

Dimensões do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por uma equipe de saúde da família.

Patrícia Escalda¹, Clélia Parreira¹e Antonio Cyrino²

¹ Faculdade de Ceilândia-Universidade de Brasília/DF, Brasil
escalda@unb.br; cleliaparreira@unb.br

² Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp/ São Paulo, Brasil.
acyrino@fmb.unesp.br

Apoios: Unesp-Botucatu/São Paulo, Brasil; Faculdade de Ceilândia-UnB/ DF, Brasil; CAPES/Brasil

Resumo. Em função da crescente complexidade dos problemas de saúde, uma prática colaborativa interprofissional é cada vez mais requerida para tornar a atenção à saúde mais segura, efetiva e integral. Nesta prática, os profissionais buscam realizar um trabalho compartilhado com ações coletivas voltadas a tarefas comuns. 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 das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde durante de janeiro a abril de 2016. Conceitos como partilha, interdependência, parceria (ou cooperação) e poder – presentes no cotidiano do trabalho em equipe – trazem nuances que exigem um tipo específico de imersão por parte do pesquisador, dada a sua complexidade. As abordagens qualitativas ampliam a aproximação com os fenômenos presentes nas práticas profissionais desenvolvidas em ambientes dinâmicos, como é o caso daqueles encontrados em unidades de atenção à saúde.

Palavras-chave: Trabalho em Equipe; Trabalho Interprofissional; Pesquisa Qualitativa.

Dimensions of interprofessional work and collaborative practices developed at a basic health unit, BH / MG-2016, by a family health team.

Abstract. Collaborative practice has been defined as an interprofessional process for decision-making and communication that allows knowledge and skills of professionals. This article aims to identify the dimensions of interprofessional work and collaborative practices developed by a family health team in a basic health unit. The methodological strategy was qualitative and the technique used was the participant observation of all the health activities developed by the health professionals of a family health team during January to February 2016. Concepts such as sharing, interdependence, partnership and power - present in the daily work of teamwork - bring nuances that require a specific type of immersion on the part of the researcher, given its complexity. Qualitative approaches broaden the interface to the phenomena present in the professional practices developed in dynamic environments, as is the case of those found in health care units.

Keywords: Teamwork; Interprofessional work; Qualitative research.

1 Introdução

Em função da crescente complexidade dos problemas de saúde, uma prática colaborativa interprofissional é cada vez mais requerida para tornar a atenção à saúde mais segura, efetiva e integral. Nesta prática os profissionais buscam realizar um trabalho compartilhado com ações coletivas voltadas a tarefas comuns (Reeves, 2016; D'Amour *et al.*, 2005). Utiliza eficazmente os recursos de forma a atender às necessidades práticas específicas da população e fornecer melhores cuidados primários à saúde (WHO, 2010).

A cooperação entre profissionais está associada ao processo pelo qual os indivíduos conhecem um ao outro, profissionalmente, com o entendimento de que essa cooperação se dá com base no compartilhamento de saberes de diferentes profissões (D'Amour *et al*, 2008).

A prática interprofissional, enquanto esforço por superar a especialização das práticas permite a problematização da realidade favorecendo a articulação e integração das ações de saúde. Além disso, constitui como um componente de organização dos serviços de saúde, aumentando a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, com o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais. Para D'Amour & Oandasan (2005) interprofissionalidade é definida como "o desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas. É o processo pelo qual profissionais são levados a refletir, desenvolver e fornecer uma prática de saúde capaz de responder às necessidades do paciente, das famílias e da população" (p.9). Neste sentido, busca-se substituir a competição entre os profissionais de saúde pela cooperação e "os desequilíbrios de poder por compromisso com a igualdade e responsabilidade coletiva" (Khalili, Hall & DeLuca, 2014, p.92).

Para Peduzzi (1998), o objeto de trabalho em saúde são as necessidades de saúde sentidas e trazidas pelos usuários. Tais necessidades são interpretadas pelos profissionais, razão pela qual pode ser classificado como sendo reflexivo, e servem de base para a estruturação e oferta de ações voltadas à prevenção, manutenção e restauração da saúde.

As áreas profissionais de saúde possuem processos de trabalho peculiares mediados pelo encontro de usuários e profissionais de saúde e o uso das intervenções técnicas. O trabalho em equipe, por sua vez, consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se desenvolve no exercício cotidiano da comunicação e nos diálogos que são estabelecidos nas articulações necessárias à integração das atividades no ato de cuidar (Peduzzi, 1998). O Sistema Único de Saúde (SUS), que conforma o modelo público de atenção à saúde no Brasil, foi resultado de um amplo processo social (Giovannella *et al*, 2008).

O modelo de atenção vigente busca consolidar as políticas públicas em saúde voltadas às melhorias e ao atendimento das necessidades da população, seguindo os princípios e diretrizes norteadores do SUS (Rosa *et al*. 2012). Nele, o profissional de saúde deve ser capaz de trabalhar bem com os pacientes e os colegas de trabalho em um serviço de saúde em que a equipe é, essencialmente, o ponto de partida para o cuidado. Para o atendimento das necessidades dos pacientes, familiares e comunidades que tenha como questão central a prestação de cuidados da saúde, é fundamental que o conhecimento, as habilidades e as atitudes necessárias ao trabalho (e ao aprender) sejam efetivamente identificadas e adquiridas (Parsell & Bligh, 1999).

O modelo de atenção vigente no Brasil, sobretudo desde a adoção da lógica da Estratégia da Saúde da Família, contempla um modelo de assistência centrado nas equipes de saúde, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cuja gestão no âmbito local cabe aos governos municipais. Cada equipe de saúde da família tem sob sua responsabilidade sanitária cerca de 4.000 pessoas (Pinto, 2012). Tal organização tem contribuído para a identificação tanto das demandas quanto das necessidades de saúde, o que favorece o desenvolvimento de uma prática interprofissional, dada a coesão que exige dos profissionais que nele atuam, a despeito das áreas de formação ou dos conhecimentos diversificados que possuem (Mcpherson, Headrick, & Moss, 2001; Aguilar-da-Silva, Scapin & Batista, 2011; Schraiber & Peduzzi, 2008).

Com problemas de saúde cada vez mais complexos para serem enfrentados pelas equipes de saúde é importante delimitar os conceitos de colaboração mencionados na literatura, sendo eles: 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, baseado no conhecimento e experiência em vez de funções ou títulos (D'Amour *et al*, 2005).

Este estudo, realizado na atenção primária à saúde com uma equipe de saúde da família, justifica-se pela necessidade de dar visibilidade à dinâmica da complexidade do trabalho em saúde, considerando as dimensões do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas.

As perguntas norteadoras do estudo foram: 1- O trabalho da equipe de saúde da ESF está organizado na perspectiva da prática colaborativa? 2- A Equipe de saúde trabalha na perspectiva interprofissional favorecendo a articulação e integração das ações de saúde?

Desta forma este artigo teve 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.

2 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 básica. Os estudos dessa natureza 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 (Minayo, 2008).

Este estudo foi realizado em uma unidade básica de saúde (UBS) do Distrito Sanitário Leste, BH/MG, que conta com uma população de 237.441 habitantes, em área de médio risco de vulnerabilidade social. À época esta unidade contava com seis equipes de saúde da família.

A dinâmica do trabalho dessa equipe de saúde estava estruturada nos atendimentos individuais programados e de urgência, que absorviam parte significativa do trabalho destes profissionais. Os membros da equipe ainda participavam de: encontros ou reuniões da equipe, encontros da equipe com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), visitas domiciliares com o envolvimento de mais de um profissional de saúde, grupos específicos de pacientes com os diversos profissionais de saúde, atendimentos com a participação de mais de um profissional e ao atendimento e observação de casos suspeitos de dengue, Zika e Febre Chikungunya no ambulatório que foi montado na unidade de saúde, por ocasião das epidemias. Além disso, os profissionais de saúde da Equipe de Saúde da Família também faziam parte de grupos de trabalho estabelecidos no planejamento da unidade. Na agenda de reuniões da unidade estavam incluídas as reuniões com o Conselho Local de Saúde, da gerência da unidade com as Equipes de Saúde da Família e com as diversas categorias profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família.

O trabalho de campo foi realizado ao longo de quatro meses (janeiro a abril de 2016) com vivência integral na unidade, mediante a observação participante do trabalho de atenção à saúde e de organização do trabalho e das práticas de uma equipe de saúde da família, com base em um roteiro estabelecido e registro contínuo em diário de campo. O roteiro constava de observação direta dos aspectos do trabalho em equipe, que tinha na sua composição quais eram os profissionais presentes na observação, atividade rotineira ou extraordinária realizada por cada profissional, tecnologia utilizada pela equipe, situações de conflito interprofissional, situações de apoio e construção conjunta, as práticas colaborativas entre profissionais e de diferentes profissões ou da mesma e, a participação do usuário nos espaços de atenção.

Os momentos de observação participante eram acordados com os componentes da equipe considerando a agenda dos profissionais e da gerência da UBS e, a agenda de encontros e reuniões da unidade de saúde. Participaram desse estudo todos os componentes da Equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e componentes da equipe do NASF (farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, educador físico e pediatra). O trabalho de campo foi intenso e o vínculo com os trabalhadores da equipe foi estabelecido na medida em que houve confiança entre equipe e pesquisadora.

O conjunto do material produzido nos diários de campo foi analisado com base na análise temática de conteúdo proposta por Bardin (2011), a qual 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 consistiu em três fases sendo elas: 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 em sua prática interprofissional e colaborativa buscando neste campo temático a produção dos "núcleos de sentido" (Bardin, 2011).

A classificação dos elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e depois por reagrupamento com critérios previamente definidos é definido por Bardin (2011), como categorização. As categorias são rubricas as quais reúnem um grupo de elementos, que nesse estudo foram adotadas como categorias temáticas: os encontros e interações na equipe, parcerias, práticas colaborativas e trabalho interprofissional, novas configurações do processo de trabalho, resolução de conflitos, poder no trabalho em equipe interprofissional, atenção centrada no paciente, coesão entre equipe e níveis gerenciais e interdependência.

A interpretação dos resultados consistiu na descrição e explicação da ocorrência do fenômeno, que foi a análise das experiências de cuidado colaborativo de natureza interprofissional, referentes à 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 Secretaria Municipal de Saúde, número do Parecer: 1.347.033.

3 Resultados

Os sistemas de saúde em todo o mundo afetados pela maior complexidade dos problemas de saúde, em função da maior diversidade da população e o número crescente de pessoas vulneráveis (idosos, sem-teto, pessoas com condições de saúde crônicas), passam pela necessidade de mudança dos modelos de prestação de cuidados de saúde – para modelos interprofissionais de cuidados colaborativos (Khalili, Hall & DeLuca, 2014).

No caso brasileiro, os cuidados primários em saúde ganharam expressão com a adoção da Estratégia Saúde da Família, no final dos anos 90, como proposta de reorganização do sistema de saúde (Fausto *et al*, 2017). 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 (Pereira & Lima, 2008).

Para tanto, se faz necessário superar a fragmentação do cuidado, a atuação isolada e independente de profissionais em relação às práticas de atenção à saúde, e instituir uma prática de natureza interprofissional e colaborativa.

Na ESF em que o estudo foi realizado, o cuidado em saúde está organizado na lógica do trabalho em equipe, nos termos preconizados por Peduzzi (2008, 2013), e a agenda de trabalho semanal dos profissionais participantes do estudo incluía encontros e reuniões sistemáticas e regulares, que contavam com a presença de toda a equipe. Esses encontros tinham como objetivos socializar os casos que foram atendidos pelos profissionais no acolhimento realizado diariamente e nas visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), assim como estabelecer acordos

ou encaminhamentos. As discordâncias em relação aos enfrentamentos dos casos também são tratadas nesse espaço de discussão e, dependendo da complexidade dos problemas, a discussão passa para outro nível de decisão, que consiste na reunião de equipe da UBS. Durante as reuniões, observou-se um conhecimento da equipe em relação aos problemas de saúde da população em função da complexidade da realidade social, assim como a apropriação do território de atuação.

Para D'Amour *et al* (2005), a interação entre os gestores e profissionais de saúde é parte importante do trabalho em saúde e a qualidade desta articulação pode 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 corresponde a uma decisão gerencial que contribui para a articulação da equipe, assim como a troca de informações e, portanto, o estabelecimento 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 aponta para a institucionalização, do ponto de vista gerencial, dos espaços de negociação como organizadores do trabalho da equipe estudada. O fato da equipe de saúde da família estar constituída há mais de dez anos foi um fator determinante para o estabelecimento de vínculos entre os profissionais, e um elemento facilitador de uma comunicação aberta (Stichler, 1995), assim como confiança e respeito mútuo (Alpert, Goldman, Kilroy & Pike, 1992; Pike, 1993; Siegler & Whitney, 1994).

Nas reuniões de equipe eram estabelecidas as parcerias entre os profissionais com vistas a favorecer os usuários. Foi durante um desses encontros que a equipe definiu que em função do movimento de paralização dos profissionais médicos havia a necessidade de remarcação das consultas das gestantes que estavam realizando o pré-natal, havendo sido estabelecido que os ACS fizessem o comunicado das novas consultas de pré-natal às gestantes.

Os protocolos assistenciais também foram discutidos durante os encontros, principalmente em função da situação de novas epidemias de Dengue, Zica e Chikungunya, com informação sobre a situação epidemiológica dessas doenças, considerando casos e óbitos, o que evidenciou a potencialidade que eles têm para oportunizar a discussão de situações de saúde da população e favorecer o trabalho interprofissional e a prática colaborativa no âmbito da unidade de saúde.

A integração e o estabelecimento de vínculos entre a equipe puderam ser observados em diferentes momentos. No caso da ESF participante, além das reuniões e encontros pautados, eram comuns os casos em que as trocas de informações e conhecimentos ocorriam logo após o término desses momentos, quando já mais descontraidamente conversavam enquanto tomavam um café.

O atendimento de casos agudos da UBS obedecia a uma escala de trabalho e, a cada semana uma equipe de saúde da família era responsabilizada por ele que, era realizado para todas as faixas etárias tendo sido focado, no momento de realização do estudo, os casos suspeitos de dengue. A equipe estudada era constituída por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma médica que, na ação interprofissional que lhes era demandada, preservavam seus conhecimentos específicos e suas autonomias profissionais. O paciente é encaminhado para a enfermeira que identifica as queixas e segue o protocolo de classificação de risco, considerando a queixa principal. As dúvidas são discutidas com a médica e, por consenso, estabelecem os encaminhamentos necessários. Todo esse processo tem como ferramenta de apoio o prontuário eletrônico, que auxilia no atendimento dos casos, considerando o histórico de saúde do paciente.

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 (Abbad *et al*, 2016).

As resoluções de conflito também foram observadas como no caso de uma criança que tinha sido atendida na UPA com histórico de amigdalite e, 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 criança, que apresentava febre e placas na garganta. A mãe informou que a criança não estava 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 tinha realizado muitos atendimentos e, que na realidade, todos os casos foi ela quem tinha atendido com a médica ela compartilhou as suas dúvidas. A outra médica informou que, como tinha atendido apenas dois casos, não teria problemas em discutir o caso com a enfermeira. A médica permaneceu no consultório com a enfermeira e, em conversa com a mãe sobre os sintomas, pediu para ver a garganta da criança sem a espátula e não enxergou placas. A enfermeira contestou sobre as placas e a médica reexaminou a garganta da criança com a espátula e atestando que havia placas. 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 que terá.

O conflito é inerente ao trabalho em equipe e é importante o reconhecimento das estratégias de solução para os mesmos. Em estudo realizado por Brown *et al* (2011), as estratégias individuais de solução de conflitos incluíram: comunicação aberta e direta; disposição para encontrar soluções; respeito e humildade. Ainda de acordo com Brown *et al* (2011) o trabalho em equipe interprofissional na atenção primária de saúde não é apenas complexo, mas também diverso, sinalizando a importância de identificar as fontes de conflitos e os meios para enfrentar os mesmos. Como os encontros da ESF são realizados semanalmente e, 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 membros da ESF se revezarem a condução da análise dos casos e na proposição dos encaminhamentos.

Para D'Amour *et al.* (2005), o poder é objeto de compartilhamento entre membros de uma equipe, uma vez que ele diz respeito aos conhecimentos e experiências acumuladas. Para ela, o poder não está relacionado à hierarquia entre profissionais, sequer a postos ocupados ou funções exercidas.

A literatura tem apontado para a prática centrada no paciente como sendo fundamental para a qualificação da atenção prestada. De acordo com Kitson *et al* (2013) 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, relação entre o paciente e o profissional de saúde e o contexto em que os cuidados são prestados e, que envolva a prestação de cuidados que o paciente necessita e deseja (Clayton *et al*, 2011). Para Sidani & Fox (2013), 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.

Em um desses encontros semanais 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 no 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 discutem 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 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 são 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 usuários - 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 toda a equipe estivesse apropriada da situação de saúde da criança e houvesse consenso acerca do apoio apropriado, a mãe não havia sido suficientemente envolvida ou informada.

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 na sala de reuniões da UBS. Na escala de atendimento aos casos suspeitos de Dengue, a equipe reúne uma enfermeira, um médico, duas técnicas de enfermagem e um técnico de laboratório. Este ambulatório foi estruturado com a tecnologia necessária para responder satisfatoriamente à assistência aos casos suspeitos de dengue, inclusive com o apoio diagnóstico. Para o registro do caso era preenchida a ficha de notificação de Dengue, 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 discute a assistência aos casos agudos e a gerente da UBS.

A atitude em 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. Desta forma, esta iniciativa representa um salto de qualidade em relação à assistência aos casos suspeitos de dengue, com a garantia de acompanhamento desses casos pela equipe de saúde, assim como 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 básica 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 colaborativa. (D'Amour *et al*, 2008).

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 individualizados (D'Amour *et al.*, 2005). Para Molyneux (2009), as qualidades pessoais, comunicação dentro da equipe e a oportunidade de desenvolver métodos de trabalho criativos podem constituir indicadores positivos de práticas de trabalho cooperativo desenvolvido dentro de uma equipe de saúde interprofissional. Com o incentivo e oportunidade da gestão para com a equipe de saúde, permitindo-lhes desenvolver métodos criativos de trabalho, mais adequados ao seu ambiente do serviço, isso favorece o

desenvolvimento de compromisso com seu trabalho, proporcionando maior potencial para trabalhar em parceria com pacientes e suas famílias (Molyneux, 2009).

Na UBS, as ESF são apoiadas por profissionais especialistas, como o pediatra, cujo trabalho se constitui 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 10 horas completamente sonolenta, 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 procuram saber da avó e da mãe da criança se teria usado algum medicamento da avó, uma vez que é comum crianças imitarem ações dos adultos, e como a avó toma medicamento todos os dias, essa seria uma possibilidade. Outra possibilidade seria o uso de drogas pela mãe, uma vez que a criança ainda amamenta. Tanto a avó quanto a mãe disseram que a criança não teria tomado medicamento. 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. Explicou que se faz uso corrente desse canal e que eles têm um software que ao descrever os sintomas do paciente eles encontram as possibilidades da possível intoxicação e quais ações devem ser tomadas naquele nível de atenção à saúde. O caso foi entendido por ambas profissionais como necessitando de maiores esclarecimentos, uma vez que a alternância entre a sonolência e o despertar apresentada pela criança era compatível com intoxicação.

4 Considerações

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 como, partilha, interdependência, parceria e poder – presentes no cotidiano do trabalho em equipe – trazem nuances que exigem um tipo específico de imersão por parte do pesquisador, dada a sua complexidade. 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 unidades de atenção à saúde, assim como com 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 básica 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.

5 Referências

- Aguilar-da-Silva, R. H., Scapin, L. T., & Batista, N. A. (2011). Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: Aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação*, 16(1), 67-184.
- Alpert, H. B., Goldman, L. D., Kilroy, C. M., & Pike, A. W. (1992). 7 Gryzmish: Toward an understanding of collaboration. *Nursing Clinics of North America*, 27, 47 – 59.
- Abbad, G., Parreira, C.M.S.F., Pinho, D.L.M. & Queiros, E. (Eds). (2016). *Ensino na Saúde no Brasil*. Curitiba: Juruá, 283.

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (2ª reimpr. da 1ª ed. de 2011, L. A. Reto, & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70 (Obra original publicada em 1977).
- Brown, J., et al. (2011). Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *Journal of Interprofessional Care* 25, 4–10 – online.
- Clayton, M.F., Latimer, S., Dunn, T.W., & Haas, L. (2011). Assessing patient-centered communication in a family practice setting: How do we measure it, and whose opinion matters. *Patient Education & Counseling* 84, 294–302.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, (1), 8-20.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martín-Rodríguez, L. & Beaulieu, M.D. (2005). Conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 19 (suppl 1): 116-131.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J., San Martín-Rodriguez, L. & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *International Journal of equity in health*, 21;8:188.
- Fausto, M.C.R., et al.(2017). Evaluation of Brazilian Primary Health Care From the Perspective of the Users Accessible, Continuous, and Acceptable? *J Ambulatory Care Manage* Vol. 40, No. 2 Supp, pp. S60–S70.
- Giovanella L., Mendonça M.H.M. (2008). Atenção primária à saúde. In: L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (Eds.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 575-626.
- Khalili, H., Hall, J., & DeLuca, S. (2014). Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice. *J Interprof Care*. Early Online: Informa UK Ltd: 1–6.
- Molyneux, J. (2009) Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of Interprofessional Care*. Published online: 29-35.
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centered care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing* 69, 4–15.
- Mcperson, K., Headrick, L., & Moss, F. (2001). Working and learning together: Good quality care depends on it, but how can we achieve it? *Quality in Health Care*, (10), 46–53.
- Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec. 407.

- Parsell, G.; Bligh, J. (1999). The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Medical Education*, Oxford, GB, n. 33, 95-100.
- Peduzzi, M. (2013). Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*; 47(4):977-83.
- Peduzzi, M. (1998). Equipe multiprofissional de saúde: A interface entre trabalho e interação. (Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas). Retirado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=vtls000186836>
- Pereira, I.B. & Lima, J. C. F.(2008). Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV. 478 p
- Pike, A. W., McHugh, M., Canney, K. C., Miller, N. E., Reiley, P., & Seibert, C. P. (1993). A new architecture for quality assurance: Nurse-physician collaboration. *Journal of Nursing Care Quality*, 7, 1–8.
- Pinto, R.M., Wall, M., Yu, G., Penido, C., Schmidt, C. (2012). Primary Care and Public Health Services Integration in Brazil's Unified Health System American. *J Public Health*; 102(11):69-77.
- Reeves, S. (2016) Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*, v. 20, n. 56, 185-197.
- Rosa, T.C.S. , Saes, S.G. , Abuleac. F.L. (2012). A Constituição de 1988 e as políticas públicas em saúde no Brasil. *RGSS*. 1(1), 35-49.
- Schraiber, L. B., & Peduzzi, M. (2008). Processo de trabalho em saúde. In Pereira, I.B. & Lima, J. C. F. (Eds.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV.
- Siegler, E. L. & Whitney, F. W. (1994). *Nurse-Physician collaboration. Care of adults and the elderly*. New York: Stringer Publishing Company.
- Stichler, J. F. (1995). Professional interdependence: The art of collaboration. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 1,53 – 61.
- Sidani. S., & Fox, M. (2013). Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Interprof Care*, Early Online: 1–8.
- WHO. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva/Switzerland: World Health Organization.