

Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa

Heloise Fernandes Agreli^(a)

Marina Peduzzi^(b)

Mariana Charantola Silva^(c)

Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):905-16.

The aim of this study is to describe key-elements of patient-centred care and its relationship with interprofessional collaborative practice in Primary Health Care, in the context of Unified Health System. Based on national and international review. The outcomes show that as professionals shift their focus towards patient centred care and patient's needs, their scope of view is broadened beyond the limits of their own professional activities. This shift is an enabler for changes in the current health care model towards comprehensive care and potentially impacting the quality of services.

Keywords: Patient-centred care. Primary Health Care. Interprofessional relations.

Este estudo foi realizado com o objetivo de descrever os elementos-chave da atenção centrada no paciente e sua relação com a prática interprofissional colaborativa na atenção primária à saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde, apoiado em revisão de literatura nacional e internacional. Os resultados mostram que, à medida que os profissionais centram atenção no paciente e suas necessidades de saúde, operam simultaneamente um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional. Esse deslocamento é reconhecido como componente de mudança do modelo de atenção à saúde na perspectiva da integralidade, com potencial de impacto na qualidade da atenção.

Palavras-chave: Assistência centrada no paciente. Atenção Primária à Saúde. Relações interprofissionais.

^(a,b) Departamento de Orientação Profissional, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419, Cerqueira Cesar. São Paulo, SP, Brasil. 05403-000. heloisefernandes@usp.br; marinape@usp.br
^(c) Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas, SP, Brasil. macharantola@gmail.com

Introdução

A proposta de analisar a atenção centrada no paciente (ACP) na prática interprofissional colaborativa (PIC) é motivada por duas questões. A primeira decorre da ênfase das políticas de saúde e dos centros de pesquisa voltados para a PIC¹⁻⁴ na ACP como um dos domínios essenciais para a colaboração interprofissional. A literatura sobre prática interprofissional também aponta a ACP como um elemento primordial do trabalho em equipe e da PIC⁵.

O segundo aspecto que motiva o estudo é que, embora a literatura estabeleça a ACP como domínio de competência da PIC^{1,6} e apresente bons resultados empíricos associados à ACP^{7,8}, identifica-se ausência de uma definição consensual para o termo ACP, o que prejudica sua implementação⁹ e dificulta o diálogo entre a literatura nacional e internacional. Este diálogo é necessário para se compreender de que forma as contribuições internacionais sobre a ACP se aproximam das abordagens usuário-centradas descritas no Brasil.

A literatura mostra que a ACP constitui um dos domínios essenciais para a colaboração interprofissional e elemento primordial do trabalho em equipe e da PIC⁵. A orientação das equipes para ACP é um dos indicadores para diferenciação em três níveis crescentes de colaboração⁵ (potencial para colaboração, colaboração em desenvolvimento, colaboração ativa), e reserva a denominação de equipes com “colaboração ativa” àquelas que orientam suas ações tendo como foco o paciente e suas necessidades de saúde.

Análise dos elementos-chave da ACP e de sua relação com a PIC permitirá aprofundar estudos e intervenções para o fortalecimento do trabalho em equipe e da PIC centrados no paciente, que resultem em impacto na qualidade da atenção à saúde.

Objetivo

Este texto tem por objetivo descrever os elementos-chave da ACP e discutir sua relação com a PIC na atenção primária à saúde (APS) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Metodologia

Para identificar as contribuições nacionais na temática, foi conduzida revisão de literatura nas bases de dados BDENF, Lilacs e SciELO, utilizando o descritor “assistência centrada no paciente”, sem delimitação de tempo. A busca foi realizada no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, com base nos critérios: estudos que tratassem da ACP como um dos assuntos principais e disponibilidade da publicação na íntegra de forma gratuita, sendo excluídas teses, dissertações e livros. Foram selecionados 14 artigos e acrescentadas quatro referências sobre o tema, presentes nos artigos revisados e de conhecimento das pesquisadoras¹⁰⁻¹⁴.

A busca na literatura internacional foi conduzida nas bases de dados Medline, Scopus e CINAHL, no mesmo período da busca nacional, utilizando os descritores “client centered care OR client centred care OR person centered care OR person centred care OR patient centered care OR patient centred care”. Para a seleção dos artigos, foram utilizados os mesmos critérios aplicados às bases de dados nacionais. Entretanto, a busca resultou em mais de vinte e quatro mil artigos científicos. Devido à marcante assimetria entre literatura nacional e internacional, evidenciada pela escassez de produção nacional sobre o tema e numerosa produção internacional com o uso dos descritores, optou-se por fundamentar a análise das contribuições internacionais em quatro artigos de revisão de literatura sobre avaliação, resultados e elementos centrais da ACP¹⁵⁻¹⁸.

Contribuições nacionais sobre a ACP

Observou-se escassez de produção nacional diretamente relacionada à ACP, e que os artigos selecionados eram majoritariamente provenientes da área de Enfermagem. Os estudos referiam à ACP vinculada aos seguintes aspectos: 1) perspectiva ampliada do cuidado em saúde, 2) participação dos pacientes no cuidado, e 3) humanização.

Na perspectiva ampliada do cuidado em saúde, encontra-se o agrupamento de contribuições sobre atenção à saúde de forma holística^{13,19-26}, integral^{13,20,24-28} e orientada a partir das necessidades em saúde^{13,19,21,22,24,25,28,29}. Enquanto, no aspecto da participação do paciente no cuidado, observa-se predomínio dos conceitos de autonomia^{21,24-26,30}, autocuidado^{12,19,21,22,29,31}, valorização da experiência^{20,23} e da participação do paciente^{13,21,28,32}.

A participação do paciente no cuidado é definida como oportunidade de exercício de cidadania do paciente em busca de autonomia (relacionada à ideia de liberdade, protagonismo, respeito à subjetividade)³³, assim como é condição importante para autocuidado^{19,20,33}. Compreende-se como autocuidado uma proposta de gestão do cuidado que incorpora colaboração entre a equipe de saúde e usuários, ao invés da atuação meramente prescritiva^{34,35}.

Os achados da literatura mostram que a ACP foi associada à humanização, sobretudo ao âmbito relacional, de interações entre profissionais e pacientes. A necessidade de aprimoramento na relação entre profissionais e pacientes foi citada como condição fundamental para a ACP^{19,21,24,25,30}, seja no contexto de resgate da condição humana^{19,24}, na qualificação da assistência^{22,24,25,28,30,31} ou para o sucesso terapêutico²⁶. São apresentados como valores para a ACP: empatia, respeito, solidariedade³⁰, escuta, apoio psicossocial²⁷, sensibilidade, afetividade, diálogo no cuidado em saúde²⁵, acolhimento e vínculo^{20,24}.

Os três aspectos identificados na literatura nacional sobre a ACP (perspectiva ampliada do cuidado em saúde, participação dos pacientes no cuidado e humanização) expressam propostas presentes na atual Política de Saúde no Brasil.

No cenário nacional das políticas de saúde, as abordagens que mais se aproximam da ACP, de acordo com os aspectos identificados na literatura, são: o processo de trabalho usuário centrado¹¹, o método clínico centrado na pessoa/ medicina centrada no paciente³⁶, o cuidado integral¹³, a Clínica Ampliada (CA)³⁷ e a Política Nacional de Humanização (PNH), todos ancorados no princípio da integralidade^{38,39}.

A CA integra a PNH e descreve a necessidade de ampliar o objeto de trabalho da clínica, de modo a contemplar a subjetividade dos envolvidos. Amplia-se, também, a finalidade do trabalho clínico, que, além de buscar a cura, prevenção, reabilitação e cuidados paliativos, passa a contribuir para o aumento da autonomia dos usuários.

A CA tem como eixo norteador a integralidade da atenção, a partir do pressuposto de que cada sujeito interfere ativamente em seu processo saúde/doença, sem desconsiderar a determinação social desse fenômeno³⁹. Cabe refletir de que forma a integralidade, enquanto princípio, é por si só uma busca pela ACP, uma vez que critica a fragmentação das ações perante os pacientes e sugere um arranjo das práticas que amplie o olhar limitado ao funcionamento biológico, procedimento centrado e alheio à consideração do indivíduo inserido em um espaço coletivo⁴⁰. Argumenta-se, portanto, que centrar a atenção no paciente implica considerá-lo unidade singular e participe de coletivos, ou seja, articular a dimensão individual e coletiva da atenção à saúde, tal como na concepção de integralidade da saúde.

O termo integralidade é usado para designar um dos princípios do SUS e expressa uma das bandeiras de luta do movimento sanitário⁴¹, de modo que se caracteriza como um norte para as práticas do sistema de saúde. Compreendemos integralidade como um termo polissêmico^{12,13} que se refere a: capacidade de resposta às necessidades, não restrita a condições morfológicas ou funcionais do organismo; integração e não-segmentação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; articulações interdisciplinares, intersetoriais e interprofissionais que proporcionem melhores condições na atenção à saúde, e a necessidade de qualidade das interações no cotidiano da atenção à saúde, com condições que permitam o diálogo entre as pessoas envolvidas no cuidado¹⁴.

Contribuições internacionais sobre a ACP

Embora seja crescente o uso do termo *patient centred care*, não há consenso nas publicações sobre sua definição e os elementos-chave que o caracterizam.

Os estudos internacionais referiam a ACP vinculada a três aspectos: 1) perspectiva ampliada do adoecimento; 2) participação dos pacientes no cuidado, e 3) relação profissional e paciente.

Na perspectiva ampliada do adoecimento, observam-se as definições pautadas nas contribuições de Stewart e autores⁴², reconhecidos pelo detalhamento dos princípios para a medicina centrada no paciente, que inclui a compreensão de fatores sociais e psicológicos à compreensão das doenças¹⁵. O modelo biopsicossocial é descrito como elemento-chave da ACP¹⁶, entretanto problematiza-se a necessidade de ampliação da perspectiva biopsicossocial, pela compreensão da singularidade de cada paciente¹⁶ e necessidade de percepção integral de atenção à saúde^{17,42}.

Sobre a participação dos pacientes no cuidado, observou-se destaque à importância do envolvimento entre médico e paciente^{18,43} por meio do compartilhamento de informações¹⁵, objetivos, poder e responsabilidades¹⁸. O envolvimento do paciente como parceiro no cuidado é descrito como a base da ACP. Isso inclui a compreensão do paciente acerca de sua situação^{16,17,44} e a participação no processo de tomada de decisões^{17,44}, ao invés de uma relação paternalista entre profissionais e pacientes, como descrito por Parsons⁴⁵. Nesse sentido, a tomada de decisões compartilhadas é descrita como uma técnica da ACP, a ser empregada na busca de consenso entre profissionais e pacientes¹⁷.

A literatura internacional descreve a relação profissional-paciente como essência de modelo conceitual da ACP¹⁵, sobretudo, pela necessidade de reconhecimento da subjetividade do paciente e do médico, e da construção de aliança terapêutica^{15,17,18}. Na relação profissional-paciente, elementos centrais, como respeito à escolha dos pacientes e comunicação efetiva, são citados na maioria das descrições da ACP^{15-18,42,43}, com destaque para a comunicação aberta acerca da expertise profissional e do paciente, em um fluxo de troca de informações e conhecimento⁴⁶. Kitson et al.⁴³ conduziram estudo de revisão baseado na literatura de enfermagem e de políticas públicas de saúde, e corroboram a importância da relação profissional-paciente, porém, ampliando o escopo da atuação profissional para além dos profissionais médicos, na perspectiva interprofissional.

Além das quatro revisões selecionadas, outras publicações sobre ACP a consideram como um modelo de atenção à saúde que é amplamente discutido nos sistemas de saúde ao redor do mundo⁴⁷ em decorrência da identificação de limites do modelo biomédico convencional.

Diversos países, como Estados Unidos e o Reino Unido, têm adotado políticas de implementação da ACP. Nos estudos americanos, observa-se a ACP inserida no contexto da discussão da Reforma do Sistema de Saúde utilizando o termo *Patient Centred Medical Home* (PCMH)⁴⁸, definido, por pesquisadores, como modelo amplamente visado de reforma do sistema de saúde que enfatiza a APS e a ACP. No Reino Unido, a ACP foi classificada por autores como fundamental para a prestação de cuidados médicos de alta qualidade do atendimento e diminuição de erros médicos^{16,49}.

A ACP também é apontada como um atributo da PIC associado à segurança do paciente e qualidade da assistência⁵⁰⁻⁵².

Elementos-chave da ACP e PIC

Considerando o contexto nacional do SUS, seus princípios e diretrizes, com destaque para a integralidade da saúde, participação social e trabalho em equipe, a análise dos elementos-chave da ACP, baseada na literatura nacional e internacional, remete à seguinte síntese: a perspectiva ampliada do adoecimento, presente na literatura internacional, alarga-se para a perspectiva ampliada do cuidado à saúde; o compartilhamento de poder e responsabilidade entre profissionais e pacientes, que remete à participação dos usuários na tomada de decisão sobre seus cuidados, passa a contemplar, também, a participação e controle social da população no planejamento e organização da atenção à saúde em rede; e a relação profissional e paciente, que se refere à dimensão da comunicação e interação, dada a complexidade das necessidades de saúde e da organização dos serviços em rede, estende-se às relações interprofissionais.

A análise das contribuições da literatura nacional e internacional sobre os atributos que caracterizam a ACP permite identificar um consenso em torno de três elementos-chave: 1) perspectiva ampliada do cuidado à saúde^{16-18,28-30,53}, que coloca a necessidade do reconhecimento e resposta integral às necessidades de saúde de usuário, família e comunidade; 2) participação do paciente no cuidado^{27,42,43}, que remete à necessidade de empoderamento e apoio para o autocuidado e autonomia^{15,19,21,22,24-27,30,34,42,43}, e 3) relação profissional e paciente^{13,14,18-20,24,25,30,42,43}, que contempla a expressão da subjetividade dos participantes enquanto sujeitos dotados de autonomia.

Tais elementos-chave permitem uma análise das relações entre ACP e PIC, corroborando a relação recíproca entre ambos, apontada na literatura^{1,6}.

Perspectiva ampliada do cuidado à saúde

Esse elemento central da ACP refere-se: à resposta às necessidades dos pacientes sem reducionismo às dimensões de patologia e fisiologia; à atenção à saúde que busque integrar ações de promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação, respeitando e contemplando as articulações interprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais na rede de atenção à saúde. Identificam-se diferenças na literatura nacional e internacional, pois esta última remete à abordagem integral ou biopsicossocial, enquanto, no cenário nacional, observa-se a busca pela ampliação da perspectiva biopsicossocial desde as discussões iniciais do SUS, com base na abordagem histórico-social das práticas de saúde⁵⁴ e o reconhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença¹⁰.

A perspectiva ampliada do cuidado à saúde se refere à atuação profissional e concepções de saúde que remetem ao reconhecimento da necessidade de um elenco variado de profissionais, de modo a contemplar as múltiplas dimensões presentes nas necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade. Assim, a complexidade das necessidades de saúde e da organização dos serviços aponta para a tendência crescente de substituição da atuação isolada e independente dos profissionais pelo trabalho em equipe, colaboração interprofissional e a PIC^{1,6}.

A literatura aponta imprecisão da terminologia e ausência de consenso quanto às diferenças e similaridades entre trabalho em equipe e colaboração interprofissional. Autores sugerem que a colaboração interprofissional possa ser compreendida como um termo amplo que engloba demais termos: a PIC, referida à colaboração interprofissional efetivamente implementada nos cenários de práticas, e o trabalho em equipe, como nível mais profundo de trabalho integrado e interdependente⁵⁵. A colaboração interprofissional é interpretada como um movimento a partir do “uni/multiprofissional” para o “interprofissional”⁵⁵, e da cooperação (trabalho cooperativo estruturado em torno da divisão do trabalho e de objetivos comuns) para a colaboração, que envolve a determinação e busca para alcançar um mesmo objetivo⁵⁵, com benefício mútuo de usuários e profissionais.

A escassez de estudos empíricos nacionais sobre a colaboração interprofissional e PIC limita, ainda mais, a possibilidade de compreensão acerca da relação da temática com o trabalho em equipe e ACP. Até o momento, podemos observar que as características do trabalho em equipe efetivo (interação, articulação, interdependência, reflexividade e objetivos comuns)^{56,57}, se limitadas ao contexto das equipes, são insuficientes para lidar com a crescente complexidade do cuidado na perspectiva ampliada do cuidado à saúde. Isto porque esta perspectiva remete à rede de atenção e à prática comunicativa.

A prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos, é fundamental para que os profissionais possam arguir mutuamente no trabalho executado em equipe e construir um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos pacientes⁵⁷. Compreende-se que, no contexto da ACP e PIC, amplia-se a necessidade da prática comunicativa para além da própria equipe, contemplando a necessidade de colaboração, também, com outras equipes e serviços.

Portanto, a prática comunicativa na atenção à saúde inclui a perspectiva de participação dos usuários, família e comunidade na construção do referido projeto comum de resposta às necessidades de saúde, bem como a participação social.

Participação do paciente no cuidado e participação social

A participação do paciente no cuidado e participação social diz respeito ao reconhecimento da singularidade do paciente, que é compreendido como único e um ser de competência moral, consciente sobre si e participante do cuidado¹⁶. A participação social que expressa relação entre sociedade civil e Estado, exercida no SUS por meio dos Conselhos Gestores e Conferências de Saúde⁵⁸, estende o compartilhamento de tomada de decisão da esfera do projeto terapêutico para a gestão do sistema de saúde.

A ACP destaca a necessidade de se estimular a participação do usuário e seus familiares nas tomadas de decisão sobre o cuidado, bem como a participação social no plano coletivo de acompanhamento do planejamento, tomada de decisão e execução das políticas de saúde e ações de saúde.

Os achados da literatura acerca do envolvimento do paciente corroboram, no Brasil, as diretrizes e princípios da Política Nacional de Atenção Básica⁵⁹, que preconiza a participação dos usuários como forma de ampliar a capacidade das pessoas e coletividades no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde⁵⁹.

Entretanto, na contramão do respeito à participação do paciente, família e comunidade, estão as práticas clínicas marcadas pelo poder hegemônico da Biomedicina⁶⁰, as relações assimétricas entre diferentes categorias profissionais e entre profissional e paciente^{5,61}.

A ACP subentende o desejo dos pacientes de participarem da equipe de cuidados, como responsáveis por seu próprio cuidado. Entretanto, problematiza-se a necessidade de informação, reflexão e investimentos para que a delegação da tomada de decisões aos pacientes se torne uma realidade⁵².

Relação profissional e paciente e relações interprofissionais

Esse elemento da ACP abarca a interação com o usuário, família e comunidade e, também, a interação entre os profissionais. A relação entre os profissionais de saúde e os usuários é considerada importante para o sucesso ou insucesso das condutas terapêuticas. A construção de vínculos e a confiança são reconhecidos como condições fundamentais com potencial de impacto tanto na qualidade dos cuidados como nos custos da atenção à saúde.

Na análise da relação profissional-paciente, observa-se a relação de poder discutida por Foucault. O autor discorre acerca da relação entre conhecimento e poder, em que o médico usa seu saber para exercer controle do “corpo” de seus pacientes⁶¹. Como formas de dispersão do conhecimento e poder médico na sociedade contemporânea, Foucault analisa a necessidade de voltar o olhar dos cidadãos à autoridade sobre si mesmos e controle de suas condutas⁶². O empoderamento dos pacientes envolve torná-los conhecedores de seus corpos e condições patológicas, para que estejam aptos a tomarem decisões em saúde, o que pode ser compreendido como um ato de cidadania⁶³, em que os pacientes, munidos do direito de advogar em seu próprio favor, também se tornam responsáveis por manter sua saúde⁵².

Fox e Reeves⁵² discorrem acerca da extensão do poder médico a uma gama de profissionais e pacientes/ famílias/ comunidade. Os autores argumentam que a classe social, idade e escolaridade são alguns dos fatores que influenciam a busca de informação por parte dos pacientes, e suscitam o questionamento se a ACP favoreceria apenas grupos socioeconômicos mais privilegiados. Discute-se que pacientes de grupos socioeconômicos menos privilegiados, ao tentarem compreender mais sobre suas doenças, podem ser taxados negativamente ou reprimidos pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, o grau de envolvimento e participação dos pacientes no cuidado está relacionado a quanto se sentem confortáveis para questionarem a autoridade profissional e a qualidade da relação, o que remete à esfera da interação e comunicação entre pacientes e profissionais. O plano das interações e comunicação também é decisivo nas relações interprofissionais de colaboração.

Problematiza-se que, embora a PIC e ACP contemplem o reconhecimento das distintas profissões, os profissionais médicos continuam sendo os “principais provedores de acesso dos pacientes a

demais profissionais e serviços de saúde"⁵² (p. 116). Na APS brasileira, cabem majoritariamente aos médicos: as prescrições medicamentosas, solicitação de exames, procedimentos e encaminhamento a demais profissionais. Tal assimetria no escopo profissional é refletida nas diferenças salariais entre os profissionais de saúde. Argumenta-se, portanto, que o movimento para a prática colaborativa e ACP deva ser acompanhado por compartilhamento genuíno do cuidado entre as profissões, com a correspondente corresponsabilização de todos os profissionais envolvidos e a ampliação do escopo de prática das profissões não médicas. Este processo de mudança já está em curso, dada a complexidade das necessidades de saúde e dos serviços, e também requer mudanças nas estruturas convencionais de poder, incluindo aspectos legais, políticos e econômicos⁵².

Relação entre ACP e PIC

Tanto a PIC quanto a ACP têm sido abordadas na literatura como temas distintos ou considerando a ACP como tema subjacente à PIC. Entretanto, observa-se inter-relação entre ambos, sobretudo na literatura canadense, com o conceito de prática interprofissional colaborativa centrada no paciente, que é definida como a contínua interação entre dois ou mais profissionais ou disciplinas, organizadas em um esforço comum para resolver ou explorar questões comuns, incluindo, ao máximo, a participação do paciente⁶⁴.

Identificam-se, na literatura canadense, as contribuições de D'Amour et al.⁵ e Orchard et al.¹ para o entendimento da colaboração nas práticas interprofissionais de saúde. D'Amour et al.⁵ analisam que a colaboração está baseada na premissa de que os profissionais querem trabalhar juntos para melhorar a atenção à saúde, ao mesmo tempo que têm seus próprios interesses e almejam reter algum grau de autonomia no trabalho. A autora refere que a colaboração interprofissional permite, por meio da negociação e participação, construir objetivos comuns da equipe centrados na atenção às necessidades de saúde dos usuários.

Orchard et al.¹ discute que, na atualidade, ainda predomina a prática multiprofissional na qual cada um procede à avaliação e planejamento do cuidado ao paciente de forma independente, e que a PIC representa um desafio e mudança que deve ser empreendida pelas diferentes profissões em parceria com usuários. Segundo a autora, a mudança está assentada em um conjunto de atributos da própria colaboração, como: participação, planejamento e tomada de decisão compartilhada, coordenação e compartilhamento de poder, e, sobretudo, parceria e participação do usuário.

Nesse sentido, a PIC que se constrói no exercício do diálogo entre os profissionais e destes com os usuários, famílias e comunidade, contempla a participação de todos os sujeitos envolvidos nos processos de decisão acerca do cuidado à saúde, e avança na construção de relações mais simétricas.

À medida que os profissionais centram atenção no usuário e suas necessidades de saúde em todo processo de trabalho, construindo a ACP na prática de cuidado, operam, simultaneamente, um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional, que se restringe ao âmbito da profissão e da especialidade. Este deslocamento dirige-se à prática compartilhada com profissionais de outras áreas.

A mudança de foco das profissões e serviços para o foco no paciente e suas necessidades de saúde, portanto para ACP, é apontada como componente de mudança do modelo de atenção, com potencial para melhorar a qualidade dos cuidados à saúde e imprimir maior racionalidade aos custos dos sistemas de saúde⁴⁹. A literatura mostra que a ACP pode gerar bons resultados clínicos, de custo e efetividade. Com pacientes em condições crônicas (diabetes^{65,66}, doenças cardíacas^{67,68} e demência⁶⁹), a ACP influenciou positivamente tanto os indicadores biológicos (hemoglobina glicada, triglicérides e HDL) quanto o tempo de permanência hospitalar ou institucionalização^{67,68,70}.

Qualidade e custos do sistema se encontram, em esfera global, pressionados pela crescente incorporação tecnológica e excessiva, e, muitas vezes, inoportuna utilização de especialidades profissionais; e há indicativos de que podem ser melhorados, em especial, no que se refere aos resultados da atenção à saúde, com a PIC. Estudos mostram impacto da colaboração interprofissional: nos cuidados à saúde, na redução de absenteísmo profissional, na maior satisfação com o ambiente de trabalho, a segurança do paciente, e a melhoria na qualidade do cuidado⁷¹⁻⁷⁴.

Considerações finais

Por um lado, a análise da produção nacional e internacional permitiu identificar três elementos-chave da ACP que transcendem as diferentes categorias profissionais no contexto das políticas públicas de saúde: perspectiva ampliada do cuidado à saúde, participação do paciente no cuidado e participação social, e relação interprofissional e profissional/paciente. Por outro, estes mesmos elementos-chave estão também presentes no processo que configura a organização dos serviços e da rede de atenção na modalidade de trabalho em equipe e prática interprofissional. O que mostra a relação recíproca, de dupla mão e influência, entre ACP e prática interprofissional.

Para concluir, cabe destacar que as mudanças na perspectiva da PIC se darão à medida que, efetivamente, as práticas de saúde estiverem focadas nos usuários, e, portanto, orientadas às suas necessidades de saúde de forma integral. O que significa que o exercício cotidiano de trabalho dos diferentes profissionais se configure de forma colaborativa e em parceria com usuários, famílias e comunidade.

Colaboradores

Heloise Fernandes Agreli participou da revisão bibliográfica, análise, discussões, redação e revisão do texto. Marina Peduzzi participou da análise, discussões, redação e revisão do texto. Mariana Charantola Silva participou da discussão e revisão do texto.

Referências

1. Orchard C, Bainbridge L, Bassendowski S. A national interprofessional competency framework [Internet]. 2010 [acesso 2014 Abr 4]. Disponível em: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
2. National Patient Safety Agency. Patient safety first: the campaign review. London: National Patient Safety Agency; 2011.
3. Tomblin Murphy G, Alder R, MacKenzie A, Rigby J. Model of care initiative in Nova Scotia (MOCINS): final evaluation report [Internet]. Nova Scotia: Department of Health & Wellness; 2010 [acesso 2014 Abr 4]. Disponível em: <http://www.gov.ns.ca/health/MOCINS/docs/MOCINS-evaluation-report.pdf>. 2010
4. World Health Organisation. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. 2010 [acesso 2014 Abr 4]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
5. D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8(1):1-14.
6. Interprofessional Education Collaborative (IPEC) Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: report of an expert panel [Internet]. 2011 [acesso 2014 Abr 4]. Disponível em: <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/IPECReport.pdf>

7. Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11(2):186-8.
8. Meterko M, Wright S, Lin H, Lowy E, Cleary PD. Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Serv Res*. 2010; 45(5 pt 1):1188-204.
9. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008; 20(12):600-7.
10. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): MS; 2004.
11. Franco T, Mehry E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudança do modelo tenoassistencial. In: Merhy E, Magalhaes Junior H, Romoli J, Franco T, Bueno W, editores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-125.
12. Cecilio C, Mehry EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R, editores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. 2a ed. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. p. 1-19.
13. Ayres J, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(40):67-81.
14. Ayres J. Organização das ações de atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saude Soc*. 2009; 18(2):11-23.
15. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Pat Educ Couns*. 2002; 48(1):51-61.
16. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000; 51(7):1087-110.
17. Olsson L-E, Jakobsson Ung E, Swedberg K, Ekman I. Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials - a systematic review. *J Clin Nurs*. 2013; 22(3/4):456-65.
18. Hudon C, Fortin Martin H, Jeannie L, Lambert M, Poitras M-E. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med*. 2011; 9(2):155-64.
19. Ferreira M, Figueiredo NMA, Arruda A, Alvim NAT. Cuidados fundamentais de enfermagem na ótica do cliente: uma contribuição para a enfermagem fundamental. *Esc Anna Nery*. 2002; 3(6):387-96.
20. Camargo T, Souza IEO. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer. *Rev Latino-am Enferm*. 2003; 5(11):614-21.
21. Machado N, Praça N. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm*. 2006; 40(2):274-9.
22. Barbosa G, Valadares GV. Experimentando atitudes e sentimentos: o cotidiano hemodialítico como base para o cuidar em enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2009; 13(1):17-23.
23. Schmalfluss JM, Oliveira LL, Bonilha ALL, Pedro ENR. O cuidado à mulher com comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição. *Cienc Cuid Saude*. 2010; 9(3):618-23.
24. Dutra V, Rocha, RM. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral. *ver Enf UERJ*. 2011; 2(20):386-91.

25. Helmo F, Simões ALA. Liga de humanização SARAOKURA: contribuição para a formação dos profissionais da saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2010; 9(1):149-54.
26. Pennafort V, Freitas C, Bessa M. Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem. *REME - Rev Min Enferm*. 2012; 2(16):289-95.
27. Campos G, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos-operacionais para a reforma do hospital. *Cienc Saude Colet*. 2007; 12(4):849-59.
28. Gomes A, Moura ERF, Nations MK, Alves MSCF. Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. *Rev Esc Enferm*. 2008; 42(4):635-42.
29. Rabelo E, Aliti G, Domingues F, Rusche K, Brun A. What to teach to patients with heart failure and why: the role of nurses in heart failure clinics. *Rev Latino-am Enferm*. 2007; 15(1):165-70.
30. Moreschi C, Siqueira D, Piexak D, Freitas P, Rangel R, Morisso T, et al. Interação profissional-usuário: apreensão do ser humano como um ser singular e multidimensional. *Rev Enferm UFSM*. 2011; 1(1): 22-30.
31. Rolim M, Castro M. Compliance to the hypertension control program and the standardized nursing results: an exploratory study. *Online Braz J Nurs [Internet]*. 2007 [acesso 2014 Abr 4]; 6(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/713>
32. Ruthes R, Feldman L, Cunha I. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(2):317-21.
33. Kusma S, Moyses S, Moyses S. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cad Saude Publica*. 2012; 28 Sup:9-19.
34. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília (DF): MS; 2013.
35. Mendes E. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília (DF): OPAS; 2012.
36. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(1):90-7.
37. Ministério da Saúde (BR). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília (DF): MS; 2008.
38. Bedrikow R, Campos, G. Clínica médica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Rev Assoc Med Bras*. 2011; 6(57):610-3.
39. Campos G. Saúde paidéia. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2003.
40. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araujo DP, Guimaraes J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(2):555-60.
41. Mattos R. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica*. 2004; 20(5):1411-6.
42. Stewart M, Weston W, Brown J, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. California: Sage; 1995.
43. Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs*. 2013; 69(1):4-15.

44. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care: ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011; 10(4):248-51.
45. Parsons T. *Social system*. Londres: Routledge; 2013.
46. Institute for Patient - and Family- Centered Care. *Advancing the practice of patient and family centered care: how to get started*. Bethesda: Institute for Patient and Family Centered Care; 2008. p. 1-28.
47. Pelzang R. Time to learn: understanding patient-centred care. *Br J Nurs*. 2010; 19(14):912-7.
48. Miller WL, Cohen-Katz J. Creating collaborative learning environments for transforming primary care practices now. *Fam Syst Health*. 2010; 28(4):334-47.
49. Royal College of General Practitioners. *An inquiry into patient centred care in the 21st Century*. London; 2014.
50. The National Patient Safety Foundation. *National agenda for action: patients and families in patient safety – nothing about me, without me*. Chicago; 2000.
51. Picker Institute. *Principles of Patient Centered Care* [Internet]. 1993 [acesso 2014 Abr 4]. Disponível em: <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/>
52. Fox A, Reeves S. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *J Interprof Care*. 2015; 29(2):113-8.
53. Erdmann A, Sousa F, Backes D, Mello A. Construindo um modelo de sistema de cuidados. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(2):180-5.
54. Schraiber LB, Mota A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(5):1467-73.
55. Thistlethwaite J, Jackson A, Moran M. Interprofessional collaborative practice: a deconstruction. *J Interprof Care*. 2013; 27(1):50-6.
56. West MA, Lyubovnikova J. Illusions of team working in health care. *J Health Org Manag*. 2013; 27(1):134-42.
57. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(1):103-9.
58. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990.
59. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília (DF): MS; 2012.
60. Bosi M, Afonso KC. Direito a saúde e participação popular: confrontando as perspectivas de profissionais e usuários da rede pública de serviços de saúde. In: Bosi M, Mercado-Martines F, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 451-79.
61. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1987.
62. Foucault M. *História da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal; 2002.
63. Fox A. Intensive diabetes management: negotiating evidence-based practice. *Can J Diet Pract Res*. 2010; 71(2):62-8.
64. Herbert CP. Changing the culture: interprofessional education for collaborative patient-centred practice in Canada. *J Interprof Care*. 2005; 19 Supl 1:1-4.
65. Hörnsten Å, Lundman B, Stenlund H, Sandström H. Metabolic improvement after intervention focusing on personal understanding in type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2005; 68(1):65-74.

66. Williams GC, Lynch M, Glasgow RE. Computer-assisted intervention improves patient-centered diabetes care by increasing autonomy support. *Health Psychol.* 2007; 26(6):728-34.
67. Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Interest in healthy lifestyle and adherence to medications: Impact on mortality among elderly cardiovascular patients in the Debate study. *Pat Educ Couns.* 2007; 67(1-2):44-9.
68. Ekman I, Wolf A, Olsson LE, Taft C, Dudas K, Schaufelberger M, et al. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *Europ Heart J.* 2012; 33(9):1112-9.
69. Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen M-L, Pietilä M, Savikko N, Kautiainen H, et al. Family care as collaboration: effectiveness of a multicomponent support program for elderly couples with dementia - randomized controlled intervention study. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57(12):2200-8.
70. Olsson L-E, Karlsson J, Ekman I. Effects of nursing interventions within an integrated care pathway for patients with hip fracture. *J Adv Nurs.* 2007; 58(2): 116-25.
71. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochr Database Syst Rev.* 2009; 3(3):1-31.
72. Deen TL, Fortney JC, Pyne JM. Relationship between satisfaction, patient-centered care, adherence and outcomes among patients in a collaborative care trial for depression. *Adm Pol Mental Health Mental Health Serv Res.* 2011; 38(5):345-55.
73. Carter BL, Bosworth HB, Green BB. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse, and teamwork in hypertension therapy. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2012; 14(1):51-65.
74. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud.* 2015; 52(7):1217-30.

Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atención centrada en el paciente y práctica interprofesional colaborativa. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(59):905-16.

El objetivo de este estudio es describir los elementos clave de la atención centrada en el paciente y su relación con la práctica interprofesional colaborativa en la Atención Primaria de la Salud. El mismo se apoya en la revisión de literatura nacional e internacional. Los resultados muestran que cuando los profesionales desplazan su actuación hacia la atención centrada en el paciente y hacia las necesidades del paciente, amplían sus horizontes de actuación más allá de los límites de su propia profesión. Este desplazamiento es un componente positivo para el cambio del actual modelo de Atención a la Salud desde la perspectiva de la integralidad y con potencial impacto en la calidad de los servicios.

Palabras clave: Atención centrada en el paciente. Atención Primaria de la Salud. Relaciones interprofesionales.

Submetido em 21/07/15. Aprovado em 23/01/16.