

Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família*

Patrícia Escalda^(a)
Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira^(b)

Escalda P, Parreira CMSF. Dimensions of interprofessional work and of collaborative practices developed at a primary care unit by a Family Health team. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1717-27.

This article aims at identifying the dimensions of interprofessional work and of collaborative practices developed by a family health team at a primary care unit. This qualitative research was conducted through participant observation of the work developed by health professionals. The study evidenced advances in the incorporation of collaborative practices in primary healthcare and in the creation of spaces that favor dialogs and the establishment of a consensus that result in comprehensive care and patient safety, despite conflicts and tensions inherent to the health work process.

Keywords: Teamwork. Interprofessional work. Qualitative research.

Este artigo tem como objetivo identificar as dimensões do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas desenvolvidas por uma equipe de saúde da família em uma unidade básica de saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa realizada mediante observação participante do trabalho desenvolvido por profissionais de saúde. O estudo realizado evidenciou avanços na incorporação de práticas colaborativas no âmbito da atenção primária e na criação de espaços mais favoráveis ao diálogo e ao estabelecimento de consensos que resultam em cuidado integral e segurança do paciente, a despeito dos conflitos e das tensões próprias do processo de trabalho em saúde.

Palavras-chave: Trabalho em equipe. Trabalho interprofissional. Pesquisa qualitativa.

* Este estudo foi realizado como parte do programa de pós-doutorado da primeira autora junto com o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp, que contou com bolsa de pós-doutorado da Capes, Edital Pró-Ensino na Saúde no 24/2010 – processo: 2047/2010, Universidade de Brasília (UnB) – projeto “Fortalecimento do Ensino na Saúde no Contexto do SUS: uma Proposta Interdisciplinar da Universidade de Brasília na Região Centro-Oeste”.

^(a, b) Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília. campus universitário, Centro Metropolitano, Ceilândia Sul. Brasília, DF, Brasil. 72220-275. patescalda@yahoo.com.br; cleliaparreira@unb.br

Introdução

Em função da crescente complexidade dos problemas de saúde e do caráter fragmentado da atenção à saúde prestada, uma prática interprofissional colaborativa é cada vez mais requerida para tornar a atenção à saúde mais segura, efetiva e integral. Nessa prática, os profissionais buscam realizar um trabalho colaborativo com ações coletivas voltadas a tarefas comuns^{1,2}, o que pode resultar em uma atenção mais adequada para responder às necessidades das pessoas, das famílias e da comunidade³, no âmbito dos cuidados primários à saúde³.

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”³ (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”⁴ (p. 92).

Para Peduzzi⁵, as áreas profissionais de saúde possuem processos de trabalho peculiares mediados pelo encontro entre usuários e profissionais de saúde e o uso de intervenções técnicas. O trabalho em equipe, por sua vez, consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se desenvolve no cotidiano de encontros e diálogos entre pares em busca das articulações necessárias à integração de suas ações no ato de cuidar.

Tal perspectiva é parte do que vem se buscando fortalecer em nossas políticas públicas de saúde dirigidas a reorientar a formação em distintos níveis, para que os novos profissionais possam melhor atender as necessidades de saúde, orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse processo, é também essencial que os conhecimentos, as habilidades e as atitudes requeridas no trabalho em saúde sejam efetivamente identificadas e sua aquisição assegurada⁶.

Os sistemas de saúde em todo o mundo têm sido afetados pela maior complexidade dos problemas de saúde, decorrentes de uma maior diversidade social e populacional e o crescimento de grupos sociais vivendo em situação de vulnerabilidade (idosos, sem-teto, pessoas com condições de saúde crônicas), o que vem fortalecendo a necessidade de reorientar o trabalho em saúde para um modo interprofissional de cuidados colaborativos⁴.

No caso brasileiro, de acordo com Fausto et al.⁷, os cuidados primários em saúde ganharam expressão com a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF), no fim dos anos 1990, como proposta de reorganização do sistema de saúde. Segundo Pereira e Lima⁸, a reorganização do processo de trabalho na perspectiva da ESF passou a requerer vários profissionais, com seus saberes e práticas distintas, mas capazes de abarcar as diversas dimensões da saúde. Diante desses múltiplos trabalhadores, diversos desafios – a fragmentação do cuidado; e a atuação isolada e independente de profissionais em relação ao cuidado à saúde – têm requerido novos arranjos no processo de trabalho dessas equipes, dentre os quais destaca-se a instituição de uma prática de natureza interprofissional e colaborativa.

A “colaboração é um problema central em qualquer trabalho coletivo”, segundo D’Amour et al.⁹, e tem por base a “premissa de que os profissionais querem trabalhar juntos” para alcançar um melhor resultado mediante uma ação coletiva.

Para analisar os processos colaborativos em uma instituição, essa autora e colaboradores⁹ propõem um modelo de estudo do modo de “estruturação da colaboração”, que pode ser reconhecida em um arranjo de quatro dimensões², duas relacionadas às relações interpessoais e as outras duas ao ambiente organizacional (que influencia a ação coletiva), respectivamente: 1) visão e objetivos compartilhados; 2) internalização; 3) formalização; e 4) governança.

Neste estudo, realizado no âmbito da ESF, buscou-se aplicar este modelo de análise para investigar a complexa dinâmica do trabalho de uma equipe de saúde, tendo como objetivos identificar as categorias de análise relacionadas às dimensões do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas desenvolvidas em unidade básica de saúde (UBS).

A ESF tem como base de seu modelo de atenção as equipes de saúde, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com responsabilidade sanitária por cerca de quatro mil pessoas¹⁰. Tal organização tem potencial para favorecer o reconhecimento de necessidades de saúde e, até mesmo, o desenvolvimento de uma prática interprofissional, dada a coesão que exige daqueles que nele atuam, a despeito das áreas de formação ou dos conhecimentos diversificados que possuem¹¹⁻¹³.

Em uma perspectiva em que a complexidade dos problemas de saúde enfrentados pelas equipes da ESF requer uma prática colaborativa faz-se necessário reconhecer alguns conceitos que lhes são úteis, como partilha, definida como compromisso colaborativo; parceria, em que dois ou mais atores se juntam de forma colaborativa; interdependência, definido como dependência mútua; e poder, que é compartilhado entre os membros e baseado no conhecimento e experiência em detrimento das funções ou títulos².

As perguntas norteadoras do estudo foram: O trabalho da equipe de saúde da ESF está organizado na perspectiva da prática colaborativa? A equipe de saúde trabalha na perspectiva interprofissional favorecendo a articulação e integração das ações de saúde?

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com a abordagem da realidade social do trabalho de uma equipe de saúde da família na atenção primária. Os estudos dessa natureza, segundo Minayo¹⁴, são capazes de identificar a riqueza de significados e a possibilidade de enumeração dos fatos como qualidade do indivíduo e do coletivo, ou seja, uma realidade expressa pela diversidade como é a vida em sociedade e no mundo do trabalho.

O cenário do estudo foi o trabalho cotidiano de uma equipe de saúde da família de UBS, do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, que na época contava com uma população adscrita de 237.441 habitantes, vivendo em área de médio risco de vulnerabilidade social e com seis equipes de saúde da família. Com base nos objetivos deste estudo, selecionou-se uma equipe, por indicação da gerente dessa unidade.

O campo foi realizado por meio da observação participante do trabalho da equipe de saúde ao longo de quatro meses (janeiro a abril de 2016) de vivência integral na unidade, com registro contínuo em diário de campo. As observações foram orientadas pelas questões de pesquisa – a organização do trabalho e as práticas de atenção à saúde de uma equipe de saúde da família – e os indicadores das dimensões colaborativas interprofissionais propostos por D'Amour²: valores e objetivos da equipe, orientações centradas no paciente, convivência mútua, confiança, ferramentas de formalização, troca de informações, centralidade/direcionamento claro, liderança, suporte para a inovação e conectividade entre os envolvidos.

A observação participante¹⁵⁻¹⁷ tem como característica a interatividade do pesquisador com seus interlocutores em seu contexto de atuação. Assim, pressupõe convívio e intercâmbio de experiências captadas pelo olhar, falar, sentir, vivenciar e experimentar¹⁸.

A observação participante do cotidiano da dinâmica do trabalho dessa equipe envolveu um conjunto de atividades de atenção à saúde, nas quais predominaram os atendimentos individuais programados e de urgência, que absorviam parte significativa do cotidiano desses profissionais. A partir das observações realizadas, buscou-se relacionar seu conteúdo às dimensões, e respectivos indicadores, de forma a reunir grupos de elementos necessários à análise e à constituição das categorias adotadas.

Foram registrados em diário de campo as impressões sobre a rotina dos profissionais, notadamente aquelas que mais caracterizavam o trabalho em equipe, da atividade – rotineira ou extraordinária – realizada por cada um dos participantes, a tecnologia utilizada pela equipe, as situações de conflito interprofissional e de apoio e construção conjunta, as práticas colaborativas entre profissionais de diferentes profissões ou da mesma, e a participação do usuário nos espaços de atenção à saúde.

A rotina de trabalho da equipe incluía reuniões internas na UBS; visitas domiciliares e atendimentos com o envolvimento de mais de um profissional de saúde; observação e assistência de casos suspeitos

de dengue, *Zika* e *Chikungunya*, por ocasião das epidemias; e participação na agenda de encontros do Conselho Local de Saúde e com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) – farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, educador físico e pediatra, assim como com a pediatra de apoio da equipe de saúde.

Os momentos de observação participante foram acordados com os membros da equipe, considerando esta agenda de trabalho na unidade de saúde. Participaram desse estudo todos os componentes dessa equipe de saúde da família: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Os registros dos diários de campo foram examinados com base na análise temática de conteúdo proposta por Bardin¹⁹, que corresponde a:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p. 48)

A análise temática de conteúdo desenvolveu-se em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. O primeiro contato com o relatório foi por meio da leitura flutuante, considerando o objetivo da pesquisa, que é a fase da pré-análise, seguido pela exploração do material com a leitura aprofundada do documento. A análise foi orientada para reconhecer no trabalho em equipe sua prática interprofissional e colaborativa buscando nesse campo temático a produção dos “núcleos de sentido”²⁰.

A classificação dos elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e depois por reagrupamento com critérios previamente definidos é o que Bardin¹⁹ chama de categorização. As categorias são rubricas as quais reúnem um grupo de elementos, que nesse estudo foram adotadas como categorias temáticas: 1) Encontros e interações na equipe, 2) Parcerias, 3) Práticas colaborativas e trabalho interprofissional, 4) Resolução de conflitos, 5) Poder no trabalho em equipe interprofissional, 6) Novas configurações do processo de trabalho, 7) Atenção centrada no paciente, 8) Coesão entre equipe e níveis gerenciais, e 9) Interdependência.

A análise dos resultados fundamentou-se na ocorrência e descrição dos fenômenos relacionados à interprofissionalidade e às práticas colaborativas, especialmente em função das experiências de cuidado colaborativo de natureza interprofissional no âmbito da atenção primária.

Em relação às considerações éticas, este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, número do parecer 1.332.539, e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, número do parecer 1.347.033.

Resultados e discussão

O cuidado em saúde, na equipe de saúde da família em que o estudo foi realizado, está organizado na lógica do trabalho em equipe, nos termos preconizados por Peduzzi^{13,21}. A agenda de trabalho semanal dos profissionais participantes deste estudo incluía encontros e reuniões sistemáticas e regulares, que contavam com a presença de toda a equipe. Esses encontros tinham como objetivos: estabelecer acordos ou encaminhamentos e socializar os casos atendidos pelos profissionais no acolhimento diário e nas visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS). As discordâncias na abordagem e acompanhamento dos casos também eram tratadas nesse espaço de discussão e, dependendo da complexidade dos problemas, passavam para outro nível de decisão: a reunião de equipe da unidade básica de saúde (UBS). Durante as reuniões, observou-se que a equipe tem bom conhecimento das características do território de atuação e dos problemas de saúde da população adscrita, com destaque à complexidade da realidade social.

Os processos colaborativos relacionados à interação, em sua dimensão “visão e objetivos compartilhados”, trataram dos aspectos relacionados aos objetivos e orientações centradas no

paciente; do estabelecimento de parcerias profissionais, especialmente nas reuniões de equipe; das novas configurações do processo de trabalho, como a alternância na condução e análise de casos agudos da UBS; do posicionamento profissional horizontalizado, com compartilhamento de informações em caso de divergências, com foco na demanda apresentada pelos pacientes. Esses processos colaborativos foram agrupados em três categorias – Encontros e interações na equipe; Parcerias; e Práticas colaborativas e trabalho interprofissional – que são detalhadas a seguir.

Reconheceu-se que os elementos presentes na categoria 1 – Encontros e interações na equipe – favoreceram o trabalho interprofissional e a prática colaborativa, no âmbito da unidade de saúde, como também observado em outro estudo²⁰. Nesta categoria, verificou-se o potencial dos protocolos assistenciais como instrumentos de interação e sua capacidade de mobilizar discussões, principalmente em função das epidemias de dengue e dos vírus *Zika* e *Chikungunya*, com informações sobre a ocorrência de casos e óbitos dessas doenças; e da situação geral de saúde da população. A integração e o estabelecimento de vínculo entre os membros da equipe puderam ser observados em diferentes momentos. Na UBS estudada, além das reuniões e dos encontros agendados, era comum a troca de informações e conhecimentos em outros espaços institucionais, por exemplo, em conversas informais no intervalo do café.

As parcerias, categoria 2, podem ser observadas em diferentes reuniões de equipe, quando estabeleceram-se acordos entre os profissionais na organização das agendas com vistas a assegurar os direitos dos usuários. Em um desses encontros, a equipe definiu que em função do movimento de paralização dos médicos havia a necessidade de remarcação das consultas das gestantes no pré-natal, havendo sido estabelecido que os ACS fizessem o comunicado das novas consultas.

Quanto às práticas colaborativas e o trabalho interprofissional (categoria 3), o esforço por estabelecer uma nova configuração assistencial para o serviço de saúde, em um curto espaço de tempo, demonstrou coesão entre gerente e equipe da UBS, assim como evidenciou capacidade de articulação da UBS com o nível gerencial superior. Dessa forma, esta iniciativa representou um salto de qualidade em relação à assistência aos casos suspeitos de dengue, *Zika* e *Chikungunya*, com a garantia de acompanhamento desses casos pela equipe de saúde e com a interação com o serviço de controle de zoonoses, que pautava as vistas domiciliares e participava da definição de estratégias de ações com base no endereço dos pacientes notificados. A organização desse ambulatório demonstrou, ainda, que, com direção clara e apoio das equipes de saúde, é possível que a atenção primária cumpra o seu papel na assistência, demonstrado pela complexidade que é o processo saúde-doença, especialmente quando ela se organiza desde uma perspectiva interprofissional e potencializa a prática colaborativa⁴.

Para Molyneux²², as qualidades pessoais, a comunicação entre os membros da equipe e a oportunidade de desenvolver métodos de trabalho criativos podem constituir indicadores positivos da presença de práticas de trabalho cooperativo desenvolvido dentro de uma equipe de saúde. O incentivo e a oportunidade da gestão para com a equipe de saúde, permitindo-lhes desenvolver métodos criativos de atuação, mais adequados ao seu ambiente de trabalho, favorecem o desenvolvimento de compromisso profissional, proporcionando maior potencial de estabelecimento de parcerias com pacientes e suas famílias²².

Outra dimensão dos processos colaborativos é a “internalização”, que reúne diferentes aspectos relativos às interações, à confiança e à convivência mútua. Na esfera dessa dimensão, reconheceu-se neste estudo mais duas categorias: 4 – Resolução de conflitos e 5 – Poder no trabalho em equipe.

O fato de a ESF estar constituída há mais de dez anos foi um fator determinante para o estabelecimento de vínculos entre os profissionais, e um elemento facilitador de comunicação aberta, assim como confiança e respeito mútuo²³⁻²⁵, aspectos fundamentais para a resolução de conflitos (categoria 4).

Essa mesma categoria 4 também foi observada no caso de uma criança que tinha sido atendida na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com histórico de amigdalite. Mesmo com a segunda dose do antibiótico prescrito, a criança ainda estava muito prostrada e, por esse motivo, a mãe voltou na UBS. A enfermeira atendeu a mãe e a criança, que apresentava febre e placas na garganta. A mãe informou que a criança não estava se alimentando bem e apresentava vômitos. A enfermeira decidiu compartilhar o caso com a médica da sua equipe (com quem tinha trabalhado todos os outros casos

anteriores). A médica, que estava de saída, entendeu que já tinha realizado muitos atendimentos e que então este caso fosse discutido com a outra médica. A enfermeira discordou de que a médica tivesse realizado muitos atendimentos, já que, na realidade, todos os casos foram por ela atendidos. A outra médica informou que, como tinha atendido apenas dois casos, não teria problemas em discutir este caso com a enfermeira. Ambas permaneceram no consultório. Na conversa com a mãe sobre os sintomas, a médica examinou a garganta da criança sem o uso da espátula e não viu placas. A enfermeira questionou o exame da orofaringe e solicitou um com a espátula, o que atestou a existência da infecção. Na sequência, a médica avaliou o hemograma que a criança tinha realizado na UPA, assim como a receita trazida, e concluiu ser necessário mudar o antibiótico prescrito, passando a informar a mãe sobre a conduta a ser adotada.

O conflito é inerente ao trabalho em equipe e é importante o reconhecimento das estratégias para a sua superação²⁶. Estratégias individuais de solução de conflitos incluíram: comunicação aberta e direta²⁷, disposição para encontrar soluções; respeito e humildade. De acordo com Brown et al.²⁶, o trabalho em equipe interprofissional na atenção primária à saúde não é apenas complexo, mas também diverso, sinalizando a importância de identificar as fontes de conflitos e os meios para enfrentá-los.

A categoria 5 – Poder no trabalho em equipe interprofissional, como objeto de compartilhamento entre membros de uma equipe, diz respeito aos conhecimentos e experiências acumuladas, conforme argumenta D'Amour et al.². Para esses autores, o poder não está relacionado à hierarquia entre profissionais ou a postos ocupados ou funções exercidas. Como os encontros da ESF são realizados semanalmente e os casos novos são discutidos em equipe para a tomada de decisão em relação às intervenções necessárias, existe uma dinâmica de trabalho em que as posições são horizontalizadas, o que permite a todos os seus membros se revezarem na condução e análise dos casos, assim como na proposição dos encaminhamentos.

A formalização é a terceira dimensão que está presente nos processos colaborativos² e diz respeito às ferramentas e aos protocolos que apoiam a organização do processo de trabalho. Dentro da dimensão referente à formalização, identificou-se neste estudo mais duas categorias: 6 – Novas configurações do processo de trabalho e 7 – Práticas centradas no paciente.

O atendimento de casos agudos, para todas as faixas etárias, realizado pela UBS obedecia a uma escala de trabalho mediante revezamento semanal das equipes de saúde da família. Quando este estudo foi realizado, dada a grande demanda de casos suspeitos de dengue, houve uma nova configuração do processo de trabalho (categoria 6). A equipe estudada era constituída por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma médica que, na ação interprofissional que lhes foi demandada, preservavam seus conhecimentos específicos e suas autonomias profissionais. O paciente era encaminhado para a enfermeira que identificava as queixas e seguia o protocolo de classificação de risco, considerando a queixa principal. As dúvidas eram discutidas com a médica e, por consenso, estabelecidos os encaminhamentos necessários. Todo esse processo teve como ferramenta de apoio o prontuário eletrônico, que auxilia no atendimento dos casos, considerando o histórico de saúde do paciente.

Em função das novas epidemias de dengue, *Zika* e *Chikungunya*, novo arranjo assistencial foi definido para as ESF em relação aos casos agudos. Na nova configuração foi montado um ambulatório/observação específico para suspeitos de dengue, *Zika* e *Chikungunya* na sala de reuniões da UBS. Na escala de atendimento aos casos suspeitos dessas doenças, a equipe reunia uma enfermeira, um médico, duas técnicas de enfermagem e um técnico de laboratório. Esse ambulatório foi estruturado com a tecnologia necessária para responder satisfatoriamente à assistência aos casos, inclusive com o apoio diagnóstico. Para o registro do caso era preenchida a ficha de notificação, que consta o endereço da residência. O prontuário eletrônico era acessado para identificação de intercorrências/comorbidades e consulta dos resultados de exames de sangue, que eram encaminhados para o laboratório, analisados na própria UBS. A decisão de estruturação do ambulatório foi tomada conjuntamente pela comissão que discutia a assistência aos casos agudos e pela gerente da UBS.

A literatura tem apontado para a prática centrada no paciente (categoria 7) como sendo fundamental para a qualificação da atenção prestada. De acordo com Kitson et al.²⁸, três temas centrais descrevem a prática centrada no paciente, representada pelos discursos da política de saúde,

Medicina e Enfermagem, sendo eles a participação e envolvimento dos pacientes, a relação entre o paciente e o profissional de saúde e o contexto em que os cuidados são prestados. O que envolve, segundo Clayton et al.²⁹, a prestação de cuidados que o paciente necessita e deseja. Para Sidani e Fox³⁰, existem dados empíricos que mostram haver discrepância entre o cuidado ofertado pela equipe e o cuidado esperado pelos pacientes. De uma forma geral, quando a equipe trabalha de forma integrada, buscando consensos acerca das melhores terapêuticas, existe uma possibilidade de diminuição da distância entre essas expectativas. Para os pacientes é necessário que a equipe leve em conta suas necessidades. Já para os profissionais, a despeito de considerarem relevante que tais necessidades sejam levadas em conta, eles tendem a buscar os protocolos e os referenciais vigentes, o que os aproxima das demandas e os afasta das necessidades relatadas. No caso estudado, assim como em qualquer equipe, houve momentos em que o consenso foi buscado, apesar da presença de conflitos entre posições e entendimentos. No caso brasileiro, existem estudos que sinalizaram para o fato de o estresse e os conflitos vividos pelas equipes serem mal gerenciados, implicando na quebra de vínculos, na produção de novas situações conflituosas e no comprometimento do desempenho profissional dos seus membros³¹.

Em um dos encontros semanais observados, a equipe discutiu o caso trazido pela enfermeira sobre a suspeita de abuso sexual de familiar com uma criança. Todos os componentes da equipe conheciam a situação familiar e, como também envolvia o uso de drogas pelos pais da criança, a enfermeira teve dúvidas em relação à formalização do caso com o preenchimento da ficha de notificação de abuso sexual. As ACS e a médica entenderam que a conduta seria acionar inicialmente a assistente social (AS), para que o caso fosse denunciado ao Conselho Tutelar, como forma de proteção à criança. Após a discussão do caso, com a contribuição de todos os componentes da equipe, considerando que a realidade social era apropriada pela equipe, o consenso foi encaminhar para a AS da UBS.

Em outro encontro da ESF, a enfermeira e a médica discutiram o caso de uma gestante jovem com perda de líquido, que era residente em outro município e que havia mudado para a área de abrangência da ESF há menos de um mês. O entendimento foi o de que o caso era grave e, portanto, havia necessidade de que a ACS fizesse busca ativa no domicílio para certificar que a gestante teria sido atendida na maternidade de referência da unidade.

Além dos encontros da ESF, também eram realizados encontros com a equipe do Nasf uma vez a cada mês, com o objetivo de discutir os casos reconhecidos pela ESF que necessitem de cuidados dos profissionais de apoio do núcleo. No entanto, os encaminhamentos para o Nasf – que são definidos nas reuniões de equipe sem a participação dos pacientes – podem causar estranhamento. Em uma reunião da ESF, a ACS trouxe de volta um encaminhamento feito para a Fisioterapia do Nasf, que a mãe não reconhecia como necessário por entender que a criança não tinha problemas. Tal desconhecimento evidenciou para a equipe que, embora todos estivessem apropriados da situação de saúde da criança e houvesse consenso acerca do apoio necessário, a mãe não havia sido suficientemente envolvida ou informada.

A dimensão Governança diz respeito à centralidade, liderança, suporte para inovação e conectividade implicada na ação; tem caráter organizacional; e reuniu as categorias 8 – Coesão entre equipe e níveis gerenciais e 9 – Interdependência.

A categoria Coesão entre equipe e níveis gerenciais é definida por D'Amour et al.² como sendo a interação entre os gestores e profissionais de saúde, parte importante do trabalho em saúde, e a qualidade dessa articulação como podendo potencializar a colaboração e alcançar uma prática mais integral. No caso do trabalho da equipe estudada, o estabelecimento de uma agenda semanal para as reuniões de equipe correspondeu a uma decisão gerencial que contribuiu para a articulação de tal equipe, assim como a troca de informações e, portanto, a definição de um processo de comunicação contínuo. Além disso, a existência de espaço específico para a realização das reuniões e encontros na própria unidade de saúde resultou na institucionalização, do ponto de vista gerencial, dos espaços de negociação como organizadores do trabalho da equipe estudada.

De acordo com Abbad et al.³², existem, no cotidiano do trabalho em saúde, tensões, conflitos e discordâncias com relação à condução ou à responsabilização de casos, à tomada de decisão ou às escolhas de procedimentos e terapêuticas que precisam ser contornadas ou superadas para que se

alcance o trabalho colaborativo. A forma como tais tensões ou conflitos serão percebidos e mediados poderá contribuir para maior ou menor coesão na equipe.

A categoria 9 – Interdependência foi observada na equipe de Saúde da Família, cuja relação com profissionais especialistas, como o pediatra, constituía-se de forma interdependente. O caso de uma criança atendida pela médica de família ilustra essa necessidade de compartilhamento. A criança chegou à UBS por volta das dez horas, completamente sonolenta e com a glicemia capilar alterada, o que exigiu a administração de soro venoso glicosado e, na sequência, o pedido de uma ambulância para transferência para a UPA. A médica de família e a pediatra procuraram saber da avó e da mãe a possibilidade de a criança ter tomado algum medicamento como imitação das ações dos adultos. Outra possibilidade seria o uso de drogas pela mãe, uma vez que a criança ainda amamentava. Não houve confirmação das suspeitas por parte da avó e da mãe que acompanhavam a criança. A pediatra explicou que, em casos dessa natureza, em que existe a hipótese de uma intoxicação por medicamento ou droga, o caminho é fazer o contato com o hospital de referência para esses casos. Informou ser este um canal importante, uma vez que possui tecnologia disponível (um *software*) no qual, ao descrever os sintomas do paciente é possível identificar se trata-se de uma intoxicação e quais ações devem ser tomadas naquele nível de atenção à saúde. Foi entendido por ambas as profissionais que o caso precisava de mais esclarecimentos, uma vez que a alternância entre a sonolência e o despertar apresentada pela criança era compatível com intoxicação. Estudo realizado no Brasil, ao tratar fatores relacionados à comunicação, desde uma perspectiva interprofissional, chamou a atenção para a importância do compartilhamento de informações e da interação como uma interlocução que deve envolver, de forma ativa, profissionais, pacientes e seus familiares para que haja o entendimento desejado³³.

Tal prática colaborativa implica no reconhecimento da interdependência entre os profissionais, entendida como um desejo comum de resolver as necessidades do paciente, e como forma de fazer emergir a sinergia entre aportes antes tidos como individualizados².

Considerações finais

Os elementos associados às práticas colaborativas e à ação interprofissional em saúde envolvem aspectos que, para serem mais bem compreendidos, precisam ser abordados desde uma perspectiva qualitativa. Conceitos presentes no cotidiano do trabalho em equipe trazem nuances que, dada a sua complexidade, exigem uma imersão por parte do pesquisador. Nesse sentido, cabe reconhecer alguns limites do estudo, próprios da observação participante empreendida; o reconhecimento dos fenômenos que se fizeram presentes na presença do pesquisador; e a dificuldade de observação de práticas e eventos raros presentes no cotidiano do trabalho. As abordagens qualitativas ampliam tanto a incorporação de instrumentais metodológicos mais adequados à aproximação com os fenômenos presentes nas práticas profissionais desenvolvidas em ambientes dinâmicos – como é o caso daqueles encontrados em equipes de saúde na atenção primária, orientadas pela estratégia saúde da família – quanto dimensões não mensuráveis presentes nas relações interpessoais de profissionais e pacientes e entre profissionais.

O estudo realizado evidenciou avanços na incorporação de práticas colaborativas no âmbito da atenção primária e na criação de espaços mais favoráveis ao diálogo e ao estabelecimento de consensos que resultam em cuidado integral e segurança do paciente, a despeito dos conflitos e das tensões próprias do processo de trabalho em saúde.

Considerando os resultados obtidos, sugerem-se estudos complementares capazes de relacionar a incorporação de práticas colaborativas à segurança dos pacientes, na perspectiva da saúde da família.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH).

Contribuições dos autores

O campo foi realizado pela primeira autora. Todos os autores contribuíram para a preparação do manuscrito, participaram ativamente da discussão dos resultados, da revisão crítica e da aprovação da versão final deste artigo.

Referências

1. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):185-97.
2. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD. Conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005; 19 Suppl 1:116-31.
3. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*. 2005; 19 Suppl 1:8-20.
4. Khalili H, Hall J, DeLuca S. Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice. *J Interprof Care*. 2014; 28(2):92-7.
5. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(1):103-9.
6. Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med Educ*. 1999; 33(2):95-100.
7. Fausto MCR, Bousquat A, Lima JG, Giovanella L, Almeida PF, Mendonça MHM, et al. Evaluation of Brazilian primary health care from the perspective of the users accessible, continuous, and acceptable? *J Ambul Care Manage*. 2017; 40 Suppl 2:60-70.
8. Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2a ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
9. D'Amour D, Goulet L, Labadie J, San Martín-Rodríguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:188. doi: 10.1186/1472-6963-8-188.
10. Pinto RM, Wall M, Yu G, Penido C, Schmidt C. Primary care and public health services integration in Brazil's Unified Health System American. *J Public Health*. 2012; 102(11):69-77.
11. Mcpherson K, Headrick L, Moss F. Working and learning together: good quality care depends on it, but how can we achieve it? *Qual Health Care*. 2001; 10 Suppl 2:46-53.
12. Aguilard-da-Silva RH, Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação*. 2011; 16(1):67-184.
13. Schraiber LB, Peduzzi M. Processo de trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, editores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
15. Yin RK. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso; 2016.
16. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

17. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
18. Fernandes FMB, Moreira MR. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. *Physis*. 2013; 23(2):511-29.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
20. Agreli HLF. Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.
21. Peduzzi M. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4):977-83.
22. Molyneux J. Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *J Interprof Care*. 2001; 15(1):29-35.
23. Alpert HB, Goldman LD, Kilroy CM, Pike AW. 7 Gryzmish: toward an understanding of collaboration. *Nurs Clin North Am*. 1992; 27(1):47-59.
24. Pike AW, McHugh M, Canney KC, Miller NE, Reiley P, Seibert CP. A new architecture for quality assurance: nurse-physician collaboration. *J Nurs Care Qual*. 1993; 7(3):1-8.
25. Siegler EL, Whitney FW. Nurse-physician collaboration. Care of adults and the elderly. New York: Stringer Publishing Company; 1994.
26. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Conflict on interprofessional primary health care teams - can it be resolved? *J Interprof Care*. 2011; 25(1):4-10. doi: 10.3109/13561820.2010.497750.
27. Pereira RC, Rivera FJU, Artmann E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(45):327-40.
28. Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centered care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs*. 2013; 69(1):4-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x.
29. Clayton MF, Latimer S, Dunn TW, Haas L. Assessing patient-centered communication in a family practice setting: How do we measure it, and whose opinion matters. *Patient Educ Couns*. 2011; 84(3):294-302.
30. Sidani S, Fox M. Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *J Interprof Care*. 2014; 28(2):134-41. doi: 10.3109/13561820.2013.862519.
31. Araújo EMD, Galimbertti PA. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. *Psicol Soc*. 2013; 25(2):461-8.
32. Abbad GS, Parreira CMSF, Pinho DLM, Queiroz E. Ensino na saúde no Brasil. Curitiba: Juruá; 2016.
33. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49 Esp 2:16-24.

Escalda P, Parreira CMSF. Dimensiones del trabajo interprofesional y prácticas colaborativas desarrolladas en una unidad básica de salud, por equipo de Salud de la Familia. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1717-27.

El objetivo de este artículo es identificar las dimensiones del trabajo interprofesional y de las prácticas colaborativas desarrolladas por un equipo de salud de la familia en una unidad básica de salud. Se trata de investigación cualitativa realizada mediante observación participativa del trabajo desarrollado por profesionales de la salud. El estudio realizado mostró avances en la incorporación de prácticas colaborativas en el ámbito de la atención primaria y en la creación de espacios más favorables al diálogo y al establecimiento de consensos que resultan en cuidado integral y seguridad del paciente, a pesar de los conflictos y de las tensiones propias del proceso del trabajo en salud.

Palabras clave: Trabajo en equipo. Trabajo interprofesional. Investigación cualitativa.

Submetido em 03/11/17. Aprovado em 16/05/18.

