



# ciência plural

## ANÁLISE DE UMA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

*Analysis of a collaborative interprofessional practice in the family health strategy*

*Analisis de una practica interprofesional colaborativa en la estrategia de salud familiar*

**Aracelli Laise Tavares Mendonça Diniz** • Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-RENASF, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN • Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba-UEPB-Brasil • E-mail: aracellilaiseft@gmail.com

**Ricardo Henrique Vieira de Melo** • Dentista da Estratégia Saúde da Família de Nazaré - Secretaria Municipal de Saúde de Natal-RN • Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-RENASF-UFRN • Pesquisador do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família-PEPSUS da UFRN • E-mail: ricardohvm@gmail.com

**Rosana Lúcia Alves de Vilar** • Doutora em Ciências Sociais-UFRN • Professora Titular do Departamento de Enfermagem-UFRN • Vice-Coordenadora do Observatório de Recursos Humanos-ObservaRH da UFRN • Vice-Líder do grupo de pesquisa Gestão, Educação, Trabalho e Saúde/CNPq • Vice-Coordenadora e Docente do Programa de Pós-graduação em Gestão, Trabalho, Educação e Saúde • Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família-UFRN • E-mail: rosanaalvesrn@gmail.com

**Autor correspondente:**

**Aracelli Laise Tavares Mendonça Diniz** • E-mail: aracellilaiseft@gmail.com

## RESUMO

**Introdução:** No contexto da Atenção Primária em Saúde brasileira, a complexidade das situações vivenciadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família demandam intervenções ampliadas no seu cotidiano profissional, produtos de um conjunto de saberes. **Objetivo:** Analisar a Prática Interprofissional Colaborativa realizada pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; descrever o processo de trabalho desenvolvido; e identificar as competências colaborativas no desenvolvimento dessa prática. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório, compreensivo-interpretativo, qualitativo, ambientado em um município de pequeno porte. Os participantes foram profissionais atuantes no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 2 anos. A coleta ocorreu através de: entrevista semiestruturada; aplicação de questionários sobre perfil profissional e competências colaborativas; e observação direta, apoiada por diário de campo. Os dados, analisados por Análise Temática de Conteúdo, foram interpretados pelos referenciais sobre a Interprofissionalidade. **Resultados:** A experiência profissional e o tempo de trabalho foram vinculados à implementação e sustentação da prática investigada. As seguintes competências colaborativas foram consideradas presentes e latentes: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente; funcionamento da equipe; clareza de papéis; resolução de conflitos; e liderança colaborativa. **Conclusões:** A prática desenvolvida apresentou-se como uma ferramenta para o desenvolvimento do cuidado integral em saúde, potencializando a atenção centrada no paciente. Os achados apontaram para o desenvolvimento de uma efetiva experiência interprofissional, a partir da identificação de competências colaborativas, pela práxis dialógica entre o saber e o fazer.

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

## ABSTRACT

**Introduction:** In the context of Brazilian Primary Health Care, the complexity of the situations experienced by family health strategy teams require expanded interventions in their daily professional life, products of a set of knowledge. **Objective:** The objective of this article was to analyze the collaborative interprofessional practice performed by the professionals of the Family health strategy and the enlarged nucleus of family health and primary care; describe the work process developed; and identify collaborative competences in the development of this practice. **Methodology:** This is an exploratory, comprehensible-interpretative, qualitative study, set in a small city. The participants were professionals working in the monitoring of the growth and development of children from 0 to 2 years. The collection occurred through: semi-structured interview; application of questionnaires on professional profile and collaborative competencies; and direct observation, backed by a field diary. The data, analyzed by thematic content analysis, were interpreted by the referential on the interprofessionality. **Results:** Professional experience and working time were linked to the implementation and support of the investigated practice. The following collaborative competencies were considered present and latent: interprofessional communication; patient-centered care; team functioning; clarity of roles; conflict

resolution; and collaborative leadership. **Conclusions:** The practice developed was presented as a tool for the development of comprehensive health care, enhancing patient-centered care. The findings pointed to the development of an effective interprofessional experience, based on the identification of collaborative competencies, by the dialogical praxis between knowledge and doing.

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

## RESUMEN

**Introducción:** En el contexto de la Atención Primaria de Salud Brasileña, la complejidad de las situaciones experimentadas por los equipos de estrategia de salud familiar requiere intervenciones ampliadas en su vida profesional diaria, productos de un conjunto de conocimientos. **Objetivo:** Analizar la Práctica Interprofesional Colaborativa realizada por los profesionales de la Estrategia de Salud Familiar y el Centro Extendido de Salud Familiar y Atención Primaria; describir el proceso de trabajo desarrollado; e identificar habilidades colaborativas en el desarrollo de esta práctica. **Metodología:** Se trata de un estudio exploratorio, integral-interpretativo, cualitativo, ambientado en un pequeño municipio. Los participantes fueron profesionales que trabajan para monitorear el crecimiento y desarrollo de niños de 0 a 2 años. La colección se produjo a través de: entrevista semiestructurada; aplicación de cuestionarios sobre perfil profesional y habilidades colaborativas; y observación directa, apoyada por el diario de campo. Los datos, analizados por Thematic Content Analysis, fueron interpretados por las referencias sobre Interprofesionalidad. **Resultados:** La experiencia profesional y el tiempo de trabajo se vincularon a la implementación y el apoyo de la práctica investigada. Se consideraron presentes y latentes las siguientes competencias de colaboración: comunicación interprofesional; atención centrada en el paciente; funcionamiento del equipo; claridad de los roles; resolución de conflictos; y liderazgo colaborativo. **Conclusiones:** La práctica desarrollada se presentó como una herramienta para el desarrollo de una atención integral de salud, mejorando la atención centrada en el paciente. Los hallazgos apuntaban al desarrollo de una experiencia interprofesional eficaz, basada en la identificación de competencias colaborativas, a través de la praxis dialogante entre el conocimiento y el hacer.

**Palabras clave:** Relaciones Interprofesionales. Salud de la Familia. Atención Primaria de Salud.

## Introdução

O conceito de interprofissionalidade surge para possibilitar uma melhor compreensão de um fenômeno em desenvolvimento que é a prática de cuidados de saúde integrada e colaborativa, entre os profissionais, em resposta às demandas dos usuários<sup>1</sup>. É conveniente evitar o confundimento com a interdisciplinaridade, que se refere ao desenvolvimento de conhecimento integrado em resposta ao conhecimento disciplinar fragmentado<sup>2</sup>.

O trabalho interprofissional, por sua vez, apresenta-se como a materialização da interprofissionalidade, sendo caracterizado como uma prática coesa entre profissionais da mesma organização ou de diferentes organizações. Apresenta-se como um arranjo de trabalho complexo, influenciado por fatores relacionais, processuais, organizacionais e contextuais<sup>3</sup>.

Existem quatro tipos de trabalho interprofissional: o trabalho em equipe; a colaboração interprofissional; a coordenação interprofissional; e o trabalho em rede. Este tipo de trabalho pode ocorrer em formatos diversos que diferem quanto a identidade compartilhada na equipe, clareza de objetivos, interdependência, responsabilidade compartilhada e atividade a ser desempenhada<sup>3</sup>.

O termo 'Prática Interprofissional Colaborativa' (PIC) refere-se à colaboração interprofissional expressa no cenário das práticas de atenção à saúde. Ocorre quando profissionais, com diferentes experiências, prestam serviços com base na integralidade, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidade para melhoria da qualidade da atenção à saúde em todos os níveis da rede de serviços<sup>4</sup>.

A PIC, juntamente com a Educação Interprofissional (EIP), tem sido apontada como uma estratégia capaz de modificar a forma como os profissionais de saúde interagem uns com os outros para prestar assistência. O seu efetivo desenvolvimento otimiza os serviços, fortalece os sistemas de saúde e incita melhorias de resultados em saúde<sup>5</sup>.

Diante de um cenário de práticas em saúde onde ainda predomina a fragmentação do conhecimento, a superespecialização e a desintegração das ações

desenvolvidas, surge o debate sobre as consequências dessas práticas atuais na prestação dos serviços de saúde e seus resultados<sup>6</sup>.

Romper com a cultura uniprofissional é considerado um passo fundamental para superação da histórica fragmentação do trabalho em saúde, o que evidencia a necessidade de ampliação no perfil profissional. Nessa perspectiva, torna-se relevante a educação interprofissional, a colaboração na dinâmica do processo de trabalho e o desenvolvimento de competências para o efetivo trabalho colaborativo<sup>7</sup>.

Algumas competências e domínios têm sido apontados como essenciais para o alcance de uma colaboração interprofissional eficaz, dentre os quais se destacam: a comunicação interprofissional; o cuidado centrado no paciente, cliente, usuário, família e comunidade; a clareza de papéis profissionais; a dinâmica de funcionamento da equipe; a resolução de conflitos interprofissionais e a liderança colaborativa<sup>8</sup>.

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

No contexto da Atenção Primária em Saúde (APS) brasileira, a complexidade das situações vivenciadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), no seu cotidiano profissional, demandam intervenções ampliadas, produtos de um conjunto de saberes. Nesse sentido, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), criado pelo Ministério da Saúde em 2008, emerge para ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolutividade, apresentando-se como uma ferramenta de colaboração interprofissional, para o desenvolvimento de PIC<sup>10</sup>.

Diante disso, observa-se a necessidade crescente da implementação de PICs na APS, bem como de estudos que apontem para o resultado dessas práticas na formação profissional para uma efetiva colaboração, através do desenvolvimento de competências para a PIC. Sendo assim, os objetivos dessa pesquisa foram: analisar a

PIC realizada pelos profissionais da ESF e do NASF-AB no contexto da APS em um município de pequeno porte; descrever o processo de trabalho desenvolvido durante a PIC e identificar competências colaborativas no desenvolvimento dessa prática.

## Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, compreensivo-interpretativo, de abordagem qualitativa, realizado em Montadas, município de pequeno porte, localizado no Estado da Paraíba, que dispõe de três Unidades Básicas de Saúde (UBS) na APS, todas com equipes da ESF e com Equipes de Saúde Bucal (ESB), sendo todas matriciadas por um NASF-AB.

A amostra, selecionada por conveniência, foi composta por cinco profissionais atuantes na PIC, sendo o critério de exclusão o fato da atuação na PIC a menos de seis meses, totalizando os seguintes participantes: três enfermeiros, um nutricionista e um fisioterapeuta. Destaca-se, entre os componentes do NASF-AB, a presença de um fonoaudiólogo, que foi excluído da pesquisa pelo fato de ser recém contratado no município.

Os procedimentos de coleta de dados ocorreram em duas etapas, nas próprias UBS, em sala com privacidade, durante os meses de fevereiro e março de 2019, em data e horário previamente agendados conforme a disponibilidade dos participantes.

Inicialmente, as entrevistas semiestruturadas foram realizadas e foram aplicados dois instrumentos: questionário sobre competências colaborativas e questionário para caracterização do perfil dos participantes. Posteriormente, realizou-se a observação direta da PIC, com o apoio de um diário de campo.

As entrevistas, gravadas e transcritas para posterior análise, exploraram as impressões dos profissionais com relação à prática colaborativa desenvolvida, considerando sua influência no desenvolvimento de competências colaborativas, e tiveram duração média de sessenta minutos, seguindo um roteiro elaborado com perguntas abertas.

O questionário sobre competências colaborativas foi composto a partir das competências colaborativas definidas pela Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)<sup>8</sup>, considerando seis domínios estabelecidos: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente; clareza de funções; funcionamento da equipe; liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais.

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

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

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

Foi realizado um teste piloto para refinamento dos questionários e para aprimorar a pertinência e a clareza das questões, antes da aplicação definitiva, proporcionando a adequação da estrutura dos itens em relação a cada domínio de competência e pontuação final.

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

Os dados coletados foram processados por meio de estatística descritiva e analisados pela técnica de Análise Temática de Conteúdo<sup>11</sup>. Inicialmente, realizou-se a leitura flutuante para apropriação do texto coletado. Após a leitura previa, durante a exploração dos dados, emergiram Unidades de Sentido a partir de palavras, frases ou temas. Os seis domínios, descritos anteriormente, foram utilizados como núcleos de sentidos.

Por sua vez, as US foram codificadas e distribuídas, de acordo com a categorização feita *a priori* a partir das competências colaborativas definidas pela CIHC, enquanto recortes do texto que se remeteram aos objetivos da pesquisa. Assim, as categorias temáticas reuniram elementos semelhantes, organizando resultados e permitindo elementos compreensivo-interpretativos a partir do referencial teórico sobre interprofissionalidade.

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) no parecer de nº 3.027.562. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando em fazer parte da investigação.

## Resultados e Discussão

No que se refere à formação, quatro profissionais possuíam pós-graduações lato sensu, sendo que três deles tinham uma ou duas especializações voltadas para atuação na APS. Nenhum deles possuía ou cursava pós-graduação na modalidade Stricto Sensu.

Considerando as categorias profissionais, os enfermeiros possuíam um maior número de especializações que as demais categorias, sendo essas, em sua maioria, qualificações para atuação na APS. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Oliveira et al.<sup>12</sup>, onde os enfermeiros apresentaram predominância significativa quanto à pós-graduações quando comparados aos profissionais médicos atuantes no mesmo cenário.



Quanto ao tempo de atuação na equipe, observou-se que a maioria dos profissionais entrevistados estava vinculada à equipe a mais de 12 meses, sendo o tempo médio de permanência na equipe foi de 30,2 meses. Esse resultado apontou para um tempo de fixação médio superior a outro estudo nacional recente<sup>13</sup>, cujo tempo médio de permanência foi de 19,4 meses, para enfermeiros, e de 14,5 para médicos.

A permanência dos profissionais de saúde na ESF tem se mostrado um grande desafio para construção de um novo modelo de cuidado, pautado no vínculo longitudinal. A rotatividade dos profissionais pode comprometer a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários, fatores que dependem do vínculo entre os profissionais e a população<sup>14</sup>.

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

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

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

No cenário das consultas compartilhada, observou-se o atendimento conjunto e colaborativo oferecido por diferentes profissionais à criança e ao cuidador,

considerando, tanto competências específicas de cada profissão, quanto competências comuns a todos os profissionais de saúde.

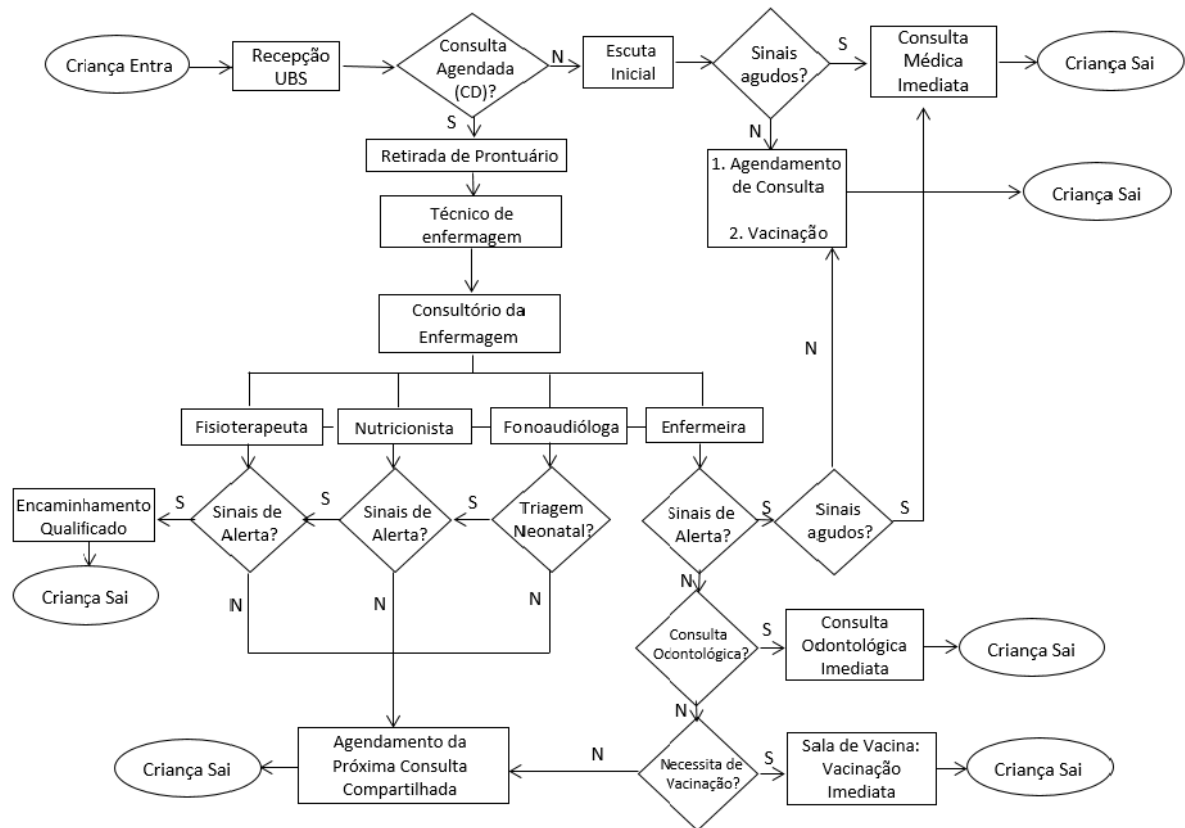
No que diz respeito às ações específicas desenvolvidas pelos profissionais de Enfermagem, verificou-se que estes profissionais são responsáveis pela realização da avaliação clínica da criança (incluindo a anamnese e o exame físico), pela verificação da situação vacinal, e pela solicitação de interconsulta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

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

O profissional de Fisioterapia realiza ações específicas voltadas para a vigilância do Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM), incluindo o exame neuropsicomotor, com a identificação de sinais de alerta para o atraso do DNPM e a observação da aquisição de marcos motores, conforme instrumento de vigilância do desenvolvimento da caderneta da criança. Quando necessário, realiza-se o encaminhamento via fluxo da RAS, como por exemplo, para a Policlínica Municipal.

As ações específicas do profissional de Fonoaudiologia são voltadas para a identificação de fatores que prejudicam o desenvolvimento da amamentação e da fala e a avaliação do desenvolvimento da linguagem, bem como o encaminhamento qualificado para teste de triagem neonatal (teste da orelhinha e teste da linguinha). A Figura 1 apresenta o fluxograma construído durante a observação direta.

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



Fonte: Dados da Pesquisa. 2019.

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

Em relação às competências colaborativas, todas foram classificadas como presentes ou latentes, sendo que nenhuma esteve ausente, no desenvolvimento da PIC. O quadro 1 apresenta o grau de presença de cada competência considerando as pontuações obtidas em cada domínio.

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

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

**Fonte:** Dados da pesquisa. 2019.

A exploração do material obtido das falas e o tratamento dos resultados com suas respectivas interpretações são apresentados nos parágrafos seguintes.

### A comunicação interprofissional

No que diz respeito à *comunicação interprofissional*, essa competência está relacionada, não só a capacidade de comunicação entre os profissionais, mas destes com os usuários, o que caracteriza uma relação de escuta e confiança entre todos os envolvidos na PIC<sup>8</sup>, conforme evidencias nas falas:

*Eu acho muito benéfico, pela troca de experiências e ampliação da visão multiprofissional, que abrange todas as limitações que o paciente apresenta (NASF.1).*

*Os pais se sentem mais à vontade na discussão com a equipe sobre os problemas e dúvidas da saúde da criança em relação ao desenvolvimento e crescimento (NASF.2).*

A comunicação, de caráter interprofissional e colaborativo, ainda tem se mostrado como um desafio para as equipes de saúde conduzirem um processo de trabalho compartilhado, dialógico e transformador. Observa-se que a comunicação informal entre os membros da equipe, por meio de tecnologias comunicativas, tem se mostrado como um aspecto fragilizador da comunicação interprofissional efetiva, reduzindo-a ao repasse de informações, de caráter informal, com destaque para o uso de tecnologias de mensagem<sup>15</sup>.

Por outro lado, a reunião, para discussão de casos e planejamento de ações, entre as equipes da ESF e NASF-AB, têm sido vistas como momentos formais de comunicação interprofissional, apesar das dificuldades para manutenção da regularidade desse tipo de atividade nas equipes de APS. Desse modo, sugere-se que as equipes de saúde devam criar espaços e oportunidades para o diálogo, favorecendo a comunicação interprofissional, a partir da realização de reuniões frequentes, das discussões de caso e da tomada de decisão compartilhada, além da promoção da educação permanente<sup>16</sup>.

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

### O cuidado centrado no paciente

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

*Eles são peças fundamentais. São eles que buscam conhecimento, que perguntam e que interagem (Enf.3).*

*A importância do pai ou da mãe é muito grande, porque nos ajuda muito expressando o que a criança tem no momento, as dificuldades, as dúvidas (Enf.1).*

No cuidado centrado no paciente, os profissionais procuram integrar e valorizar, como parceiros, o usuário, a sua família e a comunidade, tendo em vista a implementação do cuidado e da atenção à saúde. Trata-se de um conceito fortemente presente no arcabouço teórico da APS brasileira, onde se busca construir práticas centradas nas necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidades, como alternativa às práticas pautadas centradas nos serviços e nas profissões<sup>15</sup>.

O envolvimento do paciente, como parceiro no cuidado, tem sido descrito como a base da atenção centrada no paciente, sendo a tomada de decisão compartilhada considerada uma de suas técnicas, usada na busca do consenso entre profissionais e pacientes. Desse modo, evidencia-se a necessidade de estimular a participação do usuário e seus familiares nas tomadas de decisão sobre o cuidado, bem como a participação social no plano coletivo das políticas e ações de saúde<sup>17</sup>.

Em contrapartida, ainda são observadas práticas clínicas com relações assimétricas entre diferentes categorias profissionais e, entre estes e os usuários, onde a relação profissional-paciente e as relações interprofissionais são fragilizadas por uma relação de poder vinculada ao conhecimento biomédico<sup>1</sup>.

Na pesquisa, verificou-se a coexistência de dois modos de atenção: um, tecido por relações compartilhadas com os pacientes; e outro, caracterizado por uma relação prescritiva, onde o paciente expõe suas necessidades e o profissional de saúde prescreve aquilo que deve ser realizado. A relação entre os profissionais de saúde e os usuários é considerada importante para o sucesso ou insucesso das condutas terapêuticas, sendo a construção de vínculos e a confiança reconhecidas como condições fundamentais para essa relação<sup>18</sup>.

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

*A principal potencialidade, na prática colaborativa, é conseguir desenvolver, nas mães, a capacidade de cuidar, de observar a criança. Elas conseguem realmente observar o desenvolvimento da criança. A gente consegue orientar com o atendimento compartilhado (Enf. 3).*

Desse modo, considera-se que o desenvolvimento da prática colaborativa, a partir da competência de cuidado centrado no paciente, deve ser acompanhado por compartilhamento genuíno do cuidado entre as profissões, com a correspondente corresponsabilização de todos os profissionais envolvidos e a ampliação do campo de prática das profissões não médicas<sup>17</sup>.

## A clareza de papéis

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

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

A partir dessa competência, os profissionais conseguem articular claramente seus papéis, conhecimentos e habilidades dentro do contexto de seu trabalho clínico, identificando onde conhecimentos e habilidades específicas podem ser úteis e onde conhecimentos e habilidades compartilhadas podem abordar as necessidades dos usuários com maior eficiência<sup>19</sup>.

Ao considerar esses aspectos, sugere-se que a PIC desenvolvida tem se mostrado como uma ferramenta de educação interprofissional, onde os profissionais envolvidos estão aprendendo sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar uma colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde<sup>5</sup>.

A interprofissionalidade surge em cenários multiprofissionais, bem como a partir de interseções interdisciplinares, onde se valoriza a pluralidade de saberes. Experiências de práticas colaborativas exitosas podem contribuir para um aprendizado teórico-prático nos serviços de saúde, figurando como uma estratégia de Educação Permanente em Saúde, capaz de minimizar as lacunas geradas por um modelo de educação majoritariamente uniprofissional<sup>20</sup>.

## O funcionamento da equipe

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

*É muito importante porque cada um é específico na sua area (Enf. 1).*

*Quando você divide por especialidades, fica um atendimento mais completo (Enf. 2).*

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

Observa-se, predominantemente, nos serviços de saúde, uma visão estereotipada do que vem a ser uma equipe interprofissional, sendo esta entendida como um conjunto de profissionais que trabalham no mesmo lugar e no mesmo turno, atendendo a mesma clientela. Esse arranjo de equipe não se traduz automaticamente em colaboração entre os profissionais, como observado em equipes efetivas, cuja colaboração produz resultados de qualidade na atenção à saúde<sup>21</sup>.

Considerando os diferentes modelos de trabalho em equipe é possível identificar dois tipos bem distintos: a 'equipe integração', onde se observa a busca de articulação das ações e de interação dos profissionais, e a 'equipe agrupamento', na qual ocorre a justaposição das ações e o mero agrupamento de agentes. Esta tipologia polarizada, evidenciada no estudo, expressa, por um lado, a tendência à integração dos trabalhos especializados e também dos profissionais que os executam e, por outro, a tendência à manutenção da fragmentação das ações e o estranhamento e distanciamento dos agentes<sup>22</sup>.



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

Foi observado que os profissionais de saúde trabalham necessariamente juntos, mas são formados para trabalhar separadamente. Isso se apresenta como uma barreira para o desenvolvimento de práticas colaborativas e de efetivo trabalho em equipe, reforçando um modelo de atenção à saúde centrado nos procedimentos de diagnóstico e de terapêutica e na forte divisão do trabalho entre os diferentes profissionais de saúde<sup>21</sup>.

### A resolução de conflitos

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

*São profissionais diferentes. Cada um pensa de uma forma. Às vezes é um pouco mais difícil de se chegar a uma conclusão. Mas, conversando, é possível (Enf. 1).*

Para que a colaboração profissional aconteça é essencial que os profissionais estejam preparados para lidar com desentendimentos, tornando o conflito um elemento positivo, onde as diferenças de opinião são vistas como saudáveis, na elaboração de interações construtivas. Estratégias individuais como comunicação aberta e direta, disposição para encontrar soluções, respeito e humildade, têm sido apontadas como potenciais na prática da resolução de conflitos em equipes de atenção primária<sup>23</sup>.

## A liderança colaborativa

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

Esse tipo de liderança tem sido visto como do tipo transformativa, que compreende respeito e honestidade, propiciando condições para o crescimento dos membros da equipe. É uma liderança comprometida na qual se busca o crescimento e o aperfeiçoamento dos membros da equipe e o incentivo ao espírito de equipe, onde os sujeitos se sentem seguros e confiantes e desenvolvem hábitos e comportamentos afirmativos, em um ambiente onde se tem prazer em trabalhar<sup>24</sup>.

Nesse sentido, assim como observado nesse estudo, a liderança colaborativa tem sido entendida pelos profissionais como uma liderança compartilhada, onde não é possível estabelecer a presença de apenas um líder, tendo em vista que diferentes profissionais podem se tornar referência a depender da situação abordada<sup>25</sup>.

Quanto às limitações do estudo, o baixo número da amostra pode ter representado uma fragilidade, em função do cenário de um município de pequeno porte, contudo foi representativo para a realidade pesquisada. Ressalta-se a necessidade de novos estudos sobre o tema na perspectiva de complementações.

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

## Conclusões

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

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

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

## Referências

1. Freire Filho JR, Costa MV, Magnago C, Forster AC. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3018.
2. Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MV, Forster AC. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2019;43(Suppl 1):4-96.
3. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice, *Journal of Interprofessional Care*. 2018;32(1):1-3.
4. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Suppl 2):1525-1534.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: WHO; 2010.

6. Vilar RLA. Humanização na Estratégia Saúde da Família. 1ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis; 2014.
7. Costa MV. A educação interprofissional e o processo de formação em saúde no Brasil: pensando possibilidades para o futuro. In: Souza RMP. Nova formação em saúde pública: aprendizado coletivo e lições compartilhadas na redEscola. Volume 2. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/ENSP/Red Escola; 2019. p. 45-59.
8. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A National Interprofessional Competence Framework. Vancouver: CHIC; 2010.
9. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. Ciênc. saúde coletiva. 2015;20(8):2511-2521.
10. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Rev. esc. enferm. USP. 2015;49(spe2):16-24.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14<sup>a</sup> edição. São Paulo: Hucitec; 2018.
12. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Gondim MR. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. Revista Brasileira de Educação Médica. 2016; 40(4):547-559.
13. Tonelli B, Leal AP, Tonelli W, Veloso DC, Gonçalves DP, Tonelli SQ. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. RFO. 2018; 23(2):180-185.
14. Peduzzi M. Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: Toassi RF. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. p. 40-48.
14. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. Interface (Botucatu). 2016;20(59):905-916.
18. Costa MV. A potência da Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: Toassi RF. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. p. 14-27.
19. Peduzzi M, Leonello VM, Ciampone MHT. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: Kurcgant P. (Org.). Gerenciamento em Enfermagem. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 103-114.

20. Ceccim RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. Interface (Botucatu). 2018; 22(Suppl 2):1739-1749.
21. Giovani M, Vieira C. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. 2013;7(4).
22. Peduzzi M, Norman IJ, Germani AC, Silva JA, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev. esc. enferm. USP. 2013;47(4):977-983.
23. Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu). 2018; 22(Suppl 2):1535-1547.
24. Figueirêdo RC, Melo RH, Rodrigues MP, Souza GC, Vilar RL. Experiência de atuação interprofissional do dentista na Estratégia Saúde da Família. Rev. Ciênc. Plural. 2020;6(2):21-3.
25. Ellery AEL. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):213-214.

Submetido em 31/01/21  
Aprovado em 30/07/21