências profissionais na assistência domiciliar. *In: LOPES, J. M. C.; SOUSA, A. L. A gestão do cuidado na Atenção Domiciliar.* Curso de Especialização em Atenção Domiciliar: Módulo 3. UFSC. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 21-30.

OLIVEIRA, M. B. P. *et al.* Atendimento domiciliar oncológico: percepção de familiares/cuidadores sobre cuidados paliativos. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 1-6, 2017.

REEVES, S. *et al.* A conceptual framework for interprofessional teamwork. *In: BARR, H. (ed.). Interprofessional teamwork for health and Social Care.* Chichester: Wiley-Blackwell, 2010. v. 8.

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

SANTOS, L.; FUNCIA, F. **Emenda Constitucional 95 fere o núcleo essencial do direito à saúde.** 21 jan. 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-jan-21/opiniao-ec-95-fere-nucleo-essencial-direito-saude>. Acesso em: 01 jun. 2020.



O MÉTODO LEAN SIX SIGMA COMO ESTRATÉGIA DE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA A MELHORIA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO E DA GESTÃO DO TRABALHO NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Ana Gerússia Souza Ribeiro Gurgel

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Joyce Mazza Nunes Aragão

Aline Lima Pestana Magalhães

Gerardo Cristino Filho

INTRODUÇÃO

As organizações de saúde procuram cada vez mais reduzir os custos, melhorar a qualidade do cuidado e segurança nos serviços oferecidos. Entretanto, o déficit de financiamento decorrente da crise econômica no país, o aumento da complexidade dos problemas de saúde que pressionam a reorganização dos serviços e de processos de cuidados mais assertivos, o envelhecimento da população e o caráter fragmentado da atenção à saúde prestada, tornam as metas inicialmente postas mais desafiadoras.

Tomando como objeto de análise o cotidiano das equipes de Saúde da Família (eSF), deparamo-nos com o aumento

das demandas para exames e consultas; redução dos recursos financeiros e potenciais humanos para o setor; insatisfação dos profissionais com a sobrecarga de trabalho e o não reconhecimento pela população; insatisfação da população com os serviços prestados nas unidades de saúde; aumento da tripla carga de doenças (agudas/infecciosas, crônicas e causas externas); a necessidade de espaço físico; e o tempo gasto com as atividades em saúde, são algumas tensões para o enfrentamento de gestores e provedores de assistência à saúde.

Diante dessa realidade, por onde começar? O que fazer primeiro? Qual é a melhor forma que permita, com o menor custo, no menor tempo, trazer satisfação à população e reconhecimento aos profissionais, contribuindo para a melhoria dos indicadores e qualidade de vida de usuários e famílias?

O modelo da melhoria contínua, introduzido pelo Sistema Toyota de Produção, na década de 1980, até então utilizado na manufatura, expandiu-se para diversas áreas do mercado, inclusive na saúde, com excelentes resultados (GRABAN, 2013; BERTANI, 2017).

Na última década, a melhoria da qualidade caracterizou-se por duas abordagens principais: o desenvolvimento *Lean*, que tem como objetivo abordar a eficiência do processo, eliminando etapas e atividades sem valor agregado, e *six sigma*, que inibe a variação na qualidade do processo (FERREIRA *et al.*, 2018).

O método *Lean* é um modelo de gestão que integra princípios e ferramentas de base científica voltado para a análise dos processos visando à redução de desperdícios, tempos de espera, erros e força de trabalho, bem como a sincronização e redução da variabilidade dos processos de trabalho, focando nas atividades que produzem valor ao usuário-cidadão, buscando a melhoria contínua (DENNIS, 2008).

Assim, a essência da metodologia *Lean* é a eliminação dos desperdícios, primando pela alta qualidade de serviços e o valor dos produtos (ou serviços) que estão sendo entregues aos clientes (usuários). Com essa abordagem, as organizações podem reduzir os desperdícios, realizar as ações com significado de valor aos usuários, diminuir esforços, aumentar a satisfação de clientes e funcionários e, consequentemente, obter menores custos (GRABAN, 2013).

Para alcançar esses resultados, há de se compreender o propósito principal do pensamento *Lean*, que vai muito além de técnicas objetivas. Para enfrentar esses desafios, há pré-requisitos fundamentais que não podem ser negligenciados: [i] os colaboradores precisam estar engajados e comprometidos com isso; [ii] os colaboradores devem ser envolvidos em todas as decisões; [iii] deve existir uma forte motivação para a mudança; [iv] todos devem saber a situação atual e o que se pode melhorar. Portanto, princípios que se alinham aos da colaboração interprofissional (FERREIRA *et al.*, 2018).

A interprofissionalidade pode ser definida como “o desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas”, que envolve “refletir e operar” um trabalho “capaz de responder às necessidades da comunidade” (D’AMOUR *et al.*, 2005, p. 9). A reflexão sobre a prática, orientada para a problematização da realidade, pode favorecer a articulação e integração das ações de saúde e uma melhor resposta aos problemas de organização dos serviços de saúde. Nessa perspectiva, busca-se substituir as duas principais barreiras à prática centrada na pessoa: a competição entre os profissionais de saúde pela cooperação e parceria; e “os desequilíbrios de poder por compromisso com a igualdade e responsabilidade coletiva” (KHALILI; DELUCAS, 2014, p. 92 *apud* ESCALDA; PARREIRA, 2018).

Contudo, o método *Lean* dispõe de ferramentas de suporte para a organização do trabalho que permitem a obtenção

de melhorias significativas e de forma sistemática. Uma das mais utilizadas é o Mapeamento do Fluxo de Valor (MFV), que, através da construção coletiva de uma representação visual por símbolos, descreve a situação atual, com suas informações e fluxos, de forma a identificar problemas, assim como simula a situação futura e propõe possibilidades de melhorias (ZATTAR *et al.*, 2017).

O MFV permite que os participantes (no nosso caso, profissionais do serviço de saúde) discutam como veem o fluxo de um processo específico, além de levá-los a buscar consenso sobre as resoluções de problemas e apresentar propostas de melhorias (HADFIELD, 2016).

No Brasil, várias experiências com ênfase na rede hospitalar têm adotado o pensamento *Lean* e divulgado seus resultados. Os principais departamentos investigados foram: preparo e administração de medicamentos, unidade especializada, assistência de enfermagem, higienização e desinfecção, clínica oncológica, farmácia de medicamentos especializados, Qualidade Total (QT) x *Lean*, logística hospitalar, *Lean* e sistemas de saúde, doação de órgãos, quimioterapia, aplicação de ferramentas no hospital, atenção ao pé diabético, emergência, recepção e acolhimento, gestão dos suprimentos e logística de coleta de exame.

O Ministério da Saúde (MS) recentemente adotou a metodologia como proposta para a reorganização das urgências e emergências em 16 estados e no Distrito Federal, em parceria com o Hospital Sírio Libanês, onde já foi identificada a redução de 45% do tempo de espera entre a triagem e o primeiro atendimento médico, logo na primeira fase do projeto (BRASIL, 2018). Entretanto, embora na literatura científica exista um amplo uso de técnicas *Lean* na assistência à saúde, observa-se que estão mais restritas às instituições hospitalares, existindo uma escassez de estudos na aplicação desse modelo de gestão na Atenção Primária.

Publicado na área da Engenharia da Produção, o estudo de Damasceno, Faria e Sottoriva (2017) analisou, por meio do MFV, a consulta de rotina em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em Betim, Minas Gerais, onde sugeriram um novo processo com vistas à redução do tempo de ciclo total no qual o paciente ficaria esperando na UBS, através da identificação de desperdícios e sugestões de melhorias.

Dentre o rol de ações realizadas pela APS, está o agendamento de exames e consultas especializadas para a investigação diagnóstica ou acompanhamento de doenças existentes. Recentemente, no final de 2019, foram apresentadas, pelo Ministério da Saúde, em documento intitulado: Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), objetivando atender às orientações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 2017, no que tange à definição de um amplo escopo de serviços para a coordenação do cuidado e ampliação do acesso (BRASIL, 2019).

Desse modo, este estudo objetiva implementar o pensamento *Lean* numa UBS e mapear o fluxo do valor do processo de marcação de consultas e exames, buscando-se identificar possíveis desperdícios e oportunidades de melhoria no processo realizado, com vistas a reduzir tempo de espera e otimizar o cuidado em saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso, do tipo descritivo e exploratório, excerto da dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), intitulada “Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama: aplicação da metodologia *Lean* na Atenção Primária à Saúde de Sobral, Ceará, Brasil”. Nesta pesquisa, mapearam-se os fluxos de trabalho de três equi-

pamentos da Secretaria da Saúde de Sobral e seus respectivos setores envolvidos na linha de cuidado da saúde da mulher no rastreamento do câncer de mama, a saber:

1. **Unidade Básica de Saúde:** recepção, ambulatório médico, ambulatório de enfermagem, setor de regulação de consultas e exames;
2. **Centro de Especialidades Médicas:** recepção, setor de imagens, setor de leitura de laudos, setor de digitação, ambulatório de mastologia;
3. **Policlínica:** recepção, setor de imagens, setor de leitura de laudos, setor de digitação.

Para fins deste artigo, nos deteremos a apresentar os resultados da UBS Dr. Estevam Ferreira da Ponte, denominada Centro de Saúde da Família (CSF) do Junco, selecionada dentre as 37 Unidades Básicas de Saúde por possuir um bom engajamento da gerente e da equipe e por ser unidade laboratório do município, referência em práticas inovadoras e experiências exitosas em práticas de colaboração interprofissional.

Os profissionais participantes foram a gerente (1), enfermeiras (2), agentes administrativos da recepção (2) e marcadora de consultas do referido CSF (1).

Os dados foram coletados entre maio e julho de 2019 e suas etapas foram organizadas utilizando-se o ciclo Observar - Planejar - Desenvolver - Checar - Ajustar (OPDCA), uma ferramenta de gestão aplicada em processos de produção e de serviços e que auxilia na implementação da filosofia *Lean Healthcare*, bem como no planejamento, avaliação e implantação de processos. O principal objetivo dessa ferramenta é tornar os processos da gestão mais objetivos e ágeis.

Em cada etapa do Ciclo OPDCA foi utilizada uma ferramenta *Lean*, conforme descrição de Graban (2013). Na fase O (Observar), realizou-se a observação não participante para conhecer o funcionamento do fluxo do local onde acontece o trabalho, contemplando o fluxo da marcação de consulta, a estrutura física, os profissionais e recursos envolvidos. Nessa fase, foi possível conhecer, o *gemba*, palavra de origem japonesa, que significa “vá e veja” (GRABAN, 2013), para elaborar o mapa de fluxo de valor e identificar os principais temas que seriam abordados nas etapas seguintes.

Na fase P (Planejar), foi realizado o evento *Kaizen*, que significa melhoria contínua, representado por evento conduzido por equipe multifuncional com o objetivo de resolver problemas (GRABAN, 2013). Elaborado através de uma oficina para apresentar o projeto e o método da construção do MFV, com duração de três horas, no turno vespertino, em sala da própria UBS, reservada para essa finalidade.

Na fase D (Desenvolver), ocorreu uma segunda oficina para a construção do MFV; dessa vez, com a participação dos profissionais da unidade envolvidos nos setores afins, quais sejam: recepção e setor de marcação de consultas, seguindo as recomendações estabelecidas pela metodologia *Lean* que fundamenta esta pesquisa.

Na fase C (Checar), foram identificados pela equipe, durante a oficina de MFV, os desperdícios nas atividades que não agregam valor ao usuário/cidadão e verificadas as oportunidades de melhorias através de ferramentas *Lean*.

Na fase A (Ajustar), foi desenvolvida uma projeção do MFV futuro com a implementação das melhorias, a partir das sugestões apontadas pelos profissionais que executam as atividades no dia a dia.

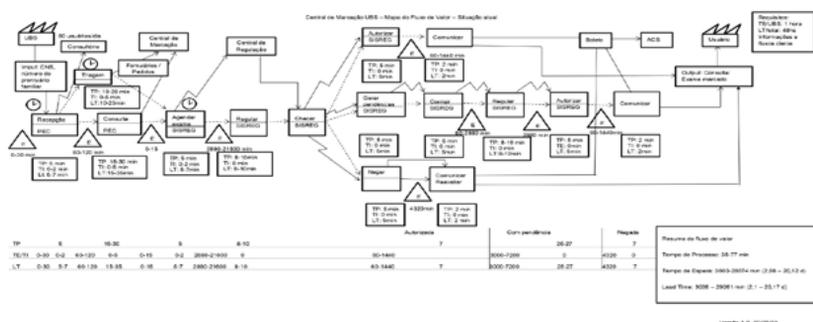
O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UVA, por meio do parecer n.º 3.377.690,

respeitando-se os princípios éticos e legais com base na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012.

RESULTADOS

Nesta seção, descreveremos os resultados obtidos a partir do MFV Atual na UBS do Junco, apresentando o que a equipe identificou como desperdícios nos processos e as oportunidades de melhorias.

Figura 1. Mapeamento do Fluxo de Valor da Situação Atual - UBS Junco.



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A UBS Junco é responsável pela cobertura de 3.114 famílias e 9.413 pessoas em sua área de adscrição. Possui três equipes de Saúde da Família, duas equipes de Saúde Bucal e realiza atendimento às demandas espontâneas, programadas e ações de educação e promoção em saúde; dentre suas atividades, apresenta variada cartela de serviços,

como: consultas médicas, de Enfermagem, odontológicas, atendimento multiprofissional, vacinação, dispensação de medicamentos, agendamento de consultas e exames especializados, coleta de exames, nebulização, Prevenção do Câncer de Colo Uterino (PCCU), curativos, suturas, administração de medicamentos, entre outros procedimentos (BRASIL, 2013).

O usuário, ao apresentar uma necessidade de agendamento de consulta com especialista ou exame complementar, pode procurar a unidade, seja de forma espontânea ou programada, munido de documento de identificação, Cartão Nacional do SUS (CNS) e número do prontuário familiar. Ao chegar na UBS, dirige-se à recepção, onde é formada uma fila de espera respeitando-se o princípio de quem chegou primeiro será atendido pela agente administrativa, exceto em casos de situações prioritárias.

Nesse processo, poderá haver uma espera entre 1 e 30 minutos, até que seja preenchido o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), conferido o território e adscrição familiar, verificada a demanda e encaminhada para a enfermeira da triagem, em caso de demanda espontânea, ou para consultório médico ou de enfermagem, em caso de demanda programada. A conferência e o registro levam cinco minutos para serem concluídos, podendo ser interrompidos por mais cinco minutos, em casos de solicitações de informações por outros usuários ou funcionários.

Entre a recepção e o atendimento, a usuária poderá esperar entre 60 min (para consulta agendada) e 120 min (para triagem). A triagem é feita através da classificação de risco para unidades de saúde, baseada no manual do Ministério da Saúde. Ao chegar no atendimento (triagem ou consulta), entre a anamnese, exame clínico e preenchimento de formulários e pedidos, sucedem 35 minutos, podendo também ser descontinuada por atenção compartilhada com outros profissionais por até cinco minutos.

Após a identificação e solicitação de exames ou consultas especializadas, a usuária encaminha-se até o setor de marcação de consultas, na própria unidade, para entregar os pedidos, podendo ser atendida entre 1 e 15 minutos, conforme fila de espera. A profissional responsável pela marcação de consultas irá conferir se os formulários estão preenchidos corretamente. Em caso negativo, a usuária voltará para o profissional do atendimento para complementar as informações, e, em caso positivo, a profissional de marcação de consultas lançará no sistema de regulação do município, chamado SISREG-S, conforme grau de prioridade. Posteriormente, os médicos auditores do sistema irão avaliar. Essa atividade dura cinco minutos e pode ser cessada em situações de solicitação de informações à profissional que marca as consultas. Após esse momento, a usuária é liberada para casa e aguardará retorno da marcação através da visita do agente comunitário de saúde.

A central de regulação diariamente dispõe de seis médicos auditores avaliando todas as filas de especialidades e exames, conforme ofertas. O auditor leva, em média, entre oito e dez minutos para elaborar o parecer do procedimento, porém ressalta-se a diversidade de filas virtuais, número de consultas e exames existentes e a desqualificação da mesma, visto que sua implantação no município é recente. Anteriormente, os exames e consultas eram agendados via telefone, por unidade de saúde, para uma central municipal que rateava cotas entre estas, desconsiderando a situação de maior ou menor gravidade para prioridade, e dispunha de quatro teleatendentes para realizar esse serviço. No cenário atual, com a implantação desse novo fluxo, poderá transcorrer entre dois e 15 dias para a equipe da central de regulação processar o retorno à unidade de saúde.

A devolutiva pode gerar três fluxos para o marcador: 1. Consulta/exame autorizado; 2. Consulta/exame com pendência gerada; 3. Consulta/exame negado.



Na primeira situação, o marcador confere em cinco minutos, imprime o boleto e, se houver número do contato, em até uma hora comunica ao usuário; caso não haja, informa ao agente de saúde para levar o boleto ao domicílio, o que, a depender do horário do dia, pode chegar até 24 horas. Na segunda situação, o profissional da marcação de consultas irá identificar a pendência e corrigi-la. Se for o caso, também complementa as informações de imediato. Para os casos que necessitem de informações adicionais do profissional solicitante, o caso é direcionado para o gerente da unidade para que este providencie as correções. Nessas situações, o processo pode durar entre uma hora e 48h. Depois, o profissional da marcação de consultas volta a lançar no sistema para nova auditoria. Para essas situações de pendências, têm-se até dois dias para regular. Na sequência, volta à unidade, autorizado ou negado. Na terceira situação, se negado, será agendada consulta médica em até três dias para reavaliar a necessidade.

Após a construção do MFV Atual, foi possível que a própria equipe pudesse identificar os problemas, dentre estes, nove atividades que não agregam valor ao usuário e os principais desperdícios do fluxo analisado, e já apresentava alternativas e sugestões para a proposição do plano de ação, melhorias e projeção do MFV Futuro, conforme organizado no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1. Identificando Desperdícios e Propondo Melhorias
- Situação Atual e Projeção de Situação Futura da Central de
Consultas e Exames da UBS Junco, Sobral, Ceará, Brasil, junho
de 2019.

Desperdícios - Situação Atual	Melhorias - Situação Futura
Consultas programadas e espontâneas são encaminhadas ao profissional por ordem de chegada, exceto em situações de prioridades.	Agendamento de consultas por blocos de horas, 15 minutos num bloco de 1 hora, em que a pessoa chegará próxima ao seu horário de atendimento. O tempo de espera pode reduzir de 60-120 min para 20-30 minutos.
Agendas profissionais com agendamentos fixos, porém sem horário definido e vagas disponíveis para situações agudas. O atendimento ocorre por ordem de chegada.	Agendas profissionais flexíveis, alternando consultas espontâneas e programadas, o que diminui as grandes filas de espera.

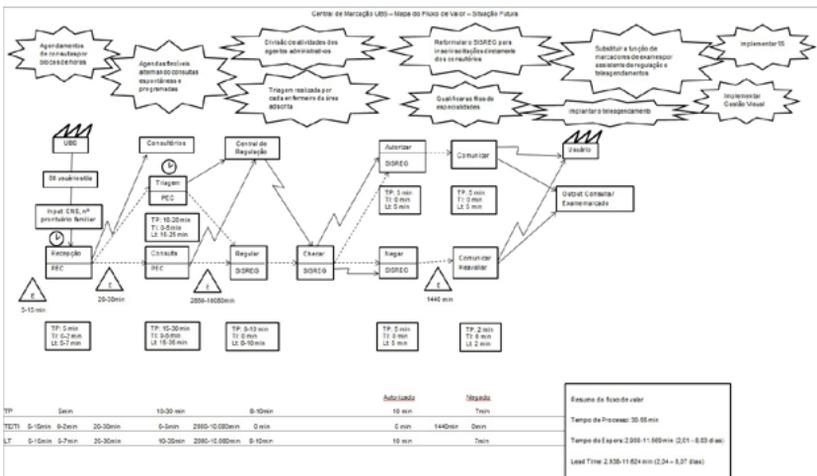
<p>Agentes administrativas têm as mesmas atribuições no SAME. Para o atendimento dos usuários agudos, de cuidado continuado ou de demandas administrativas, seguem o mesmo fluxo.</p>	<p>Divisão de atribuições das agentes administrativas: uma para referência de consultas programadas e outra para consultas espontâneas. Em caso de uma fila zerar, a profissional imediatamente passa a ajudar na outra fila. Os casos de agendamento e validação de receitas externas serão encaminhados para a referência de demanda espontânea, para serem encaminhados para a triagem. O tempo de espera pode reduzir para até 15 minutos para demandas espontâneas e cinco minutos para demandas programadas.</p>
<p>A triagem é feita por uma enfermeira de referência do dia, que avaliará todos os usuários da demanda espontânea.</p>	<p>A triagem deve ser feita pela enfermeira da área, dividindo o número de pessoas para avaliação do dia. O tempo de espera pode reduzir de 120 minutos para 30 minutos.</p>

<p>Formulários e pedidos entregues manualmente pelo profissional do atendimento ao usuário para encaminhar até a central de marcação para inserir no sistema.</p>	<p>Formulários e pedidos inseridos no sistema no próprio consultório pelo profissional do atendimento, eliminando mais um encaminhamento dentro da unidade, com espera de até 15 minutos, acrescidos de mais cinco a sete minutos, no atendimento da central.</p>
<p>Filas de especialidades desqualificadas.</p>	<p>Qualificação das filas de especialidades com preenchimento completo e correto da primeira vez, evitando o retrabalho. O tempo de espera de auditoria pode reduzir de 2-15 dias para 2-7 dias e eliminar o fluxo de pendências geradas.</p>
<p>A comunicação dos agendamentos é realizada principalmente através de visita domiciliar do agente comunitário de saúde.</p>	<p>Implantação do teleagendamento para a comunicação do agendamento após autorização da central de regulação. Registrar, no ato da entrega do exame, o contato do usuário para que a assistente possa comunicar através de ligação ou mensagem de texto via aplicativo WhatsApp.</p>

<p>Consulta de reavaliação do usuário, em caso de negação da solicitação pela central de regulação, agendada em até três dias.</p>	<p>Agilizar a consulta em até 24 h para a reavaliação do usuário, em caso de negação da solicitação pela central de regulação.</p>
<p>Marcadora de consultas insere todas as solicitações no sistema, acompanha os agendamentos e comunica ao agente de saúde.</p>	<p>Substituição da função atual da marcadora de consultas para a assistente de regulação e teleagendamentos, para o acompanhamento de todos os agendamentos pelo sistema e comunicação aos usuários através de chamada telefônica ou por mensagem via aplicativo WhatsApp.</p>

Fonte: Elaboração própria (2019).

Figura 2. Mapeamento do Fluxo de Valor da Situação Futura – UBS Junco.



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

No mapa futuro, após a implementação de melhorias e reorganização do processo de trabalho da UBS, as consultas programadas serão agendadas por blocos de horas, o que reduz o número de pessoas no primeiro horário de funcionamento da unidade, oportunizando maior disponibilidade para a demanda aguda do dia.

As agentes administrativas terão suas atribuições divididas de forma que favoreça os fluxos e diminua o tempo de espera. Assim, ao chegar à recepção, o usuário dirige-se à agente administrativa de referência, conforme o tipo de atendimento: espontâneo ou programado. Contudo, para o atendimento programado, só será necessário chegar 15 minutos antes do seu horário agendado, que poderá levar a um tempo de espera entre cinco e quinze minutos. Logo após, será encaminhado para o consultório do profissional programado ou para a enfermeira da triagem de seu território adscrito.

As agendas serão flexíveis e terão alternância de horários entre demandas agudas e de cuidado continuado ou administrativas.

O sistema de regulação municipal deverá ser reformulado de forma que as solicitações profissionais sejam inseridas nos próprios consultórios onde o usuário está sendo assistido. Dessa forma, evita-se que o usuário realize novo fluxo até o setor de marcação, em que a marcadora iria inserir sua solicitação no sistema, eliminando tempo de espera de 15 minutos acrescidos de tempo de atendimento de cinco a sete minutos.

No próprio consultório, ao identificar-se necessidade de consulta ou exame complementar, o profissional insere o pedido no sistema para a regulação pelos auditores e o usuário é liberado para casa para aguardar a marcação.

Após qualificação das filas e sensibilização dos profissionais para o preenchimento correto e completo das fichas,

evitando o retrabalho, o tempo da regulação dos auditores pode reduzir de 15 para sete dias. Com isso, devem-se eliminar as pendências.

A assistente de regulação, em nova função (anteriormente chamada de marcadora), checa o sistema e identifica se foi autorizado ou negado. Se autorizado, a mesma irá gerar o boleto e comunicar ao usuário, preferencialmente por teleatendimento, através de chamada telefônica ou por mensagem de texto pelo aplicativo WhatsApp, o que deverá levar um tempo de dez minutos. Se negado, a mesma irá comunicar imediatamente à gerente da unidade para que seja agendada a consulta de reavaliação do usuário dentro de até 24 horas.

Com a implementação das melhorias, projetou-se a redução do tempo de espera na unidade de 80 min (1h 20 min) para 40 min, no menor tempo, e 214 minutos (3h 50 minutos) para 87 minutos (1h 27 minutos), no maior tempo. O que representa uma redução percentual de 50% a 59,34%.

No que concerne ao *Lead time* completo, concluiu-se a redução de 3.035 min (2,10 dias) para 2.938 min (2,04 dias), no menor tempo, e de 29.051 min (20,17 dias) para 11.624 min (8,07 dias), no maior tempo, representando redução percentual de 3,19% a 59,98%.

Essa inferência vai ao encontro dos estudos de Damasceno, Faria e Sottoriva (2017), sobre o tempo de espera do usuário em uma unidade de saúde para a consulta de rotina, onde aplicaram a ferramenta *Lean* Mapeamento do Fluxo de Valor. Houve uma redução no tempo de ciclo total de 46 min, na situação atual, para 36 min, na situação futura, representando cerca de 22%. Quanto ao tempo de espera, poderá ser reduzido de 390 min para 50 min, caso os aperfeiçoamentos sejam implantados, representando 87%. Tal resultado agrega muito valor ao usuário, demonstrando ser um processo eficiente para identificar desperdícios e evidenciar pontos de melhoria.

Soares, Musetti e Gonçalves (2015) encontraram resultados similares a este estudo relativos aos atendimentos de pacientes eletivos que possuíam consultas pré-agendadas em um ambiente hospitalar. Identificaram que, através do Mapeamento do Fluxo de Valor, seria possível visualizar o tempo a ser executado em cada processo, o tempo que o paciente teria que esperar para ser atendido e a porcentagem de vezes em que a atividade seria executada de maneira completa e correta. Com essa percepção, conseguiram propor melhorias, tendo como potencial ganho a redução do tempo de espera do paciente no hospital em todas as etapas do processo.

Destarte, vale salientar que os ganhos do presente estudo serão obtidos sem nenhum aumento de custo ou de novas contratações. De acordo com o pensamento *Lean*, não há necessidade de grandes investimentos financeiros para a transformação dos processos. A ideia é fazer mais e melhor com menos.

Ademais, foram elencadas pelos participantes ainda outras duas ferramentas *Lean*: o 5S, para organizar o layout de trabalho e dar celeridade aos processos e a gestão visual, para compartilhamento das informações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método *Lean* aplicado com a equipe de Saúde da Família mostrou-se de grande potencialidade para a reflexão sobre os fluxos desenvolvidos na unidade, identificação dos movimentos, processos, esperas desnecessárias e, conseqüentemente, eliminação de desperdícios. Tais análises, realizadas pela própria equipe, oportunizam a sensibilização, comprometimento, possibilidades de aperfeiçoamento e fortalecimento da colaboração interprofissional no processo de produção do cuidado e da gestão do trabalho na ESF.

Foi possível analisar e compreender todos os processos que integram essa linha de cuidado e identificar que alguns problemas centrais contribuíam para o tempo prolongado de espera e para o fechamento do ciclo completo da marcação de consulta até a realização dos exames solicitados (*lead time*). São eles: 1) Elevado tempo de espera; 2) Atendimento por ordem de chegada; e 3) Insuficiência de carga horária médica.

As métricas do estudo para os cálculos dos tempos (processo, espera e *lead time*) foram estimadas a partir da vivência dos profissionais devido ao tempo de realização da pesquisa. Porém, sugere-se em novos estudos que essas métricas sejam acompanhadas e cronometradas para garantir maior fidedignidade dos dados.

Esta pesquisa evidenciou avanços na incorporação de práticas colaborativas no âmbito da atenção primária e na valorização da gestão de processos em saúde visando resultados eficientes para a melhoria da qualidade do cuidado.

Considerando os resultados obtidos, sugerem-se estudos complementares capazes de relacionar a incorporação de práticas colaborativas e do pensamento *Lean* à produção do cuidado e da gestão do trabalho, no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

BERTANI, T. M. **Lean Healthcare**: Recomendações para implantações dos conceitos de produção enxuta em ambientes hospitalares. 2012. 166 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo, São Carlos, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Lean nas emergências**: redução das superlotações hospitalares. Brasília: Ministério da

Saúde, 2018. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias>. Acesso em: 29 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Carteira de Serviços da atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps-versao-profissionais-saude-gestores-completa.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2019.

CARVALHO, L. G.; NASCIMENTO, L. B.; MORAIS, M. F. **Ciclo PDCA: influência no sistema de gestão de qualidade**. 2010. 80 f. Monografia (Graduação em Engenharia Civil) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010. Disponível em: https://www.eec.ufg.br/up/140/o/CICLO_PD_CAINFLU%C3%8ANCIA_NO_SISTEMA_DE_GEST%C3%83O_DA_QUALIDADE.pdf. Acesso em: 29 nov. 2019.

CASTELLO BRANCO, A. S. C. **Utilização dos conceitos Lean Healthcare na otimização da gestão de leitos de internações hospitalares**. 2017. 72 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Clínicas) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **Journal Interprofessional Care**, v. 19, Suppl 1, p. 8-20, 2005.

DAMASCENO, F. P. A.; FARIA, N. A.; SOTTORIVA, D. C. M. **Mapeamento do fluxo de valor em uma unidade básica de saúde**. In: XXXVII Encontro nacional de engenharia de produção, Santa Catarina, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/334282587_MAPEAMENTO_DO_FLUXO_DE_VALOR_EM_UMA_UNIDADE_BASICA_DE_SAUDE. Acesso em: 01 out. 2019.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. D. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em

uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface** (Butucatu), v. 22, p. 1717-27, 2018.

FERREIRA, D. C. *et al.* **Otimização em processos hospitalares: metodologia Lean Six Sigma**. Natal: SEDIS, 2018. 96 p.

GRABAN, M. **Hospitais LEAN: melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários**. 2. ed. Tradução: Raul Rübenich. Porto Alegre: Bookman, 2013.

HADFIELD, D. *et al.* **O Lean na área da Saúde**. Tradução: Geraldo Amaral Júnior. Rio de Janeiro: DOC Editora, 2016.

KHALILI, H; HALL, J; DELUCA, S. Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice. **Journal Interprofessional Care**, v. 28, n. 2, p. 92-7, 2014.

COSEMS-RJ. LÁPIS IMS. UERJ-RJ. IMS. **Manual do Gestor(A) Municipal do SUS: Diálogos no cotidiano**. 2. ed. revisada, ampliada. Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019, 424 p.

OHNO, T. **O Sistema Toyota de Produção: além da produção em larga escala**. Porto Alegre: Bookman, 1997.

SOARES, G. V. B.; MUSETTI, M. A.; GONÇALVES, M. X. V. F. **Aplicação do mapeamento do fluxo de valor para a identificação de oportunidades de melhorias em um ambiente hospitalar**. Anais [...]. Fortaleza, CE: [s.n.], 2015. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002834728>. Acesso em: 12 jan. 2019.

WORTH, J. *et al.* **Aperfeiçoando a Jornada do paciente**. Tradução BTS. São Paulo: Lean Institute Brasil, 2013.

ZATTAR, I. C.; SILVA, R. R. L.; BOSCHETTO, J. W. Aplicações das ferramentas Lean na área da saúde: revisão bibliográfica. **Journal of Lean Systems**, v. 2, n. 2, p. 68-86. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/993f/7636d70d7d1a1e5b58461b6d87805b386005.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2019.

CORRESPONSABILIZAÇÃO ENTRE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA E NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Aline Sampieri Tonello

Bruno Moreira Lima

Danyelle Carneiro de Souza Cavalcante

Erika Bárbara de Abreu Fonseca Thomaz

Núbia Cristina Silva Rocha

Rejane Christine de Sousa Queiroz

INTRODUÇÃO

Atualmente, a Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pelo primeiro contato que o cidadão tem com o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal ferramenta para reordenar o modelo de atenção à saúde no Brasil e substituir o modelo tradicional. A ESF representa uma estratégia para o fortalecimento da APS na busca de atender aos atributos de universalidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, ampliando o acesso e impactando os condicionantes/determinantes da saúde dos habitantes do território (MAFFISSONI *et al.*, 2019).

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foram criados pela portaria GM n.º 154 de 24 de janeiro de 2008, com o escopo de inserir um rol de serviços na ESF, ampliando sua abrangência e resolubilidade, como também garantindo a integralidade da assistência em saúde aos usuários do SUS (BRASIL, 2008).

Nessa vertente de fortalecimento da APS, o Ministério da Saúde (MS) criou, através da portaria n.º 1.654/2011, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), propondo avaliar e explicitar as diferentes realidades encontradas nas equipes de Atenção Básica (eAB), como também ampliar e melhorar a qualidade da assistência prestada pelas mesmas (LIMA *et al.*, 2019).

No período de 2013 a 2014, participaram do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) 17.157 equipes de Atenção Básica (eAB) distribuídas nas seguintes regiões com as respectivas quantidades: Norte (NO) (997); Nordeste (NE) (7.420); Sudeste (SE) (5.575); Sul (S) (2.070) e Centro-Oeste (CO) (1.095). Participaram também 1.813 equipes de NASF-AB, assim distribuídas: Norte (133); Nordeste (835); Sudeste (531); Sul (192) e Centro-Oeste (122) (BRASIL, 2015).

Campos (1999) propôs um novo arranjo organizacional para o trabalho compartilhado entre profissionais de saúde das equipes interdisciplinares, denominando-o de equipes de referência com apoio especializado matricial. Esse modelo alterou a lógica de referência e contrarreferência predominante nos serviços de saúde. Essa nova metodologia de trabalho fundamenta-se na corresponsabilização entre equipes pelo usuário, fazendo com que as equipes de referência não usem apenas a lógica de transferência de responsabilidades.

A corresponsabilização em saúde é considerada uma inovação na forma de trabalhar, visto que propicia que os profissionais envolvidos na assistência possam comparti-

lhar, aprender, decidir e ter maior responsabilidade sobre o processo de trabalho e os resultados da gestão compartilhada (PENEDO; GONÇALO; QUELUZ, 2019).

O trabalho do NASF-AB fundamenta-se na metodologia do matriciamento, diferentemente do modelo tradicional de prestação de cuidados, que prioriza a assistência curativa, especializada, fragmentada e individual. Tem como proposta de trabalho inovar em direção à corresponsabilização, fazendo com que os profissionais da APS reflitam sobre as práticas na comunidade e realizem a gestão integrada do cuidado por meio de atendimento compartilhado e interdisciplinar (BISPO JÚNIOR; MORERIRA, 2018).

Em linhas gerais, matriciar significa compartilhar, apoiar, corresponsabilizar-se por determinada demanda de saúde apresentada por uma pessoa, uma família ou uma comunidade (BARROS *et al.*, 2015).

As ações de matriciamento na APS podem ser realizadas durante a discussão de casos, nas ações de educação permanente, no planejamento do NASF-AB, no monitoramento e avaliação do trabalho do NASF-AB, na visita domiciliar e na consulta compartilhada (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; BRASIL, 2014; BRASIL, 2017; OLIVEIRA; CAMPOS, 2015; DANTAS; PASSOS, 2018).

Há poucas evidências sobre o processo de trabalho compartilhado entre as equipes do NASF-AB e as eAB. Araújo e Galimberti (2013), ao buscarem compreender como ocorre a colaboração entre os profissionais da APS, observaram que as ações compartilhadas são marcadas por conflitos. Machado e Camatta (2013) verificaram que nem sempre as atividades de matriciamento são realizadas conforme o preconizado pelas portarias ministeriais.

As práticas de atenção à saúde que utilizam o matriciamento como ferramenta potencializadora do trabalho interprofissional demonstram uma distância considerável

entre o que é preconizado por normas ministeriais e o que é efetivamente realizado. A forma na qual as atividades devem ser desenvolvidas está presente, na maioria das vezes, somente no ideário dos profissionais (MAFFISSONI *et al.*, 2019).

Segundo Castro e Campos (2016), predominam estudos qualitativos sobre matriciamento, e sua aplicação metodológica, na maioria dos estudos, está relacionada à rede de saúde mental e sua articulação com a APS, existindo uma frequência menor de artigos que investigam as atividades de matriciamento realizadas pelo NASF-AB.

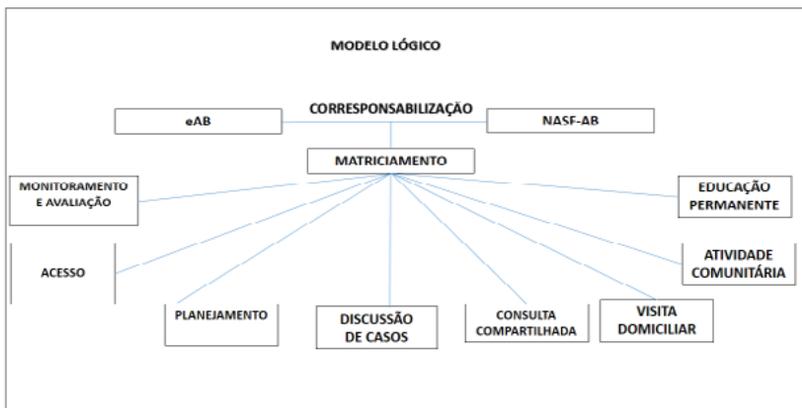
Diante dos desafios e das expectativas relacionadas à corresponsabilização intermediada pelo matriciamento entre NASF-AB e as eAB, torna-se importante a realização de uma avaliação de âmbito nacional que evidencie as potencialidades e limitações desse processo de corresponsabilização na APS. Nesse sentido, o objetivo do estudo foi avaliar o processo de trabalho do NASF-AB com ênfase na corresponsabilização do cuidado com as eAB.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo avaliativo com 1.813 equipes de NASF-AB e 17.157 eAB que receberam apoio do NASF-AB, situadas em 5.077 municípios e que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ-AB.

Criou-se um modelo lógico (Figura 1) para nortear o presente estudo, com base nos documentos oficiais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009; BRASIL, 2012; BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

Figura 1. Modelo lógico de corresponsabilização entre eAB e NASF-AB.



Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Foram avaliadas oito ações de matriciamento compartilhadas entre as equipes de NASF-AB e as eAB, conforme modelo teórico (Figura 1). Para cada ação foram atribuídos 10 pontos, distribuídos de acordo com o número de indicadores de cada uma. A pontuação máxima para as equipes que executaram todas as ações de matriciamento foi de 80 pontos, contabilizados da seguinte forma: 1) **ações de monitoramento e avaliação** possuíam 4 indicadores para as equipes de NASF-AB, cada um valendo 2,5 pontos; e, para as eAB, possuía 1 indicador valendo 10 pontos; 2) **ações que facilitavam o acesso** das eAB ao apoio do NASF-AB, com 4 indicadores, cada um valendo 2,5 pontos, e essas mesmas ações executadas pelas eAB possuíam 5 indicadores, cada um valendo 2 pontos; 3) **ações de planejamento** possuem 2 indicadores, cada um valendo 5 pontos, para as equipes de eAB e as equipes de NASF-AB; 4) **discussão de casos**, com 1 indicador valendo 10 pontos para as equipes de eAB e as equipes de NASF-AB; 5) **consulta compartilhada**, com 1 indicador valendo 10 pontos para as equipes de eAB e as equipes de NASF-AB; 6) **visita domiciliar**, com 1 indica-

dor valendo 10 pontos para as equipes de eAB e as equipes de NASF-AB; 7) **atividade comunitária**, com 1 indicador valendo 10 pontos para as equipes de eAB e as equipes de NASF-AB; e 8) **educação permanente**, com 1 indicador valendo 10 pontos para as equipes de eAB e as equipes de NASF-AB.

As regiões e unidades da federação que atingiram a pontuação máxima em seis ou mais ações de matriciamento, representando uma proporção de adequação geral igual ou maior que 75%, foram consideradas adequadas no processo de corresponsabilização.

Os indicadores do estudo foram construídos a partir de variáveis selecionadas do banco de dados do ciclo II do PMAQ-AB referentes à adequação da composição das equipes às necessidades do território; ao acesso das equipes ao NASF-AB; à articulação das ações de apoio técnico-pedagógico e clínico assistencial; ao planejamento das ações do NASF-AB; à organização da agenda; à organização do apoio matricial às eAB; à gestão da demanda e da atenção compartilhada; e ao registro de atividades.

Utilizou-se o pacote STATA (*Statacorp* LLC) versão 14.0 para calcular a proporção adequada de eAB e NASF-AB no processo de corresponsabilização, de acordo com a macrorregião geográfica (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, em 10 de maio de 2012 (Ofício n.º 38/12).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

As ações avaliadas neste estudo constituem os pilares do processo de corresponsabilização na APS. Diante dos resultados obtidos, verificou-se que as equipes do NASF-AB

e as eAB não estão realizando atividades interprofissionais preconizadas pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

Nenhuma região foi considerada adequada para o processo de corresponsabilização das eAB apoiadas pelo NASF-AB ($\geq 75\%$ dos indicadores de cada ação). A região Sudeste obteve os melhores resultados para as ações de matriciamento, atingindo índice de adequação geral de 59,91%; a região Norte, por sua vez, teve o pior desempenho, com índice de adequação geral de 35,01% (Tabela 1). Na avaliação das eAB apoiadas pelo NASF-AB, nenhuma região atingiu o índice de adequação geral para as ações de matriciamento no planejamento, acesso, consulta compartilhada, educação permanente, atividade comunitária e monitoramento e avaliação. Apenas a região Sudeste atingiu o índice de adequação para a discussão de casos (83,39%); no entanto, todas as regiões tiveram um bom desempenho para a ação de visita domiciliar (Tabela 1).

Tabela 1. Proporção de equipes da Atenção Básica apoiadas pelo NASF-AB com adequação ao processo de corresponsabilização, Brasil, 2014.

Ações de Matriciamento	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Planejamento	60.45	45.34	61.36	63.21	60.43	53.97
Acesso	22.05	16.85	24.15	21.88	17.87	21.28
Consulta compartilhada	63.07	52.85	58.44	73.56	58.41	59.18
Educação permanente	68.92	54.36	68.07	73.67	67.87	65.66
Discussão de casos	69.17	50.45	60.88	83.39	73.14	62.47
Atividade comunitária	67.40	57.87	68.37	71.34	63.72	56.35



Visita domiciliar	86.85	80.24	84.15	92.81	89.42	75.89
Monitoramento/ avaliação	59.81	42.83	56.81	68.99	58.16	51.96
Índice de Adequação Geral	51.30	35.01	48.94	59.91	48.84	43.01

Legenda: índice de adequação geral $\geq 75\%$, considera-se o processo de corresponsabilização adequado.

Fonte: PMAQ (2014).

Nota-se que o planejamento entre eAB e NASF-AB ainda permanece pouco integrado e sem colaboração efetiva entre os profissionais, situação agravada pelas metas de produção das referidas equipes (MATUDA *et al.*, 2015). Apesar de as diretrizes que norteiam o matriciamento preconizarem o trabalho compartilhado, os dados refletem um déficit no planejamento integrado das equipes (SILVA *et al.*, 2017).

O resultado foi similar para o processo de corresponsabilização das equipes de NASF-AB entrevistadas, sendo que nenhuma região conseguiu atingir o índice de adequação geral. A região Sudeste obteve os melhores resultados para as ações de matriciamento, atingindo um índice de adequação geral de 74,20%. A região Norte teve o pior desempenho, com índice de adequação geral de 51,13% (Tabela 2).

Tabela 2. Proporção de equipes do NASF-AB com adequação ao processo de corresponsabilização, Brasil, 2014.

Ações de Matriciamento	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Planejamento	72.81	57.8	73.53	77.40	69.27	69.67
Acesso	40.98	33.83	39.28	46.89	41.15	34.43
Consulta compartilhada	81.74	71.43	83.71	83.80	79.69	73.77
Educação permanente	76.12	63.91	75.81	79.47	77.08	75.41
Discussão de casos	70.16	57.89	64.07	83.43	69.79	68.03
Atividade comunitária	84.61	72.18	85.99	87.01	82.81	81.15
Visita domiciliar	90.79	82.71	91.98	91.34	92.19	86.89
Monitoramento/avaliação	19.80	10.53	16.77	28.44	18.23	15.57
Índice de Adequação Geral	68.06	51.13	67.66	74.20	67.71	63.11

Legenda: índice de adequação geral $\geq 75\%$, considera-se o processo de corresponsabilização adequado.

Fonte: PMAQ, 2014.

Apenas a região Sudeste conseguiu atingir o índice de adequação geral para as ações de planejamento (77,40%) e discussão de casos (83,43%) realizadas pelas equipes de NASF-AB. Nas ações de matriciamento da consulta compartilhada, apenas as regiões Norte (71,43%) e Centro-Oeste (73,77%) não alcançaram o índice de adequação. Com exceção da região Norte, as demais regiões alcançaram os índices para as ações de educação permanente e atividade comunitária. Todas as regiões tiveram um bom desempenho para a ação de visita domiciliar.

Nenhuma região atingiu o índice de adequação geral para as ações de acesso, sendo que essa ação foi a de menor

desempenho das eAB. A região Norte apresentou o pior desempenho para ambas as equipes avaliadas, a região Nordeste apresentou o melhor desempenho (24,15%) para as eAB e a região Sudeste teve o melhor desempenho (46,89%) para as equipes de NASF-AB.

Nenhuma região atingiu o índice de adequação geral para as ações de monitoramento e avaliação, sendo que essa ação foi a de pior desempenho para as equipes de NASF-AB. A região Norte apresentou o pior desempenho para ambas as equipes avaliadas, e a região Sudeste apresentou o melhor desempenho (68,99%) para as eAB e para as equipes de NASF-AB (28,44%).

Podemos constatar que a proposta do NASF-AB necessita de uma readequação, evitando a desarticulação e fragmentação entre a equipe matricial e as equipes de referência, de modo a fortalecer a reorientação de práticas (SOUZA; MEDINA, 2018). O planejamento das ações em saúde possibilita traçar estratégias para solucionar situações problemáticas, constituindo-se uma etapa fundamental para a formulação e implementação de políticas de saúde (FURTADO; ODA; ONOCKO-CAMPOS, 2018). O distanciamento das equipes de saúde da discussão sobre o processo de trabalho dificulta o entendimento sobre as políticas e programas de saúde implantados, não contribuindo para a corresponsabilização dos resultados esperados (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018). O planejamento conjunto, em espaços coletivos, permite a análise e a tomada de decisão coletiva, fortalecendo a cogestão entre as equipes interdisciplinares e organizando o trabalho compartilhado e colaborativo (PANIZZI *et al.*, 2017).

Outro dado que merece atenção é que nenhuma região atingiu o índice de adequação geral nas ações de matriciamento realizadas no acesso das eAB ao NASF-AB, em ambas as equipes avaliadas. Alguns indicadores do matriciamento no acesso apresentaram baixos percentuais na avaliação,

contribuindo para que nenhuma região alcançasse o índice de adequação, entre eles: carga horária disponível dos profissionais do NASF-AB para as eAB, pactuação de critérios de acesso, fluxos e atribuições dos profissionais entre as equipes interdisciplinares, solicitações de apoio atendidas em tempo adequado e o desenvolvimento de ações não programadas em situações imprevistas. Os fluxos de acesso das eAB ao NASF-AB são, em sua maioria, construídos de forma aleatória, subjetiva e discutidos de forma incipiente entre as equipes interdisciplinares, evidenciando um trabalho desarticulado entre as mesmas. As equipes relatam a necessidade de reuniões constantes para a construção e pactuação de critérios e fluxos mais objetivos e sistemáticos (NASCIMENTO; CORDEIRO, 2017). Existe um distanciamento entre NASF-AB e eAB, principalmente quando os profissionais de ambas as equipes preferem atuar nos seus núcleos de saberes específicos, favorecendo a hierarquização, o especialismo e a fragmentação do cuidado (CASTRO; NIGRO; CAMPOS, 2018).

O NASF-AB não é considerado porta de entrada do sistema de saúde, devendo atuar de forma integrada, pactuada e compartilhada com as eAB (GONÇALVES *et al.*, 2015). Entretanto, apesar de o NASF-AB não ser considerado um serviço de porta de entrada, isso não significa a realização de um trabalho integrado e condizente com a proposta da APS, e, sim, uma tentativa de evitar que o NASF-AB se torne um ambulatório de especialidades para a imensa demanda de atendimento individual (BELOTTI; IGLESIAS; AVELLAR, 2019).

Houve grande divergência no resultado da ação de matriciamento denominada de **consulta compartilhada** entre as equipes avaliadas. Na entrevista voltada aos profissionais do NASF-AB, o resultado foi melhor com o alcance do índice de adequação por três regiões (NE, SE e S). No entanto, na entrevista direcionada às eAB, nenhuma região atingiu o índice de adequação para a referida ação. O pró-

prio processo de formação específica dos profissionais das eAB e do NASF-AB nem sempre dá ênfase à importância do trabalho interdisciplinar colaborativo ou suporte a essas práticas compartilhadas entre equipes (BROCARD *et al.*, 2018).

Os profissionais das eAB ainda priorizam o atendimento individual e um projeto terapêutico protocolar. No entanto, as portarias ministeriais preconizam que o trabalho entre NASF-AB e eAB seja compartilhado e interdisciplinar (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017). A proposta de trabalho compartilhado do NASF-AB tem encontrado resistência de algumas eAB, isso reflete a dificuldade e o distanciamento das mesmas na realização do trabalho interdisciplinar exigido pelo matriciamento. Isso reforça que as eAB estão habituadas a práticas assistenciais, curativas e individuais (ACIOLE; OLIVEIRA, 2017).

Os resultados dos indicadores de matriciamento para as atividades de **educação permanente** também foram divergentes entre as equipes avaliadas. Na avaliação das eAB, nenhuma região atingiu o índice de adequação geral, enquanto nas equipes de NASF-AB quatro regiões (NE, SE, S e CO) atingiram o referido índice. Os profissionais do NASF-AB e das eAB relatam que as atividades de educação permanente desenvolvidas são escassas, sendo desenvolvidas de maneira verticalizada e tradicional, por meio de capacitações e treinamentos que não refletem a real necessidade do serviço. Além disso, os profissionais do NASF-AB não se sentem preparados para atuar na dimensão pedagógica (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017).

A educação permanente permite problematizar o processo de trabalho, possibilitando a integração de todos os profissionais envolvidos, permitindo a troca de “saberes” entre os mesmos, facilitando, assim, o alcance de objetivos e metas pelas equipes interdisciplinares de forma mais crítica, ativa e eficiente (SAMPAIO; PINHO; MIRANDA, 2014).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia que permite que os profissionais de saúde reflitam sobre a sua prática de atuação e observem se suas intervenções estão realmente direcionadas ao cuidado integral e às necessidades da comunidade (LEITE; ROCHA, 2017). É fundamental que a gestão, de modo geral, fortaleça e estimule a criação de espaços de educação permanente e que esses possam se configurar como ambientes de formação dos profissionais do NASF-AB, principalmente no tocante à dimensão técnico-pedagógica, pouco presente nas formações acadêmicas (MELO *et al.*, 2018).

Em relação à ação de matriciamento conhecida como **discussão de casos**, os resultados foram similares para as equipes de NASF-AB e para as eAB avaliadas. Apenas a região Sudeste alcançou o índice de adequação geral para ambas as equipes. A discussão de casos nem sempre é realizada no processo de trabalho das equipes avaliadas, pois um número expressivo de eAB não utiliza do compartilhamento do cuidado, mas sim da transferência do mesmo para o NASF-AB como forma de diminuir a pressão assistencial através da oferta de atendimentos especializados (SILVA *et al.*, 2017).

A discussão de casos é um dos pilares do matriciamento realizado pelo NASF-AB, deve ser realizada através de uma abordagem interdisciplinar e compartilhada entre os profissionais envolvidos no processo de trabalho, usando ferramentas como a formulação de projetos terapêuticos (HIRDES, 2018). A discussão de casos entre as equipes interdisciplinares da APS é uma importante ferramenta para melhorar o diálogo e potencializar a coordenação da informação (SOUSA *et al.*, 2017).

Nas ações de **atividade comunitária**, nenhuma região atingiu o índice de adequação geral para as eAB avaliadas; enquanto que, para as equipes de NASF-AB avaliadas, quatro regiões (NE, SE, S e CO) atingiram o referido índice.

É fundamental que as equipes de NASF-AB conheçam as especificidades locais da sua área de abrangência e promovam ações de acordo com as necessidades do território sob responsabilidade das suas equipes de referência (SEUS *et al.*, 2019).

Quanto maior o número de territórios vinculados a uma equipe de NASF-AB, maior será a fragilidade do vínculo dessa equipe com as equipes de eAB e, principalmente, com a comunidade, devido à menor disponibilidade dos profissionais para um mesmo território (ARAUJO NETO *et al.*, 2019). O trabalho compartilhado do NASF-AB, junto às eAB, nas atividades comunitárias, propicia interação e trocas de informações superiores às estratégias formais de integração entre equipes (SOUSA *et al.*, 2017).

Todas as regiões atingiram o índice de adequação geral para as ações de matriciamento na **visita domiciliar** para ambas as equipes avaliadas. A visita domiciliar é uma ferramenta importante para garantir o acesso aos serviços de saúde, permitindo conhecer a realidade do indivíduo e o meio em que vive; além disso, atende aos princípios da equidade e universalidade do cuidado (PINHEIRO *et al.*, 2019). A visita domiciliar permite a aproximação entre os profissionais de saúde e as famílias, é um instrumento que identifica as necessidades de saúde da comunidade, diminuindo as iniquidades do acesso aos serviços de saúde (FRANCESCA; CORDEIRO, 2017). Entre os objetivos de uma visita domiciliar, podemos destacar: o fortalecimento de vínculos, obter informações, realizar atendimentos e conhecer a interação da família com a comunidade (XIMENES *et al.*, 2017).

Nenhuma região atingiu o índice de adequação geral para os indicadores de matriciamento nas ações de **monitoramento e avaliação** realizadas em ambas as equipes avaliadas. As ações de monitoramento e avaliação apresentaram os piores índices para as equipes do NASF-AB

avaliadas. Entre essas ações, podemos destacar: percentual de NASF-AB que monitora as solicitações de apoio com documentação que comprove que monitora o Projeto Terapêutico Singular (PTS); e com documentação que comprove que realiza monitoramento e avaliação com as eAB apoiadas. Existe fragilidade no monitoramento do Plano Terapêutico Singular da atenção compartilhada e dos indicadores em saúde. É imprescindível que as regiões com resultados insuficientes nos aspectos avaliados tenham um suporte diferenciado por parte do Ministério da Saúde para o fortalecimento das ações de matriciamento (BROCARDO *et al.*, 2018).

A fragilidade nas ações de monitoramento e avaliação evidencia a falta de sistematização do processo de trabalho das equipes de saúde e reforça a importância do planejamento estratégico para potencializar a resolubilidade da assistência prestada à população assistida (SILVA *et al.*, 2019). É fundamental a institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação nos serviços de saúde, para subsidiar o planejamento do processo de trabalho das equipes e proporcionar intervenções de acordo com as prioridades do território (SANTOS *et al.*, 2016). A avaliação propicia uma reflexão para a gestão e equipes de saúde sobre a eficiência de iniciativas que buscam amenizar o sofrimento e atender às diversas formas de demandas e necessidades das populações (FURTADO; ODA; ONOCKO-CAMPOS, 2018).

Os dados deste estudo nos permitem refletir sobre como ocorre a corresponsabilização na APS, bem como apontam possíveis fragilidades no matriciamento ofertado. O estudo demonstrou que, de modo geral, a corresponsabilização entre NASF-AB e eAB, através das ações de matriciamento, não está adequada em nenhuma das regiões do país, evidenciando que os trabalhadores precisam ainda internalizar as peculiaridades do processo de trabalho entre a equipe matricial e os profissionais da equipe de referência.



Apesar de alguns resultados positivos, ainda permanecem insuficiências que comprometem a resolubilidade da assistência prestada na APS. São necessários investimentos na capacitação continuada das eAB e equipes de NASF-AB para aumentar a integração entre as mesmas, utilizando-se do arcabouço do matriciamento e fortalecimento da responsabilização no cuidado. Parece haver dificuldades em buscar apoio ou ter suas solicitações atendidas pelas equipes de NASF-AB.

CONSIDERAÇÕES

A maioria das equipes do NASF-AB do Brasil não trabalha de forma compartilhada e baseada no matriciamento com as eAB, enfraquecendo a corresponsabilização do cuidado. A região Norte apresentou os piores percentuais para todos os indicadores, enquanto a região Sudeste teve os melhores resultados para a maioria dos indicadores. Espera-se que este estudo possa estimular os gestores e profissionais da APS a buscarem estratégias para fortalecer o trabalho compartilhado entre as equipes e, consequentemente, beneficiar toda a rede de saúde. As regiões que apresentaram menores indicadores merecem uma atenção diferenciada por parte do MS e dos respectivos governos estaduais e municipais.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G.; OLIVEIRA, D. K. S. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1090-101, 2017.

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. **Revista Psicologia Social**, n. 25, n. 2, p. 461-68, 2013.

ARAUJO NETO, J. D. *et al.* Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. **Physis**, v. 28, n. 4, p. 1-25, 2019.

BARROS, J. O. *et al.* Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2847-56, 2015.

BELOTTI, M.; IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Análise Documental sobre as Normativas do Trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, n. 1, p. 1-14, 2019.

BERTUSSO, F. R.; RIZZOTTO, M. L. F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 117, p. 408-19, 2018.

BISPO JUNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 2017.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. **Physis**, v. 28, n. 3, p. 1-20, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos da Atenção Básica, n.º 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho co-**

tidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos da Atenção Básica, n.º 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Diário Oficial da União**, 24 jan. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: Acesso em: 01 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Diário Oficial da União**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota Metodológica da Certificação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família 2013-2014**. 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_nasf.pdf. Acesso em: 01 mar. 2019.

BROCARDI, D. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 130-44, 2018.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.293-403, 1999.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações Interprofissionais entre Serviços Especializados e Atenção Primária à Saúde. **Physis**, v. 26, n. 2, p. 455-61, 2016.

CASTRO, C. P.; NIGRO, D. S.; CAMPOS, G. W. S. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e trabalho interprofissional: a experiência do município de Campinas (SP). **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1113-34, 2018.

DANTAS, N. F.; PASSOS, I. C. F. Apoio matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 201-20, 2018.

FRANCESCA, G. G.; CORDERO, K. S. Visita domiciliaria: um espacio para la adquisición y modificación de prácticas en salud. **Enfermería Actual de Costa Rica**, v. 18, n. 34, p. 2017.

FURTADO, J. P.; ODA, W. Y.; ONOCKO-CAMPOS, R. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, e00087917, 2018.

GONÇALVES, R. M. A. *et al.* Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015.

HIRDES, A. Apoio Matricial em saúde mental: a perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 118, p. 656-68, 2018.

LEITE, L. S.; ROCHA, K. B. Educação Permanente em Saúde: Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos

profissionais de saúde de Porto Alegre. **Estudos de Psicologia**, (Campinas), v. 22, n. 2, p. 203-13, 2017.

LIMA, R. S. A. *et al.* O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 25-32, 2019.

MACHADO, D. K. S.; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 224-32, 2013.

MAFFISSONI, A. L. *et al.* Função matriciadora dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 1012-23, 2019.

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. 2511-21, 2015.

MELO, E. A. *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p.328-40, 2018.

NASCIMENTO, A. G.; CORDEIRO, J. C. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: análise do processo de trabalho. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, e0019424, 2017.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial é institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 229-38, 2015.

PANIZZI, M. *et al.* Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 155-70, 2017.

PENEDO, R. M.; GONÇALO, C. S.; QUELUZ, D. P. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. **Interface** (Botucatu), v. 23, e170451, 2019.

PINHEIRO, J. V. *et al.* Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1818, 2019.

SAMPAIO, J. *et al.* Contribuições do Pet-Saúde, Eixo Educação Permanente (EP) para os Processos de Trabalho do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso em João Pessoa. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 69-76, 2014.

SANTOS, G. R. D. *et al.* Avaliação do monitoramento rápido de coberturas vacinais na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, 2012. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 1, p. 55-64, 2016.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 694-706, 2017.

SEUS, T. L. C. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil: inquérito nacional PMAQ 2013. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 2, p. 1-14, 2019.

SILVA, I. C. B. *et al.* Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família TT. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-102, 2017.

SILVA, I. C. B. *et al.* O processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, e0018009, 2019.



SOUSA, F. O. S. *et al.* O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1075-89, 2017.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. NASF: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde em Debate**, v. 42, n. 2, p. 145-58, 2018.

XIMENES, V. M. *et al.* Saúde Comunitária e Psicologia Comunitária e suas contribuições às metodologias participativas. **Psicologia em Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 4-13, 2017.

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM GRUPO ON-LINE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DE GESTANTES

Pedro Holanda de Souza Neto

Rosana Liberato Lopes

Patrícia Freire de Vasconcelos

Andressa Suelly Saturnino de Oliveira

Fernanda Pereira de Sousa

INTRODUÇÃO

A gestação é um momento único da vida de uma mulher, pois mudanças ocorrem em vários aspectos de sua vida, sejam elas corporais, hormonais ou sociais. A grande maioria das gestações ocorre sem complicações e o desfecho é favorável. Contudo, em determinadas situações ocorrem complicações que podem desencadear situações de saúde e que requerem acompanhamento por sua condição de risco (ARAÚJO *et al.*, 2019).

Nesse cenário, torna-se essencial o manejo adequado dessas situações, não só em sua resolução, mas também na prevenção da ocorrência. Isso pode ser realizado por meio de algumas estratégias, como os grupos de educação em saúde, os quais são potentes instrumentos terapêuticos,

em especial no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (BARBOSA *et al.*, 2020).

Na APS, é comum a existência de grupos de educação em saúde com gestantes cujo pré-natal esteja sendo acompanhado por profissionais da Unidade de Saúde da Família (USF). Entretanto, é cediço que o profissional frequentemente envolvido na proposição e na condução das atividades desses grupos é o enfermeiro da equipe de Saúde da Família (eSF).

Na tentativa de construir o cuidado na APS com abordagens interdisciplinares, profissionais de saúde e pesquisadores têm discutido sobre a importância de qualificar o cuidado pré-natal oferecido, incluindo, nessas e em outras ações, outros profissionais de saúde igualmente importantes para o cuidado às gestantes. A literatura aponta que a colaboração interprofissional é um recurso que pode ser mobilizado para elevar a efetividade dos sistemas de saúde e, como estratégia inovadora, pode desempenhar importante papel para enfrentar problemas do modelo de atenção e da força de trabalho em saúde (FAQUIM, 2016).

Entretanto, no atual cenário de pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, que impôs diversas mudanças no processo de fazer saúde, a realização de grupos esbarra na impossibilidade de reunir muitas pessoas em um mesmo local, algo comum em atividades grupais (PALACIO; TAKENAMI, 2020). Desse modo, novas alternativas tiveram de ser elencadas para que os cuidados oferecidos aos grupos não fossem prejudicados.

Algumas opções e recursos estão sendo utilizados no dia a dia dos profissionais de saúde, com o intuito de realizar atividades a distância de educação e promoção em saúde. Uma dessas ferramentas utilizadas é o WhatsApp®, aplicativo que permite troca de informações e discussões, sejam elas em formato de texto escrito, áudios, imagens, figuras, vídeos e até chamadas de vídeos com algumas pessoas

simultaneamente, o que favorece o processo de ensino-aprendizagem pela troca rápida de ideias e abertura para a possibilidade de diálogo entre seus usuários. A discussão entre pares (gestantes) e participação simultânea de vários profissionais reforça a possibilidade de uso desse recurso no cuidado coletivo.

Por ser um aplicativo de telefonia celular conhecido por grande parte dos usuários de *smartphones* e ser de fácil utilização, essa ferramenta pode ser escolhida e utilizada em grupos de educação em saúde, como os grupos de gestantes presentes nas USF. Mesmo antes das medidas restritivas decretadas pelo estado de pandemia de Covid-19, já existiam publicações de relatos de experiência de utilização desse recurso no contexto da saúde. O estudo de Paulino *et al.* (2018), realizado a partir de grupo implementado no WhatsApp®, aponta que a utilização dessa ferramenta permite exercitar habilidades, como respeito à expressão do outro, liderança apreciativa, feedback e gestão de conflitos, importantes para a ocorrência de qualquer discussão grupal. Porém, é preciso ter clareza sobre o tempo de duração da atividade, os momentos de fala de cada pessoa e as formas permitidas de comunicação nesse espaço de aprendizado.

Desse modo, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de utilização do aplicativo de *smartphone*, o WhatsApp®, em um grupo para a promoção da saúde com participação de gestantes e profissionais de saúde, em uma USF, em um município do Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir de atividades de promoção da saúde realizadas em um grupo de WhatsApp®, com gestantes que fazem acompa-

nhamento no pré-natal de baixo risco/risco habitual, em uma USF de Itapiúna, município do interior do Ceará. O município no qual está localizada a USF tem área territorial de 588.684 km² e população de 18.626 habitantes. Itapiúna compõe a 4^a Área Descentralizada de Saúde do Ceará (Baturité).

Discussões entre participantes do grupo têm ocorrido semanalmente, desde maio de 2020. O grupo foi proposto e é coordenado pelo enfermeiro da equipe de Saúde da Família da unidade e tem participação de sete profissionais de saúde que compõem a própria equipe e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): psicóloga, farmacêutico, profissional de educação física e nutricionista. Em média, participam de 25 a 30 pessoas, entre gestantes que são acompanhadas na USF e profissionais de saúde.

Embora o grupo funcione de modo on-line, as consultas de pré-natal têm sido realizadas normalmente na USF, conforme agendamento, ainda que o município esteja direcionando a quase totalidade dos atendimentos à demanda espontânea para síndrome gripal (casos suspeitos de Covid-19). A unidade possui os seguintes trabalhadores atuando: médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde e recepcionista. A equipe da USF é responsável por 1.170 famílias e tem 29 gestantes em acompanhamento, atualmente. Destas, 22 participam do grupo.

RELATO DE EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

Embora a condução do acompanhamento pré-natal seja descrita em protocolos do Ministério de Saúde com etapas de levantamento e análise de dados clínicos da gestante e do conceito, verifica-se, nos últimos anos, tentativa de

transcender o contato gestante-profissional para além da solicitação de exames, vacinas, anamnese, exame físico e orientações gerais. A própria Caderneta da Gestante, em sua versão atual (BRASIL, 2018), que é um dos documentos que guia a consulta e o cuidado longitudinal à gestante, enfatiza informações sobre direitos antes e depois do parto, dúvidas sobre parto e puerpério, além de incentivo para expressar sentimentos e sensações, decorrentes do momento experienciado.

Partindo dessa ideia, o grupo tem sido conduzido pelos profissionais da equipe de Saúde da Família e do NASF-AB a partir do referencial teórico da promoção da saúde (ROOTMAN *et al.*, 2001; SILVA; BODSTEIN, 2016). O conceito de promoção da saúde envolve capacitação da comunidade (que se trata de um processo) para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo (CARTA DE OTTAWA, 1986). Assim, acredita-se que o grupo possibilita, ao participante, tornar-se elemento ativo no processo de cuidado, pois as atividades são planejadas para estimular sua expressão, a troca de ideias com outros participantes e com os profissionais de saúde. Durante o período de pandemia de Covid-19, o meio on-line permite que tais momentos coletivos sejam preservados, pois são importantes para capacitar as gestantes para o autocuidado e do bebê.

A atuação interprofissional no grupo on-line possibilita retirar o foco de fatores e características biológicas, os quais são tão enfatizados durante as consultas individuais de pré-natal. Trata-se de um momento virtual em que a saúde é abordada como produto da vida cotidiana, que também abrange aspectos socioculturais ligados às condições de vida. Embora seja inevitável, nesses momentos on-line, incluir discussões sobre aspectos clínicos da gestação e sejam esperadas dúvidas relacionadas a isso, o grupo também é cenário favorável à construção de conhecimentos e práticas

favoráveis à qualidade de vida, o que envolve, também, a cultura e o viver em comunidade/ sociedade.

A partir desse referencial teórico, o grupo tem sido conduzido da seguinte maneira: o enfermeiro que coordena o grupo on-line convida cada gestante para participar. Após manifestação de interesse, a mulher é adicionada ao grupo, para que possa participar e ter contato com os demais membros e com o material que serve de mote para as discussões semanais. Há um contrato de funcionamento do grupo: o tema do próximo encontro é sugerido pelas gestantes ao final do anterior; uma vez por semana, o coordenador do grupo ativa a opção “enviar mensagens” nas configurações do grupo no aplicativo; no dia do encontro on-line são postados no grupo vídeos e outros materiais educativos sobre a temática do encontro semanal; as gestantes e os profissionais são orientados a escrever o que desejarem sobre o tema do encontro do dia, como dúvidas e comentários que possam ajudar as demais na compreensão do que está sendo abordado; realiza-se, em seguida, uma avaliação, para que as gestantes expressem opinião sobre como foi conduzido o grupo naquele momento; ao final do dia, a opção enviar mensagens é desabilitada para gestantes, para que não haja acúmulo de mensagens e para que o grupo não perca o foco das discussões sobre as temáticas., para que não haja acúmulo de mensagens e para que o grupo não perca o foco das discussões sobre as temáticas.

Além das discussões temáticas semanais, diariamente, são postadas imagens e mensagens de áudio com informações relacionadas ao período da gestação. Para os casos de novas gestantes que entram no grupo, pelo WhatsApp® impossibilitar a visualização de mensagens anteriores ao ingresso, pactuou-se que seria oferecida a ela a possibilidade de receber os materiais educativos anteriores em bate-papo privado, desde que ela manifeste interesse. Desse modo, o funcionamento do grupo permite manter o vínculo entre as participantes, colaborando para a troca de experiências do

período da gestação, bem como fortalecer o vínculo entre as usuárias e o serviço de saúde.

Percebeu-se que a postagem de vídeos nos encontros semanais motivava melhor a interatividade do grupo. Assim, a preferência é a utilização dessa estratégia para iniciar a discussão. Os vídeos, de acordo com a temática escolhida pelas participantes, têm temas relacionados ao pré-natal, parto e puerpério, de modo a contemplar todas as fases que envolvem a gestação, as quais geram bastante dúvidas. Desse modo, os temas são sempre discutidos e, semanalmente, há conteúdo novo.

A colaboração interprofissional pode ser exemplificada não só pela presença multiprofissional no grupo, mas também pela possibilidade de discutir, semanalmente, com trabalhadores de diferentes saberes que são igualmente importantes para o cuidado à gestante, o que nem sempre era possível quando o grupo era presencial. Além disso, de acordo com o tema escolhido pelas gestantes, embora todos esses profissionais participem das discussões, os assuntos são abordados com maior propriedade quando se tratam de área de saber de determinada profissão. Como exemplos de temáticas escolhidas pelas gestantes e que envolveram essa colaboração interprofissional, listam-se:

1. Por que é necessária a suplementação de ferro e ácido fólico? (esse tema foi conduzido pelo enfermeiro);
2. Quais exercícios podem ser realizados pela gestante em casa durante a pandemia? (esse tema foi conduzido pelo profissional de educação física);
3. Quais alimentos devem ser preferidos pelas gestantes e quais são os que causam menos enjojo? (esse tema foi conduzido pela nutricionista).

A estratégia educativa adotada nos grupos contribui para a discussão e aprendizado, possibilitando às gestantes expressarem suas dúvidas, pois todas estão vivenciando o mesmo momento, embora nem sempre nas mesmas condições. Acredita-se que alguns temas discutidos nos grupos beneficiem principalmente primigestas (ALVES *et al.*, 2019), entretanto, percebe-se que, pelas restrições impostas pela pandemia de Covid-19, outros beneficiem todas as gestantes participantes, como foi o caso do momento on-line que tinha como tema exercícios que podem ser realizados em casa. Ficou claro que algumas gestantes costumavam frequentar academias de ginástica quando estavam abertas ao público, ou mesmo as que não frequentavam, foram incentivadas à realização de exercícios durante a gestação, como prática de autocuidado.

Durante o acompanhamento realizado nas consultas de pré-natal de baixo risco/risco habitual na USF, elas mencionaram o grupo e pôde-se perceber o impacto positivo das atividades e discussões realizadas. As gestantes têm demonstrado maior compreensão de questões sensíveis relacionadas ao período da gestação, tais como intercorrências, sinais e sintomas de parto, por exemplo. Esse fato amplia a visão da importância da utilização de meios digitais, tais como os aplicativos de troca de mensagens instantâneas, nos serviços de saúde, sendo ferramenta que pode ser utilizada em atividades de promoção à saúde, entre outras que, porventura, necessitem do uso da comunicação como meio principal (PAULINO *et al.*, 2018).

Além disso, as gestantes utilizaram o grupo como forma de expressão entre pares, sendo esse um ambiente de escuta e fala, propiciando a construção do conhecimento de forma dialética. O fato de poderem se expressar, ajudando-se mutuamente, tem provocado nelas um sentimento de pertencimento àquele ambiente on-line no qual estão inseridas, havendo uma liberdade ao falar, possibilitando a construção de um conhecimento real, dentro do contexto

onde ele emerge, sendo esse conhecimento fruto de uma realidade, e voltado para ela, favorecendo mudança na vida daquelas que o construíram. Algo também perceptível foi a expressão das gestantes que ficam inibidas na participação presencial. O grupo on-line tem permitido que todas se expressem do modo que se sentem mais confortáveis para fazê-lo.

Os temas abordados pelos profissionais do NASF-AB também trouxeram algo novo para as gestantes, sendo esse resultado relatado por elas nas consultas de pré-natal, ou mesmo nas conversas dentro do grupo. Assuntos relacionados à saúde mental, utilização de medicamentos, realização de exercício físico, entre outros temas, são abordados, de modo a revelar e esclarecer dúvidas por parte das participantes. Fenômenos biopsicossociais, até então ofuscados durante as consultas, puderam ser evidenciados pelas gestantes, contribuindo para o esclarecimento de suas necessidades, tão amplas e diversas. Dessa forma, percebe-se, com essa experiência, que uma abordagem interprofissional pode ser fundamental na manutenção da boa saúde, assim como no manejo de intercorrências (BARBOSA *et al.*, 2020).

Outro ponto positivo que aqui pode ser citado foi o favorecimento da troca de experiência entre as gestantes, oportunizando a compreensão e reflexão de situações que até então eram pessoais e individuais, mas que, naquele momento, tornaram-se coletivas, já que muitas das situações vividas eram similares entre as participantes do grupo. Desse modo, percebe-se um entrelaçar e interagir de realidades, facilitando o processo de cuidar, sendo esse processo compartilhado, ao passo que aquelas que são foco do cuidado profissional exercem papel importante no autocuidado e no cuidado de seus pares.

Algumas outras constatações podem ser citadas aqui. Por exemplo, os materiais disponibilizados no grupo foram compartilhados pelas participantes com outros usuários do

serviço de saúde, em outras mídias sociais, disseminando as informações, contribuindo para a adoção de boas práticas de saúde, não só das gestantes residentes na área de abrangência da USF em questão, mas para outras gestantes e o público em geral. Dessa forma, além de construtoras do conhecimento, as participantes exerceram papel de disseminadoras de informações relevantes para a saúde.

Contudo, algumas fragilidades puderam ser observadas. Uma delas foi o fato de nem todas as gestantes em acompanhamento pré-natal na USF terem acesso a um *smartphone*, impedindo a participação de mais pessoas no grupo. Esse fato pode ser reflexo da realidade existente no bairro onde a USF está localizada, o qual é considerado de alta vulnerabilidade social, com elevado número de desempregados e, conseqüentemente, baixo poder aquisitivo. Essa realidade é refletida, ainda, nas numerosas gestações em adolescentes, de modo que elas e os corresponsáveis paternos abandonam a escola, piorando o contexto da situação, que, atrelada aos demais problemas, são comuns intercorrências e desfechos desfavoráveis, tanto para a mãe quanto para o bebê (FARIAS *et al.*, 2020).

Outra fragilidade encontrada diz respeito aos *smartphones* utilizados pelas gestantes que participam do grupo online. Algumas vezes, os aparelhos são comunitários: compartilhados com outros membros da família, em especial com crianças. Isso acarretou alguns problemas, como envio de mensagens destoantes ao grupo, já que algumas crianças tinham livre acesso aos telefones celulares e, conseqüentemente, ao grupo, enviando mensagens nos dias acordados para as discussões temáticas, o que, por vezes, tirava o foco das discussões. Porém, em virtude da realidade das gestantes e conhecimento dessa realidade por parte dos outros participantes, foram relevadas tais mensagens.

Por fim, todos os materiais disponibilizados às gestantes foram elaborados após buscas nas literaturas especializa-

das: artigos científicos, manuais do Ministério da Saúde, entre outros.

CONSIDERAÇÕES

A partir da experiência da utilização do WhatsApp® como ferramenta para a realização de grupos de promoção à saúde de gestantes, evidenciou-se que é uma ferramenta útil de apoio à promoção de boas práticas em saúde, principalmente no contexto da pandemia de Covid-19. O grupo mostrou-se um local de construção de conhecimento, troca de experiências e produtor de autonomia para as gestantes, para o enfrentamento das diversas questões referentes ao período gestacional. Ademais, por ser um meio de troca de informações de modo quase instantâneo, o WhatsApp® também pode ser utilizado para manter a atualização diária sobre um assunto de interesse de um conjunto de pessoas que necessitam de cuidados no período entre consultas, o que pode ajudar na manutenção do autocuidado.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. L. C. *et al.* Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, e20180023, 2019.

ARAÚJO, M. A. L. *et al.* Fatores associados aos desfechos desfavoráveis provocados pela Sífilis na gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 2, p. 421-29, 2019.

BARBOSA, R. V. A. *et al.* Pré-natal realizado por equipe multiprofissional da atenção primária à saúde. **Cadernos ESP Ceará**, v. 14, n. 1, p. 63-70, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2021.

CARTA DE OTTAWA. **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, Canadá, 1986. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 8 abr. 2021.

FAQUIM, J. P. S. **Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família e a produção do cuidado em saúde durante o pré-natal**. 2016. 167 f. Tese (Doutorado em Saúde) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

FARIAS, R. V. *et al.* Gravidez na adolescência e o desfecho da prematuridade: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 56, e3977, 2020.

PALÁCIO, M. A. V.; TAKENAMI, L. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 8, n. 2, p. 10-15, 2020.

PAULINO, D. B. *et al.* *WhatsApp* como Recurso para a Educação em Saúde: contextualizando teoria e prática em um novo cenário de ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, p. 171-80, 2018.

ROOTMAN, I. *et al.* A framework for health promotion. *In*: ROOTMAN, I. *et al.* **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Geneva: WHO, 2001. p. 7-38.

SILVA, C. S.; BODSTEIN, R. C. A. referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na escola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1777-88, 2016.

CONSTRUINDO CAMINHOS POSSÍVEIS PARA O CUIDADO INTERPROFISSIONAL E COLABORATIVO DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Emidio Matos

Camila da Costa Viana

Glenda Maria Santos Moreira

Lena Maria Martins Borges

Waleska Ferreira de Albuquerque

Francisca Tereza de Galiza

INTRODUÇÃO

As mudanças demográficas provocadas pelo acelerado processo de envelhecimento da população mundial representam, ao mesmo tempo, um desafio e uma oportunidade de transformação nos modelos de cuidado da pessoa idosa, levando em consideração a complexidade do envelhecer. Além dos avanços tecnológicos na área da saúde, reorganizar os processos de trabalhos das equipes, numa perspectiva colaborativa, tendo como fundamento os princípios da educação interprofissional (EIP) é, indubitavelmente, primordial para o cuidado centrado no indivíduo, considerando os aspectos familiares e comunitários, sobretudo na atenção primária à saúde (APS).

A EIP vem sendo discutida ao longo dos últimos 30 anos como forma de incentivar novas relações entre os profissionais de saúde, por meio da colaboração e, conseqüentemente, por melhorar a qualidade dos serviços, superando os obstáculos que dificultam o acesso de forma integral e com qualidade (COSTA; AZEVEDO; VILAR, 2019).

A EIP ocorre quando duas ou mais profissões aprendem com, para e sobre a outra, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados. O pesquisador Scott Reeves, do Centro de Inovação em Educação Interprofissional da Universidade da Califórnia, defende que a EIP ocorre quando os membros de mais de uma profissão da saúde e/ou assistência social aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional e/ou a saúde/bem-estar dos pacientes/clientes (COSTA; AZEVEDO; VILAR, 2019).

A tendência em formar profissionais da saúde uniprofissionalmente, em que o objetivo é desenvolver a profundidade do conhecimento disciplinar necessário para o recém-formado, com ênfase no desenvolvimento de competências específicas, conseguiu, ao longo da história, legitimar o que a literatura define como silos profissionais ou tribalismo das profissões. Esse modelo de formação sustenta práticas em saúde fortemente fragmentadas, com exposição do usuário a atos duplicados, o que leva ao retrabalho dos profissionais de saúde, aumentando os riscos de erros e do retardo em decisões diagnósticas e terapêuticas, repercutindo nos elevadíssimos e desiguais custos em saúde (FILHO *et al.*, 2019; DIGGELE *et al.*, 2020).

Assim, a EIP vem ganhando destaque por ser capaz de inverter a educação verticalizada, a fim de atender às necessidades de saúde, bem como aos princípios adotados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a promover o aprendizado compartilhado, o que oportuniza avanços para o processo de trabalho das equipes de saúde presentes

na realidade brasileira, ao considerar que a educação tradicional e as práticas uniprofissionais apresentam limitações devido ao distanciamento entre as práticas de ensino teórico e o cotidiano do trabalho nos serviços de saúde, sendo uma preocupação entre gestores, instituições educativas e profissionais que fazem parte da saúde pública e educação, o que dificulta o efetivo atendimento das necessidades de saúde e a operacionalização dos princípios adotados pelo SUS (FILHO *et al.*, 2019; SOUSA *et al.*, 2020).

Entre as políticas indutoras da reorientação da formação profissional, podemos destacar o Programa Vivência Estágio na realidade do SUS (VERSUS); as Residências Multiprofissionais; o Programa Mais Médicos (PMM); o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), todas caracterizadas como estratégias geradoras de mudanças no processo de formação e nas práticas em saúde, fomentadas a partir da educação pela experiência, de modo interprofissional, em cenários reais de práticas em saúde (VENDRUSCOLO *et al.*, 2020).

Nesse cenário, o PET-Saúde Interprofissionalidade constitui-se uma estratégia de indução de mudanças no processo de formação profissional, possibilitando a identificação de necessidades frequentes vivenciadas no serviço de saúde e a reflexão, por parte dos profissionais, a fim de originar propostas de intervenção colaborativa contínuas (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

Segundo os autores supracitados, um estudo realizado na Paraíba, a partir de relatos oriundos das experiências de educação permanente em saúde (EPS) desenvolvidas pelo grupo PET-Saúde Interprofissionalidade, apontou que, embora os profissionais anseiem por melhorias na assistência, é nítida a dificuldade de discutir o processo de trabalho e de executar mudanças na prática. Entretanto, o programa tem funcionado como potencializador para reflexões e en-

volvimento dos atores no processo de mudança, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS).

Entre os atributos da APS está a resolução dos problemas de saúde da população idosa, que no Brasil ultrapassa 30 milhões e atinge 14% da população total, ascendendo em pessoas de 80 anos de idade. Os direitos assegurados aos idosos, incluindo a saúde, não estão integralizados ao cotidiano dessa população. Estudos apontam a importância de os serviços de saúde fomentarem ações preventivas das condições crônicas, com cuidado interdisciplinar, priorizando o modelo socioambiental de atenção à saúde, considerando os idosos no seu contexto de vida e privilegiando cuidados primários em saúde (MINAYO, 2019).

A dificuldade no acesso às suas necessidades de saúde resulta em idas frequentes a hospitais e internações constantes, além da falta de planejamento no cuidado na APS. Abordagens personalizadas de cuidado, apoio, intervenções, bem como o controle de doenças crônicas normalmente requerem adoção de modelos de atenção que apoiem o trabalho interprofissional (VALAITIS, 2020).

Fragilidade da formação e necessidade de aperfeiçoamento baseado em Geriatria e Gerontologia

O modelo hegemônico de formação em saúde – médico e hospitalocêntrico – baseia-se primeiramente em intervenções nos sinais/sintomas do indivíduo e secundariza os aspectos psicológicos, sociais e ambientais como influentes no processo de saúde-doença dos indivíduos e das populações. Sendo assim, é nessa atual conjuntura de ensino dos profissionais de saúde que emerge a problematização pautada na formação descontextualizada, fragmentada e currículos desalinhados (os quais valorizam o aspecto indivi-

dual, centrado no médico, e de fragmentação do corpo do sujeito), ao considerar as mudanças que ocorrem distanciadas de uma visão coletiva, interprofissional e integral dos sujeitos (BEDIN; DEL PINO, 2020).

Evidencia-se, portanto, a necessidade de institucionalização da integração ensino-serviço-comunidade e da valorização de iniciativas que dinamizem e flexibilizem o ensino em atividades interprofissionais e interdisciplinares, assim como do compromisso das instituições envolvidas na modificação da formação em saúde e na transformação dos processos de atenção à saúde (MENDES *et al.*, 2019).

A este cenário, adiciona-se o fato de que o Brasil vem passando por um processo de envelhecimento populacional que leva à necessidade de atendimento qualificado à pessoa idosa. Esse grupo etário demanda mais cuidado à saúde por apresentar múltiplas doenças crônicas e incapacidades, tendendo a utilizar mais os serviços de saúde nos diferentes níveis da rede de atenção à saúde. O cuidado ao idoso envolve ações multidimensionais que extrapolam o manejo das doenças crônicas e devem considerar as peculiaridades e complexidades do envelhecimento (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Observa-se uma inexistência formal ou restrita de espaços conjuntos entre instituições de ensino superior e unidades de saúde, onde se possam confrontar as formas de “saber” e “fazer” com o que a realidade requer. Nessa interação, há o risco de se considerar a universidade como referência do saber legítimo, diminuindo o significado dos serviços de saúde como espaços de aprendizagem e produtores de conhecimento. Desse modo, a prática não deve ser entendida como um espaço apenas de verificação, mas também de construção de novas teorias. Valorizar o conhecimento que é cotidianamente produzido nas unidades de saúde, articulando-o com o que é criado na universidade, é um passo fundamental para uma adequada formação de

profissionais do SUS. Docentes consideram que a interação da universidade com os serviços de saúde possibilita uma formação crítico-reflexiva em cenários reais de prática, contribuindo para a formação de profissionais generalistas (MENDES *et al.*, 2020).

De acordo com Alves *et al.* (2021), existem alguns problemas para a absorção das práticas interprofissionais na APS, e estas estão relacionadas ainda à resistência dos profissionais de saúde, em razão da ausência de qualificações e capacitações pertinentes, como a EPS interdisciplinar e interprofissional, e por problemas relacionados aos aspectos físicos na ambiência local das unidades de saúde, materiais e insumos, que podem comprometer as práticas interprofissionais colaborativas do cuidado de saúde do idoso. São necessários, portanto, treinamentos e educação permanente dos profissionais de saúde para que se mantenham atualizados, ultrapassando as barreiras de um ensino fragmentado e unidirecional da medicina tradicional curativista, para a promoção de espaços de diálogos para o envelhecimento saudável, de maneira interdisciplinar, com práticas interprofissionais.

Política e Gestão

O SUS representa o resultado de uma reforma sanitária que pressupõe, entre outras coisas, o ordenamento da formação em saúde no Brasil, representando uma política pública indutora de mudanças permanentes no processo de educação dos profissionais de saúde. Com base nessa competência constitucional, várias iniciativas têm sido planejadas para a indução de práticas colaborativas, embora a efetivação desse planejamento ainda enfrente muitos desafios.

Nesse cenário, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) contém diretrizes que se aproximam da EIP, induzindo um aprender colaborativo no/para o trabalho para a transformação das práticas em serviço, construindo um ambiente laboral que possa ser objeto de aprendizagem. Contudo, embora a PNEPS contenha esses preceitos, o processo de trabalho, arraigado de uniprofissionalismo e um sentido de produtividade, tem, com exceções, tornado estéril a intenção da prática colaborativa (FREIRE FILHO *et al.*, 2019).

Para promover avanços significativos na EPS que possam, de fato, refletir na atenção integral à saúde do usuário, propõe-se que as ações sejam orientadas para uma maior integração ensino-serviço-comunidade, baseadas nos princípios da EIP, sendo capaz de formular e implementar modelos de gestão que garantam a centralidade da atenção no usuário, considerando sua integração na família e comunidade e o respeito às diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) (TORRES *et al.*, 2020).

Diante do exposto, questiona-se: como garantir convergência entre as políticas e a realidade?

Certamente, a superação desse desafio exige um compromisso com a colaboração interprofissional, o estabelecimento de parcerias intersetoriais nos campos político, econômico e social e uma participação comunitária abrangente para assegurar uma atenção integral à saúde do idoso. Ciraj *et al.* (2019) descreveram o processo de iniciação e consulta nacional indiano organizado para avaliar o ambiente local que afeta a saúde pública, usando uma abordagem interprofissional e intersetorial, conduzida pelo Instituto Internacional para a Liderança na Educação Interprofissional da Fundação para o Avanço da Educação e Pesquisa Médica Internacional (FAIMER – do inglês *Foundation for Advancement of International Medical Education and Research*). Ao final do processo supracitado, os organizadores condensa-

ram as recomendações comuns, classificando-as com base em: 1) Nível de intervenções necessárias; e 2) O prazo para a ação. Os acadêmicos propuseram que as recomendações devessem ser classificadas pelo nível de intervenção – macro, meso e micro, com base no ambiente da cidade, da região e na comunidade local – e pelo prazo para a implementação – curto, médio e longo.

Embora o processo tenha sido direcionado para a realidade da Índia, a elaboração interprofissional e intersetorial de políticas públicas ilustra como o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da equidade em saúde, por meio de ações sobre os determinantes sociais, pode ser facilitado e promover resultados robustos. Ressalta-se, contudo, que para garantir a exequibilidade das proposições, é necessário pactuar com a comunidade e os gestores locais, bem como garantir o controle social através de conselhos representativos dos usuários (CIRAJ *et al.*, 2019).

Modelos de cuidados ao idoso baseados em Equipes Colaborativas

De fato, é um grande desafio implementar as políticas de promoção da saúde, em especial, as relacionadas ao idoso, de forma integral e interdisciplinar. A organização da APS favorece essa comunicação entre profissionais que atuam na saúde, por meio de modelos de cuidados colaborativos, que vão além da horizontalidade das relações de trabalho, possibilitando olhar para as necessidades reais do indivíduo e da comunidade envelhecida.

Dentre os modelos de cuidados colaborativos postos, ganha destaque o Apoio Matricial, fortalecido pelo modo de trabalho em equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que, infelizmente, passa por um processo de

desarticulação da gestão federal. Trata-se de uma estratégia que permite aos profissionais de diferentes áreas do saber oferecer apoio às equipes de referência, dando suporte técnico, pedagógico e especializado necessário, de forma a promover a democratização das relações interprofissionais (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018; CHAZAN; FORTES; CAMARGO JUNIOR, 2020).

Portanto, o Apoio Matricial vislumbra a superação das dificuldades de interação entre os atores envolvidos do NASF e ESF no cuidar do idoso, minimizando a fragmentação da atenção, consolidando a responsabilização clínica e valorizando o cuidado interdisciplinar.

A título de conhecimento, em 2016, na cidade de Salvador (BA), foi criado o espaço coletivo de ações terapêuticas denominado Núcleo de Atenção Gerontológica (NAG), que possibilita a ampliação da multidimensionalidade do matriciamento na atenção à pessoa idosa. O referido núcleo, vinculado ao CREAS, possibilita um planejamento do cuidado mais singular e eficaz ao atender as demandas complexas envolvendo o idoso em situação de vulnerabilidade clínico-funcional e seus familiares (ROMERO; CASTANHEIRA, 2020).

Outra possibilidade cuidativo-colaborativa, à população envelhecida, é o atendimento domiciliar, peça fundamental para humanizar o cuidado, prevenir iatrogenias e esvaziar centros de alta complexidade. Além de preparar e responsabilizar a família para assistir seu idoso (ROMERO; CASTANHEIRA, 2020). Desde 2006, iniciou-se o processo de regulamentação da Atenção Domiciliar no Brasil, como parte de um conjunto de iniciativas que visavam minimizar as iniquidades dos menos favorecidos e fortalecer a complexidade e singularidade do sujeito (PROCÓPIO *et al.*, 2020; SEIXAS *et al.*, 2019).

Entende-se por Atenção Domiciliar ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em

domicílio, de forma integrada com as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essa proposta de cuidar ganha espaço frente às rápidas mudanças epidemiológicas, demográficas e sociais no mundo, possibilitando a descentralização da assistência em saúde, promovendo qualidade de vida de forma sustentável em seus territórios (PROCOPIO *et al.*, 2020).

A Atenção Domiciliar rompe, portanto, com o modelo tradicional de produção de cuidado, pautado na hegemonia medicalizante, para traçar novos modos de cuidar que considerem a complexidade territorial, as dinâmicas familiares e os aspectos epidemiológicos e sociais vigentes (PROCOPIO *et al.*, 2020). Alcança ainda, a integralidade dos saberes dos agentes envolvidos, por meio de uma comunicação efetiva e contínua.

Uma iniciativa norte-americana, conhecida como INTERACT, trabalha com intervenções para reduzir internações de tratamento agudo. Trata-se de um programa abrangente que visa diminuir as hospitalizações de idosos, melhorar a comunicação entre os membros da equipe interprofissional e otimizar o planejamento do atendimento avançado. Percebeu-se nos serviços que utilizam o INTERACT uma queda nas reinternações em mais de 20% (CACCHIONE, 2020).

Segundo o autor, as ferramentas que integram o sistema INTERACT podem ajudar famílias, cuidadores e técnicos de enfermagem a comunicarem mudanças na condição de uma pessoa. O profissional que atende à solicitação baseia seu atendimento em: situação, histórico, avaliação e recomendação, através de um formulário de comunicação, com uma nota de progresso, o qual será comunicado ao prestador de cuidados primários, e assim, determinar a necessidade de hospitalização ou tratamento do indivíduo em domicílio.

Outra proposta observada foi o Programa *Community Aging in Place* (CAPABLE), que promove uma vida me-

lhor para os idosos empobrecidos, a partir de iniciativas interprofissionais centradas na pessoa idosa. A grande preocupação e entendimento do CAPABLE diz respeito à necessidade de abordar os determinantes sociais da saúde nas comunidades onde as pessoas vivem. Por meio de uma equipe interprofissional, projeta-se o atendimento às necessidades e desafios funcionais, não contemplados pelo sistema de saúde, com foco em objetivos individuais (CACCHIONE, 2020).

A CAPABLE inclui ajuda financeira para a estruturação domiciliar e até 10 visitas domiciliares por profissionais da saúde. Observou-se que as intervenções instituídas melhoraram a capacidade funcional e, conseqüentemente, a qualidade de vida, atrasando a admissão em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Um outro método identificado e, ainda, pouco explorado é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Trata-se de uma estratégia de cuidado que se insere no contexto interprofissional, para intervenções centralizadas nas necessidades de saúde dos sujeitos em seu contexto social. Esse método é utilizado na reorganização do processo de trabalho de equipes de saúde, nos diferentes níveis de atenção, além de estabelecer interconexões dos serviços dentro da rede de atenção com vistas à integralidade da atenção à saúde (ROCHA; LUCENA, 2018; BAPTISTA *et al.*, 2020).

A elaboração do PTS sustenta-se em quatro etapas: na primeira, realizam-se o diagnóstico e a análise situacional do sujeito ou coletivo em questão, avaliando sua integralidade, seus aspectos físicos, psíquicos e sociais; na segunda etapa, definem-se ações e metas a curto, médio e longo prazo, envolvendo um processo compartilhado de decisões; já a terceira etapa é a divisão de responsabilidades que se dá a cada um dos participantes do PTS, momento que define o profissional de referência para o caso; a quarta e última etapa é a reavaliação, em que são discutidos a evolução do

caso, os rumos, as alterações, novas metas e mudanças, se necessárias (BAPTISTA *et al.*, 2020).

Residentes multiprofissionais em Saúde do Adulto e Idoso do Hospital Universitário do Maranhão relataram a experiência sobre a elaboração do PTS. Os residentes participaram de reuniões, rodas de conversa e atividades de planejamento e execução do PTS para a resolução de casos complexos na assistência à saúde de idosos em situação de vulnerabilidade. A discussão dos casos, visando alinhar os objetivos terapêuticos, permitiu a problematização por parte da equipe multiprofissional das necessidades específicas do idoso, contemplando a integralidade da atenção de forma humanizada do atendimento, socialização dos saberes, incorporação da multidimensionalidade nas abordagens e o aprimoramento das práticas assistenciais (SOUSA *et al.*, 2019).

Desafios para a implementação do Cuidado Interprofissional e Colaborativo

Um dos desafios de uma linha de cuidado da pessoa idosa é justamente a intersetorialidade, com o objetivo de atenção integral e longitudinal à saúde na RAS, sendo necessário interligar diversos pontos da rede, tanto dos serviços de saúde quanto os de outros setores, como da assistência social, da justiça e dos direitos humanos, as entidades e associações comunitárias, os equipamentos e pontos de cultura, os esportes, o lazer e a educação, entre outros. Assim, o trabalho interprofissional e as práticas colaborativas são fundamentais para a integralização do cuidado (GONTIJO *et al.*, 2019).

A formação interprofissional contribui tanto para os sistemas de serviço em saúde quanto para as equipes multi-

profissionais e os usuários, que recebem um atendimento humanizado e acolhedor, com ênfase em suas necessidades e com caráter resolutivo de suas demandas, ampliando a compreensão, por parte do usuário, de espaços da APS que vão além de locais destinados exclusivamente para renovação de receitas, com acesso fácil à medicalização, vacina e atendimento médico pontual agendado (NASCIMENTO *et al.*, 2021). Assim, na gestão da saúde do idoso, o caráter sistêmico e socioambiental é necessário para reforçar os acordos da APS com os idosos dependentes e seus cuidadores, promovendo o percurso do cuidado longitudinal pelas RAS (CECCON *et al.*, 2021).

Em tempos de pandemia de Covid-19 e de fragmentação do trabalho, diversos sistemas de saúde tiveram que ser reestruturados, no âmbito do SUS. Os serviços na APS ficaram voltados quase que exclusivamente para as vigilâncias epidemiológica e sanitária, bem como no monitoramento dos casos de Covid-19, em virtude do contato e do vínculo da equipe profissional da ESF com os usuários e da responsabilidade territorial na comunidade nos cuidados à saúde.

Concomitante a isso, além do controle da pandemia de Covid-19, a APS enfrenta o desafio de manter a continuidade das ações de promoção e prevenção de saúde no território de sua abrangência, com a necessidade constante da reorganização dos processos de trabalho e fortalecimento da educação permanente da equipe profissional de saúde, proporcionando atenção integral à saúde para os grupos mais vulneráveis da comunidade (MEDINA *et al.*, 2020).

Pelo exposto, a reorganização e o planejamento da APS para o enfrentamento da pandemia e promoção do cuidado gerontológico qualificado e seguro são necessários e urgentes, por intermédio de capacitação profissional e reorganização das linhas de cuidado dos idosos dependentes no pós-Covid-19 e seus familiares.

Oportunidades para avanços na prática Interprofissional e Colaborativa

A expansão da APS e da ESF no país, nos últimos anos, favoreceu uma reorientação do cuidado à pessoa idosa. Contudo, é necessário identificar as fragilidades do sistema. Nesse sentido, os estudos de Schenker e Costa (2019), ao analisarem a qualidade do cuidado na APS ofertado à pessoa idosa no Rio de Janeiro, demonstraram que pontos como a integralidade, a orientação familiar e a acessibilidade são frágeis, indicando a necessidade de ajustes e aprimoramentos, principalmente em relação à ampliação do foco na família, no horário de funcionamento das UBS e no desenvolvimento de ações para além do enfoque nos agravos e doenças mais prevalentes, considerando também os determinantes sociais do processo saúde-doença.

A implementação dos modelos de cuidados colaborativos como a interconsulta e o PTS, com os profissionais do NASF, como uma estratégia que contribui com a equipe para o manejo de situações mais complexas, qualificar o atendimento ao usuário e auxiliar os profissionais nas abordagens e tomadas de decisões apresentam-se como uma ferramenta que potencializa a integralidade do cuidado e que, do ponto de vista da equipe, diminui o número de encaminhamentos para a atenção secundária (SCHENKER; COSTA, 2019).

Ainda, a inserção permanente de políticas que induzem a reorientação da formação profissional nos cenários da APS, como o PET-Saúde Interprofissionalidade, que tem como proposta promover a educação interprofissional mediante iniciativas que integrem os núcleos de saber das diferentes profissões, de forma colaborativa (VENDRUSCOLO *et al.*, 2020), integrando ensino, serviço e comunidade, representa oportunidades para avanços na atenção integral à saúde do idoso.

As experiências portuguesas através, por exemplo, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCI) que, entre outras ações, têm implementado ações para o envelhecimento na comunidade, representam alternativas que podem, efetivamente, promover mudanças no cuidado integral à saúde da pessoa idosa. Para tanto, envelhecer em casa deve implicar em consciência e preparação abrangentes, com equipes interprofissionais e colaborativas, especialmente em dois níveis: a) adaptação do ecossistema das populações ao longo da vida; e b) estratégias individuais (BÁRRIOS; MARQUES; FERNANDES, 2020).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. G. S.; TESTON, E. F.; MEDEIROS, A. A. A interface entre o PET-Saúde/ Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 1, p. 97-105, 2019.

ARAÚJO, E. Q. X.; ROCHA, G. S.; SANTOS, L. F.; FERREIRA, Y. C. F.; DODERO, S. R.; QUARESMA, F. R. P.; NUNES, D. P. Efeito de uma ação educativa sobre avaliação multidimensional da pessoa idosano trabalho de profissionais da atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10914-927 jul./ago. 2020.

BAPTISTA, J. A.; CAMATTA, M. W.; FILIPPON, P. G.; SCHNEIDER, J. F. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 2, e20180508, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672020000200303&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

BÁRRIOS, M. J.; MARQUES, R.; FERNANDES, A. A. Aging with health: aging in place strategies of a Portuguese population aged 65 years or older. **Revis-**

ta de Saúde Pública, São Paulo, v. 54, n. 129, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102020000100297&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 maio 2021.

BEDIN, E.; DEL PINO, J. C. La movilización de competencias y el desarrollo cognitivo universal-bilateral del aprendizaje en la enseñanza de las ciencias del aprendizaje en la enseñanza de las ciencias. **Paradigma**, [s. l.], p. 360-83, 2020. Disponível em: <http://revistaparadigma.online/ojs/index.php/paradigma/article/view/804>. Acesso em: 9 maio 2021.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280310, 2018.

CACCHIONE, P. Z. Innovative care models across settings: Providing nursing care to older adults. **Geriatric Nursing**, v. 41, n. 1, p. 16-20, 2020.

CECCON, R. F. *et al.* Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 99-108, jan. 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000100099&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 maio 2021.

CHAZAN, L. F.; FORTES, S. L. C. L.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Apoio Matricial em Saúde Mental: revisão narrativa do uso dos conceitos horizontalidade e supervisão e suas implicações nas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 3251-60, ago. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000803251&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2021.

COSTA, M. V.; AZEVEDO, G. D.; PEREIRA, M. J. Aspectos institucionais para a adoção da Educação Interprofissional na formação em enfermagem e medicina. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 1, p. 64-76, 2019.

DIGGELE, C. V. *et al.* Interprofessional education: tips for design and implementation. **BMC Medical Education**, v. 20, Suppl. 2, n. 455, 2020.

FREIRE FILHO, J. R. F. *et al.* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 1, p. 86-96, 2019.

GODINHO, M. A.; MURTHY, S.; ALI MOHAMMED, C. Academic health policy debates for local climate change leadership. **Lancet Planet Health**, v. 3, n. 10, p. e407, 2019.

GONTIJO, E. D.; FILHO, F. R. J.; FORSTER, A. C. Educação interprofissional em saúde: abordagem na perspectiva de recomendação internacionais. **Caderno do Cuidado**, v. 3 n. 2, 2019.

MEDINA, G. M. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, e00149720, 2020.

MENDES, T. M. C. *et al.* CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, e20180333, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072020000100312&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2021.

MINAYO, M. C.; FIRMO, J. O. A. Longevidade: bônus ou ônus? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, 2019.

NASCIMENTO, J. W. *et al.* Experience report on the importance of intersectoriality and interprofessionality for the promotion of health in an extension project, Pet-health interprofessionality. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 560-78 jan./fev. 2021.

PROCOPIO, L. C. R.; SEIXAS, C. T.; AVELLAR, R. S.; SILVA, K. L.; SANTOS, M. L. M. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 592-604, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042019000200592&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 maio 2021.

ROCHA, E. N.; LUCENA, A. F. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0057, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472018000100500&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

ROMERO, D.; CASTANHEIRA, D. **Boas práticas na gestão de saúde da pessoa idosa: políticas públicas e promoção da saúde na prática do SUS**. Rio de Janeiro: Editora ICICT-Fiocruz, 2020.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1369-80, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>. Acesso em: 05 maio 2021.

SEIXAS, C. T.; BADUY, R. S.; CRUZ, K. T. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface** (Botucatu) [internet], 23:e170627, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100205&lng=pt. Acesso em: 05 maio 2021.

SOUSA, F. T. L.; SANTOS, K. C. B., SILVA, S. B.; GONÇALVES, A. D. S.; PEREIRA, C. J. M. Projeto terapêutico singular: uma ferramenta de promoção da saúde do idoso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, e659, 2019.

TORRES, K. R. B. O. *et al.* Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, e300113, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312020000100611&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 maio 2021.

VALAITIS, R. *et al.* Examining Interprofessional teams structures and processes in the implementation of a primary care intervention (Health TAPESTRY) for older adults using normalization process theory. **BMC Family Practice**, v. 21, n. 63, 2020.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* PETSaúde Interprofissionalidade: reflexões sobre uma estratégia interinstitucional para reorientação da formação. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, 2020.



TELEATENDIMENTO COMO FERRAMENTA PARA A ATENÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE, NA ATENÇÃO BÁSICA, EM TEMPOS DE PANDEMIA

Maria Apoliana Costa dos Santos

Dennyura Oliveira Galvão

Rosely Leyliane dos Santos

Alissan Karine Lima Martins

Edilma Gomes Rocha Cavalcante

Vanira Matos Pessoa

INTRODUÇÃO

A pandemia atual, relacionada ao SARS-COV-2, foi identificada pela primeira vez em humanos, em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, e, desde então, tem se mostrado como importante desafio a ser enfrentado pelos sistemas de saúde em todo o mundo (WHO, 2020; MENE-GUINI *et al.*, 2020).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), junto aos estados e municípios, tem implementado ações articuladas e alinhadas ao curso e gravidade da pandemia, buscando garantir ações em todos os níveis de atenção em saúde para

além do monitoramento da situação epidemiológica e da formulação do plano de contingência (SILVA *et al.*, 2020).

A Atenção Básica (AB), junto aos demais níveis de atenção, coloca-se como importante ponto de atenção e coordenadora do cuidado para promover ações de educação em saúde, especialmente diante da demanda comunitária de epidemia viral (DIAS; VELOSO, 2020). No contexto da pandemia, a AB responsabiliza-se pelo conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre usuário e a equipe de saúde, a integralidade da assistência, o monitoramento de famílias vulneráveis e o acompanhamento aos casos suspeitos e leves da Covid-19, dentre outras atividades (SARTI *et al.*, 2020).

Diante dos novos desafios trazidos para a garantia de acesso seguro aos serviços de saúde e manutenção do distanciamento social, fez-se necessária a reorganização dos fluxos e a inclusão de novos instrumentos de trabalho, trazendo a implantação de modelos de atenção em saúde mediados pelo uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) (GONÇALVES, 2020). O uso das TICs foi estendido para dar suporte às atividades dos serviços da rede de atenção em saúde, treinamento e informação em saúde, caracterizando um campo ampliado denominado telessaúde (ARAUJO; ARRUDA, 2020).

Esta é entendida como a oferta de serviços realizados por profissionais de saúde com a adoção das TICs como substituição do contato direto com os usuários do serviço, acesso às informações para a prevenção, diagnóstico e/ou tratamento, bem como auxiliar na educação permanente em saúde e na realização de estudos em que a distância se coloca como desafio a ser superado (MENEGUINI *et al.*, 2020).

O teleatendimento, em suas diferentes modalidades, como a teleorientação, a teleconsulta, o telemonitoramento e a telerregulação, ajustam-se às demandas de saúde de



cada contexto social e proporcionam soluções inovadoras para a prestação de serviços em saúde e sua aplicação frente à pandemia relacionada à Covid-19 (ARAÚJO; ARRUDA, 2020).

Nessa estratégia de atenção, a interprofissionalidade mostra-se como elemento fundamental para oportunizar uma atenção sensível à integralidade em saúde nos territórios, com centralidade nos usuários e famílias, e tem se constituído como referência para as mudanças do trabalho e da formação em saúde na AB (PEREIRA, 2018). Nesse sentido, as experiências advindas do PET Saúde Interprofissionalidade e dos Programas de Residência em Saúde colocam-se como programas promotores de uma formação em saúde sob enfoque interprofissional, possibilitando uma transformação na educação e no trabalho em saúde.

No contexto caririense, a Universidade Regional do Cariri, junto à rede municipal de saúde do Crato, têm mobilizado ações integradas através destes programas em diferentes eixos, dentre os quais: o eixo do uso de tecnologias de cuidado individual e coletivo no contexto da AB. Na pandemia, a inclusão das TICs foi uma importante estratégia para a articulação das práticas entre estudantes e profissionais residentes no território, desenhando um novo fazer interprofissional capaz de oportunizar o cuidado no território.

Assim, o objetivo deste estudo é relatar a experiência da realização do teleatendimento como ferramenta para a atenção interprofissional em saúde na atenção básica, em tempos de pandemia.

METODOLOGIA

Trata-se do relato de experiência da elaboração e implementação de um modelo de teleatendimento interprofissional na Atenção Básica durante a pandemia causada pelo novo coronavírus. Os teleatendimentos foram realizados em uma Unidade Básica de Saúde com duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), em parceria com o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET Saúde EIP) da Universidade Regional do Cariri e a Secretaria Municipal de Saúde do Crato (SMS Crato), bem como a Área Descentralizada do Crato (ADS), o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC) e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), vinculados a um município no interior do estado do Ceará, junto a usuários com alta vulnerabilidade para a contaminação e/ou adoecimento relacionados à Covid-19.

Os usuários foram identificados por meio da classificação de sua vulnerabilidade socioeconômica e dos riscos clínicos. Para a triagem das famílias, os profissionais residentes do PRMSC (enfermeira, nutricionista e educador físico) elaboraram um Procedimento Operacional Padrão (POP), tendo como base os dados da literatura sobre Covid-19 (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b), o qual foi aplicado como instrumento norteador dos teleatendimentos. A utilização de protocolo é importante, pois facilita e padroniza o direcionamento de condutas em situações específicas de cuidados, com base em boas práticas, a partir de etapas descritas, ao proporcionar objetividades nas condutas profissionais (RODRIGUES-SATO; ALMEIDA, 2018).

O teleatendimento foi realizado pelos estudantes dos cursos de biologia, educação física e enfermagem vinculados ao PET Saúde EIP, contando com a parceria dos residentes, profissionais de saúde das equipes e agentes comunitários de saúde do território.



Para a operacionalização dos teleatendimentos, utilizou-se como instrumento uma entrevista semiestruturada com informações-chave relacionadas à orientação, cuidados e prevenção quanto à Covid-19, como: sintomas da doença, definição e a importância do isolamento e distanciamento social; os cuidados domésticos em caso de isolamento de suspeitos ou infectado; além de orientação quanto ao uso e higienização de máscaras descartáveis e de pano. As informações dessa abordagem seguiram as orientações recomendadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020a).

Os acompanhamentos por teleatendimentos foram realizados durante três meses com intervalos de sete, quinze e trinta dias, durante o período diurno, com duração de dez a 20 minutos para cada atendimento. Todos os contatos foram realizados por meio de ligações telefônicas e pelo aplicativo de mensagens WhatsApp. As orientações ocorreram entre os meses de julho a outubro de 2020.

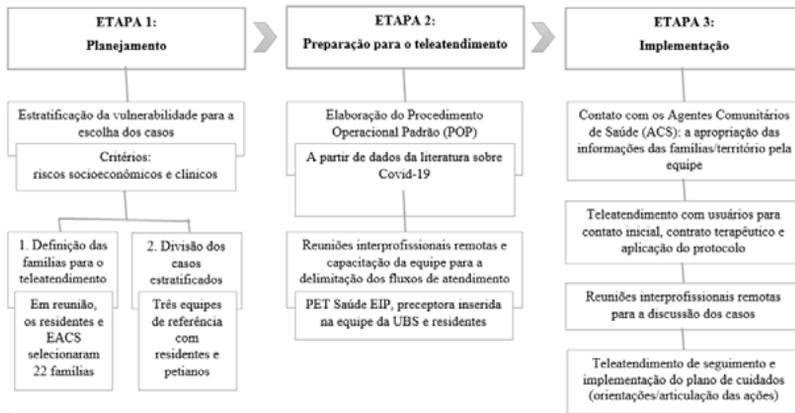
Para o estudo, os resultados serão apresentados a partir dos fluxos e processos implementados durante o teleatendimento interprofissional na Atenção Básica, seguidos da discussão com literatura pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A elaboração e a implementação do modelo de protocolo para o teleatendimento interprofissional partem da necessidade de reorganização do processo de trabalho das equipes da ESF, EACS e demais parceiros frente à pandemia. Esse processo teve como propósito a oferta de cuidados qualificados e contextualizados, os quais foram compreendidos a partir das condições de vulnerabilidade e risco individual e familiar no território. Levando em conta esses aspectos, a

Figura 1 apresenta as etapas da implementação do protocolo para teleatendimento interprofissional na AB.

Figura 1. Fluxograma do processo de construção e aplicação do protocolo para o teleatendimento interprofissional.



Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

O teleatendimento como ferramenta de trabalho na Atenção Básica foi dividido em três etapas. Primeiramente, os residentes fizeram a estratificação da vulnerabilidade para a escolha dos casos a serem acompanhados no período de isolamento social durante a pandemia. Posteriormente, os residentes e a EACS selecionaram 22 famílias que apresentavam vulnerabilidade para a contaminação e/ou adoecimento relacionados à Covid-19. Ou seja, em todas as famílias existiam usuários que estavam incluídos no grupo de risco para o agravamento da doença, como os portadores de doenças crônicas, a exemplo da diabetes e hipertensão, assim como pessoas acima de 60 anos (BRASIL, 2020).

A divisão dos casos estratificados foi feita em três equipes de referência. Cada equipe era composta por um resi-

dente, responsável pela supervisão dos teleatendimentos, e dois petianos, que realizavam os acompanhamentos aos usuários. Sendo que quatro acadêmicos desenvolveram a atividade com quatro famílias e dois realizaram as orientações com três, respectivamente.

A delimitação de equipes de referência para o cuidado se coloca como qualificador da atenção na medida em que se estabelece a correspondência e corresponsabilidade entre usuário, família e equipe na construção das práticas em saúde implementadas a partir do reconhecimento das demandas, contribuindo para o alcance dos pressupostos previstos na AB, quais sejam, a longitudinalidade e integridade do cuidado (SARTI *et al.*, 2020).

Na preparação do teleatendimento, foi elaborado pelos residentes o POP, com o objetivo de instruir e nortear as orientações que seriam realizadas. Nesse sentido, para o alinhamento da operacionalização, a primeira reunião interprofissional ocorreu de forma remota, pelo Google Meet, com os residentes e todos os membros do PET Saúde EIP, sendo que uma das preceptoras era enfermeira na UBS. Na ocasião, foi repassado o POP e quais seriam as equipes de referência para a realização das atividades programadas.

Para a implementação do plano de teleatendimento, os petianos entraram em contato com os ACS, responsáveis pela integração de cada família com a ESF, para melhor apropriação das informações sobre as famílias. Em seguida, a assistência profissional aos 22 casos foi iniciada.

A primeira interação dos estudantes do PET Saúde EIP com os usuários foi mediada pelos ACS, que comunicaram que seriam realizados acompanhamentos remotos durante o período de isolamento social. Logo após isso, os acadêmicos realizaram o contato terapêutico com as famílias por meio de ligação telefônica para explicar a finalidade das orientações e aplicação do POP. Os ACS são profissionais essenciais para a mediação dos processos de comunicação

entre os usuários, famílias e comunidade e a equipe de saúde. No contexto da pandemia, a abordagem pelo ACS se dá por meio de visitas domiciliares no peridomicílio, respeitando o distanciamento social, o que possibilita o acompanhamento de usuários e oferta de cuidados até para aqueles que têm dificuldade de acesso às TICs (DAUMAS *et al.*, 2020; LOPES; COSTA, 2020).

Reuniões interprofissionais eram realizadas semanalmente com todos os membros da equipe para a discussão dos casos, momento no qual era visto o feedback dos usuários e quais seriam as próximas intervenções a serem aplicadas. A partir dessas discussões, dava-se seguimento ao teleatendimento e implementação do plano de cuidados, os quais, a partir do segundo contato, foram direcionados às necessidades fisiológicas e particularidades de cada usuário. Além disso, o acompanhamento também passou a ser realizado por meio do aplicativo de mensagens WhatsApp.

A telessaúde, para além dos cuidados dirigidos aos usuários e famílias, tem assumido papel importante na qualificação de profissionais no que se refere à viabilização de um novo ambiente de aprendizagem, como também na apropriação de conhecimentos e discussões dos processos de trabalho e dos sentimentos da equipe diante das vivências, dentro de uma perspectiva da educação permanente em saúde (MENEQUINI *et al.*, 2020; LOPES; COSTA, 2020; CORADASSI *et al.*, 2020).

Vale ressaltar que a utilização de tecnologias digitais de informação e de comunicação (TDICs) facilitou a organização e manutenção de cuidados em saúde, além de contribuir para a prática colaborativa em saúde por meio do desenvolvimento de novas habilidades (SANTOS *et al.*, 2020). Experiências dessa natureza têm ocorrido em vários contextos da Atenção Básica no Brasil, com o atendimento aos usuários sendo realizado através de mensagens de texto padronizadas via WhatsApp, teleconsultas de acompanha-

mento remoto por chamada telefônica, além do telerrastreio e telemonitoramento da Covid-19 (PAULA, 2020).

O uso de e-mails, chamadas de telefone ou telechamadas para a teleorientação e até teleconsulta com prescrição de medicamentos permite, assim, a continuidade no atendimento em saúde da população. Outro propósito relacionado ao uso da telessaúde relaciona-se ao maior alcance das práticas de educação em saúde, colocando-se como uma estratégia contra as chamadas *fake news* (DIAS; RIBEIRO, 2020).

Salienta-se que os teleatendimentos foram realizados com seguimento das famílias e suas realidades, cujos contatos foram sendo reduzidos ao longo do tempo à medida que a equipe, que fornecia as ações de promoção e educação em saúde, observava se os usuários desempenhavam de forma correta o cuidado individual e familiar.

Diante dessa necessidade de orientações quanto aos cuidados de prevenção da Covid-19, a comunicação efetiva da equipe interdisciplinar com a comunidade, por meio das ações de colaboração, cooperação e de comunicação, tem permitido o manejo de casos leves e complexos, além de qualificar os cuidados e potencializar os enfrentamentos adequados pelos usuários (BERLAMINO *et al.*, 2020).

Cabe ainda destacar que todos os teleatendimentos foram articulados com a equipe e a rede de atenção em saúde e tiveram um retorno positivo dos usuários, pois estes se sentiram acolhidos e tiveram acesso às orientações voltadas ao cuidado individual, mudança do quadro clínico e suporte no atendimento de exames. A continuidade do cuidado através do teleatendimento coloca-se como importante estratégia para o incremento da adesão dos usuários e famílias às práticas de autocuidado em saúde referentes à prevenção da contaminação pelo coronavírus, mas também na condução dos cuidados domiciliares.

Nesse percurso, houve a necessidade de readaptação do processo de trabalho nos serviços da Atenção Básica à saúde em que a construção de experiências e trabalho interprofissional em saúde são elementos fundamentais para a qualificação do cuidado e viabilização de uma ambiência favorável à qualidade de vida no trabalho (LOPES; COSTA, 2020).

Apesar dos ganhos trazidos pela inclusão da telessaúde no cotidiano dos serviços, faz-se imprescindível considerar os limites de acesso às TICs na comunidade, que podem ser entraves ao acesso aos serviços em saúde, além da reorganização dos processos de trabalho já instituídos de acordo com o reconhecimento pela equipe de saúde dos desafios existentes e das estratégias de enfrentamento (DAUMAS *et al.*, 2020). Outra nuance a ser considerada é a qualificação de profissionais para o manejo e delimitação de protocolos de atendimento a partir das TICs, bem como possíveis limites nas abordagens pela telessaúde, o que demandará fluxos de atendimento e triagem para a adequação às necessidades do usuário e família, bem como a capacidade assistida da equipe frente aos casos (CORADASSI *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES

O relato de experiência da realização do teleatendimento apontou que essa se constituiu como ferramenta para a atenção interprofissional em saúde, em tempos de pandemia, ocorrendo por meio de contato telefônico e WhatsApp. Nesse sentido, no contexto da Atenção Básica em Saúde, a atenção interprofissional foi realizada pela utilização do POP, desenvolvido pelos residentes, e implementado pelos petianos, o que permitiu o envolvimento de toda a equipe envolvida, na perspectiva de monitorar, acompanhar e ge-

reenciar a atenção em saúde às famílias suspeitas e/ou positivas para a Covid-19.

Além disso, todo o plano de teleatendimento teve um retorno positivo dos usuários, que demonstraram interesse e disponibilidade tanto em relação às orientações de autocuidado e cuidado familiar quanto ao tempo em que esse processo de educação em saúde e cuidado terapêutico eram realizados. Com isso, constatou-se que a construção e aplicação dessa ferramenta para a atenção interprofissional em saúde foi eficaz, uma vez que trouxe uma estratégia de comunicação de fácil acesso às informações pertinentes e de linguagem acessível, assim como potencializou o processo de trabalho interprofissional no território junto aos usuários e famílias.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. D. I. R.; ARRUDA, L. S. N. S. Teleatendimento como ferramenta de monitoramento de suspeitos e/ou confirmados de COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 8., p. 57807-815, aug. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha Novas orientações COVID-19**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, versão 6**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa COVID-19: Escritório da OPAS e da OMS no Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19#risco>. Acesso em: 05 de maio de 2021.

BELARMINO, A. C *et al.* Práticas colaborativas em equipe de saúde diante da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, supl. 2, e20200470, 2020.

CORADASSI, C. E. *et al.* Teleatendimento no enfrentamento à COVID-19. **Revista Conexão**, v. 16, 16413.52, 2020.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento do COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, 2020.

DIAS, E. G.; RIBEIRO, D. R. S. Manejo do cuidado e educação em saúde na atenção básica na pandemia do Coronavírus. **Journal Nursing Health**, v. 10, n. esp., p. e20104020, 2020.

GONÇALVES, N. C. P. Trabalho em saúde na Atenção Primária no contexto da pandemia: novos instrumentos de trabalho podem possibilitar rupturas e transformações? **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 12, p. e43, 2020.

LOPES, G. V. B.; COSTA, K. F. L. Impactos e desdobramentos da pandemia da COVID-19 na Atenção Básica: um relato de experiência. **Revista Saúde em Redes**, v. 6, sup. 2, 2020.

MENEGUINI, A. M. B. *et al.* Teleatendimento no enfrentamento da COVID-19 em um município de Minas Gerais: relato de experiência de profissionais residentes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 11, p. 1-6, 2020.

PAULA, C. G. D. Adaptação do atendimento em saúde no Brasil durante a pandemia da COVID-19: uma revisão integrativa da literatura. *In*: IV Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, 2020. **Anais** [...]. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/72114>. Acesso em: 12 ago. 2020.



PEREIRA, M. F. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. **Interface** (Botucatu), v. 22, suppl. 2, 2018.

RODRIGUES-SATO, L. C. C. B.; ALMEIDA, K. de. Protocolo clínico para Serviços de Saúde Auditiva na atenção a adultos e idosos. **CoDAS**, São Paulo, v. 30, n. 6, e20170280, 2018.

SANTOS, B. M. *et al.* Educação Médica durante a Pandemia da Covid-19: uma Revisão de Escopo. **Revista brasileira de educação médica**, Brasília, v. 44, supl.1, e139, 2020.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, v. 29, n. 2, p. e2020166, 2020.

SILVA, A. V. *et al.* Teatendimento noturno na Plataforma Victória: um relato de experiência. **Revista Aproximação**, v. 2, n. 4, jul./ago./set. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Coronavirus disease 2019. 2020. Disponível em: https://covid19.bangkokhealth.com/wp-content/uploads/2021/01/Uptodate_Coronavirus-disease-2019-COVID-19-2.pdf. Acesso em: 12 ago. 2020.

