



Percepção de enfermeiros sobre as práticas colaborativas interprofissionais na atenção básica em Palmas (TO)

Nurses' perception about interprofessional collaborative practices concerning primary care in Palmas (TO)

Jussara Dias Queiroz Brito¹, Maria Dyrce Dias Meira², Rosana Aparecida Salvador Rossit³, Cristina Zukowsky-Tavares⁴

¹Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Promoção da Saúde, Centro Universitário Luterano Palmas (TO), Brasil; ²Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Promoção da Saúde, Centro Universitário Adventista de São Paulo (SP), Brasil; ³Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde e Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil; ⁴Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Promoção da Saúde, Centro Universitário Adventista de São Paulo (SP), Brasil.

***Autor correspondente:** Cristina Zukowsky-Tavares – E-mail: cristina.tavares@unasp.edu.br

RESUMO

Com objetivo de evidenciar a percepção de enfermeiros(as) sobre as práticas colaborativas interprofissionais na Atenção Básica no município de Palmas (TO), foi realizado este estudo de abordagem qualitativa, conduzido em 34 Unidades Básicas de Saúde sobre onde as práticas colaborativas são vivenciadas. Os dados foram analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo com base na Teoria da Representação Social. As práticas colaborativas relatadas foram: reuniões de equipe, grupos de trabalho, atendimento compartilhado, atividades em conjunto na comunidade, discussão de casos, planos terapêuticos integrados e rodas de conversa. Referiram como facilitadores: comunicação interprofissional; perfil da equipe; parceria, confiança e respeito; flexibilização da agenda para os encontros; e uma liderança colaborativa. Na percepção dos participantes, as práticas colaborativas favorecem maior eficácia na resolução de problemas complexos e intensificam os vínculos profissionais entre os membros da equipe. Ressaltaram que as práticas colaborativas são de grande relevância no âmbito da Atenção Primária à Saúde melhorando a ambiência, a satisfação no trabalho e a qualidade do serviço.

Palavras-chave: Relações interprofissionais. Atenção Primária à Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

In order to evidence the perception of nurses about interprofessional collaborative practices in Primary Care in the city of Palmas (TO), this qualitative study was conducted in 34 Basic Health Units where collaborative practices are experienced. Data were analyzed using the Collective Subject Discourse technique, based on the Social Representation Theory. The collaborative practices reported were: team meetings, work groups, shared care, joint activities in the community, case discussions, integrated therapeutic plans and conversation circles. They mentioned interprofessional communication as facilitators; team profile; partnership, trust and respect; flexible schedule for meetings and collaborative leadership. In the participants' perception, collaborative practices favor greater effectiveness in solving complex problems and intensify professional bonds between team members. They emphasized that collaborative practices are of great relevance in the scope of Primary Health Care, improving the ambience, job satisfaction and the quality of the service.

Keywords: Interprofessional relations. Primary Health Care. Patient care team.

Recebido em Junho 13, 2022

Aceito em Agosto 10, 2022



INTRODUÇÃO

O direito à saúde, fundamentado em valores como igualdade, equidade e universalidade, demanda serviços de saúde abrangentes não apenas curativos, mas também que atendam às necessidades de saúde da sociedade mediante a promoção e prevenção da saúde, com foco no tratamento das condições de saúde alteradas e a reabilitação^{1,2}.

Para tal, o processo de construção e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)³ trouxe diversas inovações para a sociedade, cabendo uma importante estratégia de reforma de Estado construída com base na mobilização de amplos setores sociais. Logo, regulado pela Lei Orgânicas da Saúde (Lei n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90), fundamenta-se em princípios e valores, até então inovadores, que visam garantir o acesso universal aos bens e serviços de saúde e a integralidade da atenção por meio de ações Intersetoriais³.

Contudo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecida em 2006 no Brasil⁴, foi recentemente atualizada por meio da Portaria n.º 2.436/2017⁵, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS), que, no âmbito do SUS, tem a finalidade de ampliar a cobertura de serviços diante das necessidades de saúde e das demandas sanitárias emergentes. Esse novo modelo de atenção à saúde se orienta pelos princípios da universalidade, da

acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social^{4,5}.

Nesse contexto, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), criados em 2008 pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria n 154/2008, compõem uma estratégia de fortalecimento da APS no Brasil e visam ampliar o poder de resolução e a abrangência das equipes de referência das unidades de atendimento por meio do apoio matricial⁶.

Com a nova atualização da PNAB, o Nasf passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), constituído por equipes de saúde compostas por diversas categorias de profissionais (especialidades) da área da saúde, devendo atuar de maneira integrada para dar suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESFs). Intenta-se que essa equipe seja membro orgânico da APS, a fim de viver integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhar de forma horizontal com os demais profissionais para garantir a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretamente à população⁵.

O trabalho coletivo na APS tem como características o compartilhamento de saberes e de tomada de decisão, o que pode levar à diminuição de fronteiras ou limites profissionais e requer competências comuns e complementares entre as diferentes áreas profissionais. As competências gerais são as realizadas em

todas as profissões da saúde ou em muitas delas, o que resulta em comportamentos profissionais semelhantes em determinado setor. As competências específicas, por sua vez, são as que distinguem uma profissão como única e não são facilmente transferíveis para outra. As competências colaborativas dizem respeito ao que pode ser compartilhado entre as profissões e os agentes envolvidos na ação profissional⁷.

As ações formativas da Educação Interprofissional preparam os profissionais para as práticas colaborativas reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde⁸, que propõe ideias que auxiliam tanto no processo formativo quanto na prática colaborativa, reconhecendo a fragmentação e as dificuldades de se gerenciarem os diversos sistemas de saúde mundiais e as demandas de saúde não atendidas. A Educação Interprofissional é definida como uma oportunidade de formação conjunta para o desenvolvimento de aprendizagens compartilhadas, em que duas ou mais profissões aprendem juntas com e sobre as outras^{8,9}.

As práticas colaborativas interprofissionais contribuem para a qualidade dos resultados na assistência, pois a presença de falhas na comunicação e na interação dos profissionais pode desencadear problemas na atenção ao paciente e nos serviços de saúde. A colaboração interprofissional consiste num processo em que diferentes grupos profissionais trabalham em conjunto, e requer o desejo de cooperar/contribuir com o trabalho desempenhado pelo outro tanto

no contexto das equipes internas quanto no da comunidade como um todo. Envolve um acordo negociado entre os profissionais de modo a valorizar a *expertise* e as contribuições de cada um, o que favorece o diálogo entre equipe, usuários, famílias e grupos sociais do território^{10, 11, 12, 13}.

A colaboração é central em qualquer interação coletiva e constitui um requisito fundamental quando se trata de implementar o melhor cuidado em saúde. Em pesquisa realizada na Atenção Básica em três municípios do estado do Paraná, a colaboração interprofissional se deu por meio de visitas domiciliares, no planejamento e na execução de atividades coletivas desenvolvidas intra- e intersetorialmente. O estudo ressaltou o papel da prática colaborativa como uma condição para que a Atenção Primária em Saúde possa atender de forma integral ao território, articulando ações de promoção ou mesmo de recuperação da saúde¹⁴.

O trabalho articulado entre diferentes profissionais permite não só que as ações sejam compartilhadas, mas também que se estabeleça um processo interdisciplinar no qual, progressivamente, os núcleos de saberes específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe⁴.

Entendendo a centralidade do papel desse(a) profissional na ESF e suas equipes é que esta investigação teve como objetivo central evidenciar a percepção de enfermeiros(as) sobre as práticas

colaborativas interprofissionais na Atenção Básica no município de Palmas (TO).

MÉTODOS

DESENHO DO ESTUDO, POPULAÇÃO E LOCAL

Desenvolveu-se um estudo transversal, descritivo e exploratório de abordagem qualitativa com o composto amostral de 24 enfermeiros. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro efetivo pertencente ao quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde Palmas, Tocantins, com mais de três anos de experiência na ESF de trabalho na APS. Foram excluídos enfermeiros residentes ou pertencentes ao Programa Palmas para Todos.

Palmas é o maior município e é a capital do estado do Tocantins, estado situado na região Norte do País. É a capital mais nova do Brasil, e estima-se que sua população seja de 299.127 habitantes. O município de Palmas abrange oito territórios regionais com 34 Centro Comunidade Saúde (CSC), sendo 74 equipes de saúde e 15 profissionais do Nasf, o que se constitui de 89 enfermeiros – sendo 52 efetivos –, 21 residentes e 16 pertencentes ao programa Palmas para Todos¹⁵.

ASPECTOS ÉTICOS

O instrumento qualitativo de coleta, um roteiro de entrevista semiestruturado foi

elaborado e utilizado para estabelecer o diálogo com os profissionais e explorar as temáticas de interesse para a pesquisa. As entrevistas de caráter individual foram previamente agendadas no local de trabalho, sendo garantida a privacidade dos participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em consonância com os preceitos éticos relativos a pesquisas com seres humanos, estabelecidos pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde¹⁶, que norteia todos os direitos e deveres dos pesquisadores e dos participantes envolvidos numa pesquisa, esta investigação foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa, tendo o Parecer de Aprovação n.º 3.178.593, de 28/02/2019.

A coleta de dados ocorreu ao longo dos meses de junho a setembro de 2019, e cada entrevista teve duração média de dez minutos. O material foi gravado, transcrito nas planilhas e organizado em protocolos agrupando todas as respostas de cada pergunta do roteiro, bem como os dados sociodemográficos.

Os dados foram analisados com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e com base na Teoria da Representação Social^{17, 18}. A técnica do DSC se baseia na organização de dados discursivos, permitindo resgatar o estoque de representações sociais sobre um determinado tema, em dado universo de pessoas que, por vivenciarem uma mesma realidade, sofrem as influências de crenças, costumes e valores, mas também

influenciam as práticas que são consolidadas naquele contexto^{18, 19}.

Foi utilizado o *software* “DSCsoft”, que favorece esse tipo de análise, a fim de facilitar o trabalho do pesquisador e permitir a visualização dessa análise em gráficos e tabelas para melhor apreensão dos resultados, definindo quantitativamente o caráter coletivo do pensamento do grupo pesquisado²⁰.

RESULTADOS

As entrevistas foram realizadas no período de junho a setembro de 2019 no próprio ambiente de trabalho dos(as) enfermeiros(as) na Atenção Básica de Palmas (TO), e o discurso dos(as) 24 enfermeiros(as) participantes trouxe importantes aportes para o debate sobre o papel das práticas colaborativas interprofissionais no ambiente de trabalho.

Dentre os participantes (n=24), 79,17% são do sexo feminino e 20,83% do sexo masculino. A faixa etária de 25 a 30 anos foi prevalente, sendo 4,18% acima de 51 anos. Quanto à escolaridade, a maioria dos(as) enfermeiros(as) entrevistado(a) havia cursado pós-graduação (79,9%), conforme Tabela 1.

PRÁTICAS COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS E AMBIENTE DE TRABALHO

O primeiro questionamento na entrevista, aplicada aos(as) enfermeiros(as), interrogou se as práticas colaborativas

interprofissionais interferem no ambiente de trabalho. De forma geral, foi possível constatar que as práticas colaborativas são de grande relevância na AB, melhorando a ambiência, a satisfação no trabalho e a qualidade do serviço.

Os(as) enfermeiros(as) ressaltaram, nesse questionamento inicial, que a relação interpessoal de qualidade numa equipe sempre melhora o ambiente de trabalho como um todo. Nos discursos, ficou evidente que essas práticas podem induzir uma rede de atenção com articulação entre os profissionais para a melhoria da qualidade no serviço. As práticas colaborativas promovem uma dinâmica resolutiva na Estratégia de Saúde da Família em torno dos complexos desafios a serem atingidos. Possibilitam também a realização de um Planejamento Interdisciplinar mesmo não sendo fácil a reunião de todos os membros da equipe em cada situação. Os(as) entrevistados(as) referem quanto a prática colaborativa é fundamental no ambiente de trabalho, proporcionando um melhor atendimento ao paciente e à comunidade.

PRÁTICAS COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS: TIPOLOGIA E DESENVOLVIMENTO

O segundo aspecto abordado referia-se aos tipos de prática colaborativa realizados no ambiente de trabalho e sua sistemática de realização, de acordo com o discurso dos participantes.

A interlocução dos entrevistados no DSC construído a partir das Expressões-Chave (ECs) está relacionada ao contexto em que suas atividades são executadas nas unidades referenciadas e orientadas por práticas colaborativas de educação continuada ou permanente, que são as reuniões e os grupos de trabalho semanais e quinzenais. Há também discussão de casos, planos terapêuticos integrados, rodas de conversa, atividades em conjunto na comunidade e atendimento compartilhado com a equipe do Nasf.

O apoio matricial, expresso como uma das potencialidades dentre as práticas colaborativas pelos(as) enfermeiros(as) entrevistados(as), possibilita o trabalho conjunto, que se distingue de formas tradicionais de organização da atenção à saúde e da assistência.

FACILITADORES E OBSTACULIZADORES DE PRÁTICAS COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS

A terceira questão resgatou a opinião dos participantes sobre pontos que facilitam e dificultam o desenvolvimento de práticas colaborativas pelas equipes interprofissionais. O resultado da análise do discurso nessa questão originou três Ideias Centrais (ICs), conforme o Quadro 1.

No ambiente de trabalho, dentre os aspectos facilitadores das práticas colaborativas, foram salientadas a comunicação adequada, a interação na equipe e o apoio institucional. A agenda dos profissionais com tempo disponível para as

reuniões conjuntas é muito importante nesse processo colaborativo.

No discurso dos(as) enfermeiros(as) sobre os aspectos facilitadores, destacam-se como coadjuvantes dessas características uma liderança positiva e colaborativa na Unidade de Saúde e o apoio da Secretaria Municipal de Saúde. Os(as) enfermeiros(as) ressaltam a relevância da boa vontade, a abertura, sensibilidade e parceria da equipe no partilhar de saberes, no respeito mútuo e na confiança no trabalho do colega. Cada profissional entender seu papel na equipe é também um fator a ser considerado para facilitar as práticas em colaboração de uns para com os outros.

Já os fatores que dificultam o desenrolar de práticas colaborativas no ambiente de trabalho são, numa primeira instância, a falta de envolvimento dos profissionais e a disponibilização de agenda para esse fim, bem como o espaço físico e os materiais disponíveis para esses encontros em grupo. A sobrecarga de trabalhos realizados na rotina ESF e a área de abrangência com cobertura extensa dificultam a concretização de práticas colaborativas.

Aliados a esses aspectos obstaculizadores, os(as) enfermeiros(as) no município de Palmas (TO), também apontaram como problema a rotatividade de profissionais na unidade, ou mesmo a falta de recursos humanos, e quando formam uma equipe, nem sempre os profissionais possuem perfil e sensibilidade para o trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Acreditam que o conhecimento, aprendizagens e ações não precisam ser

compartilhados. Segundo os enfermeiros o individualismo, a competitividade exacerbada, a desconfiança no trabalho do colega, a inflexibilidade no cronograma de trabalho em função de reflexões conjuntas, a falta de interação pelo desconhecimento de que uns dependem dos outros na

integralidade do cuidado em saúde, a começar pela falta de parceria da própria gestão em alguns casos. Ainda segundo eles, infelizmente, em algumas unidades a colaboração é informal e ocasional e não representa um processo intencional de planejamento das ações.

Tabela 1. Caracterização de enfermeiros participantes da pesquisa de acordo com as variáveis: sexo, idade e escolaridade (n=24), Palmas (TO), 2020

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	05	20,83
Feminino	19	79,17
Idade		
25 a 30 anos	14	58,33
31 a 35 anos	2	8,33
36 a 40 anos	3	12,5
41 a 45 anos	2	8,33
46 a 50 anos	2	8,33
51 a 60 anos	1	4,18
Grau de Escolaridade		
Ensino Superior Completo	5	20,83
Pós-graduação	19	79,17

Esta pesquisa ressalta o papel de liderança do(a) enfermeiro(a) na equipe de saúde. Ele(a) costuma impulsionar a articulação entre os diferentes profissionais como elo agregador, organizando e planejando ações conjuntas. Torna-se o elemento de ligação entre os componentes da equipe e as famílias. Sendo líder, pode convocar muitas vezes a participação dos demais integrantes do grupo e do Nasf. Seu papel é fundamental e representa a base da equipe interprofissional, estando à frente na realização das práticas colaborativas. Em grande medida, é também o(a) enfermeiro(a) que estabelece vínculo e relação com a comunidade por entender melhor o contexto local e coordenar os serviços da unidade básica de saúde. É

ele(a) que supervisiona e capacita agentes comunitários de saúde e técnicos em geral.

No primeiro momento, a entrevista buscou interrogar, de maneira afirmativa ou negativa, se as práticas colaborativas interprofissionais podem modificar o ambiente de trabalho: *As práticas colaborativas interprofissionais podem modificar o ambiente de trabalho, não é mesmo? Quais que são as práticas colaborativas que são realizadas no seu dia a dia de trabalho? Como elas acontecem? Fale um pouco sobre isso.* (Pergunta 1).

O resultado da análise do discurso das participantes originou a IC A, sintetizando as expressões-chave presentes no registro de suas falas, sendo, assim, desmembrada a primeira pergunta.

Quadro 1. Representação das Ideias Centrais (ICs) da primeira pergunta

Ideia Central – IC	Discurso do Sujeito Coletivo – DSC
DSCIA – n- 24	DSC
- As práticas colaborativas melhoram o ambiente de trabalho, a qualidade do serviço e promovem a satisfação no trabalho	Sim, indiscutivelmente, as práticas colaborativas são de fundamental importância para modificar o ambiente de trabalho. Quanto mais você fizer uma relação interprofissional e interpessoal com os membros da equipe, melhor irá ficar o ambiente de trabalho. As práticas colaborativas entre os profissionais de várias áreas que atuam no SUS podem formar uma rede de atenção através de articulações entre os profissionais e melhora a qualidade dos serviços onde estes profissionais estão inseridos. A realização destas práticas traz uma dinâmica resolutive para a equipe de saúde da família.

Fonte: Dados da pesquisa, Palmas (TO), 2020.

A continuação da questão inicial interprofissionais realizadas em seu direcionada aos entrevistados solicitou que cotidiano profissional em saúde. identificassem as práticas colaborativas

Quadro 2. Representação das Ideias Centrais (ICs) da primeira pergunta

Ideia Central – IC	Discurso do Sujeito Coletivo – DSC
DSCIA – n- 13	DSC
ICA – Reuniões de equipe, grupos de trabalho e atendimento compartilhado com os profissionais do Nasf	As práticas colaborativas que são aplicadas no meu ambiente de trabalho são as linhas do cuidado, cuidado à pessoa idosa, cuidado aos doentes crônicos, cuidados com a rede psicossocial. Estas redes de cuidado acontecem dentro da unidade mesmo com apoio do Nasf. Temos os matriciamentos que acontecem mensalmente com o Nasf, onde são discutidos casos clínicos, e trabalhamos na construção do PT (Plano Terapêutico Individual). As reuniões do Nasf acontecem em reuniões periódicas agendadas semanais, ou quinzenalmente de acordo com as necessidades de cada equipe. A gente trabalha com reuniões, consultas, grupos de trabalho, discussão de casos, planos terapêuticos integrados, roda de conversa, encaminhamentos, práticas estas que exigem uma interação interpessoal.
DSCIB – n-4 ICB – Atividades de educação continuada entre os profissionais da equipe	As práticas desenvolvidas pela equipe multiprofissional são educação em saúde. Temos reuniões que acontecem no serviço, temos orientação de fluxo de atendimento nas redes de atenção à saúde, orientação ao autocuidado, à orientação à prática da promoção saúde e prevenção de doenças, com integração com a equipe multiprofissional (NASF).
DSCIC – n- 4 ICC - Atividades na comunidade com a participação do NASF	Temos reuniões semanais para traçar o perfil do nosso usuário, para poder traçar quais as principais demandas daquela população. As práticas envolvem muito a comunicação interprofissional, o cuidado centrado no usuário, família e comunidade. Então assim hoje penso que foi um avanço porque antes você via isso muito longe e hoje você vê bem perto. Fazemos também e o projeto terapêutico singular, visita domiciliar e aí conforme vem vindo as demandas a gente vai discutindo, então acho que o NASF está aqui a para este apoio.
DSCID – n- 3 ICD – As práticas colaborativas não estão totalmente implementadas	Na unidade onde trabalho é muito limitado este tipo de trabalho e de ação. Hoje a gente conta na unidade com o Nasf ainda, de uma forma muito limitada devido não perceber esta efetividade naquela questão de trabalho. As práticas acontecem informalmente, uma reunião, um encontro pedagógico, uma reunião para aprender alguma coisa.

Fonte: Dados da pesquisa, Palmas (TO), 2020.

A entrevista prosseguiu interrogando sobre elementos facilitadores e obstaculizadores das práticas colaborativas interprofissionais no ambiente de trabalho, e as ideias centrais apresentadas pelas enfermeiras respondentes podem ser encontradas na Quadro 3.

Na sua opinião, que fatores podem facilitar e que fatores podem dificultar o desenvolvimento dessas práticas pela equipe interprofissional? (Pergunta 2).

Quadro 3. Representação das Ideias Centrais (ICs) na segunda pergunta

Ideia Central – IC	Discurso do Sujeito Coletivo – DSC
<i>DSCIA – n- 13</i>	DSC
Comunicação adequada, interação na equipe e o apoio institucional colaboram, enquanto a competitividade exacerbada atrapalha	O trabalho em equipe realmente flui melhor quando as práticas colaborativas acontecem. Uma liderança positiva dentro do Centro de Saúde, a ética profissional, boa vontade e boa comunicação entre os profissionais, a parceria e integração da equipe são fatores que podem facilitar o desenvolvimento das práticas colaborativas no local de trabalho. Outros fatores como o individualismo, a competitividade exacerbada, desconfiança quanto ao trabalho do colega, o não compartilhamento de ações do aprendizado, o fato de não ceder um horário no seu cronograma, talvez por egoísmo, para poder trabalhar este tipo de ação; essas coisas atrapalham muito.
<i>DSCIB n-7</i>	
IC B - B-Facilitadores: Agenda com tempo disponível para as reuniões Dificuldades - Falta de espaço físico e falta de envolvimento de todos os profissionais nas reuniões	Uma rede organizada com melhor vínculo com a comunidade, uma redução de barreiras no acesso aos serviços, a disponibilidade do profissional em ajudar e ele estar na unidade, a aberturas de tempo na agenda dos profissionais, uma reserva de horário para as diferentes categorias profissionais ter oportunidade de sentar e discutir, cada um contribuindo com sua área de saber, são fatores que contribuem. Dificuldade é o profissional não interagir com o grupo, pois é um trabalho coletivo, e se não houver interação isso vai interferir na ação, pois um depende do outro. E temos dificuldade para encontrar todos estes profissionais de uma vez, porque não temos um dia reservado para ter a presença de todos porque a unidade é pequena e não tem como colocar todos no mesmo horário, então não se consegue falar com aquele profissional no dia. A escala de trabalho dificulta o encontro entre os profissionais.
<i>DSCIC – n- 4</i>	
ICC – A área de abrangência muito grande e o excesso de trabalho dificultam as práticas colaborativas	Entre os fatores que dificultam estas práticas uma delas é que a própria agenda médica é muito pautada em clínica ambulatorial, então para você fechar uma agenda fica mais difícil você tem que cancelar os pacientes para o médico participar. Outra dificuldade seria o excesso de trabalho deste profissional, que fica responsável por uma área de abrangência muito grande e assim dificultando a continuidade do tratamento do paciente pela falta de estrutura das unidades, pelo excesso de trabalho. Tem também a falta de recursos humanos, o desequilíbrio das relações interpessoais, competição, a falta de parceria da própria gestão.

Fonte: Dados da pesquisa, Palmas (TO), 2020.

DISCUSSÃO

A análise dos dados levantados, com base na Teoria das Representações Sociais, subsidiou a discussão dos resultados da pesquisa, ampliando a interpretação do conteúdo discursivo no contexto local e internacional.

Na caracterização dos(as) enfermeiros(as) pesquisados(as), a feminilização apontou como uma característica forte no setor da enfermagem, representando atualmente mais de 70% de todo o contingente profissional. Em algumas profissões, esse processo de feminilização ultrapassa 90%. É o caso da equipe de enfermagem, que é formada quase integralmente por mulheres²¹.

PRÁTICAS COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS E AMBIENTE DE TRABALHO

Os processos de mudanças para adoção da cooperação interprofissional nos serviços envolvem a compreensão da complexidade desse fenômeno. E não apenas as questões organizacionais, mas a integração de diversos elementos que a determinam, como as relações entre os profissionais, os processos de trabalho e as condições da estrutura social e da econômica que as várias organizações compartilham^{12, 22}.

A prática colaborativa presente nas redes de atenção à saúde por meio de uma abordagem integral aos indivíduos/às

famílias pode ser facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família e favorecem uma ação interdisciplinar^{12, 22}.

PRÁTICAS COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS: TIPOLOGIA E DESENVOLVIMENTO

O Nasf se constitui de um arranjo organizacional integrante da atenção básica, formado por diferentes ocupações (profissões e especialidades), atuando de maneira articulada de modo a dar apoio e suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de atenção básica/saúde da família (“equipes de referência” para os usuários). Os participantes destacam que na equipe é possível ouvir as diferentes categorias profissionais e contribuir na sugestão de estratégias para ajudar os usuários sempre na direção de melhorias no resultado de saúde do paciente por meio do compartilhamento de saberes, práticas e gestão do cuidado em rede, tendo no apoio matricial seu principal referencial teórico-metodológico em diálogo com outros, tais como aqueles relacionados à atenção básica, às redes de atenção, ao cuidado em saúde, à educação permanente e à gestão em coletivos²³.

O apoio matricial consiste em uma composição em que diversas ferramentas são agregadas (sob certas formas) em favor de uma clínica ampliada e compartilhada. No Projeto Terapêutico Singular, a

identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico ampliado (ou a identificação de problemas) e a definição do plano de cuidado são compartilhadas, o que possibilita a ampliação da comunicação entre os membros da equipe, com chances de se levar ao aumento da eficácia na abordagem dos problemas, sendo eles clínicos ou não. Por meio dele, é possível fortalecer os vínculos e aumentar o grau de corresponsabilização, potencializando, assim, o trabalho do Nasf no território²³.

Pesquisas destacam que o trabalho em equipe constitui uma rede de relações entre pessoas, saberes, afetos, interesses e desejos, em que é possível identificar e chegar a soluções de maneira grupal. Subsidiando práticas de equipe, a interprofissionalidade favorece as trocas de informações e conhecimento, a cooperação solidária nos fazeres, a atenção corresponsável às necessidades em saúde para a construção de projetos terapêuticos e de promoção da saúde, o agir coletivo em território e a rede de laços afetivos que dá mais intensidade ao fortalecimento a uma equipe²⁴.

FACILITADORES DE PRÁTICAS COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS

Discutem-se algumas dificuldades apresentadas no contexto da ESF relatadas por profissionais enfermeiros juntamente com as equipes multiprofissionais, ao realizarem o trabalho educativo. Enfrentam diversas dificuldades de concretização do

trabalho na questão de gestão que exerce forte influência sobre a realização das ações cotidianas, como a falta ou má distribuição dos recursos, sejam eles físicos, materiais, sejam financeiros. Também há dificuldade na educação em saúde, na inadequação da estrutura física, na insuficiência de recursos materiais. Além disso, outro problema elencado pelos enfermeiros que atuam na ESF foi a acessibilidade, isso tanto da equipe para toda a área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) – que é relativamente extensa e essencialmente rural – quanto dos usuários à unidade ou ao local de realização da ação educativa^{25,26}.

A integração assume ponto de destaque na perspectiva de novas interações no trabalho em equipe interprofissional, com troca de experiências e saberes, bem como com postura de respeito à diversidade, possibilitando, com isso, a cooperação na direção de práticas transformadoras, parceiras na construção de projetos e exercício permanente do diálogo¹¹.

O reconhecimento do papel e do trabalho dos membros da equipe implica basicamente o conhecimento das atividades e responsabilidades de cada componente e do modo pelo qual esse conhecimento pode ser adquirido no dia a dia de trabalho, ou seja, a presença de recursos e tempo para tal. Esse processo inclui o reconhecimento de fronteiras entre as áreas e suas sobreposições²¹.

À medida que os profissionais centram atenção no usuário e suas necessidades de saúde em todo processo de

trabalho, construindo a atenção centrada ao paciente e 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. Esse deslocamento dirige-se à prática compartilhada com profissionais de outras áreas²⁶.

A ESF é um modelo prioritário de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho. Composta por uma equipe constituída no mínimo por: médico(a), preferencialmente da especialidade de Medicina de Família e Comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com a base populacional, os critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos e com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS^{5,6}.

Desse modo, a educação em saúde na ESF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe²⁷.

Os enfermeiros que atuam na ESF se deparam com barreiras, dentre as quais a principal é a resistência às mudanças e a aceitação ao novo modelo assistencial, algo atrelado ainda à questão da aceitação e adesão às atividades educativas, às dificuldades relacionadas ao grau de entendimento dos usuários no que concerne ao que é difundido por meio de orientações, à falta de perfil dos profissionais para trabalhar na perspectiva da ESF e à insuficiência de recursos humanos na ESF.

Há dificuldades operacionais existentes na concretização do trabalho educativo na ESF, e a questão de gestão também apresenta forte influência sobre a realização do trabalho, como foi possível constatar no estudo realizado com enfermeiros(as) nas 34 unidades de saúde em Palmas, TO.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS

Em uma unidade básica de saúde, especialmente na Unidade de Saúde da Família (USF), os enfermeiros são responsáveis por várias atribuições. A

interação estabelecida envolvendo o profissional e a família é muito importante no sentido de viabilizar a confiança mútua, de modo que o fortalecimento do vínculo vá aumentando com o passar do tempo, o que faz com que a família e a comunidade adquiram mais respeito pelo profissional. O estabelecimento desse vínculo, ao mesmo tempo em que advém do convívio entre enfermeiros, família e comunidade, mostra-se como condição fundamental para que a consulta de enfermagem obtenha êxito e repercussão positiva sobre o cuidado²⁸.

Nesse contexto, o enfermeiro convicto na execução da educação interprofissional possui espaço para repensar nas suas atitudes e interagir com a comunidade, englobando as necessidades de aprendizagem das equipes e os valores da população.

A contribuição da educação permanente na prática profissional se evidencia por meio das atitudes que os profissionais assumem enquanto cuidam. O compromisso firmado consigo mediante a motivação pela busca do autoconhecimento, do aperfeiçoamento e da atualização promove a melhoria da gestão do cuidado prestado ao cliente, à comunidade e à sua equipe²⁹.

CONCLUSÃO

Os resultados da análise dos discursos revelam que as práticas colaborativas melhoram o ambiente de trabalho, a satisfação dos profissionais ali envolvidos e maximizam a resolutividade e

qualidade dos serviços prestados. As práticas colaborativas realizadas no contexto da ESF em apoio com Nasf caracterizadas pelos profissionais são clínicas ampliadas, atendimento compartilhado, discussão de casos, rodas de conversa, atividades em conjunto na comunidade, projeto terapêutico singular com reuniões periódicas e grupos de trabalho propostos pela equipe. São atividades que contemplam o compartilhamento de saberes e práticas para, progressivamente, chegarem a uma melhor resolutividade no atendimento ao paciente.

Foram mencionadas, no contexto da pesquisa, dificuldades, como: território e jornadas extensas de trabalho, agendas repletas de atendimentos, cronograma com demandas excessivas, estrutura física deficiente, espaços desfavoráveis, profissionais de saúde não comprometidos para efetivação da prática colaborativa e gestão que não compartilha poder com as demandas do serviço. Há também falta de perfis profissionais sensíveis à necessidade do trabalho em equipe para a resolução de situações complexas com a devida *expertise*, mostrando apoio e confiança mútua.

Já as facilidades conquistadas pelas práticas colaborativas foram: trabalho em equipe, liderança colaborativa, respeito mútuo e confiança entre os pares, rede organizada para serviços em parceria e comunicação efetiva entre os membros da equipe, construindo uma atenção voltada ao paciente e à comunidade. A presença do

Nasf no Centro de Saúde e Comunidade facilita essa colaboração e a tomada de decisões.

Corroborando a pesquisa, destaca-se que o profissional enfermeiro presente no serviço é membro singular na educação interprofissional, agindo com autonomia, liderança e vínculo com o paciente/a comunidade. Atua no planejamento das ações destacando o desenvolvimento de práticas com inovação direcionando o cuidado e fortalecendo o serviço de saúde.

Durante a condução desta investigação, foram desvelados alguns conflitos, dentre quais estão a rotatividade dos enfermeiros na ESF, a transferência de servidores participantes da pesquisa para outro local de trabalho, a recusa em participar da pesquisa e a lotação de enfermeiros comissionados e residentes atuantes no serviço que não contemplavam os critérios de participação na pesquisa.

O estudo destacou a relevância das ações conjuntas para quebrar paradigmas de ações propostas somente pelo profissional enfermeiro, para que sejam realizadas práticas colaborativas com a presença de outros profissionais em um agir proativo na equipe. Ressalta-se, ainda, que a superação das dificuldades mencionadas, discutidas e refletidas no serviço na direção de uma gestão mais compartilhada seja realizada de forma mais resolutiva, afinal não interessa aos profissionais que a colaboração seja informal nem acidental. Espera-se mais intencionalidade no planejamento conjunto de práticas colaborativas em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf.
2. Barros FPC, Lopes JS, Mendonça AVM, Sousa MF. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde em Debate* [internet]. 2016; 40(110): 264-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611020>.
3. Presidência da República (BR). Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei n.8.080, 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/lis/L8080.htm.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do->

- ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.
 7. Costa MV, Azevedo GD, Vilar MJP. Institutional aspects for the adoption of Interprofessional Education in nursing and medical training. *Saúde Debate*. 2019;43(1): 64-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S105>.
 8. Organização Mundial da Saúde (OMS). Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/oms_traduizado_2010.pdf.
 9. Casanova IA, Batista NA, Ruiz-Moreno L. Interprofessional Education and shared practice in multiprofessional health residency programs. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(1):1325-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0186>.
 10. Schorr V, Sebold LF, Santos JLG, Nascimento KC, Matos TA. Passagem de plantão em um serviço hospitalar de emergência: perspectivas de uma equipe multiprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24: e190119. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190119>.
 11. Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(12): e00004119. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-31100004119>.
 12. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(2): 1525-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.
 13. Reeves S, Pelone F, Harisson R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review). *The Cochrane Data base of Syst Rev*. 2017; 6:CD000072. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>.
 14. Mazza, D.A.A.; Carvalho, B.G.; Carvalho, M.N. de; Mendonça, F. F. Práticas colaborativas em núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica. *Saúde e Pesquisa*. 2022; 15(1); e-9566. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2022v15n1.e9566>.
 15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE Cidades - Palmas - TO. [Recurso da Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 08]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>.
 16. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
 17. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 2010.

18. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23(2): 502-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>.
19. Lefèvre F, Mellin AS. Discurso do Sujeito Coletivo. *Novos modos de pensar. Nosso eu coletivo.* São Paulo: Andreoli, 2017.
20. Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo. *DSCsoft*, Software para auxiliar na análise do Discurso do Sujeito Coletivo [Internet]. 2019 [acesso em 4 Mar 2020]. Recurso baixado em 05 de julho 2019. Disponível em: www.tolteca.com.br/default.aspx.
21. Sell CT, Padilha MI, Villarinho MV, Maliska ICA, Benedet AS, Bellaguarda MLR. Inserção da mulher enfermeira no corpo auxiliar feminino da reserva na Marinha do Brasil. *REME Rev. Min. Enferm* 2019; 23: e-1195. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190043>.
22. Escalda P, Parreira CMSF. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(2): 1717-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0818>.
23. Melo EA, Vianna EC, Pereira LA (Orgs). *Caderno do Curso Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos NASF: aperfeiçoamento.* 2ª ed. Rev. Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ, 2016.
24. Ceccim RB. Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation (Botucatu). 2018; 22(2): 1739-49. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>.
25. Prado, MJM. O planejamento estratégico nas ações em saúde e no trabalho do enfermeiro do programa de saúde da família. *Rev. Elet. Ciênc. Empresarias.* 2018; 2(4): 33-62. Disponível em: <http://periodicos.unifil.br/index.php/revista-empresarial/article/view/447>.
26. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC, Mascarelle RCV, Espinoza P. Effect of interprofessional education on teamwork and on knowledge of chronic conditions management. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2019; 27: e3203. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3095.3203>.
27. Peruzzo HE, Silva ES, Batista VC, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Clima organizacional e trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* 2019; 72(3): 721-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0770>.
28. Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55): 1089-1100. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>.
29. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Permanent Health Education in primary care: an integrative review of literature. 2019; 43(120): 223-39. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>.