

MARCELLO DAMINELLO

**Práticas colaborativas interprofissionais: potências e desafios em uma
unidade básica de saúde tradicional**

São Paulo

2022

MARCELLO DAMINELLO

**Práticas colaborativas interprofissionais: potências e desafios em uma
unidade básica de saúde tradicional**

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências.

Orientador: Profa. Dra. Rosé Colom Toldrá

São Paulo

2022

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Daminello, Marcello.

Práticas colaborativas interprofissionais: potências e desafios em uma unidade básica de saúde tradicional / Marcello Daminello; orientador Rosé Colom Toldrá. -- São Paulo, 2022.

185 p. : fig., tab. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original.

1. Atenção primária à Saúde. 2. Integralidade. 3. Colaboração interprofissional. I. Toldrá, Rosé Colom. II. Título.

Daminello M. Práticas colaborativas interprofissionais: potências e desafios em uma unidade básica de saúde tradicional. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: / /2022

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Dedico este trabalho à minha esposa Renata, pelo companheirismo, apoio e inspiração. A todos profissionais de saúde que já contribuíram ou que ainda contribuem para o aprimoramento do SUS compartilhando e disponibilizando seus conhecimentos e habilidades na oferta de serviços com empenho, humanização e qualidade à população.

AGRADECIMENTOS

Sou imensamente grato à minha orientadora Profa. Dra. Rosé Colom Toldrá pelo incentivo, cuidado, apoio, paciência, dedicação, sugestões e questionamentos oferecidos durante todo o processo contribuindo para meu desenvolvimento.

À banca de qualificação do meu projeto formada pelas professoras Fátima Corrêa Oliver e Ana Maria Cervato Mancuso pela generosidade de seus apontamentos, reflexões e sugestões fundamentais.

A todos os professores do Programa de Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo por compartilharem seus conhecimentos e reflexões enriquecendo o desenvolvimento do meu trabalho.

Aos colegas da UBS Alto de Pinheiros que me ofereceram a oportunidade de construir e compartilhar práticas de trabalho interprofissional e que também contribuíram para a realização deste estudo através de ideias e reflexões preciosas.

À Sônia Castro Lucia Lopes, secretária do Programa de Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde, pela atenção paciência, apoio e disponibilidade.

Ao colega de mestrado Elias Rodrigues Santana pela atenção, disponibilidade e apoio fundamental em uma das fases da pesquisa.

À Maria Regina Maia que me incentivou a participar da seleção do Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde.

À Glauci Elaine Damasio do Serviço de Documentação Odontológica pela disponibilidade e atenção.

“Algumas pessoas estão profundamente apegadas aos seus próprios pontos de vista. Elas conseguem ver apenas um lado das coisas e mesmo obtendo apenas uma compreensão parcial da realidade a defendem implacavelmente através de brigas e disputas.”

Adaptado de The Udana – Inspired Utterances of the Buddha
by John D. Ireland

RESUMO

Daminello M. Práticas colaborativas interprofissionais: potências e desafios em uma unidade básica de saúde tradicional [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Versão Original

A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta atributos que lhe conferem complexidade, destacando-se a busca pela integralidade do cuidado em saúde, dada a diversidade e amplitude das necessidades dos usuários e do território. Para obtenção de qualidade do cuidado na APS, conforme preconizado pelo SUS, torna-se fundamental a implementação de práticas colaborativas interprofissionais. O estudo teve como objetivo identificar e analisar as potências e os desafios para o desenvolvimento de práticas colaborativas na perspectiva interprofissional em uma unidade básica de saúde (UBS) tradicional da cidade de São Paulo. Foi utilizada metodologia de pesquisa de abordagem qualitativa, caracterizada como estudo exploratório, descritivo, retrospectivo, a partir de análise documental de atividades desenvolvidas, com base na prática interprofissional e prospectivo, com realização de grupo focal remoto com profissionais da UBS em estudo. Os dados coletados foram organizados e analisados através da análise de conteúdo com base na análise temática. Os resultados demonstraram evidências de potências e desafios da prática colaborativa interprofissional. Com relação às potências, verificou-se que o trabalho interprofissional promoveu o aumento de possibilidade de construção do cuidado baseado na integralidade, permitindo que uma variedade de tecnologias fosse mobilizada e articulada, favorecendo a resolutividade com ampliação do olhar e atenção centrada na pessoa e não somente em sintomas e doenças. Possibilitou aos profissionais a divisão de responsabilidades e angústias, evitando o isolamento e a sobrecarga de trabalho, a ampliação do olhar e da escuta com compreensão de outras dimensões do cuidado. Constatou-se que o ambiente de trabalho colaborativo se mostrou gratificante e estimulante, oportunizou fluidez e trocas entre os profissionais, favorecendo a aprendizagem mútua, a articulação e a integração dos diferentes saberes. Quanto às dificuldades, o estudo possibilitou identificar uma cultura entre usuários de busca do acolhimento como um pronto atendimento, com expectativas de respostas rápidas com foco em tecnologias biomédicas e consultas

com especialistas, o que dificulta a longitudinalidade, a predominância de metas quantitativas individuais, que ocupam as agendas e dificultam a manutenção de espaços de diálogo e de compartilhamento; a falta de apoio e estabilidade de diretrizes da gestão e a carência de investimento na formação pessoal e profissional dos trabalhadores. Embora tenha sido atribuído dificuldades de origem microssocial, como a falta de espaços de comunicação e macrossocial como o predomínio de metas quantitativas individuais baseadas em indicadores biomédicos, destaca-se no estudo a importância do engajamento e do apoio dos profissionais da equipe como elemento primordial para a superação dos desafios e manutenção do trabalho interprofissional na APS. Nesse sentido, para apoiar os profissionais, tanto em seus locais de trabalho como em propostas de ações da educação permanente em saúde, foi construído um produto educacional no formato de um áudio vídeo, o qual pode ser utilizado como ferramenta para estimular o desenvolvimento e aprimoramento de estratégias com ênfase em práticas colaborativas interprofissionais na rotina dos serviços.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Unidade Básica de Saúde. Integralidade em Saúde. Colaboração. Práticas em Saúde. Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

Daminello M. Interprofessional collaborative practices: strengths and challenges in a traditional basic health unit [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Versão Original.

Primary Health Care (PHC) has attributes that give it complexity, highlighting the search for comprehensive health care given the diversity and breadth of the needs of users and the territory. and the comprehensiveness that is essential in the construction of health care with the provision of services based on prevention, promotion, healing and rehabilitation with intersectoriality considering the diversity and breadth of the needs of users and the territory. For the execution and obtaining of quality of care in PHC, the implementation of interprofessional collaborative practice becomes essential. The study aimed to identify and analyze the strengths and challenges for the development of collaborative practices from an interprofessional perspective in a traditional Basic Health Unit in the city of São Paulo. A qualitative research methodology was used, characterized as an exploratory, descriptive, retrospective study based on document analysis of activities developed based on interprofessional and prospective practice, with a remote focus group with professionals from the basic health unit under study. The collected data were organized and analyzed through content analysis based on thematic analysis. The results showed evidence of the strengths and challenges of interprofessional collaborative practice. Regarding the strengths, it was found that the interprofessional work promoted an increase in the possibility of building care based on comprehensiveness allowing a variety of technologies to be mobilized and articulated, favoring resoluteness with a broader view and person-centered attention and not only in symptoms and diseases. It enabled professionals to share responsibilities and anxieties, avoiding isolation and work overload, the expansion of looking and listening with understanding of other dimensions of care. It was found that the collaborative work environment proved to be rewarding and stimulating it provided fluidity and exchanges between professionals, favoring mutual learning, articulation and integration of different knowledge. As for the difficulties, the study made it possible to identify the a culture among users of seeking reception as an

emergency care, presenting expectations for fast responses with a focus on biomedical technologies and consultations with experts making longitudinality difficult, the predominance of individual quantitative targets occupying agendas and making it difficult to maintain spaces for dialogue and sharing, the lack of support and stability of management guidelines and the personal and professional training of workers. It was concluded that although difficulties of microsocial origin have been attributed, such as the lack of communication spaces and macrosocial as the predominance of individual quantitative targets based on biomedical indicators, the importance of engagement and support of team professionals is highlighted as a key element for overcoming challenges and maintaining interprofessional work in primary health care. In this sense, to support professionals, both in their workplaces and in proposals for continuing education in health, an educational product was built in the format of an audio video, which can be used as a tool to stimulate the development and improvement of strategies. with emphasis on interprofessional collaborative practices in the routine of services.

Keywords: Primary Health Care. Basic Health Unit. Health Comprehensiveness. Collaboration. Health Practices. Multiprofessional Team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.1	Diferentes domínios que afetam a prática colaborativa interprofissional	45
Figura 1.2	Fluxograma da revisão sistemática dos artigos	50
Quadro 1.1	Descrição analítica da revisão da literatura do período de 2010 à 2019	51
Quadro 3.1	Roteiro de aplicação do grupo focal remoto	69
Figura 4.1	Fluxograma do acolhimento na APS	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1	Caracterização da experiência profissional dos participantes do grupo focal remoto, São Paulo, 2020.	78
Tabela 4.2	Perfil dos usuários e motivo de procura do acolhimento interprofissional, UBS Alto de Pinheiros, outubro a dezembro\2019....	85
Tabela 4.3	Hipótese diagnóstica e condutas elaboradas no acolhimento interprofissional, UBS Alto de Pinheiros, outubro a dezembro\2019....	86
Tabela 4.4	Categoria e subcategorias levantadas a partir dos dados obtidos com os documentos de registro e grupo focal.	88
Tabela 4.5	Categoria e subcategorias referentes aos grupos.....	105
Tabela 4.6	Profissionais participantes do matriciamento realizado na UBS Alto de Pinheiros no período de fevereiro de 2019 à fevereiro de 2020, São Paulo, 2020.	118
Tabela 4.7	Categoria e subcategorias produzidas a partir da análise de conteúdo dos documentos e do grupo focal relativas ao matriciamento.....	118
Tabela 4.8	Categoria e subcategorias produzidas a partir da análise de conteúdo dos documentos relativas as reuniões intersetoriais do CRASA.....	130

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASF	Associação Saúde da Família
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
AMPI	Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS IJ	Centro de atenção psicossocial infanto juvenil
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRASA	Comitê Regional de Atenção às Pessoas em Situação de Acumulação
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAI	Programa de Atenção ao Idoso
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PS	Pronto Socorro
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Redes de Atenção Psicossocial

SMS	Secretaria Municipal da Saúde
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URSI	Unidade de Referência à Saúde do Idoso

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
1.1	O SUS E O SURGIMENTO DA APS NO BRASIL.	26
1.2	MODELOS DE UBS: ESF, TRADICIONAL E INTEGRAL.....	31
1.3	INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA APS	35
1.4	PRÁTICA COLABORATIVA INTERPROFISSIONAL: QUADRO TEÓRICO.	39
1.5	REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	48
2	OBJETIVOS	61
2.1	OBJETIVO GERAL.....	61
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	61
3	METODOLOGIA	63
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	63
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO	63
3.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	65
3.3.1	Pesquisa documental	65
3.3.2	Grupo focal	66
3.4	PROCEDIMENTOS DE CARÁTER ÉTICO.....	70
3.5	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	71
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
4.1	GRUPO FOCAL	75
4.2	ACOLHIMENTO	78
4.3	GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	100
4.3.1	Possibilidade de expressão e trocas: grupo “emoções”	101
4.3.2	Espaço para a consciência e cuidado de si: grupo de “práticas corporais”	102
4.3.3	Categoria e subcategorias	104
4.4	MATRICIAMENTO.....	114
4.5	AÇÕES DE INTERSETORIALIDADE: A EXPERIÊNCIA DO CRASA	125

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
	REFERÊNCIAS	143
	APÊNDICES	161
	ANEXOS.....	179

1 INTRODUÇÃO

A busca pela integralidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) fundamenta-se no reconhecimento de uma gama variada de possíveis necessidades de saúde dos usuários, envolvendo aspectos orgânicos, psíquicos e sociais (Giovannella; Mendonça, 2012). Assim, para acolher e oferecer resolubilidade às diferentes demandas dos usuários, a APS tem como tarefa coordenar e organizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e responsabilizar-se pelo seu território de abrangência (Mendes, 2015).

Para o alcance das competências acima atribuídas, a APS deve ser considerada a existência da singularidade em cada necessidade dos usuários, o que indica que a integralidade do cuidado suscite os saberes a fazer *o quê e como* (Ayres, 2009). Essas características conferem complexidade à integralidade do cuidado, que requer além de um olhar ampliado para o entendimento das necessidades de saúde dos usuários (Agreli et al., 2016), ações intersetoriais e outras práticas no cotidiano da APS, que não se limitam a um campo restrito de atuação (Cecílio, 2009).

Nesse sentido, a construção da integralidade do cuidado com qualidade necessita de um processo de trabalho para que diferentes profissões atuem de forma conjunta e compartilhada, por meio da prática colaborativa interprofissional, de modo a permitir que diversas habilidades, tecnologias e conhecimentos sejam mobilizados na oferta de atenção aos usuários (Reeves et al., 2010).

O conceito de prática colaborativa interprofissional, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), tem como premissa uma configuração de trabalho onde dois ou mais diferentes profissionais de saúde interagem entre si, oferecendo serviços com base na integralidade, atuando conjuntamente com pacientes, famílias, prestadores de cuidados e comunidades, com vistas a oferecer um atendimento com excelente nível de qualidade (WHO, 2010).

Segundo Peduzzi e Agreli (2018), a APS no Brasil, tem apresentado avanços com propostas de serviços baseados na prática colaborativa interprofissional. Por outro lado, a efetivação da prática colaborativa interprofissional no cotidiano das unidades ainda representa um desafio, visto que a cultura predominante nos serviços ainda é a do trabalho uniprofissional (Peduzzi; Agreli, 2018).

A OMS, a partir de um grupo de estudos sobre educação e prática colaborativa interprofissional, desenvolveu um marco teórico, que tem como objetivo estimular este modo de trabalhar como resposta inovadora e transformadora dos sistemas de saúde, assegurando um melhor aproveitamento do potencial dos profissionais de saúde (WHO, 2010). Essa transformação, segundo o mesmo documento, resultaria em um processo de trabalho colaborativo habilitado para enfrentar desafios complexos enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde (WHO, 2010).

No Brasil, a nível federal, temos a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que pode ser considerada uma referência resultante de experiências reunidas ao longo do tempo a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2012). Ao longo de 30 anos, desde a implantação da lei nº 8.080/90, gestores públicos vêm produzindo documentos norteadores e diretrizes para a consolidação da APS no Brasil, inclusive, assinalando processos de trabalho envolvendo equipes em que é possível avaliar indiretamente incentivos com avanços e retrocessos para a prática colaborativa interprofissional.

Na portaria nº 648-GM de 2006 há uma revisão das normas e diretrizes para organização da APS com foco na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2007). Destacando-se o item envolvendo o processo de trabalho da ESF, encontramos orientações como “trabalho interdisciplinar integrando diferentes habilidades e profissionais de diferentes formações, ações intersetoriais e valorização de diferentes saberes com abordagem integral e resolutiva” (p.28).

Uma importante iniciativa, também em direção ao trabalho interprofissional, foi a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) através da portaria nº 154-GM em 2008. Composto por diferentes profissionais e variando de tamanho conforme o número de equipes de ESF a serem apoiadas, o NASF surgiu com o objetivo de potencializar a ação das equipes de ESF (Brasil, 2009). O processo de trabalho do NASF originou-se baseado no matriciamento, onde prioriza-se o compartilhamento de ideias e ações, diálogo e troca de saberes, clínica ampliada, mudanças na lógica de encaminhamentos para especialistas e busca pela intersetorialidade (Giovanella; Mendonça, 2012), elementos caros ao trabalho interprofissional e a construção da integralidade do cuidado na APS.

Em 2011 através da portaria nº 2488/11 com relação ao processo de trabalho das equipes da APS há uma ênfase sobre o planejamento, organização e

desenvolvimento de uma agenda de trabalho compartilhado com ações intersetoriais, tendo como objetivo prover atenção integral aos usuários (Brasil, 2012). Já na portaria nº 2436 de 2017, que revisa a PNAB, não se encontra um item específico ao processo de trabalho na APS, porém, cita-se que, diante das diferentes demandas ou necessidades dos usuários, os profissionais da APS deverão atuar em conjunto e compartilhando o cuidado (Brasil, 2017).

Apesar dos avanços construídos na APS, a partir dos documentos norteadores da PNAB com relação à última revisão da PNAB (Brasil, 2017) Giovanella et al. (2020), apontam certos aspectos que podem significar retrocessos nos processos de trabalho envolvendo colaboração interprofissional com impactos na construção do cuidado integral. Dentre eles, destaca-se a implantação de equipes da ESF com profissionais médicos com carga horária de 10h semanais, diminuindo o tempo e espaço de contato com outros profissionais e podendo fortalecer ainda mais as práticas curativas individuais (Giovanella et al., 2020).

Outra ação impactante, com reflexo negativo para o trabalho interprofissional, foi a portaria nº 2.979 de 2019 do Ministério da Saúde. Segundo Giovanella et al. (2020), tal documento opta pelo não credenciamento e financiamento do NASF, delegando aos municípios a escolha ou decisão em relação à manutenção ou composição das equipes na APS.

A nível local no município de São Paulo, o documento norteador da APS são as diretrizes operacionais para o fortalecimento da Atenção Básica de 2016, cuja base é a PNAB (2012), tendo como prioridade a ESF. Em tal documento também não há uma referência direta ao termo colaboração interprofissional ou prática colaborativa interprofissional, porém, existe a indicação de que o cuidado integral na APS deve ser realizado por uma equipe multiprofissional (São Paulo, 2016c).

Diante da complexidade da construção da integralidade do cuidado na APS e da premente necessidade do desenvolvimento de práticas colaborativas interprofissionais faz-se necessário um aprofundamento sobre as características, benefícios e dificuldades envolvendo tal processo de trabalho finalidade do presente estudo.

1.1 O SUS E O SURGIMENTO DA APS NO BRASIL.

O SUS é uma conquista da população brasileira resultante de lutas lideradas pelo Movimento de Reforma Sanitária desde a década de 70, possuindo como pano de fundo a luta pela redemocratização do país (Mattos, 2009). Tais ideais foram concretizados a partir da Constituição de 1988, cujo significado, enquanto marco de um projeto civilizatório, resultou em transformações não só no campo social, mas também na área da saúde. Pode-se dizer que a proposta do SUS representou uma resistência contra a tendência mundial de propostas de reformas de cunho neoliberal (Souto; Oliveira, 2016).

Durante o período de ditadura em que o país esteve envolto (1964-1985), a Reforma Sanitária surgiu como um movimento de profissionais e outros setores da sociedade que compartilhavam um novo enfoque na área da saúde, apontando tanto a importância de seu caráter político quanto os fatores presentes na determinação social do processo saúde-doença (Escorel, 2012).

Essa mudança de perspectiva foi de extrema importância, pois apontou a necessidade da criação de um sistema público de saúde que fosse uma política social, isto é, que reconhecesse a importância do desenvolvimento de ações na área da saúde que visassem o bem estar e a proteção social da população (Fleury; Ouverney, 2012).

Conforme Mendes (1995), em um período anterior ao SUS, o Brasil caminhou de um sistema de saúde considerado sanitaria campanhista para outro chamado médico-assistencial privatista, até meados da década de 80. Essa mudança decorreu de transformações no modelo econômico adotado, passando do agronegócio cafeeiro para o crescimento industrial com abertura para a entrada das grandes indústrias estrangeiras (Mendes, 1995).

Algumas características marcaram o modelo-assistencial privatista, como o acesso apenas aos trabalhadores que tivessem carteira assinada, o desenvolvimento de um complexo médico-industrial, focado nas tecnologias (medicações e equipamentos), e um padrão de oferta de serviços médicos orientados à lucratividade, resultando em atendimentos diferenciados conforme a clientela (Escorel, 2012).

Dentro do contexto do modelo-assistencial privatista, o processo de saúde/

doença é tratado como mercadoria, privilegiando-se a medicina curativa de visão biomédica, individualista, com medicalização dos problemas e centralização nos serviços hospitalares, resultando em indivíduos consumidores e passivos quanto à responsabilidade por seu cuidado (Paim, 2012). Tal configuração priorizou uma cultura de cuidado que visa apenas os sintomas ou uma medicina considerada “anatomopatológica” (Cecílio, 2009).

O modelo médico-assistencial privatista se desenvolveu ao longo da década de 70 de modo hegemônico, sobretudo pelos incentivos econômicos do Estado representados pelo financiamento através da Previdência Social, através da concentração de prestação de serviços médicos pelo setor privado e o incremento de produção de insumos, equipamentos biomédicos e farmacoterápicos de origem estrangeira (Mendes, 1995). Tal modelo acabou apresentando sérios problemas, por ser de alto custo e o país, assim como o mundo vinha enfrentando uma grave crise econômica, além disso, resultava na exclusão da maior parte da população que não conseguia pagar pelos serviços ou que não possuíam carteira assinada (Mendes, 1995).

Em meio a uma crise econômica de proporções internacionais incentivou-se o surgimento de novas práticas e movimentos sociais em vários países, o que acabou propiciando a organização de um evento internacional promovido pela OMS sobre cuidados primários de saúde em 1978, que ficou conhecido como Conferência de Alma-Ata (Mendes, 2015).

Segundo Giovanella e Mendonça (2012), esse importante evento internacional enfatizou a APS como um modelo de atenção à saúde que deveria funcionar como primeiro contato de uma rede organizada, com acesso garantido a todas as pessoas, com incentivo da participação popular e investimento na promoção da saúde. Além disso, sobressai-se o entendimento de que saúde é um direito humano, requerendo abordagem dos determinantes sociais da saúde, assim como o desenvolvimento de políticas públicas inclusivas baseadas em legislação e investimentos financeiros adequados (Giovanella; Mendonça, 2012).

Alguns autores destacam que conceito de APS foi construído historicamente a partir da organização de sistemas de saúde baseados no relatório Dawson em 1920 na Inglaterra (Matta; Fausto, 2007). Contrapondo-se ao modelo de Flexner (EUA), fundamentado no reducionismo biológico e na atenção individual, o modelo inglês concebia uma prática regionalizada/ territorializada através de profissionais médicos

generalistas e instituindo níveis diferentes de atenção (Matta; Fausto, 2007; Mendes, 2015).

O desenvolvimento da APS foi, em parte, decorrente de influências da medicina preventiva, que propunha uma abordagem integral, na qual a atenção deveria ser realizada no ambiente sociocultural dos indivíduos (Matta; Fausto, 2007). Desta forma, a APS surgiu em meio a um contexto de crítica à medicina curativa, responsável pelo uso massivo de tecnologias de altos custos (Czeresnia et al., 2013).

A partir da Conferência de Alma-Ata, configuraram-se duas vertentes sobre a APS: um grupo defendia a APS em um sentido integrado e outro grupo que a defendia em um sentido seletivo. O sentido integrado referia-se à condição imprescindível de que a APS deveria estar em relação com os outros níveis de atenção de saúde do sistema de saúde, garantindo a integralidade e a participação social, considerando os determinantes sociais de saúde, acessibilidade e universalidade com base nas necessidades de saúde, intersectorialidade e uso de tecnologias adequadas e eficiência no uso dos recursos (Giovanella; Mendonça, 2012). Enquanto que o sentido seletivo propunha programas com foco em problemas específicos, com uso de recursos de baixa densidade tecnológica e sem interface direta com os demais níveis de atenção em saúde (Matta; Fausto, 2007).

O fator econômico ganhou destaque nesse momento, influenciando no fortalecimento dos programas seletivos para a APS. A crise econômica dos anos 80 e o papel do Banco Mundial na elaboração e defesa de um sistema de saúde seletivo contribuíram para um modelo de APS, onde seriam ofertados serviços de saúde para pessoas pobres que não pudessem arcar com gastos em saúde, tais como vacinação, pré-natal e ações de promoção e prevenção. Enquanto que as ações de saúde envolvendo alta tecnologia como diagnóstico e terapia, com altos custos, deveriam ser oferecidos por planos privados de saúde (Matta; Fausto, 2007).

Desta forma, no Brasil começa a se desenvolver uma oferta de APS seletiva com um entendimento reducionista dirigida a camadas populares, oferecendo-se serviços baseados em tecnologias simples e de baixo custo, sem alternativa de referência a níveis maiores de atenção (Mendes, 1995).

Essa configuração de uma APS seletiva representava a hegemonia do projeto neoliberal que defendia (e ainda defende) a existência de um Estado mínimo, contrapondo-se aos ideais da Reforma Sanitária (Mendes, 1995). Em meio a esta

tensão, o Brasil passava pelo processo de uma redemocratização gradativa, o que possibilitou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, considerado o acontecimento político-sanitário mais importante da década de 80 (Mendes, 1995). Tal evento destacou-se pelo fato de ter sido após longo período de ditadura, como um espaço democrático com a presença de diversos representantes sociais mobilizados pelo tema da saúde, e que produziu um relatório com um novo paradigma assistencial baseado nos preceitos da Reforma Sanitária (Mendes, 1995).

O primeiro elemento que se sobressai neste documento é o conceito de saúde como resultante de uma configuração de condicionantes como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (Brasil, 1986). O segundo elemento aponta saúde como direito de cidadania e dever do Estado e o terceiro propõe a criação de um Sistema Único de Saúde que tenha os princípios da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular (Mendes, 1995).

Essas diretrizes foram defendidas na elaboração do texto da Constituição de 1988, representando um grande avanço na construção do SUS, que foi implementado através das leis orgânicas 8.080/90 e 8.142/90 (Mendes, 1995; Giovanella; Mendonça, 2012). Tais normas refletiram diretamente em mudanças na proposta da APS no Brasil em direção ao modelo de sentido integrado proposto na Conferência de Alma-Ata, sobretudo ao afirmar que a atenção à saúde das pessoas deverá ocorrer através de ações de promoção, proteção e recuperação, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades envolvendo prevenção (Brasil, 2003).

Para pontuar essa mudança no Brasil os atores, naquele momento histórico, resolveram adotar o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) ao invés de APS. para observar uma clara diferenciação ideológica com relação ao reducionismo presente no modelo seletivo de atenção primária proposta pela corrente neoliberal (Giovanella, 2018). Contudo, neste trabalho optou-se em utilizar o termo APS devido ser o termo mais empregado na literatura, e embora, reconhecendo o significado simbólico do termo (ABS), compreende-se que a resistência e a defesa por um SUS baseado na integralidade é uma tarefa contínua e infelizmente não está limitada ao uso de uma palavra.

Dentro desse contexto começou uma construção processual no Brasil para desenvolver a APS, iniciando-se pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 (Giovanella; Mendonça, 2012). Tal programa se caracterizava pela atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) primeiramente em áreas rurais e periurbanas das regiões Norte e Nordeste do Brasil, passando a ser implementado posteriormente (em 1993/1994) nas periferias das grandes cidades (Giovanella, Mendonça, 2012).

Vale destacar que o ACS é um profissional da saúde com uma característica marcante, que é a identidade comunitária, ou seja, ele deve ser residente do território onde atua, exercendo um papel importante de mediador social (Giovanella, Mendonça, 2012). Esse profissional foi incorporado posteriormente à uma nova configuração denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF), implementada pela portaria MS 692 de 1993 e apoiado pela norma operacional básica (NOB) de 1996 (Brasil, 1999; Giovanella; Mendonça, 2012). Estes incentivos para a implantação da ESF serviram para que se tornasse um fator importante para a instituição do SUS e do modelo no sentido integrado da APS, sobretudo por seu caráter articulador entre população e serviços de saúde, permitindo o acesso, a expressão das necessidades e a participação popular (Giovanella, Mendonça, 2012).

O arranjo proposto pela ESF tem como premissa a integração e promoção de ações em um território definido, visando o enfrentamento e resolução dos problemas diagnosticados através de atuação inter e multidisciplinar sobre a comunidade adscrita em sua área de abrangência (Brasil, 1999). Tal concepção é orientada a partir do olhar centrado na família dentro do território onde ela vive, facilitando a construção de vínculos, conhecendo suas principais necessidades de saúde a partir de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença (Brasil, 1999).

Ainda que a ESF tenha apresentado um processo de implementação irregular, ou seja, acelerado em pequenos municípios sem nenhum serviço de saúde anterior, e caminhado lentamente em grandes cidades, deparando-se com problemas complexos envolvendo exclusão social, maiores índices de agravos de saúde e redes de atenção desarticuladas e mal distribuídas, também começou a apresentar resultados expressivos rumo a mudanças como organização dos sistemas municipais de saúde e cobertura de territórios delimitados, facilitando as práticas previstas para uma APS no sentido integrado (Giovanella; Mendonça, 2012).

Diante disso, o Ministério da Saúde, por meio da portaria 648/GM de 2006,

aprova a PNAB, que estabelece diretrizes para a organização da APS, direcionando a ESF como estratégia primaz e estruturante de acordo com os princípios do SUS (Brasil, 2007). Além disso, instaura os seguintes fundamentos para a APS: o acesso universal e contínuo a serviços de qualidade e resolutivos; a definição de um território de abrangência, permitindo o planejamento e a programação descentralizada de acordo com a equidade; a busca pela integralidade do cuidado articulando promoção à saúde, prevenção, vigilância, tratamento e reabilitação, através de processo de trabalho interdisciplinar e em equipe; a coordenação das RAS; construção de vínculos com os usuários adscritos visando a longitudinalidade; a valorização dos profissionais de saúde através da educação permanente; a avaliação e acompanhamento de resultados alcançados e a participação da comunidade e o controle social (Brasil, 2007).

Alguns autores destacam como obstáculos, para a cobertura nacional plena da ESF, a existência de uma heterogeneidade de lógicas assistenciais como planos privados de saúde, unidades públicas que priorizam o atendimento da demanda espontânea ou atenção centrada nas condições ou eventos agudos, assim como a realidade dos contrastes sociais e econômicos em determinadas regiões (Mendes, 2015; Elias et al., 2006).

Nesse sentido, encontramos na realidade do município de São Paulo, paralelamente à expansão da ESF, o surgimento de modelos de assistência que priorizam a demanda espontânea focado no cuidado curativo individual como o AMA (Assistência médica ambulatorial) e a UPA (Unidade de Pronto Atendimento), o que acaba desvitalizando importantes funções da APS como a porta de entrada e acesso ao sistema, a longitudinalidade, a coordenação das RAS e a integralidade no cuidado coletivo e individual.

1.2 MODELOS DE UBS: ESF, TRADICIONAL E INTEGRAL

Apesar de a ESF ser considerada um modelo substitutivo e reorganizador da APS (Brasil, 2007), sua implantação e operacionalização diferem conforme as diferentes realidades sejam elas regionais municipais ou locais (Brasil, 1997).

No caso do município de São Paulo, a partir de 2001 a APS passou para a

gestão municipal através da SMS (Secretaria Municipal da Saúde) que, no momento, está dividida em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (Norte, Sul, Sudeste, Centro, Leste e Oeste). Atualmente, no total são 468 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com diferentes formatos e nomenclaturas (São Paulo, 2019).

No caso específico da ESF, ela se iniciou no município de São Paulo a partir de 1996, através do Projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS) pelo convênio entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual da Saúde e a entidade filantrópica Casa de Saúde Santa Marcelina (Guedes et al., 2011). Nos anos seguintes, a gestão municipal retomou a implantação da ESF considerando regiões onde a renda familiar era inferior a cinco salários mínimos, utilizando-se de contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS) (Elias et al., 2006).

O modelo recomendado pelos documentos norteadores do Ministério da Saúde prevê que cada equipe de uma unidade de ESF seja composta no mínimo por um médico (especialista em saúde da família ou em medicina da família e comunidade), um enfermeiro (especialista em saúde da família), um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e número de ACS suficiente para a cobertura total da população cadastrada da microárea (com um máximo de 750 pessoas por ACS), sendo responsável no máximo por 4.000 habitantes e cumprindo uma jornada de trabalho de 40 horas semanais (Brasil, 2007). Outras variações quanto a composição dos profissionais na ESF apresentam a inclusão de equipes de saúde bucal com a presença de cirurgião-dentista (especialista em saúde da família), auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal (Brasil, 2012).

Está prescrito que o trabalho desenvolvido pela equipe da ESF envolve o contato, reconhecimento e vinculação das famílias residentes no território de abrangência da unidade, identificando os principais problemas e riscos de saúde da comunidade, construindo de forma compartilhada projetos de atividades de enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença e ações educativas e intersetoriais na busca pela integralidade do cuidado (Escorel et al., 2007).

Desta forma, a uniformização da jornada de trabalho dos profissionais da ESF é um fator importante, pois tem como premissa o fato de proporcionar tempo e espaço para os profissionais se encontrarem, facilitando um processo de trabalho em equipe (Brasil, 2007). Porém, esse importante aspecto foi sendo alterado especificamente na carga horária dos médicos das equipes de ESF. Na PNAB de 2012 surgiram flexibilizações de 30 e 20 horas para os profissionais médicos (Brasil,

2012). Em 2017, a PNAB, além de flexibilizar ainda mais a carga horária dos profissionais médicos para a possibilidade de 10 horas semanais, ofereceu a opção de abertura de equipes de ESF com apenas um ACS ou mesmo sem ACS (Giovanella et al., 2020)

A partir da portaria 154-GM de 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), posteriormente denominados Núcleos Ampliados de Saúde da Família. A inclusão dessas equipes multiprofissionais teve como princípio aumentar o nível de resolutividade oferecido pela APS, através de trabalho compartilhado e clínica ampliada com discussão de casos, construção de projetos terapêuticos entre outras ações importantes (Brasil, 2012).

No município de São Paulo, atualmente, existe também um tipo de UBS chamada “integral”, que surgiu para, supostamente, acabar com o conflito existente entre os modelos de saúde propostos pela AMA e a ESF (São Paulo, 2019). A AMA tem como premissa o atendimento especificamente curativo e pontual, sem vinculação do usuário e sem acompanhamento longitudinal, o que é exatamente oposto ao preconizado e praticado pela ESF.

Recentemente, a SMS tentou fechar unidades tipo AMA na cidade de São Paulo, porém encontrou grande resistência por parte da população que culturalmente está acostumada a procurar os serviços de saúde dentro da dinâmica curativa, centrada no modelo biomédico.

Esta dinâmica cultural é reforçada por uma série de fatores, dentre eles os programas defendidos por candidatos políticos que não se importam com saúde, enquanto um conceito mais complexo que ausência de doenças, mas sim apenas como um “produto” de marketing que é ofertado conforme o desejo de resolução imediata, como por exemplo, “acabar” com a fila de espera. Outro fator importante é a visão de produção quantitativa presente, sobretudo nos contratos de gestão realizados com as OSS dentro da ideia de “modernização” e “desburocratização” do Estado e seus serviços públicos ofertados.

Antes do processo de implantação da ESF já existiam unidades conhecidas como centros ou postos de saúde que tradicionalmente ofereciam atendimentos nas áreas ou programas de saúde pública referentes à infância, atenção pré-natal, imunização, controle e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes, ações de vigilância epidemiológica (Giovanella; Mendonça, 2012) entre outras ações pertencentes à APS. Estas

unidades são conhecidas como UBS tradicionais, pois não possuem equipes de ESF, mas sim uma equipe multiprofissional.

A UBS Alto de Pinheiros, objeto deste estudo, apesar de ter sido inaugurada em 2005, período de expansão da ESF no município de São Paulo, é uma UBS tradicional sob gestão da administração direta. Essa opção ocorreu pelo fato de que a região de abrangência da UBS não apresenta características socioeconômicas consideradas como prioritárias para a implantação de equipes de ESF. Mesmo não contando com equipes de ESF, a UBS Alto de Pinheiros atende uma determinada área de abrangência com um aspecto peculiar da unidade, que é o de oferecer serviços da APS para trabalhadores da região que residem em outras regiões ou até mesmo outros municípios.

A composição da equipe multiprofissional é diferente da equipe da ESF, possuindo no momento em que este trabalho foi realizado: dois médicos clínicos, três ginecologistas, duas pediatras, um psiquiatra, dois enfermeiros, dois psicólogos, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista e uma assistente social. Os profissionais possuíam cargas horárias diversas, alguns trabalhando em períodos diferentes, o que também dificulta a organização de encontros formais para discussões e compartilhamentos característicos de práticas colaborativas interprofissionais.

A escolha por estudar práticas colaborativas interprofissionais na UBS Alto de Pinheiros ocorreu pelo fato de o pesquisador estar próximo da equipe multiprofissional em sua rotina de trabalho, participando do planejamento de atividades, vivenciando as dificuldades e as potências de se trabalhar de modo interprofissional na busca pela integralidade do cuidado. Mesmo considerando a priori que o modelo tradicional de UBS demonstra limitações comparando-se ao modelo da ESF, a presença de profissionais experientes com riqueza e diversidade de histórias e práticas ao longo da existência do SUS, consolidou-se como oportunidade profícua, motivando a realização deste estudo.

1.3 INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA APS

Além de ser considerado um dos princípios do SUS, o termo integralidade representa um dos elementos-chave do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (Mattos, 2004). Assim sendo, a integralidade é apontada como um dos atributos essenciais da APS, que segundo a declaração de Alma-Ata (1978) foi descrita como a função de abordar os determinantes sociais de saúde, reconhecendo a amplitude e diversidade das necessidades dos usuários, requisitando oferta ampliada de serviços de prevenção, promoção, cura e reabilitação com intersectorialidade e coordenação do cuidado nas redes em outros níveis de atenção (Giovanella; Mendonça, 2012).

A integralidade na APS funciona como um princípio essencial e norteador, conferindo a possibilidade de ajuste e planejamento de ações conforme as necessidades de saúde da população (Starfield, 2002). Tal característica do princípio de integralidade requer que, ao mesmo tempo, a APS aprimore processos de trabalho, identifique a diversidade de necessidades dos usuários (Mattos, 2004), como também desenvolva e ofereça uma multiplicidade de serviços voltados para a cura, prevenção, reabilitação ou promoção da saúde (Starfield, 2002).

Considerando as diferentes necessidades de saúde, que podem variar conforme o território de abrangência de uma UBS, será necessário um conjunto ampliado de serviços e recursos para responder satisfatoriamente a estas demandas (Starfield, 2002). Na verdade, não somente uma rica gama de serviços variados, mas também uma capacidade ampliada de compreender as demandas ou necessidades de saúde dos usuários que nem sempre estão objetivamente manifestas (Mattos, 2004).

Estas competências importantes almejadas nas práticas cotidianas da APS não podem ser atingidas apenas com um único profissional de saúde (Starfield, 2002), seja qual for sua formação ou experiência acumulada. Além disso, há de se ressaltar também dimensões não técnicas presentes na construção da integralidade do cuidado como a criação de espaços e encontros humanizados favoráveis ao diálogo (Ayres, 2006).

A integralidade do cuidado envolve além de capacidades técnicas e objetivas, uma intersubjetividade entre profissionais de saúde e usuários, caracterizada por

espaços de diálogo que permitem esclarecer e identificar necessidades de saúde (Mattos, 2004). É através desse encontro intersubjetivo que é possível iniciar a construção do cuidado, debruçando-se sobre o outro, criando atenção e responsabilidade, amalgamando tanto o fazer técnico quanto o processo de vinculação do usuário à unidade (Ayres, 2006) que será importante para a longitudinalidade.

Apesar de sua importância fundamental na APS, um dos desafios da integralidade é representado pela tarefa de superar a cultura do cuidado centrado no hospital, nas especialidades e, sobretudo, na perspectiva fragmentada de cuidado com atenção centrada na patologia (Ayres, 2009; Camargo JR, 2007). Tal objetivo não é simples, pois, não só o modelo biomédico dificulta a integralidade, como também a própria formação dos profissionais, baseadas em práticas liberais, individuais e privadas com foco na especialização (Camargo JR, 2007).

Esta situação também pode ocorrer no cotidiano das práticas da APS, onde temos diversos instrumentos e ações como o Acolhimento, os Grupos de Promoção e Prevenção, o Matriciamento e a Intersetorialidade. Assim, mesmo sendo idealizados como dispositivos que têm a integralidade como norteadora, na realidade encontramos os serviços e as atividades influenciados pelo modelo biomédico e sua compreensão objetiva dos processos de saúde e doença (Ayres, 2009), o que contradiz com o entendimento e com as práticas preconizadas neste âmbito de atenção.

O acolhimento, enquanto dispositivo da APS, tem a função de oferecer acesso de forma universal e não excludente, de ser o primeiro contato da UBS com os usuários através de um espaço de escuta e resolutividade (Brasil, 2012). O encontro promovido pelo acolhimento, entre serviço e usuário, deve ser pautado pelo diálogo em busca do conhecimento das necessidades de saúde que, muitas vezes, não estão claramente definidas e expressas, demandando uma dinâmica de cuidado com certa complexidade (Teixeira, 2007).

A criação e a oferta de grupos na APS originam-se a partir de diversas razões e interesses e tem como objetivos atingir um coletivo a partir de suas necessidades. Eles podem variar quanto à periodicidade, serem heterogêneos e abertos, considerando aquilo que é significativo, interligado com processos sociais e subjetivos e visando promover mudanças (Rabelo; Neri, 2013). Podem apresentar diversos benefícios, como trocas sociais, estimulação cognitiva/corporal e apoio

emocional (Rabelo; Neri, 2013).

Os grupos devem primar por uma heterogeneidade, ou seja, não devem ser uniformizados, tanto com relação aos tipos de atividades ofertadas, como também pelos profissionais que participam dos grupos (Oury, 2009). A heterogeneidade dos grupos e oficinas é importante, pois possibilita “passar de um lugar a outro e de uma pessoa a outra” (p.27), oferecendo dinamismo e possibilidade de construção de vínculos.

O matriciamento é um processo de trabalho interprofissional realizado na APS com o objetivo tanto de ampliação do campo de atuação, quanto da qualificação das possibilidades de intervenção em uma determinada situação problema (Brasil, 2011). O dispositivo matriciamento mostra-se fundamental quanto à formulação de práticas de atenção integral, através da elaboração de atividades compartilhadas e construções de projetos terapêuticos (Campos, 1999).

A intersectorialidade se faz necessária diante da complexidade envolvendo os processos de saúde e doença, pois, em muitas situações, existem questões que ultrapassam a ação de um único setor, exigindo a articulação de profissionais de diferentes setores sociais (Azevedo et al., 2012). Problemas complexos no território de abrangência da UBS, envolvendo diversas situações como vulnerabilidade social, desemprego e violência, exigem, das diversas áreas, o desenvolvimento de um trabalho para “estabelecer vínculos intencionais que superem a fragmentação e a especialização” (p.36).

Cada um destes instrumentos tem o desafio de construir a integralidade do cuidado e, apesar de possuírem características peculiares, apresentam uma espécie de fio condutor comum que Merhy e Franco (2008) denominam de “trabalho vivo em ato”, caracterizado pela qualidade de produzir o cuidado no exato momento do encontro entre profissionais de saúde e as necessidades dos usuários.

Segundo os autores, este conceito deve ser entendido a partir de duas dimensões, uma enquanto atividade que resulta em um produto e seu significado, sua finalidade, seu valor de uso ou qual necessidade ele satisfaz. A outra dimensão se refere ao vínculo entre o trabalhador e o ato produtivo e os produtos que daí resultam, as relações que estabelece com os outros trabalhadores e com os próprios usuários que irão usufruir de seu produto (Merhy; Franco, 2008).

A produção do cuidado em saúde nas modalidades de serviços da APS deveria ser sempre perpassada por um coletivo de trabalhadores, pois há uma

complexidade de fatores presentes nas necessidades de saúde dos usuários, o que um profissional, atuando solitariamente, dificilmente irá conseguir resolver (Merhy; Franco, 2008).

Nesse trabalho coletivo em que se enaltece o processo de trabalho em equipe, também é importante valorizar as singularidades (Oury, 2009). É através destas singularidades, que irá se verificar que cada profissional tem sua “caixa de ferramentas”, composta por saberes e competências, que podem ser dispostos para a ação de produção dos atos de saúde (Merhy, 2004). Podendo ser potencializadas através da relação interprofissional, onde neste encontro entre diferentes núcleos de saber, a caixa de ferramentas de um completaria a do outro (Merhy; Franco, 2008).

Não são apenas saberes e competências técnicas que estão em jogo nas relações interprofissionais, mas também afetos. As relações existentes em um grupo de trabalho, como em qualquer outro grupo, envolvem vínculos ou experiências emocionais que afetam seus membros mutuamente (Bion, 2003). É a partir desse espaço de jogo ou “espaço potencial”, entendido como um lugar no espaço-tempo que possibilita a mescla de conteúdos subjetivos e da realidade concreta e objetiva, que poderá surgir tanto elementos criativos, quanto o estreitamento dos vínculos grupais (Winnicott, 2019).

O trabalho em saúde como ato vivo deve oferecer diversidade e heterogeneidade conforme a necessidade de saúde e não algo padronizado ou pré-determinado como um trabalho “morto”, conforme descrito por Merhy e Franco (2008). Um trabalho vivo gera diversidade e heterogeneidade, elementos fundamentais para o cuidado, visto que há diferentes necessidades de saúde nos encontros entre usuários e profissionais no cotidiano da APS (Cecílio, 2009).

Um exemplo de trabalho vivo (Merhy; Franco, 2008) na APS é o praticado de maneira interprofissional possibilitando o planejamento e a oferta de diferentes atividades pelas quais os usuários poderão escolher e se vincular conforme suas preferências. Além disso, os profissionais envolvidos com essa modalidade de trabalho poderão sentir suas diferentes competências passionais ou técnicas estimuladas e ativadas, promovendo engajamento, o que é bem diferente de realizarem suas ações segundo a lógica institucional, baseada apenas em normas ou tarefas burocráticas que acabam automatizando e desvitalizando suas práticas (Oury, 1991).

Há uma intersubjetividade em ação no encontro entre profissionais e usuários

na produção do cuidado, assim como, um encontro de saberes entre diferentes profissionais onde se produz um trabalho vivo em ato em saúde (Merhy; Franco, 2008), possibilitando para a APS contar com sua força de trabalho como seu principal elemento gerador de valor e significado.

Assim, o trabalho em equipe se torna fundamental na APS, pois requer dos profissionais um olhar ampliado, que lhes permitam entender de forma integral as necessidades de saúde dos indivíduos (Peduzzi et al., 2016). As ofertas de acolhimento, escuta e elaborações de projetos singulares necessitam interação das redes, não só dentro do SUS, mas de forma intersetorial, pois em muitas situações a integralidade do atendimento nunca será plena, devido à complexidade multidimensional presente na realidade dos indivíduos (Cecílio, 2009).

Um processo de trabalho com estas peculiaridades não está dado, ele é resultado de uma construção e reconstrução diária (Peduzzi; Agreli, 2018), considerando as dinâmicas próprias de cada unidade ou grupos de trabalho e as ameaças e mudanças externas representadas por políticas públicas que pegam de assalto os profissionais em suas rotinas.

A OMS enfatiza tanto a necessidade de priorizar e investir em sistemas de saúde que tem como princípio a oferta de serviços na APS, como também aponta como fundamental a aplicação de esforços para a superação de carências a nível mundial de profissionais de saúde e como uma possível solução diante desta realidade, o estímulo para o trabalho interprofissional através da prática colaborativa (WHO, 2010).

1.4 PRÁTICA COLABORATIVA INTERPROFISSIONAL: QUADRO TEÓRICO

Dada diversidade de termos utilizados na literatura para contextualizar as atividades que envolvem a colaboração interprofissional, faz-se necessário um estudo mais específico para compreender as dimensões que envolvem a prática colaborativa interprofissional atribuídas nos estudos. Para que ocorra uma atividade interprofissional são necessárias que duas ou mais profissões interajam de forma colaborativa entre si, visando à resolução de problemas ou a prática de atividades (Reeves et al., 2010).

Na área da saúde encontramos o termo “equipe interprofissional” associado com “colaboração”, tal associação é conceituada e desenvolvida a partir de alguns quadros teóricos. Conforme o quadro teórico desenvolvido pela OMS (WHO, 2010) a prática colaborativa interprofissional é compreendida e descrita a partir da atuação de diferentes profissionais da saúde ofertando serviços com base na integralidade, com atuação conjunta com pacientes, famílias, prestadores de cuidados e comunidades com vistas a oferecer um excelente nível de qualidade no atendimento.

Quanto às “competências” necessárias dos profissionais da saúde para a prática colaborativa nos serviços de saúde, o quadro teórico desenvolvido pelo Canadian Interprofessional Health Collaborative no Canadá (2010) descreve fatores de colaboração que envolvem respeito, confiança, tomada de decisão compartilhada e parcerias. Além disso, inclui que para trabalhar de forma colaborativa é necessária liderança colaborativa com foco no paciente, apoiada por meio de uma comunicação interprofissional eficaz, que será possível apenas se a equipe tiver capacidade de gerenciar conflitos e alcançar compromissos razoáveis (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

D’Amour et al. (2005) realizaram uma revisão de quadros teóricos envolvendo o termo “colaboração interprofissional” e descrevem como o termo é utilizado de múltiplas formas com diversos significados. Alerta ser irrealista pensar que simplesmente reunindo diferentes profissionais em equipes ocorrerá naturalmente o processo colaborativo interprofissional. Acrescenta ainda que a colaboração é um fenômeno humano e que está relacionado a uma ampla gama de dinâmicas intersubjetivas que necessitam ser desenvolvidas no interior de uma equipe.

Na área de saúde no Brasil, Peduzzi e Agreli (2018) descrevem, especificamente com relação ao termo “trabalho em equipe interprofissional”, o surgimento de discussões a respeito deste processo de trabalho a partir das décadas 60 e 70, por meio de movimentos liderados pela Medicina Preventiva, Comunitária e Integral. A partir de 1990 com o surgimento do SUS, o trabalho em equipe ganha nova ênfase, inclusive na discussão da formação dos profissionais.

Apesar dos esforços através de ações na APS, valorizando o trabalho em equipe e práticas colaborativas, assim como as tentativas de estruturação de uma Educação Interprofissional, tais mudanças ainda se constituem como um desafio em curso no Brasil (Peduzzi; Agreli, 2018). O processo de formação para o interprofissionalismo tem como princípios: a discussão dos papéis profissionais, a

valorização do compartilhamento, o respeito pelas diferenças, o diálogo e a negociação na tomada de decisão (Batista, 2012). Tais elementos contribuem para uma formação voltada para uma prática sob a perspectiva da integralidade e do trabalho interprofissional, superando a “concepção puramente biomédica da saúde, centrada na doença, tendo o médico como figura central” (p.25).

Peduzzi e Agreli (2018) apontam que diante da necessidade de estruturação de conceitos e práticas no campo do trabalho interprofissional na saúde, Reeves et al. (2010) construíram um modelo teórico baseado na perspectiva sociológica, caracterizando e subdividindo o trabalho interprofissional em saúde em quatro modalidades: trabalho em equipe, colaboração, coordenação e trabalho em rede.

Estas diferentes modalidades de trabalho, são propostas pelos autores sob a perspectiva de uma abordagem contingencial. Neste modelo não há uma preocupação em definir uma equipe de acordo com seu nível de performance, classificando hierarquicamente o estágio de desenvolvimento da equipe. A abordagem contingencial permite ao grupo de trabalho avaliar e planejar seu processo de trabalho de acordo com “seus propósitos e também sobre como podem responder às necessidades locais” (p.44).

Quanto ao “trabalho em equipe”, Reeves et al. (2010) o descrevem a partir do estudo de referenciais teóricos sobre o conceito de “equipe”, onde são marcantes e presentes uma identidade compartilhada de equipe, clareza dos objetivos, interdependência, integração, responsabilidade compartilhada e tarefas que geralmente são imprevisíveis, urgentes e complexas. Os autores oferecem exemplos de situações onde esta modalidade de trabalho é requerida: unidades de terapia intensiva, pronto-socorro e sala de cirurgia.

Na modalidade denominada “colaboração” os autores a caracterizam como uma forma mais flexível de trabalho interprofissional, por não necessitar de uma forte identidade compartilhada e integração de equipe para a realização de certas tarefas menos imprevisíveis, menos urgentes e complexas. Como exemplo, citam ambientes da atenção primária e clínicas ambulatoriais. Embora os autores conferem a complexidade, a situação de urgência, como no caso de uma atenção hospitalar, é reconhecido que a APS demanda outro nível de complexidade, dado que a atuação, nesse contexto, exigirá um esforço contínuo dos profissionais no sentido de superarem o trabalho uniprofissional e construir um processo de trabalho dinâmico que, conforme a literatura, permita o compartilhamento de ações e

estratégias na construção do cuidado diante das necessidades de saúde dos usuários (Peduzzi; Agreli, 2018).

Com relação à “coordenação”, Reeves et al. (2010) apontam que essa configuração também exige um relacionamento interprofissional, mas que possuem tarefas mais previsíveis e menos urgentes que a colaboração, necessitando menos de interdependência e integração. Nesta modalidade contingencial, é fundamental a comunicação oportuna e precisa com certa frequência, visando coordenar o atendimento. Os autores usam o termo “gerenciamento de caso” para explicar uma proposta de trabalho onde alguns profissionais coordenam o trabalho de outros membros de equipe.

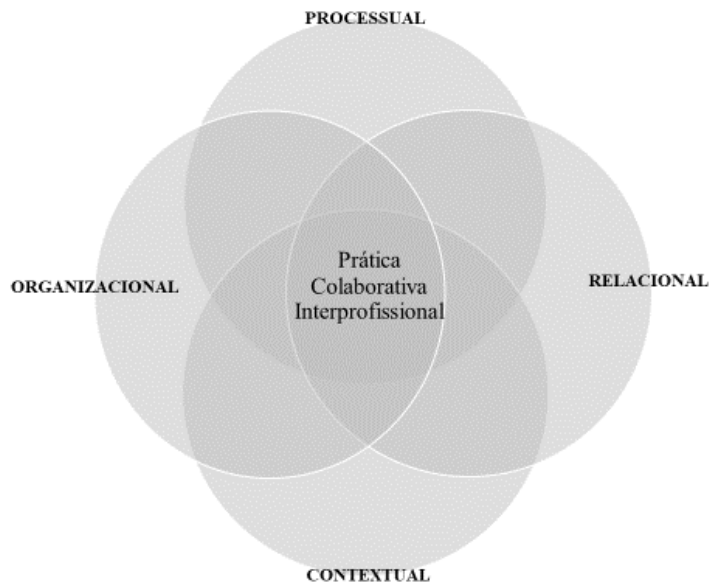
Como exemplo de uma equipe gerenciando ou coordenando casos com outros profissionais, poderia se pensar na atividade do matriciamento. Contudo, o processo de matriciamento na APS, apesar de ocorrer um gerenciamento de casos entre as equipes envolvidas, demonstra uma maior complexidade na tarefa, requerendo compartilhamento e interdependência (Brasil, 2011) dentro de uma perspectiva ampliada de cuidado, segundo a abordagem da integralidade (Campos; Domitti, 2007).

Segundo Reeves et al. (2010), o “trabalho em rede” tem como característica possuir tarefas que exigem certa integração, clareza de papéis e objetivos com divisão de responsabilidades, mas que podem ser mediadas por encontros virtuais, com uso da Internet para se comunicar, visando estabelecer contato interprofissional para discussão sobre habilidades, conhecimentos ou necessidades específicas. Um exemplo dado pelos autores é a rede de médicos que compartilham informações sobre medicamentos ou drogas ou sobre aplicação de diretrizes clínicas em várias instituições.

Na realidade das práticas da APS, temos como exemplo de trabalho em rede as reuniões intersetoriais do CRASA (Comitê Regional de Atenção às Pessoas em Situação de Acumulação), nas quais diferentes profissionais de diferentes órgãos públicos se reúnem para discutir casos de pessoas com comportamento de acumulação. Neste caso, o trabalho em rede envolve intersetorialidade, cuja efetivação requer a construção e manutenção de espaços de comunicação com vistas ao estabelecimento de práticas colaborativas interprofissionais na busca por resultados satisfatórios em relação às necessidades de saúde coletivas (Campos et al., 2004).

Apesar das diferenciações levantadas por Reeves et al. (2010), através de sua abordagem contingencial, a colaboração é um aspecto presente em todas as modalidades, sendo influenciada por vários fatores. No quadro teórico desenvolvido por Reeves et al. (2010) são apontados quatro domínios que, de certa forma, estariam interligados e assim influenciam a “dinâmica do grupo”, afetando os processos envolvendo a colaboração interprofissional. São eles descritos como domínios (Figura 1.1) “relacionais”, “processuais”, “organizacionais” e “contextuais” (Reeves et al., 2010).

Figura 1.1 - Diferentes domínios que afetam a prática colaborativa interprofissional



Fonte: Adaptado de Reeves et al. (2010)

Cada domínio, conforme proposto pelos autores, apresenta uma síntese de diferentes fatores que afetam o trabalho interprofissional. No domínio relacional encontra-se os fatores pertencentes às relações compartilhadas, tais como: processos da equipe, papéis da equipe, composição da equipe. No fator “processos da equipe” encontram-se elementos como a comunicação, os afetos, a confiança e o respeito, o humor, o conflito, a estabilidade, a disponibilidade e o aprimoramento (Reeves et al., 2010). Com relação ao fator “papéis da equipe” estão descritos a influência dos objetivos, responsabilidades, tarefas e liderança. Na “composição da equipe” são considerados o tamanho e características, ou seja, conforme os objetivos a composição varia para o alcance dos resultados. Um exemplo seria a

análise da composição de equipes de uma UBS em um determinado território, considerando-se as características e necessidades de saúde dos usuários, a equipe poderia requerer a existência de uma variedade de profissionais, para atingir níveis de qualidade na atenção à saúde.

Os membros de um grupo geralmente se influenciam mutuamente, mas muitas vezes sem tomarem consciência das forças que o afetam (Lapassade, 2016). A forma com que um grupo se comunica expressa o funcionamento das trocas ou interações (Lapassade, 2016), o que pode favorecer ou não a uma prática colaborativa (Pедуzzi; Agreli, 2018).

A comunicação pode ser verbal ou não verbal (dormir na reunião, uso de celular, sacudir a cabeça, etc.), formal (reuniões agendadas) ou informal (encontros nos corredores ou na copa) e, ainda, considera-se a forma como a informação circula no grupo (Lapassade, 2016). A forma com que ocorre a comunicação pode produzir diferentes reações nos grupos, podendo gerar frustrações, agressividade ou satisfação (Lapassade, 2016).

As formas de comunicação envolvendo tecnologia são muito utilizadas atualmente, superando barreiras do espaço-tempo, por outro lado, podem provocar percepções que não favorecem a confiança, a segurança, a expressão de desacordos e a tomada de decisão, aspectos necessários para a prática colaborativa interprofissional (Pедуzzi; Agreli, 2018).

A liderança é abordada por Reeves et al. (2010) como uma das dimensões do domínio relacional. Ela é descrita como elemento chave para influenciar a equipe em busca de motivação, tomada de decisão e inovação (Reeves et al., 2010). O estilo de liderança pode influenciar diretamente nas outras dimensões, como por exemplo na comunicação, apoiando a realização de reuniões e facilitando um clima favorável ao diálogo e trocas ou, ao contrário disso, centralizando o poder (Lapassade, 2016).

O poder profissional e a hierarquia são constructos sociais que podem estar presentes desde a formação profissional até a organização do serviço. Reeves et al. (2010) apontam a existência de estereótipos em estudantes antes mesmos de ingressarem nas universidades. De Marco (2006) descreve a hegemonia do modelo biomédico, onde a Medicina ancora suas observações e formulações, e que irá influenciar na montagem e funcionamento dos equipamentos de saúde.

Segundo D'Amour et al. (2005), as profissões são constituídas por fortes estruturas teóricas e disciplinares que lhe conferem uma espécie de jurisdição ou

fronteira onde permanecem rigidamente circunscritas. Além disso, o profissional adquire uma identidade com sua área de especialização, onde se sente confortável e seguro (Japiassu, 1976). A prática colaborativa interprofissional requer mudanças neste modelo, objetivando o funcionamento sob a lógica da colaboração e não da competição (D'Amour et al., 2005).

Com relação ao domínio processual, são abordados aspectos que envolvem como o grupo de profissionais se organiza diante das tarefas, considerando questões de complexidade, urgência, necessidade de reuniões, planejamento e distribuição de papéis (Reeves et al., 2010). Existe uma repercussão positiva no grupo de profissionais quando a organização da tarefa permite uma colaboração entre eles, tornando as percepções mais flexíveis e assim permitindo o controle da produção (Lapassade, 2016). Por outro lado, quando o processo de trabalho é fragmentado, com dificuldade de participação no planejamento e predomínio de uma única lógica teórico-prática (por ex. o saber biomédico) há um alto grau de alienação do trabalho (Terra; Campos, 2019).

Enquanto os fatores pertencentes aos domínios relacional e processual representam aspectos referentes ao nível “microsocial”, os domínios “organizacional” e “contextual”, descritos por Reeves et al. (2010), representam fatores pertencentes ao nível “macrossocial”. Apesar desta divisão entre níveis, os autores ressaltam que há uma interação e influência mútua entre os níveis, afetando o trabalho interprofissional. Um exemplo disso, são os elementos organizacionais presentes na realidade das UBS e que impactam nos processos de trabalho e funcionamento das equipes.

A organização pode ser entendida como uma “coletividade instituída com vistas a objetivos definidos, tais como a produção” (Lapassade, 2016, p.101) e que está submetida a uma estrutura de poder político e econômico. Foi a partir do modelo de gestão baseado na organização “máquina”, idealizada por F.W. Taylor no início do século XX, que surgiu a primeira forma burocrática moderna nas relações de produção (Lapassade, 2016). Esse modelo mecanicista apoiado em um sistema piramidal, hierarquizado, departamentalizado e especializado em função das tarefas ou objetivos, serviu, e ainda serve, como base para organizações públicas no Brasil (Capobianco et al., 2013). Assim, como a burocracia estimula as rotinas administrativas, as máquinas propiciam uma rotina da produção (Wood Jr, 1992).

Nas organizações da área da saúde, estão presentes estas características

estruturais, que acabam inclusive favorecendo o processo de trabalho uniprofissional e especializado. Japiassu (1976) denomina o “babelismo” científico como a linguagem específica que cada disciplina detém, protegendo seu saber especializado e o mantendo acessível apenas aos seus especialistas, caracterizando de fato uma forma de estabelecimento de poder.

Esse modelo organizacional mecanicista, assim como a divisão do saber através de disciplinas especializadas, tem seus fundamentos baseados no positivismo cuja lógica é o método que reduz o domínio das disciplinas especificamente aos fenômenos observáveis de forma fragmentada (Japiassu, 1976). Nesse sentido o modelo biomédico acaba encontrando lugar na estrutura organizacional proposta, visto que o processo saúde/ doença é entendido como fenômeno objetivo, localizável no corpo, centralizando boa parte dos cuidados oferecidos através da indústria de diagnósticos e medicamentos (Terra; Campos, 2019).

Um exemplo pertencente ao domínio contextual (Reeves et al., 2010), pensando na realidade brasileira, foi o que a Reforma do Aparelho do Estado promovida pelo então Ministério da Administração e Reforma do Estado propiciou. Conforme Capobianco et al. (2013), tal reforma foi impulsionada em decorrência de crises no modelo fiscal, político e burocrático. De forma sintética, seus objetivos foram “privatização das estatais; terceirização dos serviços públicos; regulação estatal das atividades públicas conduzidas pelo setor privado; e uso de ideias e ferramentas gerenciais advindas do setor privado” (p.68).

Os reflexos dessas diretrizes políticas baseadas na promessa de modernização da máquina governamental e da eficiência do modelo gerencial também afetaram o SUS. Um exemplo disso são os contratos de gestão pactuados entre SMS e OSS no município de São Paulo. Tais contratos geralmente são baseados em planos de trabalho envolvendo o gerenciamento, execução de serviços de saúde, quadro de metas quantitativas e contratação e manutenção de equipes mínimas segundo o regime da consolidação das leis trabalhistas (São Paulo, 2016). Essa configuração resulta em reflexos para o trabalho interprofissional, podendo afetar o domínio relacional, especificamente a estabilidade das equipes, devido aos altos índices de rotatividade de profissionais e dificuldade para realizar reuniões resultante da pressão temporal por metas quantitativas (Reeves et al., 2010).

Os usuários dos serviços públicos passaram a ser encarados como “cidadãos-clientes”, como uma maneira de tornar a organização pública próxima ou similar a uma organização privada prestadora de serviços, obedecendo a uma lógica de mercado (Capobianco et al., 2013). Inclusive, um dos indicadores considerados de “qualidade” nos contratos de gestão refere-se ao número de reclamações dos usuários através do canal de ouvidoria do SUS (São Paulo, 2016a).

Conforme Reeves et al. (2010), um dos fatores influenciadores do trabalho interprofissional apontados no domínio organizacional é o medo de litígio, ou seja, a responsabilização judicial dos profissionais de saúde por possíveis erros ou negligências. O tema central abordado pelos autores diz respeito às questões de sigilo profissional que podem inibir uma discussão interprofissional ou mesmo o medo de alguns profissionais de sofrerem processos por erros individuais. Nesse sentido, as ouvidorias podem ser remetidas para o domínio organizacional, pois há uma tendência dos usuários em buscar a APS como se fosse “consumir saúde”, através de consultas, exames, encaminhamentos e outras tecnologias tratadas como “mercadorias” (Terra; Campos, 2019).

A condição de cidadão-cliente pode acabar gerando uma postura individualista de buscar soluções e expressar insatisfações pessoais através de mecanismos como a ouvidoria do SUS, porém deixa defasada a participação dos cidadãos de maneira coletiva e democrática em dispositivos de diálogo e interação importantes como os conselhos gestores ou conselhos de saúde, que possuem potencialidade para qualificar o SUS através da reivindicação e apoio às políticas públicas (Noronha et al., 2012). Além disso, essa relação comercial entre cliente/consumidor e profissional de saúde podem ter reflexos na qualidade do vínculo para o desenvolvimento do autocuidado, a longitudinalidade e a busca pela integralidade do cuidado, atributos fundamentais da APS e objetivos das práticas colaborativas interprofissionais.

Estes elementos podem afetar os profissionais e os processos colaborativos de várias formas. Uma maneira de avaliar isso é representada pelo clima do trabalho. Peduzzi e Agreli (2018) destacam a influência do clima do trabalho como elemento-chave para a colaboração, definindo-o como um grupo de percepções e significados compartilhados entre os profissionais de uma equipe referente às políticas, práticas e procedimentos experimentados ou vivenciados no cotidiano da unidade de trabalho. O clima de trabalho tem relação direta com as interações

profissionais, dentre elas a comunicação, que é um fator fundamental que influencia na colaboração interprofissional.

Por outro lado, as mesmas autoras citam as principais barreiras ao trabalho interprofissional encontradas no cotidiano da APS, oferecendo destaque para problemas de comunicação e coordenação do trabalho em rede, carência de redes especializadas e articuladas à APS frente às demandas da população, a fragmentação do cuidado e desequilíbrio nas relações de poder entre profissionais e usuários (Peduzzi; Agreli, 2018).

Considerando a gama de fatores que podem afetar a colaboração interprofissional optou-se em realizar uma revisão bibliográfica sistemática sobre o tema, para conhecer o estado da arte, por meio do método de revisão integrativa.

1.5 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

O lançamento do marco teórico da OMS em 2010 sobre práticas colaborativas e educação interprofissional, resultado de pesquisa realizada através de um grupo de estudos da OMS, teve como objetivo oferecer ideias e incentivos para a criação de políticas públicas, visando implementar a prática colaborativa e a educação interprofissional, como estratégias de mudanças visando a qualificação de resultados na produção da atenção e cuidado nos sistemas de saúde (WHO, 2010). Desta forma, considerou-se pertinente um estudo sobre o tema para avaliação das potências e dificuldades na sua implementação, tanto a nível nacional quanto internacional.

Segundo Botelho et al. (2011), a revisão bibliográfica sistemática caracteriza-se por responder a uma questão específica, utilizando um método sistemático que realiza criticamente a identificação, seleção e coleta de estudos pertinentes ao tema. Conforme Broome (2000), a revisão integrativa refere-se a um método específico que sintetiza a literatura sobre um determinado assunto, oferecendo um entendimento abrangente sobre determinado fenômeno que se pretende estudar.

O processo de construção da revisão integrativa segue determinadas etapas, como: identificação do tema e questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados,

categorização dos estudos selecionados, análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão/ síntese do conhecimento (Botelho et al., 2011).

Para realizar a revisão da literatura ou estado da arte sobre o tema deste trabalho, foi elaborada a seguinte questão norteadora para a investigação: Quais os desafios e as potências encontradas nas práticas colaborativas interprofissionais na APS?

Os descritores utilizados para a pesquisa de base de dados foram: Atenção primária à saúde, Interprofissional e Colaboração (Português) e Primary health care, Interprofessional and Collaboration (Inglês). Para realizar a revisão foram consultadas as seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), National Library of Medicine National Institutes of Health dos EUA (Medline/PubMed) e Scopus.

Como critério de inclusão definiu-se artigos científicos publicados entre 2010 e 2019, artigos completos com resumos, nos idiomas inglês, português e espanhol e com acesso gratuito

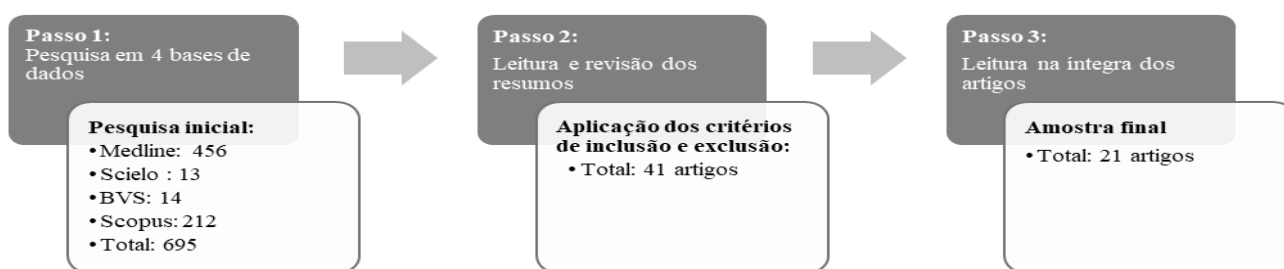
Foram excluídos artigos que não possuíam relação com ações ou práticas interprofissionais (como por exemplo, “educação interprofissional”) voltadas à APS, além de artigos fora do período determinado para o estudo e publicados em outros idiomas.

Para a identificação e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foi realizada criteriosa leitura dos títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações encontradas no período de estudo abordado. Após a seleção inicial dos textos através dos resumos foi realizada a leitura na íntegra, considerando todos fatores de inclusão e exclusão, resultando na seleção final da amostra.

Na busca realizada na base de dados Medline/ PubMed foram encontrados 456 artigos e, após a leitura dos resumos, foram selecionados 33 artigos. Na base de dados Scielo Scientific Electronic Library Online (SciELO) surgiram 13 artigos, descartando-se as duplicidades encontradas e realizando a leitura dos resumos, restaram 3 artigos. A pesquisa na base de dados da Biblioteca virtual em saúde (BVS) resultou inicialmente em 14 textos, aplicando-se o método similar foi selecionado 1 artigo. Finalmente, na base de dados Scopus foram encontrados 212 artigos, avaliando-se as duplicidades e realizando a leitura dos resumos foram selecionados 4 artigos.

Na última etapa da seleção da amostra foi realizada a leitura integral dos 41 artigos pré-selecionados. Na leitura integral dos artigos foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão o que resultou na seleção de uma amostra final de 21 artigos. Para obter uma visualização sintetizada, com todos os passos do processo envolvendo a revisão bibliográfica sistemática através da metodologia da revisão integrativa, foi utilizado o fluxograma a seguir:

Figura 1.2 - Fluxograma da revisão sistemática dos artigos



Fonte: O autor.

A partir da amostra final selecionada da revisão bibliográfica sistemática realizada neste estudo, foi construído um quadro analítico em ordem alfabética dos autores contendo informações com relação ao ano de publicação do artigo, país de origem, quais as diferentes profissões envolvidas nas pesquisas, bem como, quais as potências e os desafios evidenciados nos estudos nos diferentes cenários da APS conforme descrito abaixo:

Quadro 1.1 – Descrição analítica da revisão da literatura do período de 2010 à 2019

AUTORES	ANO	PAÍS	PROFISSÕES PARTICIPANTES DO ESTUDO	POTÊNCIAS	DESAFIOS
Agreli et al.	2017	Brasil	enfermagem, ACS, medicina e odontologia,	Aumento da qualidade do cuidado.	Necessidade de desenvolver a participação segura (confiança), a comunicação eficaz e o apoio mútuo.
Barros et al.	2018	Brasil	enfermagem, medicina e odontologia.	Humanização e atenção centrada no usuário.	Alterar a dinâmica do trabalho uniprofissional, incrementar a comunicação e equilibrar as relações de poder.
Bispo Junior e Moreira	2018	Brasil	NASF e equipes de ESF.	Ênfase nas fragilidades percebidas.	Dificuldades com a hierarquia, a comunicação, a confiança e o respeito e a falta de apoio pela gestão.
Donnelly et al.	2013	Canadá	terapia ocupacional e equipes de ESF.	Compartilhamento de ações e construção de estratégias.	Falta de integração e conhecimento do papel de outras profissões, carência de reuniões e interação entre os profissionais.
Donnelly et al.	2019	Canadá	Enferm., serviço social, farmácia, fisioterapia, terapia ocupacional, podologia e quiropraxia.	Atenção centrada no usuário, melhoria da qualidade da saúde do usuário.	Necessidade de incluir indicadores de trabalho interprofissional em oposição aos indicadores com foco no modelo biomédico.
Faquim e Frazão	2016	Brasil	medicina, odontologia, enfermagem e técnico em saúde bucal.	Resolutividade e qualidade do cuidado	Superar barreiras envolvendo a hierarquia e a falta de comunicação.
Goldman et al.	2010	Canadá	medicina de família, enfermagem, nutrição, serviço social, farmácia e gerentes.	Cuidado colaborativo centrado no usuário, aumento da capacidade para oferecer atenção.	Carência de negociação de papéis tradicionais, planejar tempo e o espaço para compartilhar ações e estratégias e falta de apoio da liderança
Gregory e Austin	2016	Canadá	farmácia e medicina de família.	Qualidade e eficácia na construção do cuidado	Dificuldades no que se refere a hierarquia, o poder profissional, a falta de confiança e de interação pessoal.
Gucciardi et al.	2016	Canadá	enfermagem e nutrição.	Qualidade do cuidado e a segurança do usuário	Carência de reuniões regulares, de clareza e conhecimento dos papéis de cada profissão e de espaço para compartilhar ações.
Harris et al.	2016	Austrália	equipes de ESF	Melhoria do planejamento do cuidado de DCNT	Ausência de comunicação, de apoio da liderança e de conhecimento de outras profissões.
Levesque et al.	2018	Austrália	equipes de ESF	Qualidade no manejo de DCNT	Necessidade de desenvolver a comunicação e a confiança; superar a hierarquia e implementar a remuneração para equipe
Löffler et al.	2017	Alemanha	medicina e farmácia	Aumento da segurança e qualidade do cuidado dos usuários com DCNT	Estabelecer a comunicação e a confiança

MacNaughton et al.	2013	Canadá	enfermagem, nutrição, farmácia, serviço social e medicina	Satisfação profissional e integralidade do cuidado	Ausência de espaços para reunião, prevalência de agendas individuais, rotatividade, poder e liderança
Matthys et al.	2017	Bélgica	medicina e enfermagem	Ampliação do cuidado diante das necessidades dos usuários	Barreiras envolvendo a comunicação, a confiança, o respeito e a pressão temporal em decorrência de metas individuais.
Matuda et al.	2015	Brasil	serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, enfermagem e medicina	Foco nas necessidades de saúde do território e troca de saberes na construção do cuidado.	Obstáculos envolvendo a interação, as metas de produção, a prevalência do trabalho uniprofissional e a lógica de encaminhamento para especialistas
Mulvalle et al.	2016	Canadá	Amostra variada conforme o modelo de APS de cada país (Canadá, Espanha, Reino Unido, EUA e Porto Rico)	Atenção centrada no usuário.	Falta de reuniões regulares, de incentivo e qualificação das equipes e de inclusão do usuário nas tomadas de decisão, carência de apoio da liderança e de políticas públicas.
Peduzzi e Agreli	2018	Brasil	equipes da ESF	Para os usuários: melhoria do acesso e da qualidade do cuidado. Para os profissionais: satisfação no trabalho.	Barreiras envolvendo a formação voltada ao trabalho uniprofissional, a comunicação, a coordenação da rede, a fragmentação do cuidado e as relações de poder.
Previato e Baldissera	2018	Brasil	NASF (serviço social, terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, farmácia e educação física) e ESF (medicina, ACS, enfermagem, técnico em saúde bucal e técnico de enfermagem)	Compartilhamento, construção de PTS e integralidade do cuidado.	Prevalência de comunicação informal com uso de tecnologias, carência de liderança que apoie reuniões dialógicas regulares e mudanças nos processos de trabalho.
Rathbone et al.	2016	Austrália	farmácia e medicina	Adesão ao tratamento	Insuficiência de comunicação.
Supper et al.	2015	França	medicina, farmácia, fisioterapia e serviço social	Qualidade da atenção ao usuário, satisfação profissional e desenvolvimento de habilidades	Principais barreiras apontadas: hierarquia impedindo o compartilhamento, falta de reconhecimento de outras profissões e prevalência do modelo biomédico.
van Dogen et al.	2016	Holanda	Medicina, enfermagem, terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia e serviço social.	Integralidade do cuidado de DCNT e atenção centrada no usuário	Necessidade de conhecimento mútuo, de confiança e respeito, de liderança que apoie e de inclusão dos usuários em reuniões com a equipe

Fonte: O autor.

Dentre os 21 artigos (Quadro 1.1) que foram selecionados 7 são nacionais, 7 do Canadá, 3 da Austrália e o restante originários da Alemanha, Bélgica, França e Holanda. A maioria da amostra é composta por estudos conduzidos no país de origem dos artigos, com exceção dos artigos de Harris et al. (2016) e Levesque et al. (2018), que foram baseados em análises secundárias de estudos conduzidos na Austrália, Canadá e EUA. Os estudos de Supper et al. (2015), Mulvalle et al. (2016) e Matthys et al. (2017) são resultantes de revisões sistemáticas da literatura sobre o assunto.

Para a construção do resumo dos artigos selecionados (Quadro 1.1) buscou-se sintetizar os resultados encontrados em cada artigo, conforme a identificação de elementos referentes aos desafios e às potências das práticas colaborativas interprofissionais.

Os resultados da revisão da literatura realizada neste trabalho demonstraram que os desafios para a interprofissionalidade na APS foram analisados separadamente ou de forma individual, porém, nota-se que eles são afetados por outros fatores, provocando uma influência mútua como descrito por Reeves et al. (2010). Uma ilustração dessa situação é oferecida por Reeves et al. (2010), explicando que o fator hierarquia (domínio relacional) pode gerar diferenças econômicas (domínio contextual) e sociais, assim como, tempo limitado (domínio processual) e muitas demandas podem resultar em pouco tempo de interação (domínio relacional).

A comunicação foi o desafio mais destacado na amostra dos artigos selecionados na revisão da literatura, contudo, verifica-se uma inter-relação de vários fatores que acabam se afetando sistemicamente e influenciando no trabalho interprofissional. Goldman et al. (2010), Gucciardi et al. (2016) e Levesque et al. (2018) apontam a necessidade da negociação de tempo e espaço para que as equipes possam realizar encontros e reuniões para estabelecerem comunicação além de compartilharem ações ou práticas.

Reeves et al. (2010) observam que tempo e espaço são elementos entrelaçados pertencentes ao domínio processual e que afetam o trabalho interprofissional de várias maneiras, principalmente por estarem fortemente conectados aos processos de trabalho dentro da organização. MacNaughton et al. (2013) destacam em sua pesquisa que uma das principais barreiras ao processo de trabalho interprofissional são as agendas individuais, impedindo que os profissionais

tenham tempo sincrônico para realizarem reuniões, compartilhando informações ou realizando interações.

Matuda et al. (2015) abordam em seu estudo envolvendo equipes da ESF e NASF como o processo de matriciamento que por natureza é interprofissional, o enfrentamento de dificuldades para reverter a lógica dos encaminhamentos aos especialistas e promover a interação entre equipes, visto que as metas organizacionais são baseadas na produção individual e quantitativa com foco no modelo biomédico. O alcance de metas produtivas provoca uma pressão temporal nas equipes, dificultando o estabelecimento de espaços formais de reuniões interprofissionais (Supper et al., 2015; Matthys et al., 2017).

O apoio organizacional (domínio organizacional) e a liderança (domínio relacional) são fatores que podem influenciar diretamente ou indiretamente na formalização de tempo e espaço para a comunicação interprofissional. Tanto a adoção de mudanças organizacionais, no sentido de oferecer remuneração baseada no trabalho em equipe (Levesque et al., 2018), quanto a implementação de supervisão e acompanhamento para qualificação e orientação das equipes para o trabalho interprofissional são ações organizacionais, que apoiam e estimulam trabalho colaborativo interprofissional rumo à qualificação do cuidado (Mulvalle et al., 2016).

O estilo de liderança pode estimular o desenvolvimento das equipes favorecendo as trocas e a comunicação através do apoio e formalização de reuniões ou, ao contrário disso, as atitudes voltadas para centralizar o poder (Lapassade, 2016) podem inibir uma dinâmica de grupo baseada em processos de comunicação favorável às práticas colaborativas interprofissionais (Goldman et al., 2010; MacNaughton et al., 2013; Harris et al., 2016; Mulvalle et al., 2016).

A comunicação interprofissional demanda a interação, a expressão de ideias ou explicações referentes aos diferentes papéis, funções e desempenhos dos diferentes profissionais na sua área de atuação. Donnelly et al. (2013) observou a importância de espaços de comunicação para a inclusão e integração de profissionais de terapia ocupacional em equipes da APS. Com espaços de comunicação e interação que a confiança será desenvolvida, fortalecendo as relações interprofissionais e refletindo diretamente na construção do cuidado (van Dogen et al., 2016).

Gregory e Austin (2016), em um estudo sobre a formação da confiança a partir de modelos cognitivos entre médicos e farmacêuticos em ambientes da APS, descreveram que enquanto os farmacêuticos construíam sua percepção sobre os médicos baseados no status da profissão ou hierarquia, estes, por sua vez, buscavam formar opinião a partir do desempenho dos farmacêuticos. Os autores apontam como essa situação gerava frustrações sobre as expectativas esperadas, ameaçando o trabalho interprofissional, pois a confiança não é um fator asséptico ou isento de emoções e afetos, ao contrário disso, são resultantes de relacionamentos interpessoais, por isso necessitam de oportunidades de interação e comunicação. A rotatividade, desafio apontado por MacNaughton et al. (2013) também pode interferir na confiança, visto que esta é resultante de vínculos formados através da interação e socialização dos profissionais ao longo do tempo.

Em outra pesquisa envolvendo as mesmas categorias profissionais, Rathbone et al. (2016) apontam como os processos envolvendo comunicação presencial e regular no trabalho interprofissional resultaram em uma maior aderência às medicações prescritas envolvidas no tratamento de DCNT. O trabalho colaborativo interprofissional necessita de maneira imprescindível de um ambiente de interação que possibilite a livre expressão de opiniões ou discordâncias envolvendo os diferentes profissionais o que pode resultar em benefícios aos usuários (Peduzzi; Agreli, 2018).

Agreli et al. (2017) realizaram investigação sobre o clima de trabalho entre equipes de ESF com o objetivo de avaliar aspectos facilitadores ou barreiras referentes à colaboração interprofissional. Os autores destacam, que equipes que demonstravam maior interação, trocas e comunicação em ambientes que consideravam seguros para se expressar, apresentavam melhores resultados através das práticas colaborativas interprofissionais com tomadas de decisão e qualidade na busca pela integralidade do cuidado.

Previato e Baldissera (2018) desenvolveram um trabalho enfocando a importância da comunicação para o trabalho interprofissional, porém diferenciam a comunicação dialógica da comunicação superficial. Enquanto contatos realizados de maneira rápida ou apenas para transmitir informações podem ser feitos através de tecnologias de comunicação (Previato; Baldissera, 2018), o diálogo autêntico envolve ação e reflexão por meio da circulação da palavra e da disponibilidade da capacidade de pensar dos indivíduos em busca da transformação e humanização do

mundo (Freire, 2013).

Pode-se dizer que o diálogo confere qualidade às reuniões ou encontros interprofissionais, permitindo que os profissionais interajam, se conheçam e experimentem potências que não surgiriam no trabalho uniprofissional. Porém, para transformações profundas, seriam necessárias implementação de políticas públicas (domínio contextual, segundo Reeves et al. (2010) que apoiassem o trabalho colaborativo interprofissional como apontam Mulvalle et al. (2016).

Uma mudança fundamental seria a inserção de indicadores de qualidade que considerassem e valorizassem as práticas colaborativas interprofissionais, como por exemplo, a existência de reserva de horários para reuniões tanto clínicas (discussões de casos, elaboração de projetos terapêuticos e outras tarefas), quanto reuniões de autoavaliação, além de indicadores e metas baseadas em ações compartilhadas na APS (acolhimento, realização de grupos, visitas domiciliares, etc.), na medida em que essas ações atualmente não são consideradas como atendimentos realizados de maneira interprofissional, mas sim registrados como produção individual ou atendimento uniprofissional.

Com relação à avaliação das potências mencionadas na amostra selecionada observou-se benefícios para os usuários, como a atenção centrada na pessoa, o aumento na qualidade e integralidade do cuidado (sobretudo com relação às DCNT), melhoria no acesso, na segurança e na adesão ao tratamento. No que diz respeito aos profissionais foram apontados desenvolvimento de habilidades, troca de saberes e satisfação no trabalho.

A atenção centrada no usuário é apontada por alguns autores como uma função positiva resultante do trabalho interprofissional que estreita as relações e interações entre profissionais e usuários fortalecendo os vínculos (Barros et al., 2018), estimulando o autocuidado e a corresponsabilidade (Goldman et al., 2010) e enfatizando a atenção nas necessidades de saúde dos usuários (Mulvalle et al., 2016).

A ampliação do olhar proporcionada pela prática colaborativa interprofissional provoca um deslocamento da cultura do cuidado centrado nos sintomas e patologias para uma atenção compartilhada por diferentes profissionais, possibilitando uma compreensão da complexidade e envolvendo as necessidades dos usuários (Agreli et al., 2016). Na atenção centrada no usuário várias dimensões são abordadas simultaneamente por meio do trabalho interprofissional e, ao contrário do que ocorre

no atendimento dividido por profissões separadamente, o cuidado não é fragmentado (van Dogen et al., 2016; Peduzzi; Agreli, 2018).

Harris et al. (2016), através da análise secundária envolvendo doze estudos realizados nos países da Austrália, EUA e Canadá, com o objetivo de avaliar o impacto da implementação de políticas e intervenções para o aprimoramento do trabalho interprofissional, descrevem um aumento na qualidade da organização e planejamento do cuidado de DCNT, inclusive com avaliação positiva emitida pelos usuários quanto à qualidade do atendimento.

MacNaughton et al. (2013) observaram que profissionais ao atingir estágios de desenvolvimento favoráveis para práticas colaborativas interprofissionais proporcionam benefícios aos usuários, oferecendo cuidados baseados na integralidade. Isso pode ser avaliado também em outro trabalho descrito por Faquim e Frazão (2016), que relatam o aumento da qualidade da atenção e da segurança de usuárias gestantes envolvendo ações de prevenção e promoção da saúde referentes à saúde bucal promovidas pelo trabalho interprofissional. Os autores também destacam a diminuição de erros ou omissões referentes ao cuidado das usuárias durante práticas colaborativas interprofissionais, aumentando assim a sua segurança e adesão ao acompanhamento.

A importância das práticas colaborativas interprofissionais na APS como possibilidade de reverter o modelo biomédico hegemônico, voltando a atenção ao usuário constitui-se como fator fundamental para o aumento da resolutividade e da construção da integralidade do cuidado (Previato; Baldissera, 2018). Essa condição exige a disponibilidade para mudanças e flexibilização de papéis no sentido de sair da área de atuação específica de cada profissão compartilhando ações e ideias e permitindo não só melhorar a qualidade do cuidado para os usuários, mas a própria qualidade de vida no trabalho para os profissionais da saúde (Supper et al., 2015).

Com o crescente envelhecimento da população, torna-se urgente o desenvolvimento do trabalho interprofissional com objetivo de aumentar o desempenho da APS, sobretudo com relação à vulnerabilidade acentuada frente às DCNT (Donnelly et al., 2019). Essa demanda progressiva conseqüentemente aumenta cada vez mais a carga de trabalho para os profissionais da saúde na APS, tornando-se um fator (pertencente ao domínio processual conforme Reeves et al. (2010) que pode diminuir o tempo de interação dos profissionais da saúde (MacNaughton et al., 2013), sobrecarregando e provocando insatisfação nos

trabalhadores e, por conseguinte, aumentar o nível de rotatividade nas equipes da APS (Donnelly et al., 2019).

Ao contrário disso, ambientes de trabalho em que são desenvolvidas práticas interprofissionais são experimentados o intercâmbio de papéis, diminuindo a carga de trabalho (MacNaughton et al., 2013), assim como, o desenvolvimento de habilidades e troca de conhecimentos resultam em um aumento de satisfação no trabalho para os profissionais da saúde (Gucciardi et al., 2016).

Um grupo de profissionais com diferentes formações, que tem oportunidade de exercer o diálogo, mobiliza diferentes habilidades e competências, por meio de suas “caixas de ferramentas” próprias de cada núcleo do saber (Merhy, 2013), o que enriquece a construção do cuidado abordando diferentes dimensões presentes nas necessidades de saúde dos usuários. Essa dinâmica de trabalho não somente diminui a fragmentação do cuidado e fortalece a APS na busca pela coordenação da rede (Peduzzi; Agreli, 2018), mas também favorece o surgimento de um clima de trabalho de apoio mútuo, de confiança para se expressar e ser escutado (Agreli et al., 2017).

Um ambiente de trabalho, onde os profissionais possam expressar-se e experimentar alguma autonomia com relação à organização da tarefa, permite o grupo sentir satisfação (Lapassade, 2016), impulsionando a construção do cuidado em busca da integralidade. Bem como, os profissionais não sendo submissos a uma realidade externa inexorável, podem sentir-se criativos (Winnicott, 2019), originando um local atrativo e estável para formação de vínculos, aspectos importantes para a manutenção das práticas interprofissionais na APS (Gucciardi et al., 2016; Harris et al., 2016; Donnelly et al., 2019).

O panorama apresentado pelos artigos da amostra selecionada desta revisão sistemática demonstra que os principais desafios para a prática colaborativa interprofissional pertencem ao domínio relacional descrito por Reeves et al. (2010) com destaque para a comunicação. Como já apontado os fatores apesar de estarem divididos em domínios, se inter-relacionam se afetando mutuamente.

Ressalta-se que, dentre os quatro domínios descritos por Reeves et al. (2010), o domínio relacional é o que apresenta um maior número de fatores que podem afetar as práticas colaborativas interprofissionais. Talvez isso ocorra pelo fato de que os relacionamentos humanos em um grupo de trabalho podem ser mobilizados por variados elementos e produzir diversas nuances, que podem

dificultar ou ao contrário estimular o trabalho interprofissional.

Um dos fatores descritos por Reeves et al. (2010) é a “imprevisibilidade” dos relacionamentos humanos, que pode estar associada a possíveis características complexas da tarefa ou do trabalho a ser realizado com relação aos cuidados dos usuários. Também essa imprevisibilidade poderia ser associada com a natureza intempestiva dos relacionamentos humanos presentes na interação interprofissional.

Os indivíduos sentem e produzem uma série de afetos e emoções nos diversos encontros com o outro, muitas vezes com sentidos ou sensações contrastantes (Pelbart, 2004). O outro nos confronta com o que nos é familiar, retirando a segurança e a regularidade do que é conhecido e coerente para nós, porém esses encontros podem produzir um campo de forças criativas e inventivas, que ampliam percepções e devires (Pelbart, 2004). Na transposição deste fenômeno para o trabalho interprofissional, pode-se afirmar que sair do território conhecido de cada profissão pode ser angustiante e, ao mesmo tempo, enriquecedor.

Portanto, contrastando com os diversos desafios presentes nos encontros interprofissionais, sendo alguns deles imprevisíveis, pode-se afirmar que existe uma multiplicidade de forças que podem surgir no trabalho interprofissional, promovendo ideias e práticas na construção da integralidade do cuidado, aspecto fundamental para o incremento da qualidade dos serviços da APS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar e analisar as potências e os desafios para o desenvolvimento de práticas colaborativas na perspectiva interprofissional na UBS tradicional Alto de Pinheiros da cidade de São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as ações, características e contextos em que são desenvolvidas práticas de colaboração interprofissional na UBS.
- Conhecer e analisar as dificuldades e limites enfrentados pelos profissionais nas práticas de colaboração interprofissional para o cotidiano do trabalho na UBS.
- Conhecer e analisar as contribuições das práticas colaborativas interprofissionais para o cotidiano do trabalho na UBS.
- Elaborar produto educacional para o desenvolvimento e aprimoramento de práticas colaborativas interprofissionais na rotina de serviços de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada sob abordagem qualitativa, caracterizada como estudo exploratório, descritivo, retrospectivo, com base em estudo documental e prospectivo com a realização de grupo focal remoto para a análise das experiências interprofissionais desenvolvidas pelos profissionais da equipe multiprofissional da UBS Alto de Pinheiros.

A abordagem qualitativa mostra-se adequada a pesquisa, na medida em que o tema abordado tem como premissa a apreensão e compreensão de aspectos referentes à estrutura e funcionamento de grupos, instituições e indivíduos, considerando os valores culturais, representações sociais e históricas e relacionamentos intersubjetivos no qual se encontram inseridos (Minayo, 2014).

O estudo exploratório possibilita um aprofundamento sobre o problema, explicitando-o e oferecendo um desenvolvimento de ideias e hipóteses (Gil, 2002). O aspecto descritivo do estudo visa aprofundar a compreensão das características de determinado grupo ou fenômeno, levantando opiniões, atitudes e crenças, aproximando-se de estudos exploratórios oferecendo uma nova visão do problema e são “as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática” (p.42).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A escolha da UBS Alto de Pinheiros para a realização desta pesquisa foi pautada pelo fato de que no momento da realização deste estudo a unidade contava com uma equipe multiprofissional composta por profissionais com diferentes itinerários, experiências, formações e percursos ao longo da existência do SUS. Tal característica mostrou-se profícua no sentido de ampliar e aprofundar o conhecimento sobre a importância do trabalho interprofissional na APS, avaliando as

dificuldades, bem como, as potências presentes no cotidiano das práticas na busca pela integralidade do cuidado.

A UBS Alto de Pinheiros está geograficamente localizada na região Oeste da cidade de São Paulo dividindo espaço no mesmo endereço com outras unidades de saúde do SUS: um Pronto Socorro (PS) Municipal, uma unidade móvel da Rede Hora Certa e uma equipe do PAI (Programa de Atenção ao Idoso).

Ao contrário da UBS, o Pronto Socorro e a equipe do PAI estão sob a gestão da ASF (Associação Saúde da Família) que é uma organização social de saúde (OSS). A unidade móvel da Rede Hora Certa está sob a gestão da CIES Global (Centro de Integração de Educação e Saúde) que também é uma OSS. Dentro da UBS também funciona um setor de diagnósticos de mamografia com agenda regulada na região oeste, gerenciado também por outra OSS, chamada FIDI (Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem).

Dentre as atividades ofertadas pela UBS, são objetos deste estudo aquelas que se desenvolveram a partir de práticas colaborativas interprofissionais: o acolhimento, os grupos de promoção da saúde (grupo “emoções” e de práticas corporais), o matriciamento e as ações intersetoriais envolvendo o CRASA (Comitê Regional de Atenção à Pessoa em Situação de Acumulação). As atividades descritas aconteceram na própria UBS e outros equipamentos do território, com diferentes frequências e períodos. O acolhimento ocorria diariamente na UBS, já os grupos de promoção da saúde estudados aconteceram semanalmente. O grupo “emoções” ocorria na UBS todas as quintas no período da manhã, enquanto que o grupo de “práticas corporais” ocorria dentro de um condomínio habitacional, às terças e quintas também no período matutino. O matriciamento ocorria dentro da UBS, toda primeira sexta de cada mês, com a presença de profissionais da UBS, PAI, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Adulto Itaim Bibi, CAPS Infante Juvenil Lapa, CAPS AD (Álcool e Drogas) Vila Leopoldina e alguns encontros o PS da Lapa. Com relação às ações intersetoriais, as reuniões do CRASA que ocorriam externamente toda segunda terça de cada mês com a participação de representantes de cada UBS e outros equipamentos do território Lapa/ Pinheiros: Vigilância ambiental, Subprefeituras, Núcleo de Vigilância Zoossanitária, Unidade de vigilância sanitária, Caps Adulto e AD, PAI, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e STS (Supervisão Técnica de Saúde).

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: o estudo documental retrospectivo, realizado através da análise dos registros das atividades existentes da UBS Alto de Pinheiros, referentes ao acolhimento, aos grupos de promoção da saúde, o matriciamento e às ações intersetoriais no período de fevereiro de 2019 à fevereiro de 2020 e estudo prospectivo com a realização de um grupo focal remoto em dezembro de 2020 com os profissionais da UBS participantes de práticas colaborativas interprofissionais.

A escolha por duas técnicas baseou-se na busca pelos objetivos deste trabalho, ou seja, as potências e desafios do trabalho interprofissional em uma UBS tradicional, considerando tanto as práticas do cotidiano da unidade registradas nos documentos, quanto reflexões promovidas por meio do grupo focal sobre os significados e vivências compartilhados pelos profissionais em sua realidade de trabalho por meio da linguagem e interações.

3.3.1 Pesquisa documental

O estudo documental mostra-se como valiosa técnica para coleta de dados qualitativos, seja complementando dados obtidos por outras formas de investigação ou demonstrando novas configurações de um problema (Ludke; André, 2018). Documentos materiais podem ser considerados os já existentes, resultantes de anotações ou diários referentes a processos institucionais (Flick, 2013). Ademais, a análise documental permite o estudo do problema a partir da própria expressão dos indivíduos (Ludke; André, 2018).

Neste trabalho foi realizado estudo documental retrospectivo referente aos registros das práticas interprofissionais desenvolvidas na UBS Alto de Pinheiros no período de fevereiro de 2019 a fevereiro de 2020 e complementadas com os dados do grupo focal remoto realizado com profissionais participantes das atividades em dezembro de 2020.

Os registros foram organizados em pastas específicas de acordo com as atividades interprofissionais realizadas: acolhimento, grupos (“práticas corporais” e “emoções”), matriciamento e ações intersetoriais (CRASA). Tais registros das atividades interprofissionais ocorreram na rotina de trabalho na unidade pela equipe de profissionais com a finalidade de documentar informações importantes, para que pudessem nortear as discussões dos casos, a elaboração de estratégias e possíveis mudanças ou aperfeiçoamento nas práticas desenvolvidas na rotina de trabalho.

Com referência ao matriciamento e grupo “emoções”, os registros foram feitos de maneira síncrona à atividade. Tais registros foram realizados após consulta e autorização dos participantes. Com relação às atividades de acolhimento, grupo de práticas corporais e ações intersetoriais, os registros foram realizados logo em seguida à atividade. Estes pré-requisitos são fundamentais, pois, os registros das atividades apresentam significativa acuidade quando realizados próximos do momento em que foram observados (Ludke; André, 2018).

Para a análise documental, foram utilizados os seguintes dados dos registros das atividades: nome da atividade, data de realização, número de participantes e faixa etária (nas atividades envolvendo diretamente os usuários), dinâmica grupal da atividade e discussão/reflexão dos profissionais referentes ao trabalho interprofissional e suas possibilidades de cuidado e atenção integral.

3.3.2 Grupo focal

A técnica do grupo focal se baseia em constituir um espaço delimitado, com um determinado grupo de indivíduos, conduzido por um moderador, o qual a partir de um estímulo gera uma interação e discussão com possibilidade do surgimento de insights (Barbour, 2009).

Para estimular os participantes do grupo focal a expressarem suas reflexões e opiniões com significados e sentidos acerca do tema, foi elaborado um áudio vídeo baseado em conceitos chaves como APS, Integralidade do cuidado, Colaboração Interprofissional e Caixa de ferramentas, em consonância com o referencial teórico deste trabalho e dos dados obtidos no estudo documental. Além do objetivo de favorecer a discussão dos profissionais no grupo focal, a utilização do áudio vídeo

teve como premissa a sensibilização dos profissionais para o alcance e a importância das práticas colaborativas interprofissionais na APS, assim como, obter a validação dos profissionais quanto à sua capacidade de ser utilizado como dispositivo para incentivo de seu uso no serviço, bem como em propostas de educação permanente para profissionais da APS.

Inicialmente o planejamento previa a aplicação do grupo focal no próprio ambiente da UBS Alto de Pinheiros, visando facilitar o acesso para os profissionais envolvidos. Porém, em decorrência da pandemia de Covid-19 e a necessidade de se manter o distanciamento social, optou-se em utilizar a aplicação da técnica de grupo focal na modalidade remota.

Segundo Moretti-Pires (2020)¹, os principais pontos a serem observados no planejamento do grupo focal na modalidade remota são: o número dos participantes (limite entre 4 a 8 participantes), a escolha da ferramenta ou plataforma virtual para reuniões (de preferência uma que seja conhecida e acessível aos participantes), a utilização de um hibridismo de estímulos (como questões, tópicos e vídeos), o papel do moderador (incentivando e promovendo a discussão grupal) e a obtenção dos dados com precisão com a transcrição do grupo focal logo após a realização deste (informação verbal).

Em comparação com a técnica de grupo focal tradicional, alguns autores apontam possíveis desvantagens da sua aplicação de modo remoto como diminuição do papel do moderador, limitação da dinâmica do grupo focal, ausência de comunicação não-verbal e lentificação das interações (Lang; Hughes, 2004). Por outro lado, o grupo focal remoto pode facilitar a desinibição dos participantes, oferecer estímulos áudio visuais e apresentar outras opções de interação como a escrita nos chats permitindo conversas simultâneas (Moore et al., 2015).

Os critérios de inclusão para participação dos profissionais da UBS Alto de Pinheiros no grupo focal remoto foram fazer parte das atividades que envolveram a prática colaborativa interprofissional e concordarem em participar da pesquisa mediante leitura e assinatura do TCLE. Além disso, foi conversado com cada convidado sobre sua familiaridade e disponibilidade com o uso de tecnologias, em especial com plataformas de comunicação online. Para alguns profissionais que

¹ Informação fornecida por Moretti-Pires durante oficina virtual Fundamentos de Grupos Focais Online no Encontro Acadêmico do Mestrado Profissional de Formação Interdisciplinar em Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=I-Dk658IvoA&t=12s>

manifestaram dificuldades com o uso de tecnologias de comunicação virtual, foi feito um teste individual, explicando passo a passo o uso da plataforma virtual. Isso acabou tranquilizando e motivando os profissionais a participarem do grupo focal. No caso desta pesquisa, foi utilizada a plataforma Google meet.

Para a aplicação do grupo focal online foi elaborado um roteiro para planejar os aspectos envolvidos no processo (Barbour, 2009), conforme o quadro abaixo descrito:

Quadro 3.1 – Roteiro de aplicação do grupo focal remoto

- Convite aos participantes, leitura e assinaturas do TCLE.
- Agendamento do grupo focal remoto via Google meet.
- Duração do grupo: aproximadamente 1h30m.
- Início com apresentações: pesquisador, mediador, profissionais e objetivos.
- Pesquisador consulta e obtém autorização para gravação do grupo focal.
- Pesquisador faz a projeção do áudio vídeo, desliga a câmera/microfone e permanece como observador.
- Utilização de cinco questões norteadoras
- Mediador propõe a discussão e inicia o debate com a primeira questão norteadora (poderá provocar novos tópicos de discussão e reações do grupo, com base na direção que a conversa pode tomar).
- Sempre que o grupo esgotar a discussão pautada pela questão norteadora, o mediador fará a formulação da questão seguinte.
- Finalização e agradecimentos

Fonte: O autor.

Embora tenha ocorrido a adequação do espaço presencial para a modalidade remota, o roteiro para a aplicação da técnica foi mantido. Foi escolhido, para ser o moderador, um profissional da área da saúde, trabalhador do SUS de outra região da cidade, sem vínculo anterior com os profissionais da UBS Alto de Pinheiros.

A escolha do mediador ocorreu considerando-se sua experiência,

conhecimento e prática profissional no SUS. Foi realizada uma reunião remota entre pesquisador e mediador visando alinhar todos os detalhes da realização do grupo focal, de modo a estimular a interação e trocas sobre os temas entre os participantes. Foi acordado que, após a exibição do áudio vídeo, as questões norteadoras seriam formuladas gradualmente para gerar a interação e discussão entre os participantes e a possibilidade de insights (Barbour, 2009). Para melhor condução do grupo focal foi enviado ao mediador esclarecimentos sobre o tema, metodologia e objetivos da pesquisa e marcada uma reunião virtual para alinhamento das metas e regras estabelecidas para o grupo focal na modalidade remota.

O papel do mediador é de grande importância na condução do grupo focal para iniciar o debate e animar a dinâmica das interações, estimular a desinibição, manter a atenção para possíveis aprofundamentos e avaliar o ritmo e esgotamento das questões propostas (Minayo, 2014). Além disso, em se tratando de um grupo focal remoto, o dinamismo e participação do moderador mostram-se ainda mais essenciais.

Foram utilizadas as seguintes questões norteadoras:

- 1) A colaboração interprofissional ocorre em sua rotina de trabalho? Cite exemplos.
- 2) Em sua opinião, comente o que estimula a atitude colaborativa no seu trabalho?
- 3) Quais são as potências que surgem a partir do trabalho colaborativo interprofissional?
- 4) Quais são os principais obstáculos para o desenvolvimento do trabalho colaborativo interprofissional?
- 5) Na sua avaliação o áudio vídeo contribui para a sensibilização da importância da prática colaborativa interprofissional e o incentivo para o seu desenvolvimento no serviço?

O grupo focal remoto teve duração de uma hora e trinta minutos, foi gravado e posteriormente transcrito para a realização da análise do material. O material transcrito foi enviado para os participantes e não houve nenhuma solicitação de alteração.

3.4 PROCEDIMENTOS DE CARÁTER ÉTICO

A presente pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo sob o CAAE: 28574719.2.3001.0086 e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob o CAAE: 28574719.2.0000.0068, assim como pela Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e Supervisão Técnica de Saúde (STS) da região na qual a UBS em estudo se encontra inserida. Os pareceres consubstanciados dos Comitês de Ética envolvidos estão adicionados nos anexos deste trabalho (Anexo A e B).

A pesquisa somente foi iniciada após sua aprovação nos referidos Comitês e aceite de participação por parte dos profissionais da equipe multiprofissional da UBS Alto de Pinheiros, após o esclarecimento sobre a pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Após a aplicação do grupo focal remoto, o mesmo foi transcrito pelo pesquisador e, antes do início de sua análise, foi entregue uma cópia para cada participante solicitando-se que realizassem a leitura do material e caso identificassem algo de que discordassem poderiam comunicar solicitando a retirada ou alteração de quaisquer menções detectadas. No entanto, não ocorreu nenhuma manifestação por parte dos participantes.

3.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados colhidos através dos registros das atividades interprofissionais realizadas na UBS Alto de Pinheiros e do grupo focal remoto, realizado com os profissionais envolvidos, foram organizados e analisados através da análise de conteúdo com base na análise temática. Realizar uma análise temática fundamenta-se em encontrar núcleos de sentido, seu significado e associação com os objetivos analíticos escolhidos (Minayo, 2014). O uso de temas como unidades de registro aplica-se para compreender percepções ou motivações baseadas em crenças, valores, condutas e orientações tanto através de entrevistas individuais ou de grupo

(Bardin, 2016).

Seguindo os preceitos de Minayo (2014) a aplicação da técnica de análise de conteúdo temática no material coletado envolveu três etapas:

- a) Pré-análise envolvendo a organização do material obtido com os registros das atividades e a transcrição do grupo focal utilizando a leitura flutuante e a formulação de hipóteses.
- b) Exploração do material com operações de codificação e decomposição, resultando na criação de categorias e subcategorias.
- c) Tratamento dos resultados obtidos com discussão e interpretação a partir do quadro teórico proposto.

O uso complementar de ambas as técnicas favoreceu a análise dos conteúdos e da experiência, de um lado das dinâmicas sociais presentes nas práticas interprofissionais no cotidiano da UBS e, por outro, as vivências e significados compartilhados pelos atores no que diz respeito as potências e os desafios no cotidiano de trabalho.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dada a complexidade no desenvolvimento da integralidade do cuidado e o reconhecimento de que as práticas desenvolvidas na APS não se restringem a um campo específico de atuação, a presente pesquisa buscou, a partir do estudo documental retrospectivo dos registros das práticas interprofissionais e de grupo focal remoto prospectivo, refletir sobre potências e desafios que se apresentaram para o desenvolvimento das práticas interprofissionais na UBS Alto de Pinheiros.

A dinâmica de organização da documentação em pastas específicas para cada atividade interprofissional: acolhimento, grupos, matriciamento e ações intersetoriais referentes ao Comitê Regional de Atenção às Pessoas em Situação de Acumulação (CRASA), possibilitou uma nova maneira de registro das atividades, diferente do que ocorre no prontuário de cada usuário, no qual usualmente constam exames, documentos e registros do acompanhamento uniprofissional realizado na UBS. As atividades interprofissionais estudadas variaram quanto à frequência, tempo de duração, local de realização, participantes profissionais e usuários e quanto à sua finalidade. As pastas específicas por atividade foram dispostas em locais definidos pela equipe, de modo a facilitar o acesso a todos para sua consulta e registros.

A composição da equipe multiprofissional da UBS em estudo possuía, no momento da realização da pesquisa: um profissional de clínica médica, três de ginecologia, dois de pediatria, um de psiquiatria, dois de enfermagem, dois de psicologia, um de terapia ocupacional, um de nutrição e um de assistência social. Os profissionais exerciam cargas horárias diversas e alguns trabalhavam em períodos diferentes.

Das atividades estudadas, participaram, de modo indireto por meio do estudo documental, profissionais de diferentes áreas de atuação, itinerários, experiências e percursos pelo SUS.

Segundo o estudo documental das atividades de acolhimento, participaram uma ginecologista, uma pediatra, uma terapeuta ocupacional, dois psicólogos, uma assistente social e uma nutricionista. Apesar da ginecologista e a pediatra serem profissionais recém-chegadas na unidade, já possuíam experiências em outros serviços do SUS, agregando conhecimentos e habilidades ao acolhimento realizado

de modo interprofissional com outros profissionais da equipe multiprofissional. Nos grupos participaram a nutricionista, a terapeuta ocupacional, a assistente social e um dos psicólogos, algumas dessas atividades já existentes, que foram incrementadas devido às ações interprofissionais. O matriciamento, atividade já consolidada na UBS pela participação do psiquiatra, foi ampliada na sua abordagem e desenvolvimento junto aos equipamentos da RAPS do território com a inclusão de dois psicólogos e da assistente social da unidade. Por fim, nas reuniões intersetoriais do CRASA, fizeram parte um dos psicólogos e a assistente social do serviço em conjunto com outros representantes de equipamentos intra e intersetoriais.

Para complementar as informações obtidas nos registros escritos das atividades interprofissionais contidas nas pastas das atividades foi desenvolvido o grupo focal remoto, que buscou promover a interação entre os profissionais, com a finalidade de mobilizar múltiplas percepções e opiniões dos profissionais sobre as potências e desafios que envolveram as práticas colaborativas interprofissionais vivenciadas no cotidiano da UBS Alto de Pinheiros e de refletir sobre modos de como fomentá-las.

Participaram de modo direto do estudo, por meio do grupo focal cinco (5) profissionais de diferentes áreas de formação: terapeuta ocupacional, pediatra, nutricionista, ginecologista e psiquiatra, os quais possuem grande experiência no SUS, todos já atuaram em diferentes unidades da APS do município e a grande maioria participaram em diferentes atividades colaborativas interprofissionais no serviço.

Quanto às características da população atendida na unidade, vale destacar que o distrito de Alto de Pinheiros apresenta um índice de 9,4 % referente à população, sem cobertura de planos de saúde privados e 33,5% de usuários com o hábito de procurar atendimentos oferecidos pelo SUS (São Paulo, 2019). Outra característica relevante do território onde a UBS se encontra inserida é a presença de trabalhadores que prestam serviços no distrito de Alto de Pinheiros e que residem em bairros ou municípios distantes apresentando alta demanda por serviços da APS.

O território de abrangência da UBS em estudo, segundo dados demográficos de 2019 do Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), possui uma população de 41.191 pessoas (São Paulo, 2019). Destacando-se as faixas etárias de 35 a 59 anos com índice de 37,97% para o sexo feminino e 36,39% para o sexo masculino.

Já na faixa etária igual ou acima de 60 anos, 30,22% são do sexo feminino e 25,04% são do sexo masculino (São Paulo, 2019).

A principal causa de morte no território de abrangência da UBS em estudo são as doenças do aparelho circulatório, incluindo as doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares (São Paulo, 2019). As DCNT, além de serem responsáveis por grande parte da mortalidade, também causam dificuldades, influenciando nos afastamentos do trabalho (Assunção; França, 2020) e por aumentarem sua prevalência dentre a população idosa, acabam sendo responsáveis por afetar a expectativa de uma vida livre de limitações ou prejuízos (Campolina et al., 2013). Nesse sentido, as necessidades de saúde da população atendida na UBS reafirmam a contribuição das práticas colaborativas interprofissionais.

4.1 GRUPO FOCAL

A realização do grupo focal com os profissionais da UBS foi alinhada com a proposta de trabalho interprofissional, visto que permitiu o encontro dos diferentes profissionais diante da tarefa de discutir sobre a experiência de colaboração interprofissional, suas potências e desafios. O grupo focal teve como finalidade a geração de insights, percepções, crenças e atitudes (Barbour, 2009) sobre as ações interprofissionais vivenciadas no cotidiano da UBS.

Anteriormente, previu-se o convite para participação do grupo focal dos onze profissionais da equipe multiprofissional. No entanto, devido às aposentadorias, férias, licenças médicas e dificuldades para lidar com tecnologias, cinco profissionais aceitaram participar da pesquisa. Quanto ao número de participantes do grupo focal remoto, segundo Moore et al. (2015), após estudos pilotos de grupos focais remotos realizados com números variados de participantes, os autores consideraram como número ideal o limite entre quatro a oito pessoas. Um número maior que oito participantes poderia gerar uma quantidade de respostas difícil de ser gerenciada devido à velocidade e sobreposição de tópicos, enquanto que um grupo menor de participantes pode gerar maior oportunidade de expressões e riqueza de discussões sobre o tema proposto (Moore et al., 2015).

O número de cinco participantes no grupo focal remoto realizado foi considerado ideal para a obtenção dos resultados do estudo, pois permitiu a participação ativa e equilibrada dos cinco profissionais participantes. O moderador desenvolveu o roteiro e teve participação ativa, motivando os participantes do grupo focal remoto, inclusive intervindo pontualmente quando era necessário, seja para elucidar ou aprofundar alguma questão ou mesmo para favorecer um clima favorável ao diálogo e troca de ideias. O pesquisador permaneceu como observador da interação e discussão, participando somente na introdução da tarefa com apresentações e no final para agradecimentos e informações sobre a transcrição do material e sua submissão aos participantes do grupo focal.

De forma geral, observou-se que a mudança da técnica do grupo focal presencial para a modalidade remota não comprometeu a pesquisa. Ao contrário disso, permitiu a livre expressão dos profissionais participantes, favorecendo o diálogo, o compartilhamento e a discussão dos temas abordados que foram enriquecidas com falas significativas sobre as atividades interprofissionais. O fato de ser realizado na modalidade remota também possibilitou uma condição confortável aos participantes que se encontravam fora de seu horário de trabalho e em suas residências, considerando o contexto da pandemia.

Tabela 4.1 - Caracterização da experiência profissional dos participantes do grupo focal remoto, São Paulo, 2020

Profissionais	Tempo de atividade na UBS Alto de Pinheiros	Experiência no SUS	Ano de formação	Outras unidades onde trabalhou	Práticas colaborativas interprofissionais desenvolvidas
Terapeuta Ocupacional	10 anos	29 anos	1989	Sempre na APS	Grupos, Acolhimento e Matriciamento
Pediatra	1 ano	21 anos	1992	Sempre na APS	Acolhimento
Nutricionista	6 anos	14 anos	2004	Vig. sanitária e APS	Grupos e Acolhimento
Ginecologista	1 ano	11 anos	2008	Sempre na APS	Acolhimento
Psiquiatra	11 anos	30 anos	1981	APS, CAPS AD, *SAE DST/AIDS e SAMU	Matriciamento e Acolhimento

*Serviço de Atenção Especializada (SAE) em Doenças Sexualmente Transmitidas/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Fonte: O autor.

Quanto às características dos profissionais participantes do grupo focal destaca-se que possuíam uma média de 21 anos de experiência profissional no SUS. Quanto ao tempo de exercício na UBS Alto de Pinheiros, observou-se uma variação entre o mínimo de 1 ano e o máximo de 11 anos. Estes dados evidenciam o itinerário dos profissionais no SUS caracterizado por conhecimentos, práticas e vivências adquiridas ao longo do tempo e uma distribuição dos profissionais entre as atividades, o que potencializou a troca de experiência na realização de cada atividade e os dados obtidos com a aplicação no desenvolvimento do grupo focal.

A seguir são apresentadas as atividades interprofissionais, objeto desse estudo, que ocorreram como parte da rotina das atividades desenvolvidas na unidade na seguinte sequência: acolhimento, grupos, matriciamento e ações intersetoriais. Para a identificação e a análise dos resultados obtidos, a partir dos dois instrumentos de coleta de dados, foram utilizadas as abreviações ED para estudo documental e GF para grupo focal. Com o objetivo de manter o anonimato dos usuários citados nos relatos foram utilizadas as iniciais de nomes fictícios.

4.2 ACOLHIMENTO

Na APS, o acolhimento apresenta-se como um dispositivo fundamental para a interação dos profissionais da UBS com os usuários e suas diversas demandas ou necessidades. No campo da saúde constitui-se como uma “ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços” (Brasil, 2010b, p. 18). No acolhimento, a equipe responsável tem a tarefa de realizar uma escuta e diálogo com sensibilidade e preparo para traduzir e identificar as diversas demandas e necessidades de saúde dos usuários, e oferecer intervenções norteadas pela integralidade (Cecílio, 2009) que, muitas vezes, não se mostram claras ou manifestas de forma direta, as quais representam aspectos singulares existenciais que podem ser expressos no encontro profissional/usuário promovido pelo acolhimento (Teixeira, 2007).

Assim como saúde, a integralidade é um conceito complexo que suscita os saberes a fazer *o que e como*, valorizando a singularidade e as necessidades dos indivíduos (Ayres, 2009). Essa característica da integralidade do cuidado requer uma dinâmica de trabalho interprofissional no acolhimento, que torne possível a articulação de saberes para a construção de projetos terapêuticos singulares, isto é, que considerem os usuários em seu contexto social e em sua singularidade (Brasil, 2009).

O acolhimento pode adquirir características singulares conforme o tamanho de seu território, estrutura física e organização dos processos de trabalho (Brasil, 2013). Os documentos norteadores oferecem esquemas ou fluxogramas que podem auxiliar a UBS na organização do serviço (Brasil, 2013; São Paulo, 2016c). No fluxograma a seguir representado (Figura 4.1), pode-se ter uma noção do quanto um acolhimento faz parte de uma estratégia terapêutica complexa, que exige dos profissionais diferentes conhecimentos e técnicas, assim como uma organização do serviço com porta de entrada e fluxos com vistas a resolutividade da demanda apresentada pelos usuários.

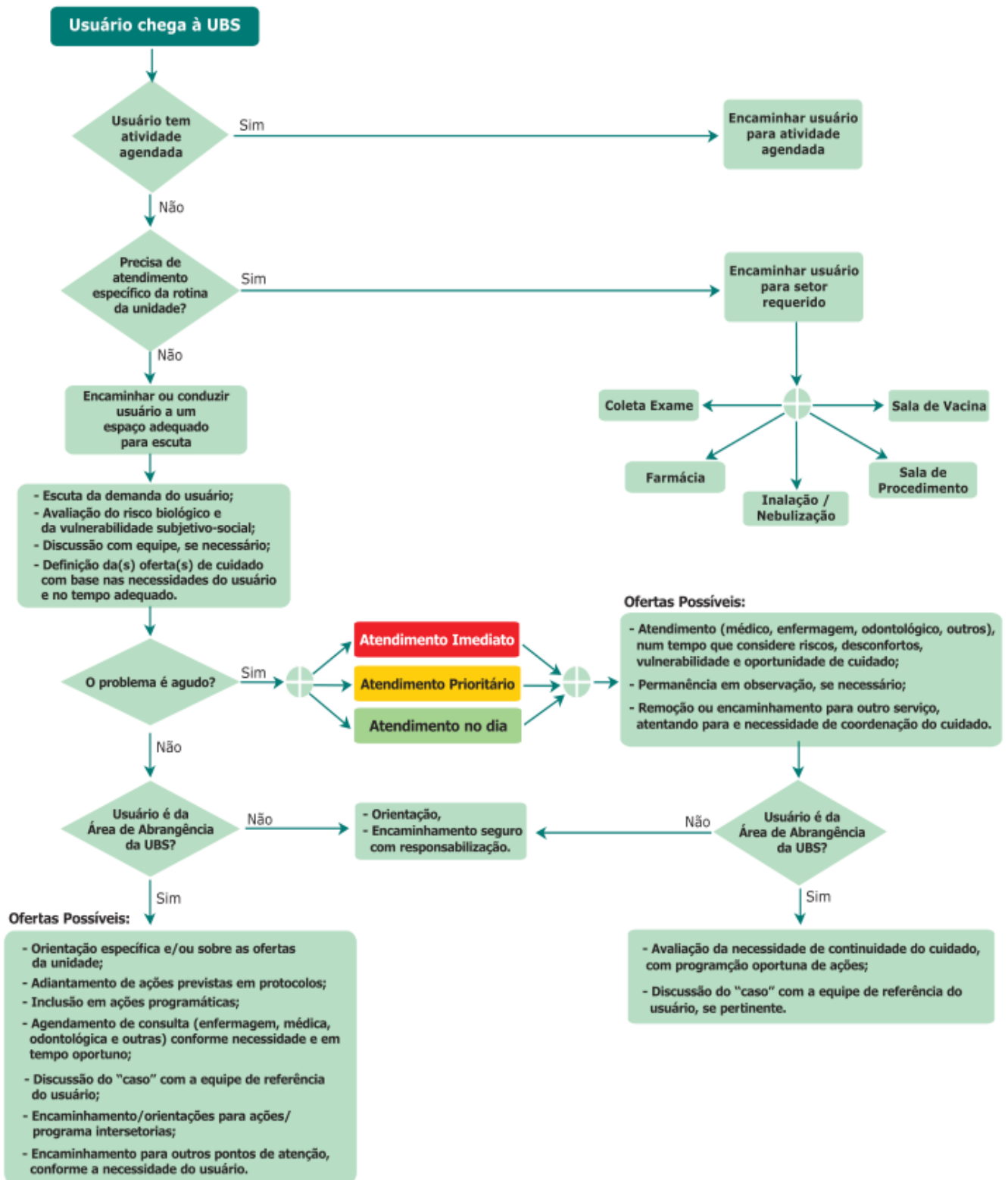
Como observado no fluxograma referente ao acolhimento (Figura 4.1) estão previstos a escuta, a avaliação de riscos e vulnerabilidade, a discussão de equipe e a construção do cuidado baseado nas necessidades dos usuários. Estas tarefas como anteriormente citado podem ganhar complexidade, necessitando da presença de diferentes olhares e conhecimentos, dinâmica essa que é oferecida pela prática colaborativa interprofissional.

Algumas dessas demandas são simples e podem ser facilmente resolvidas, enquanto outras são mais complexas, exigindo diferentes estratégias ou competências (escuta, diálogo, disposição para colaborar, comunicação, conhecimento técnico e prático etc.). Estas peculiaridades exigem dos profissionais que as diferentes *caixas de ferramentas*, que representam simbolicamente as diferentes tecnologias de cada área profissional da saúde sejam acionadas (Merhy; Franco, 2008), de modo que a partir da colaboração interprofissional possam integrar-se e convergir-se na construção do cuidado baseado na integralidade diminuindo a fragmentação das ações (Peduzzi; Agreli, 2018).

Assim, é por meio da escuta e do diálogo que os profissionais podem discutir e refletir entre si e dispor sua caixa de ferramentas na direção de construções singulares, que irão nortear uma possível resolutividade (Merhy; Franco, 2008). No entanto, tal prática requer tempo e oportunidades para interação e construção de relacionamentos colaborativos (D'Amour et al., 2005).

Um acolhimento não será semelhante a outro, pois o trabalho em saúde é pautado por sua capacidade de produção de cuidado no exato momento em que é produzido (Merhy; Franco, 2008). Ademais, dada a complexidade presente nos processos envolvendo saúde e integralidade do cuidado, tanto no nível teórico, quanto no nível prático (Ayres, 2009; Czeresnia et al., 2013), os objetivos do acolhimento, muitas vezes, não serão totalmente atingidos se realizado por um único profissional ou um campo restrito de atuação (Cecílio, 2009).

Figura 4.1 - Fluxograma do acolhimento na APS



Fonte: Brasil (2013, p.28).

Como há uma tendência na APS a concentrar a atenção nos aspectos objetivos representados pelo saber biomédico, os outros saberes que abordam dimensões diferentes do ser em relação com a saúde e a doença, acabam ficando sem espaço (Ayres, 2007) ou atuam de forma fragmentada. Na prática colaborativa interprofissional os profissionais da saúde têm oportunidade de conhecer o trabalho de outros colegas e observarem outros conceitos e visões, promovendo satisfação no trabalho e oportunizando aos usuários aumento no acesso e a qualidade do cuidado (Peduzzi; Agreli, 2018).

Dada a complexidade do acolhimento na APS e a necessidade da organização de ações compartilhadas, a realidade experienciada pelos profissionais e usuários mostra-se muitas vezes distante do preconizado. Na rotina de trabalho da UBS Alto de Pinheiros a aplicação do fluxograma (Figura.4.1) em sua totalidade torna-se difícil de ser implementado, visto que o acolhimento tradicionalmente é realizado por um único profissional da equipe multiprofissional

A configuração desse modelo de acolhimento se deve ao fato de que cada profissional tem sua agenda comprometida com atendimentos individuais diários dentro de seu escopo de especialização. A predominância de agendas e atendimentos individuais são descritos por alguns autores como uma das principais barreiras para o trabalho interprofissional (Goldman et al., 2010; MacNaughton et al., 2013; Matuda et al., 2015).

Assim, para a realização do acolhimento na UBS estudada, foi construída pela gerência da UBS uma escala semanal para que todos os profissionais da equipe multiprofissional (2 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 1 nutricionista e 1 assistente social) com exceção dos médicos, participassem individualmente de um dia do acolhimento na semana reservado na sua agenda. Esta configuração de acolhimento distribuiu a tarefa entre os profissionais da equipe multiprofissional, reproduzindo a prevalência de atendimentos uniprofissionais. Assim, como nas agendas e atendimentos individuais realizados pelos profissionais em seu cotidiano na UBS, os acolhimentos também seriam realizados de modo uniprofissional.

No entanto, a prática de acolher solitariamente coloca o profissional diante de situações complexas, que requerem o contato com outros profissionais para discutir as necessidades do usuário e oferecer resolutividade. Contudo, nem sempre há profissionais disponíveis para realizar tal discussão por estarem envolvidos em outras atividades. Assim, o profissional responsável pelo acolhimento necessita

aguardar o outro profissional para discutir o caso e terminar um atendimento ou mesmo realizar a interação interprofissional informalmente. Essa situação pode gerar desconforto e insatisfação nos usuários devido à demora e o fato de ficarem solitários em uma sala aguardando o retorno do profissional.

Na UBS Alto de Pinheiros, a oportunidade de realização do acolhimento de maneira interprofissional ocorreu com a chegada de duas novas profissionais médicas (uma pediatra e uma ginecologista) que haviam sido liberadas por sua unidade de lotação para transferência devido ao contrato de gestão realizado entre SMS (Secretaria Municipal de Saúde) e uma OSS (Organização Social de Saúde). Isso ocorreu dado que servidores públicos lotados na unidade têm a opção de escolherem ser transferidos para outras unidades com administração direta.

A mudança organizacional favoreceu a entrada destas profissionais no acolhimento da UBS em estudo no período de outubro a dezembro de 2019, devido não possuírem ainda uma agenda e, portanto, tinham disponibilidade de tempo para participar de atividades e dialogar com outros profissionais. Destacou-se na construção do acolhimento com as novas profissionais às características pessoais favoráveis ao relacionamento interpessoal e à dinâmica do grupo, que influenciaram o trabalho interprofissional. Tais fatores são fundamentais para o trabalho interprofissional e pertencentes ao domínio relacional (Reeves et al., 2010).

A aproximação dos profissionais da UBS Alto de Pinheiros em direção a uma prática colaborativa interprofissional no acolhimento iniciou-se por meio de conversas informais sobre as dificuldades enfrentadas no cotidiano. O acolhimento estava recebendo um número maior de usuários, sobrecarregando o profissional responsável, que solitariamente buscava realizar a escuta e oferecer resolutividade. Tal aspecto se devia ao fato de que o agendamento dos médicos esteve suspenso devido à aposentadoria de um deles e a revisão administrativa da agenda do outro médico.

Assim, a necessidade de organização do serviço dado o aumento da demanda por consultas médicas sobrecarregou os trabalhadores da recepção e do acolhimento que realizavam os atendimentos de modo solitário. Ademais, era notável que os usuários apresentavam diferentes demandas e necessidades que um único profissional não conseguiria responder e, tampouco, poderia oferecer um cuidado na perspectiva da integralidade.

As dificuldades encontradas no acolhimento serviram de estímulo para os profissionais buscarem um diálogo e agendarem encontros para discussões. Diferentemente do que era usual e estabelecido, uma nova escala prévia foi estabelecida de forma que cada profissional da equipe multiprofissional: terapeuta ocupacional, 2 psicólogos, nutricionista ou assistente social participassem do acolhimento em um dos dias da semana juntamente com uma das médicas pediatra ou ginecologista, ou seja, um acolhimento interprofissional. Em certo momento, as duas médicas chegaram a participar juntas de alguns acolhimentos com um profissional da equipe multiprofissional. Estes encontros da equipe multiprofissional movimentaram saberes e afetos, os quais contribuíram para iniciar vínculos (Bion, 2003) e influenciarem diretamente a construção de um processo de trabalho baseado na prática colaborativa interprofissional.

No acolhimento realizado de modo interprofissional no período de outubro a dezembro/ 2019 foram atendidos 110 (cento e dez) usuários. O local em que se dava o acolhimento era na sala de grupos e de reuniões da UBS. Cada usuário (a) era convidado (a) a participar individualmente e, antes de iniciar o acolhimento, os profissionais se apresentavam e explicavam o processo de trabalho aos usuários. Era esclarecido que se tratava de um acolhimento, que teriam espaço para falar livremente sobre suas necessidades e, que a equipe presente faria uma avaliação objetivando elucidar tais demandas e oferecer uma resolução. As tabelas a seguir ilustram o perfil da população, a motivação pela procura da UBS, e o tipo de acolhimento realizado pelos profissionais conforme a tabela 4.2 e tabela 4.3 consecutivamente.

Tabela 4.2 – Perfil dos usuários e motivo de procura do acolhimento interprofissional, UBS Alto de Pinheiros, outubro a dezembro\2019

Gênero	Quantidade	%
Feminino	82	74,54
Masculino	57	25,45%
Faixa etária		
		%
0 a 9 anos	1	0,90%
10 a 19 anos	3	2,72%
20 a 35 anos	5	4,54%
35 a 59 anos	48	43,63%
≥60 anos	53	45,45%
Motivo da procura		
		%
Avaliação de exames	31	28,18%
Renovação de receita	29	26,36%
Dor	18	16,36%
Laudos e troca de pedidos	11	10,00%
Ansiedade\depressão	7	6,36%
Ginecologia	5	4,54%
Dermatologia	4	3,63%
Oftalmologia	3	2,72%
Sintomas respiratórios	2	1,81%

Fonte: O autor.

Tabela 4.3 – Hipótese diagnóstica e condutas elaboradas no acolhimento interprofissional, UBS Alto de Pinheiros, outubro a dezembro\2019

HD (Hipótese diagnóstica)	Quantidade	%
HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica)	27	24,54%
Sintomas\sinais ginecologia	12	10,90%
HAS e outras doenças	11	10,00%
Ansiedade\depressão	7	6,36%
Sintomas\sinais ortopedia	7	6,36%
Investigação sem queixas ou diagnósticos	6	5,45%
Dislipidemia	6	5,45%
Sintomas\sinais do trato urinário	5	4,54%
Disfunção da tireoide	5	4,54%
DM (Diabetes Mellitus)	4	3,63%
Sintomas\sinais de doenças infectocontagiosas	3	2,72%
Sintomas\sinais de doenças neurológicos	3	2,72%
Sintomas\sinais de doenças do fígado e aparelho digestivo	3	2,72%
Sintomas\sinais oftalmologia	2	1,81%
Sintomas\sinais dermatologia	2	1,81%
Labirintite	2	1,81%
Sintomas\sinais de doenças alérgicas	2	1,81%
Sintomas\sinais de doenças vasculares	2	1,81%
Alterações cognitivas	1	0,90%
Conduatas		
		%
Avaliação de riscos	110	100%
Avaliação de exames	31	28,18%
AMPI (Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa)	53	45,45%
Renovação de receitas com escuta e outros encaminhamentos	29	26,36%
Enc. na Rede de Atenção à Saúde	12	10,90%
Oferta de grupos	68	61,81%
Enc. para equipe multiprofissional da UBS	14	12,72%
Laudo e pedido de exames	11	10%
Consulta no dia	7	6,36%
Avaliação física (sinais vitais)	110	100%

Fonte: O autor.

Com relação ao total de acolhimentos selecionados na UBS, conforme Tabela 4.2, observou-se que são na maioria do sexo feminino (74,54%), com destaque para a faixa etária igual ou acima dos 60 anos (45,45%) e de 35 a 59 anos (43,63%), conforme característica da população do território de abrangência da UBS. A prevalência de idosos reforça a necessidade da oferta de um cuidado integral, considerando as fragilidades e possível suscetibilidade a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) entre idosos. Segundo relatório da OMS, bilhões de pessoas a nível mundial são afetadas por DCNT em todas as fases da vida, porém devido ao crescente envelhecimento populacional torna-se premente o desenvolvimento de estratégias de intervenção (WHO, 2018).

As DCNT são representadas por um grupo de doenças que apresentam altas taxas de morbidade, são elas: as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes (WHO, 2018). Apesar de objetivamente se descrever alguns fatores de risco que contribuem para o aumento de probabilidades das doenças como o uso de álcool, tabaco, estilo sedentário e hábitos alimentares, pode-se dizer que a etiologia das DCNT é multifatorial, inclusive com a influência de aspectos psicossociais (WHO, 2014).

O fato de as DCNT serem consideradas doenças multifatoriais e serem altamente prevalentes invoca ações e estratégias complexas, daí a importância da prática colaborativa interprofissional que se mostra fundamental para a consecução e efetividade das tarefas com vistas à integralidade do cuidado com qualidade e segurança para os usuários (Reeves et al., 2010).

A análise dos conteúdos referentes aos documentos de registros produzidos no acolhimento realizado na UBS, bem como, os resultados do grupo focal realizado com parte da equipe profissional, possibilitaram a identificação de uma categoria representativa que se subdivide em 3 subcategorias (Tabela 4.4).

Tabela 4.4 – Categoria e subcategorias levantadas a partir dos dados obtidos com os documentos de registro e grupo focal

Categoria	Subcategorias
Ações de acolhimento: – Uso do acolhimento como PA (Pronto Atendimento) com potências e desafios para prática colaborativa interprofissional	– Valorização de tecnologias duras. – As demandas dos usuários e a importância da escuta e do diálogo. – A dinâmica interprofissional na construção do cuidado.

A categoria e subcategorias que surgiram possuem relação direta com as potências e desafios do contexto de trabalho da UBS e, portanto, concernentes a uma particular dinâmica que envolve a interação de forma colaborativa entre diferentes profissionais para a resolução de problemas (Reeves et al.,2010) no acolhimento.

Uso do acolhimento como PA com valorização de tecnologias duras

Conforme a tabela 4.2 observa-se que o principal motivo da procura dos usuários pelo acolhimento na UBS em estudo foram “exames para serem avaliados” (28,18%), “renovação de receitas” (26,36%) e “laudos e troca de pedidos de encaminhamento ou exames” (10%). Seguidos por “ansiedade e depressão” (6,36%), queixas relacionadas à “ginecologia” (4,54%), “dermatologia” (3,63%), “oftalmologia” (2,72%) e “sintomas respiratórios” (1,81%).

Os índices encontrados apontam como o dispositivo acolhimento é utilizado pelos usuários como um espaço de pronto atendimento, com valorização de tecnologias duras, assim denominadas por Merhy (2013), que no estudo se referem aos exames, receitas médicas, encaminhamentos para especialistas e laudos. Esse aspecto aponta como a população utiliza a APS sob uma cultura de cuidado que visa apenas os sintomas ou uma medicina considerada anatomopatológica (Cecílio, 2009), consequência de uma cultura histórica, cuja demanda tem atenção centrada no hospital e nas especialidades resultado de um modelo assistencial privatista (Mendes, 1995), que se caracteriza por uma prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada (Mendes, 1995).

Outro aspecto é a busca por um atendimento que seja rápido, individual e que

ofereça solução pontual e objetiva que pode ser explicado em parte pela atitude dos usuários, face ao corpo e a relação estabelecida frente à temporalidade (rapidez no atendimento). Com relação ao corpo, a busca no acolhimento por um PA parece estar relacionada à necessidade de não comprometer as atividades de trabalho. Tal atitude está relacionada com a preocupação de que o trabalho não sofra alterações ou interrupções (Singer et al.,1988) com repercussão na sua remuneração, assim como, pela influência do conceito positivado de saúde.

Como já observado anteriormente, muitos dos usuários da UBS são trabalhadores no território, porém moradores de outros bairros ou municípios circunvizinhos. Assim, além de enfrentarem dificuldades econômicas caso se ausentem no trabalho, o fato de residirem distantes da UBS torna-se um obstáculo, prejudicando tanto o acompanhamento longitudinal como o cuidado integral na APS. Aspectos estes essenciais para a continuidade e eficiência dos resultados (Giovanella; Mendonça, 2012).

Os efeitos desse modo de utilizar a APS têm reflexos diretamente na segurança da saúde dos usuários, sobretudo com relação às DCNT que são prevalentes entre os que utilizam o acolhimento da UBS como observado abaixo:

Acolhimento 1: sexo feminino, 58 anos, residente de outra cidade, HD: HAS, DM e dislipidemia; motivo da procura: renovação de receita; equipe de acolhimento: pediatra e psicólogo. “Então... eu venho de outra cidade a cada 6 meses...às vezes 10 ...venho com o carro que a prefeitura oferece para a população vir para São Paulo passar por médicos. Eu já passei no HC (Hospital das Clínicas) porque tive um câncer de mama e eles estão me atendendo de 3 em 3 meses para acompanhar né...Eu só preciso que a senhora faça outra receita para mim”. (ED)

No que se refere à temporalidade, a urgência ou necessidade de rapidez no acolhimento da UBS por parte dos usuários, parece refletir o que alguns autores denominam de efeitos do pós-modernismo nas subjetividades contemporâneas. Pelbart (2016) sintetiza estes aspectos descrevendo como no atual momento as tecnologias geram rapidez na comunicação e na produção, mas superficialidade e enfraquecimento da historicidade nas relações. Essa característica de preferência pelo “urgente” e “imediato” ou “superficial” (Pelbart, 2016), constitui-se em adversidade para a construção do cuidado na APS, pois esta requer profundidade, investimento e vinculação conforme identificado:

Acolhimento 2, sexo masculino, 60 anos, residente no território, HD: HAS e

ansiedade; motivo da procura: avaliação de exames, equipe de acolhimento: ginecologista, pediatra e psicólogo. Usuário comparece ao acolhimento demonstrando preocupação com o resultado de seus exames clínicos. Explica que há duas semanas apresentou “mal estar” e resolveu passar no “dr. consulta” (rede privada de assistência médica), onde foram pedidos vários exames, como ECG, teste ergométrico e outros exames clínicos. Os exames são avaliados e verificou-se de fato uma alteração. Dialoga-se com o usuário sobre a necessidade de um acompanhamento longitudinal na UBS. Ele descreve que trabalha com transporte e logística e quase não tem tempo para cuidar de si “São muitas entregas...Tenho que atender sabe...”. Só deu uma “parada” e foi fazer os exames porquê de fato sentiu-se mal. (ED)

Se por um lado, a prática colaborativa interprofissional no acolhimento contribui de maneira eficaz, apresentando uma dinâmica de cuidado com complexidade (Teixeira, 2007), oferecendo espaço de escuta e resolutividade para as diversas demandas e necessidades dos usuários (Brasil, 2012), conforme tabela 4.2, por outro, ela enfrenta obstáculos para o processo de vinculação e estabelecimento de projetos terapêuticos.

A noção de “projeto” envolve um caráter processual de construção e problematização, com flexibilidade e dinamicidade conforme cada situação, podendo ser revisto e ressignificado a partir das interações ou intersubjetividades (Ayres, 2007). Porém, necessita da formação de um cotidiano, de uma continuidade do vínculo e do cuidado. Desta forma, o uso do sistema de forma fragmentada e superficial por parte dos usuários acaba se constituindo como um desafio, para a prática colaborativa interprofissional na busca pelo cuidado integral.

Dado que grande parte da população acompanhada possui DCNT, a abordagem com essas pessoas requer estratégias e ações construídas e aplicadas a longo prazo para alcançar um conjunto de determinantes físicos, psíquicos e sociais (Ribeiro; Barata, 2012; São Paulo, 2016), que podem ser potencializadas por práticas colaborativas interprofissionais na APS. Ao mesmo tempo, os usuários sofrem uma pressão cultural e social na atualidade (Pelbart, 2016) para resolverem rapidamente problemas ou demandas, que na maioria das vezes requer tempo, mudanças de hábitos e estilos de vida e vinculação ao tratamento.

Assim, os usuários são estimulados a buscarem tecnologias duras, primeiro pelo fato de haver um modo de organização orientada em termos de lucratividade do

setor saúde (Mendes, 1995). Segundo, pela expectativa dos usuários a partir do conceito positivado de saúde, seja entendendo-a como ausência de doenças ou como pleno bem-estar físico, mental e social (Singer et al., 1988) E, finalmente, por estarem imersos em um momento de ânsia pelo imediato, simultâneo ou instantâneo, dificultando a aderência à uma experiência de processo (Pelbart, 2000). Tais atitudes podem ser evidenciadas a partir do relato de algumas ações de acolhimento interprofissional conforme a seguir:

Acolhimento 3: sexo feminino, trabalhadora no território, 56 anos; HD: Investigação sem queixas ou diagnósticos; motivo da procura: avaliação de exames; equipe de acolhimento: pediatra, ginecologista e psicólogo. “Eu não tenho nenhum problema de saúde, mas fiz exames de sangue, ECG (eletrocardiograma) e radiologia e a consulta com o médico está muito longe, gostaria de uma avaliação...”. (ED)

No que se refere à valorização apenas da figura do médico quanto à responsabilidade do cuidado acaba monopolizando e reduzindo o repertório de ações na APS apenas ao discurso causal-controlista (Ayres, 2007), o qual se expressa por um saber biomédico construído com base no ideal de “previsibilidade, materialidade e controle” (p.47) pautando-se na valoração apenas das tecnologias duras. Esta condição desconsidera o hibridismo dos fatores envolvidos nos determinantes de saúde e doenças (Carvalho; Buss, 2012), limitando outras possíveis potências contidas na equipe multiprofissional. Embora exista essa supervalorização do papel do médico, os próprios profissionais reconhecem a potência do trabalho interprofissional como se observa no relato a seguir:

O paciente veio no acolhimento pra trocar uma receita ...Só que na sala tem um psicólogo, uma terapeuta ocupacional, eventualmente uma nutri e a escuta que esses profissionais acrescentam para o médico é muito importante, pois a partir disso tem outros disparos. (GF)

A oportunidade da presença da figura do médico no acolhimento na unidade, atuando de forma interprofissional contribuiu para o deslocamento da polarização da prática curativa, assistencialista, medicalizante e focada na doença. Assim, a perspectiva do trabalho interprofissional possibilitou a criação de um modo de trabalhar compartilhado, com respeito às diferenças, o diálogo e negociação na tomada decisão (Batista, 2012), o que ampliou o cuidado, despertou o autocuidado no usuário e enriqueceu o trabalho interprofissional em direção à integralidade

(Agreli et al., 2016), como se verifica no exemplo abaixo:

Acolhimento 4: sexo feminino, 51 anos, residente no território, HD: calculose da vesícula biliar; motivo da procura: avaliação de exames e renovação da receita. Equipe do acolhimento: pediatra, T.O. e psicólogo. “Eu fiz esses exames e estou com um cisto no fígado... Estou com medo... Acho que vou ter que fazer cirurgia né... Eu trato de depressão e gostaria de uma receita desse remédio” (tira uma caixa vazia de fluoxetina da bolsa). A equipe avalia os exames e verifica que se tratava de uma calculose da vesícula biliar, porém a indicação ou não de cirurgia deveria ser realizada pelo cirurgião. Desta forma ocorre um agendamento na referência da rede. Quanto à fluoxetina, ela não apresenta nenhuma receita e queria simplesmente uma renovação da prescrição. A equipe propõe então uma escuta sobre a história de “depressão”. Surgem elementos ansiógenos relacionados ao corpo, ao medo de adoecer e a morte. Diante disso, a equipe propõe a participação da usuária no grupo semanal que é realizado pela T.O. e o psicólogo, desenvolvido na unidade, no qual poderia discutir sobre sua ansiedade e realizar atividades de relaxamento e meditação. Quanto à fluoxetina, recebeu a prescrição no atendimento realizado em uma AMA. A equipe oferece como opção um período de avaliação no grupo, visto que sua condição no momento não demandava seguimento com a medicação. (ED)

O acolhimento interprofissional acima demonstra a oportunidade de apresentar modos de atuação muitas vezes desconhecidos pelos usuários e, outras vezes, até pelos membros da equipe, quanto as suas particularidades. O trabalho interprofissional permite que os profissionais desenvolvam a tarefa com flexibilidade, diminuam a competição entre si e o desequilíbrio das relações de poder (D'Amour et al., 2005), aumentando a responsabilidade coletiva (Peduzzi; Agreli, 2018). Essa organização de trabalho privilegia a atenção centrada no paciente (Peduzzi; Agreli, 2018) e se esforça para buscar a integralidade através da confluência de vários saberes (Cecílio, 2009).

Tradicionalmente, o atendimento uniprofissional é predominante na APS, sobretudo quando se trata dos profissionais médicos. Na UBS Alto de Pinheiros, quando foi possível a participação destes profissionais no acolhimento, ocorreu uma mudança que favoreceu a busca pela integralidade do cuidado. Essa mudança teve como fatores principais elementos pertencentes ao domínio organizacional (nível macrossocial) como ausências de agendas e salas individuais, bem como, o modo como foram acolhidas ou recepcionadas as novas profissionais pela equipe da UBS,

elemento pertencente ao domínio relacional (nível microsocial) (Reeves et al., 2010), como observado a seguir:

Eu cheguei faz pouco tempo e fui muito bem recebida e, como eu cheguei em uma época que não tinha agenda ainda e nem sala pra eu ficar...então é... (risos) tinha o acolhimento que tinha que ser feito. E às vezes, assim... Quem fazia o acolhimento não era médico. E eu vi que tinha coisas que eu poderia ajudar a resolver trabalhando junto com outros profissionais. (GF)

A prática colaborativa interprofissional mostra-se resolutiva no acolhimento, ampliando o cuidado através do compartilhamento, porém enfrenta dificuldades para a manutenção de projetos terapêuticos singulares ou a longitudinalidade, dados a tendência por parte dos usuários em buscar a APS apenas para resolver situações agudas ou necessidades pontuais. Além disso, destaca-se uma valorização das tecnologias duras ou biomédicas, movida tanto pela positivação do conceito de saúde (Ayres, 2007), quanto pela exploração capitalista da indústria da saúde (Gadelha et al., 2012).

As demandas dos usuários e a importância da escuta e do diálogo

Observando-se as demandas ou necessidades concentradas na dimensão biológica e práticas tradicionais, conforme descrito na tabela 4.2, a escuta e do diálogo mostram-se fundamentais no processo de acolhimento realizado sob a prática colaborativa interprofissional da UBS em estudo, no qual se valoriza a perspectiva humana presente na interação entre profissionais e usuários (Brasil, 2004). Para tanto, os profissionais priorizaram a dimensão dialógica, adotando uma postura de interesse e atenção em ouvir o outro divergindo do monólogo da discursividade científica (Ayres, 2006).

Escuta e diálogo envolvem a capacidade dos sujeitos se estruturarem através da linguagem. Segundo Freire (2013) é através da palavra que os indivíduos nomeiam e transformam o mundo utilizando o diálogo como meio para a reflexão e ação. Trata-se de criar uma escuta ampliada à dimensão existencial onde novos elementos irão surgir através da fala e que irão auxiliar na construção do cuidado, mobilizando mudança, escolha e responsabilidade (Ayres, 2006) como pode ser constatado no acolhimento abaixo:

Acolhimento 5: sexo feminino, 59 anos, trabalhadora no território, HD: ansiedade; motivo da procura: avaliação de exames. Equipe presente: pediatra, ginecologista e psicólogo. Usuária apresenta-se chorosa e preocupada com o resultado de seus exames clínicos. “Tenho medo de ter câncer ou tumor. Falem a verdade para mim. Tenho dor na barriga (sic)”. A pediatra avalia os exames clínicos e de ultrassom de abdome total descrevendo que não havia alterações. A usuária comenta que trabalha como vendedora e fica muito tempo sentada. Diz que encontrou um “nódulo na mama esquerda (sic)”. Como havia uma ginecologista no acolhimento, ela é convidada para acompanhá-la em outro consultório, onde foi examinada e nada foi constatado. A partir disso, a equipe estimula a usuária a falar sobre si. Ela descreve ter muitos pensamentos hipocondríacos. Associa tais pensamentos aos momentos em que fica solitária em seu apartamento. Apesar de dividir o apartamento com outra pessoa, quase não conversam. Descreve sentimento de tristeza e falta de projetos. A equipe a ouve e após dialogar, propõe inserção em grupos. Como referiu sentir-se sedentária, o grupo de práticas corporais poderia ser um início para se apropriar do cuidado com o corpo. E para expressão verbal, o grupo de meditação e relaxamento funcionaria como espaço de diálogo e reflexão. (ED)

Pode-se dizer que quando a equipe no acolhimento se propôs a escutar e dialogar, assumiu o papel de cuidador, gerando uma vinculação não só ao serviço como também uma responsabilidade no usuário por sua própria saúde (Ayres, 2006). O diálogo e a escuta são a substância (Teixeira, 2007) do trabalho vivo em ato (Merhy, 2013), sendo ampliados e potencializados através da diversidade de olhares proporcionado pela prática colaborativa interprofissional no acolhimento. A importância da interprofissionalidade na construção da integralidade do cuidado é reconhecida pelos profissionais como se pode identificar abaixo:

Posso dizer que pra mim o que é mais rico na divisão de atividades com outros profissionais é a ampliação da escuta, porque no meu campo de atuação é muito comum, a causa ou queixa principal que traz o usuário até mim e não necessariamente se esgota com meu trabalho. (GF)

A coisa mais importante que eu vejo é que aos poucos foi criado um espaço em que os profissionais começaram a ficar mais à vontade nessa questão de trabalharem e fazerem juntos o cuidado na assistência. (GF)

A escuta e o diálogo se orientaram pela busca de maior conhecimento das demandas e necessidades que não estavam completamente transparentes ou definidas (Teixeira, 2007). O discurso inicial estava pautado pelas tecnologias (avaliação de exames, receitas, laudos, encaminhamentos, etc.), porém quando a equipe se posicionou para escutar e dialogar oportunizou o surgimento de outras necessidades como se observa:

Acolhimento 6: sexo feminino, 67 anos, trabalhadora no território, HD: HAS e ansiedade; motivo da procura: avaliação de exames; equipe presente: TO, pediatra e psicólogo. A usuária procura a unidade, pois realizou exames de ECG (Eletrocardiograma) e Holter (monitoramento cardíaco por 24h) e não estava conseguindo agendar com o clínico da unidade para avaliação. Ela trabalha no território como cuidadora e reside em um município vizinho. Explica que andou sentindo “palpitações”, por isso passou com o clínico na UBS e foram solicitados os exames acima descritos. A pediatra examina os exames e avalia que não há nenhuma alteração. A equipe tenta estimular a usuária a se expressar, mas ela demonstra inibição. A equipe resolve oferecer a aplicação da AMPI (avaliação multidimensional da pessoa idosa) que é conduzido pela TO e acompanhado pelos outros profissionais. Avalia-se que ela se encontra no estágio “pré-frágil”. Quando a AMPI chega no item sobre “humor”, a usuária acaba ficando sensibilizada, pois lembra da situação que enfrenta com o filho de 40 anos. Segundo ela, o filho voltou a morar com ela devido à separação. Ela a princípio acreditou que era por infidelidade o motivo da separação, mas após algum tempo notou que o filho estava usando substância psicoativa e não estava trabalhando. Relata que o filho furtou dinheiro de sua conta corrente através de um cartão que tirou de sua bolsa. Usuária se emociona e chora muito. Comenta que nem está indo mais para casa... Que fica na casa da patroa. Mas está preocupada com o filho. A equipe dialoga e a convida para participar do grupo de relaxamento e meditação onde teria espaço para aprender técnicas e poder praticá-las e ser escutada. Quanto ao filho, a equipe mencionou as reuniões de matriciamento que ocorrem na UBS onde estariam presentes representantes do Caps AD (álcool e drogas) e desta forma o caso poderia ser discutido. (ED)

No processo de colaboração, compartilhamento e tomada de decisão pertinente à prática colaborativa interprofissional (D'Amour et al., 2005; Reeves et al., 2010) estão presentes diferentes conhecimentos e habilidades representadas

pelas diversas valises ou caixas de ferramentas (Merhy, 2013). Esta dinâmica de trabalho possibilita o compartilhamento de saberes na construção do cuidado (Gucciardi et al., 2016; Matthys et al., 2017), conforme apontado a seguir:

Assim... legal que se você tem mais de um profissional no acolhimento, ali rapidamente, depois que você conversou com o paciente você já consegue ter uma mini discussão de caso assim (risos) e direcionar... então assim... várias visões, várias pessoas, tendo um olhar para uma mesma situação. Então...uma coisa acontece em instantes ali naquele instante. (GF)

A escuta e o diálogo são ferramentas pertencentes às tecnologias leves (Merhy, 2013) e estão presentes nas relações humanas em geral, inclusive entre os profissionais, influenciando na prática colaborativa interprofissional (Reeves et al., 2010). Por pertencerem ao domínio relacional, envolvem vários fatores como o poder profissional, a hierarquia, a comunicação, a liderança e os conflitos (Reeves et al., 2010), daí a necessidade de espaços de discussão e trocas constantes entre os profissionais (Löffler et al., 2017; van Dogen et al., 2016).

A dinâmica interprofissional na construção do cuidado

A prática colaborativa interprofissional do acolhimento da UBS em estudo, no período mencionado, resultou em diferentes condutas a partir das necessidades dos usuários. Os profissionais realizavam a escuta e o diálogo e a avaliação de riscos em todos os casos e outras condutas conforme a necessidade do usuário, como a avaliação de exames, prescrições de receitas, encaminhamentos para especialidades, pedidos para realização de exames e a aplicação de AMPI. Para a construção de um projeto terapêutico singular eram considerados não só as atividades existentes na UBS em estudo como também outros equipamentos no território, visto que é a partir da APS que deve ocorrer o encaminhamento as RAS (Mendes, 2015)

Com relação aos profissionais envolvidos no acolhimento da UBS em estudo, verificou-se que a dinâmica da interação através do diálogo e a prática foi permitindo uma experiência compartilhada, oferecendo percepções sobre o conhecimento, a habilidade e a experiência profissional (D'Amour et al., 2005; Gregory; Austin, 2016) que cada um tinha a proporcionar, como demonstrado abaixo:

Acolhimento 7: sexo feminino, 65 anos, residente no território; HD:HAS;

motivo da procura: mal estar e dor a esclarecer; equipe presente: pediatra, psicólogo e estagiária de enfermagem. Usuária entra na sala de acolhimento mostrando-se contrariada e agressiva, pois queria um “encaixe” com o clínico. Faz uso irregular da UBS, vindo somente quando sente alguma necessidade pontual e não se vincula ao tratamento regular. Quando nos apresentamos e descrevemos que se tratava de um acolhimento onde ela seria escutada, mostrou-se pouco satisfeita. Reclamou do motivo de a terem deixado esperar pelo “encaixe” com a médica clínica, quando ela poderia ter ido embora. Nesse momento, a postura foi de buscar o motivo de sua procura. Disse que há uma semana acordou se sentindo mal, febril e com fraqueza. Foi ao PS (pronto socorro) da Lapa onde foram feitos exames de sangue e urina, contudo nenhum deles apresentou alteração. Mesmo assim ainda continua sentindo “mal-estar” (sic). A pediatra solicita que a usuária tenha sua pressão arterial aferida pela equipe de enfermagem. A estagiária a conduz para o local. O resultado da aferição não apresentou alteração. Em seguida, a usuária retorna à sala de acolhimento. O psicólogo solicita que a usuária fale um pouco sobre si, sua rotina e como começou o “mal-estar”. Ela diz que trabalha como passadeira há muitos anos, mora no BNH (conjunto habitacional do território), acorda 04h30min e começa a trabalhar às 6h da manhã. Há 5 anos atrás, seu marido procurou atendimento em outra UBS, pois começou a passar mal. Segundo a usuária, seu marido foi negligenciado e após muito tempo acabou sendo diagnosticado com tumor de fígado e pâncreas. Ficou internado em hospital público, onde a usuária descreve novas situações de negligência. Emociona-se e diz que por isso quase não utiliza os serviços da UBS. Demonstra resistência em marcar consulta dentro da rotina da unidade, querendo uma resolução para o seu problema (fraqueza, tontura e mal-estar). A pediatra explica que seus exames não apresentam alterações, porém se seus sintomas não cessarem poderia retornar novamente para nova avaliação física. A equipe propõe a aplicação da AMPI, e verifica-se que se encontra no nível “pré-frágil”. A partir disso, a equipe explica a importância de realizar um acompanhamento longitudinal e que não seja baseado apenas no uso de medicações. A equipe discute sobre uma avaliação nutricional, pois durante o diálogo ela havia relatado que se alimentava “beliscando” em horários muito espaçados e irregulares. Também são oferecidos dois grupos, um de práticas corporais visando consciência e cuidados com o corpo e outro de relaxamento, meditação e expressão verbal. A equipe aponta que iria discutir seu caso com a médica clínica da unidade, agendar uma consulta e

em seguida entrar em contato via fone para fornecer a data. (ED)

No encontro entre usuária e profissionais no acolhimento acima ocorreu um movimento inicial que é despertado pelas necessidades que ela apresentou utilizando a APS como um pronto atendimento, como já analisado na temática anterior em outros depoimentos. Os profissionais envolvidos no acolhimento foram mobilizados ativando suas “caixas de ferramentas”, e assim uma diversidade de tecnologias foram utilizadas no trabalho vivo em ato (Merhy, 2013) que por meio da prática colaborativa interprofissional realizou a construção do cuidado.

A aferição da PA pertence ao conjunto de tecnologias duras (Merhy, 2013) que apresentam objetividade e que em conjunto com outros dados como idade, sexo, obesidade, dislipidemia e outros aspectos, auxiliam na avaliação de riscos das DCNT. A AMPI, embora seja um instrumento estruturado e objetivo, ela pode ser considerada pertencente ao conjunto de tecnologias leve-duras (Merhy, 2013), pois permite aos profissionais a aplicarem de forma singular conforme a necessidade do usuário. É um instrumento amplo que tem como objetivo avaliar diferentes dimensões das condições de saúde dos idosos (Brasil, 2006), como aspectos sociais, físicos, cognitivos, emocionais e funcionais (São Paulo, 2016d). O resultado da AMPI varia de “saudável”, “pré-frágil” ou “frágil”, o que auxilia na avaliação de riscos, bem como na elaboração do projeto terapêutico singular, seja com encaminhamento para a URSI (Unidade de Referência à Saúde do Idoso), AME Idoso (Ambulatório Médico de Especialidades), PAI ou inserção em grupos e encaminhamentos internos que ocorrem dentro da UBS.

As tecnologias leves ou relacionais representadas pela escuta e diálogo (Merhy, 2013), fundamentais na construção do cuidado demonstram, conforme os relatos, que são ferramentas potentes para o acolhimento interprofissional na medida em que favorece acesso à história, redes sociais e aspectos subjetivos dos usuários, permitindo o trabalho vivo em ato (Merhy; Franco, 2008) e estabelecendo “o que fazer” (Ayres, 2009) por meio da construção de um projeto terapêutico singular, tal como destacado a seguir:

Acolhimento 8: sexo feminino, 79 anos, residente no território; HD: HAS e nódulo na mama esquerda a esclarecer; motivo da procura: avaliação de exames e desânimo; equipe presente no acolhimento: ginecologista, pediatra e psicólogo. Usuária refere desânimo nas práticas da vida diária, não consegue participar de atividades e grupos em que se encontra inserida, inclusive o de práticas corporais

que é realizado por profissionais da UBS no condomínio onde reside. Comenta que não consegue cuidar da casa e nem do jardim que tanto gosta. Mora sozinha, porém, um filho dorme durante a semana em sua casa, pois trabalha em São Paulo. No final de semana ele vai para Campinas onde reside com a esposa. A usuária demonstra uma fala lenta e detalhista sobre suas condições de saúde. Comenta que sente dores na coluna e sente-se cansada. Usuária comenta que percebeu alteração na mama esquerda há 3 dias. Explica que teve nódulo no local há mais de 10 anos, porém era benigno. São avaliados os sinais vitais que se apresentam dentro dos valores esperados. A ginecologista propõe avaliar a usuária e então vão para outro consultório. Em seguida retornam, a ginecologista avaliou que há de fato um “adensamento mamário móvel” que necessitaria de exames para uma avaliação diagnóstica. São solicitados exames de mamografia e ultrassonografia da região. A equipe dialoga com a usuária e explica sobre a aplicação da AMPI. Após o final da aplicação, o resultado é de “frágil”, o que faz com que a equipe discuta a necessidade de encaminhamento para os serviços da rede de assistência à saúde a RAS, especificamente para URSI ou AME Idoso. A equipe dialoga com a usuária sobre os equipamentos, localização e função. A usuária escolhe ser encaminhada para o AME, pois, a localização é de acesso mais fácil em relação à sua residência. Fica combinado com a usuária que assim que seus exames estiverem prontos que ela retornasse no acolhimento para avaliação. (ED)

Várias funções atribuídas à APS estão em jogo no acolhimento acima descrito. Inicia-se com a recepção acolhedora que implica em escutar, avaliar e oferecer resposta resolutive, assim como, em fortalecer o vínculo através da percepção do usuário sobre a responsabilização da equipe sobre suas necessidades (Giovanella; Mendonça, 2012). Além de construir o cuidado integral considerando o amplo espectro de elementos orgânicos, psíquicos e sociais (Giovanella; Mendonça, 2012) envolvidos no enfrentamento das DCNT e as condições de saúde no processo de envelhecimento. Por conseguinte, por parte dos profissionais o trabalho interprofissional desenvolvido no acolhimento é reconhecido, conforme observado:

Você vê o indivíduo como um todo e não um pedacinho. Ah veio com a queixa da violência. Ah então vou trabalhar só isso aqui. Mas tem outras questões... Então eu acho que fica um trabalho mais completo. (GF)

A prática colaborativa interprofissional apresenta uma dinâmica de trabalho entendida como uma abordagem contingencial, isto é, que considera as condições de trabalho no exato momento do encontro com as necessidades dos usuários (Reeves et al., 2010). Pode-se dizer que a prática do acolhimento interprofissional descrito apresentou uma atenção centrada no usuário, oferecendo diversas tecnologias com responsabilidade compartilhada (Peduzzi; Agreli, 2018), tal como descrito:

Eu consigo ver uma potência (risos) no trabalho colaborativo. Veio com essa prática do acolhimento recente. É como os profissionais podem se articular em um atendimento integral, além de aprender um com o outro. (GF)

A mudança de foco na doença para uma atenção centrada no usuário, acaba promovendo um movimento que vai além dos limites de uma atuação uniprofissional para uma prática compartilhada entre diferentes profissionais (Peduzzi et al., 2016). Essa mudança pode resultar para os profissionais envolvidos no desenvolvimento e na aprendizagem de técnicas de comunicação, valorização do espaço para o diálogo, trocas de conhecimentos, valorização do trabalho compartilhado e flexibilização de papéis com impactos positivos na saúde e segurança dos usuários (Gucciardi et al., 2016) e, também, para os profissionais.

Além disso, outro fator estimulante para a colaboração interprofissional são os resultados benéficos aos profissionais advindos desse modelo de atuação. Não sentir solidão e impotência frente à complexidade das necessidades saúde apresentadas pelos usuários, ou mesmo desmotivação e acúmulo de tarefas que podem ocasionar estresse. Além de conhecimento mútuo, quebra de estereótipos, valorização e respeito (Reeves et al., 2010) o trabalho interprofissional possibilita o surgimento de um ambiente agradável e atrativo para formação de vínculos e confiança (Gucciardi et al., 2016; Harris et al., 2016; Donnelly et al., 2019), proporcionando o desenvolvimento da qualidade de vida no trabalho (Supper et al., 2015) conforme percebido pelos profissionais:

Acho que essa troca acaba deixando o trabalho mais leve, gratificante, divide responsabilidades e angústias. Acho que isso me dá um acolhimento bem grande pra dar continuidade para o trabalho (pausa). E não fica só no protocolo fechado da própria atuação, do próprio trabalho. (GF)

4.3 GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

As diversas demandas e necessidades dos usuários em busca de cuidado na APS, a prevalência de DCNT bem como o envelhecimento crescente da população, requerem a criação de espaços coletivos e de interação. Estes dispositivos proporcionam a vinculação através de relações humanizadas, a continuidade do cuidado e o desenvolvimento de atividades educacionais, como se observou nas atividades desenvolvidas na UBS Alto de Pinheiros. A experiência das atividades interprofissionais no cotidiano da UBS foi norteada pela criação de espaços voltados para prevenção e promoção da saúde visando atingir a complexidade de fatores envolvidos nos determinantes de saúde (Carvalho; Buss, 2012).

Os processos de comunicação e interações sociais proporcionados por atividades grupais com os usuários são fundamentais no cotidiano da APS, pois possibilitam a formação de vínculos, a sensibilização a um determinado aspecto a ser desenvolvido o autocuidado e o estímulo para possíveis mudanças nos hábitos e estilos de vida dos usuários (Rabelo; Neri, 2013).

Em decorrência da multiplicidade de aspectos envolvidos nos fenômenos relativos às DCNT e o envelhecimento, torna-se fundamental a prática colaborativa interprofissional proporcionando uma heterogeneidade não só de atividades como também de ideias, vínculos e percepções, o que amplia o cuidado em direção à integralidade (Agreli et al., 2016).

Na perspectiva de construção de uma dinâmica de trabalho colaborativo interprofissional são analisados nesse estudo dois grupos de promoção da saúde que foram desenvolvidos na UBS Alto de Pinheiros visando a oferta de espaços interativos e vinculação dos usuários na busca pela integralidade do cuidado: os grupos “emoções” e “práticas corporais”.

4.3.1. Possibilidade de expressão e trocas: grupo “emoções”

A iniciativa de criar o grupo iniciou-se após identificação de demandas dos usuários na rotina do trabalho por parte de um dos profissionais da equipe multiprofissional. O projeto do grupo foi realizado visando criar um espaço de reflexão e discussão sobre saúde de maneira ampliada e não focada na doença para estimular mudanças de comportamento e o autocuidado. O grupo visava estimular uma atuação interprofissional visto que as práticas na APS realizadas sob o princípio da integralidade são difíceis de atingir com atuação de um profissional de forma isolada (Cecílio, 2009).

Inicialmente a ideia foi colocada em discussão em uma reunião de equipe da UBS e após um período de diálogo e esclarecimento entre os profissionais sobre os objetivos do grupo, relacionados à ideia de promoção de saúde, a nutricionista da equipe multiprofissional se interessou em coordenar o grupo com o psicólogo. Ao longo do tempo, a terapeuta ocupacional e a assistente social também passaram a participar do grupo, revezando-se na coordenação do grupo com os outros profissionais.

O grupo “emoções” ocorria em uma das salas de atendimento da UBS, com frequência semanal, duração de 1 hora e 30 minutos e sem necessidade de agendamento na recepção pelo usuário. A dinâmica do grupo se iniciava com a apresentação dos presentes, a descrição dos objetivos e a explicação sobre a duração e o funcionamento da atividade. Apresentava em média a participação de 5 a 10 usuários, com predominância do sexo feminino, na maioria com idade acima de 60 anos e com HD variadas dentro do escopo das DCNT. Antes do início de cada grupo era solicitada autorização para anotações da dinâmica do grupo, que serviriam para análise e discussão posterior pela equipe.

Os usuários participantes da atividade eram encaminhados por outros profissionais que foram conhecendo a rotina do grupo, a partir das discussões sobre casos realizadas nas reuniões de equipe ou mesmo durante o acolhimento. Em algumas situações, os usuários que aguardavam em sala de espera por consultas médicas também eram convidados para participar dos grupos.

Inicialmente a atividade recebeu o nome de grupo de “promoção de saúde”, constituindo-se como um espaço de expressão verbal e reflexão sobre o cotidiano

dos usuários e sua compreensão sobre saúde, suas dificuldades envolvendo mudanças de hábitos, o autocuidado e outros fatores geradores de agravos referentes às DCNT. Após o final de cada grupo, os profissionais se reuniam para discutir a dinâmica do grupo, realizar observações sobre os usuários e estratégias para os próximos encontros.

Após algumas sessões grupais o grupo foi renomeado como “grupo emoções”, pois os profissionais avaliaram que o espaço era utilizado pelos usuários para expressar opiniões e, sobretudo, sentimentos e emoções através de diálogo e trocas durante a realização do grupo. A atividade grupal, também, foi adquirindo novos contornos com relação à dinâmica e introdução de novas técnicas como: momento de relaxamento e meditação, projeção de vídeos, desenho coletivo e outras técnicas.

Para a técnica de meditação e relaxamento, os profissionais se reuniam antes da atividade e selecionavam músicas instrumentais e criavam um roteiro de meditação guiada. Os usuários que participavam da atividade relatavam que a meditação e relaxamento iniciais proporcionavam um conforto considerável, um olhar para “dentro de si”, trazendo à tona sensações e emoções represadas. Com o tempo, os usuários demonstraram identificação e reconhecimento pelos benefícios das técnicas de meditação e relaxamento e solicitavam sua aplicação também no final do grupo, o que foi adotado pelos profissionais.

Para a preparação de outras técnicas de expressão, os profissionais também aproveitavam os espaços de diálogo fora do horário da atividade, para criarem novas possibilidades de atividades, como o uso de recortes de revistas, pintura, leitura de contos dentre outras técnicas.

4.3.2 Espaço para a consciência e cuidado de si: grupo de “práticas corporais”

O grupo de práticas corporais já existia antes da chegada da terapeuta ocupacional na unidade. Segundo a profissional anteriormente, o grupo era coordenado por uma fisioterapeuta e uma fonoaudióloga. As profissionais já se conheciam, pois apesar de trabalharem em unidades diferentes, participavam da

mesma reunião regional de equipes multiprofissionais.

O grupo era realizado em um espaço cedido por um condomínio que faz parte de um conjunto habitacional dentro do território da UBS. Com o passar do tempo houve necessidade de mudança de local devido à problemas de natureza burocrática. Quanto aos profissionais também houveram mudanças devido a aposentadoria da fonoaudióloga e a transferência da fisioterapeuta para outra unidade. Deste modo, a terapeuta ocupacional assumiu a coordenação do grupo.

O grupo nesse momento era realizado em uma sala dentro da UBS, no entanto, devido a uma reforma predial da unidade a atividade ficou sem espaço para sua realização. Por sugestão de algumas usuárias do grupo, a terapeuta ocupacional entrou em contato com a síndica de outro condomínio no território, a fim de solicitar autorização para realização do grupo na quadra poliesportiva. Desde então, o grupo passou a ser realizado nesse espaço, o que estimulou a frequência de um número maior de usuários.

O grupo funcionava de modo aberto permitindo que qualquer usuário pudesse participar sem necessidade de agendamento. A frequência do grupo era semanal, as terças e quintas no período da manhã, com duração de 1 hora e 30 minutos em média. A atividade tinha como proposta estimular a consciência corporal, a flexibilidade e o fortalecimento muscular, por meio de movimentos envolvendo todo o corpo, bem como favorecer o autocuidado e a prevenção de quedas.

Tendo em vista que a maioria dos participantes eram idosos e com histórico de DCNT buscava-se que os usuários pudessem memorizar e praticar o aprendizado em outros espaços vivenciais dado os benefícios nas atividades que envolvem a rotina de vida dos usuários. Para finalização do grupo era proposta uma atividade lúdica para a estimulação cognitiva e o estabelecimento e fortalecimento de vínculos.

O psicólogo passou a frequentar o grupo depois de ter participado de outras atividades interprofissionais com a terapeuta ocupacional, como o acolhimento e o grupo “emoções”. Os dois profissionais passaram a conhecer o trabalho desenvolvido por cada um, articular ações em conjunto no grupo e participar de espaços de discussão, o que promoveu uma maior aproximação as atividades.

4.3.3 Categoria e subcategorias

A análise dos dados obtidos a partir dos registros dos grupos “emoções”, “práticas corporais” e do grupo focal realizado com os profissionais resultou em uma categoria temática envolvendo a importância da prática interprofissional durante os grupos e também na criação e manutenção de espaços de reunião interprofissional para diálogo, reflexão e planejamento das atividades. Tal categoria denominada *abordagem grupal e a prática colaborativa interprofissional* originou as subcategorias: *desenvolvimento de vínculos e autocuidado e comunicação e criatividade*.

Tabela 4.5 – Categoria e subcategorias referentes aos grupos

Categorias	Subcategorias
Abordagem grupal e a prática colaborativa interprofissional	<ul style="list-style-type: none"> – Desenvolvimento de vínculos e autocuidado – Comunicação e criatividade

Desenvolvimento de vínculos e autocuidado

Os grupos realizados na APS são instrumentos importantes para a vinculação dos indivíduos, constituindo-se como espaços onde irão expressar seus impulsos e desejos formando uma mentalidade grupal (Bion, 2003). Diferente do que ocorre em um atendimento uniprofissional, no qual o profissional utiliza suas habilidades específicas de maneira solitária e fragmentada, a prática colaborativa interprofissional proporciona um espaço grupal com possibilidades de diferentes papéis, percepções, intensidades e combinações que repercutirão na formação dos vínculos.

O vínculo é um fenômeno ou uma estrutura dinâmica que se refere ao modo particular ou singular com que um indivíduo se conecta ou se relaciona com o outro (Pichon-Rivière, 2007). Os relacionamentos vivenciados por um indivíduo de maneira singular são sempre permeados por uma experiência subjetiva concebida (realidade interna) e outra objetiva percebida (realidade externa) (Winnicott, 2019).

Os vínculos são fundamentais para a aderência dos usuários aos tratamentos, propostas terapêuticas e serviços envolvendo DCNT na APS.

No primeiro encontro do grupo “emoções” a nutricionista convidou alguns usuários com quadros de HAS, diabetes, dislipidemia e obesidade que atendia individualmente para participar da atividade. Observou-se nestes usuários que havia uma tendência inicial no grupo em abordarem temas relacionados especificamente à nutrição. A participação de outro profissional favoreceu que outras dimensões pudessem ser expressas e percebidas dada a possibilidade da interprofissionalidade, como se observa a seguir:

Alguns integrantes do grupo falaram sobre água de berinjela, água de tamarindo, água de quiabo, inclusive fizeram questão de frisar que água de quiabo é fruto de pesquisa em universidade. Que tais receitas serviriam para baixar o colesterol e controlar a glicemia. O grupo buscou a validação e confirmação de tais receitas pela nutricionista. O psicólogo apontou que parecem buscar uma “fórmula mágica”. A partir disso, o grupo responde que é para lidar com o sofrimento. Sofrimento de privações, dietas e exercícios e a sensação de fracasso por voltar a engordar. Sentir-se excluído e discriminado por ser obeso. (ED)

A dinâmica fortalece o surgimento de uma rotina que organiza a vida de pessoas que enfrentam dificuldades com o processo de envelhecimento e as DCNT, pois necessitam desenvolver o autocuidado através de dietas, exercícios e adesão às medicações (Sluzki, 1997).

Considerando a complexidade das DCNT, o trabalho interprofissional nos grupos proporciona um ambiente acolhedor para a comunicação espontânea e a possibilidade de ressignificação de vínculos pertencentes à história pessoal de cada indivíduo. L. foi uma usuária encaminhada ao grupo “emoções” após discussão do caso junto ao PAI. A queixa principal era ansiedade e depressão. Durante suas primeiras participações ficava em silêncio, porém gradativamente foi se expressando no espaço grupal conforme destacado:

L. (84 anos) mostrou-se ansiosa e antes mesmo de iniciarmos o momento de meditação e relaxamento no grupo “emoções”, tocou o braço de um dos profissionais e disse: “hoje vou falar viu!”. Logo após o relaxamento, L. comentou sobre seus pensamentos, reflexões e seu estado de solidão e tristeza. Lembrou como seus pais se desentendiam com frequência, o comportamento agressivo e as traições do pai, a separação... Falou de seu casamento, que seu marido chegava

tarde e alcoolizado. O adoecimento e morte do marido. Comentou que escolheu ter apenas um filho e que orou muito quando ele adoeceu. Falou de seu mau relacionamento com a nora. E, por fim, comentou que após uma queda fraturou o quadril e sentiu sua rede social diminuir muito. Em seguida, outros usuários também expressaram suas percepções e sentimentos sobre o envelhecimento e a diminuição de seus vínculos pessoais. (ED)

O contato estabelecido dos profissionais com os usuários facilitou a criação de diferentes vínculos, importante para a construção de uma história e a ligação com a UBS. Tal construção favorece a longitudinalidade, um dos principais atributos da APS (Giovanella; Mendonça, 2012). Ademais as atividades coletivas se tornam espaços de atenção gerados pelos diferentes olhares e percepções através da prática interprofissional aumentando a qualidade do cuidado (Goldman et al., 2010; Gucciardi et al., 2016). As potencialidades do trabalho interprofissional são valorizadas pelos próprios profissionais, conforme apontado:

Eu acho que outras profissões sempre contribuem né. Com um olhar diferente dentro da sua especificidade. Sempre contribui. Por que o ser não é uma coisa única. Ele tem várias questões, sociais e psicológicas. Então assim, dentro de uma discussão cada um vai poder contribuir, dentro da sua profissão com sua observação. (GF)

A importância de grupos na APS voltados para a promoção da saúde se deve tanto ao fato de que contribuem ao descentramento do foco na patologia (Neto; Kind, 2010), quanto à possibilidade de perceber as necessidades individuais e coletivas, favorecendo a construção do cuidado em saúde (Toldrá et al., 2014).

Entendendo cuidado como uma ação advinda da articulação entre saberes tecno científicos, isto é, a aplicação de conhecimento e técnicas a serviço de um determinado projeto de vida ou necessidades de saúde que se esboçam em um determinado momento (Ayres, 2006), os grupos podem se tornar ambientes potentes para estimular o cuidado. Assim, no espaço de interação produzido pelos grupos no cotidiano dos serviços na APS, os usuários podem se vincular e expressar os diversos significados e vivências envolvendo o cuidado. Nesse sentido, o autocuidado que é o efeito de estimular os indivíduos a cuidarem de si através da educação ou promoção da saúde (Loyola, 2012), caracteriza-se como um processo complexo com grande potencial de ser desenvolvido nos espaços grupais.

Tanto o envelhecimento como as DCNT podem ocasionar fragilidades e interferir na qualidade de vida e autonomia dos usuários. Toldrá et al. (2014) destacam a utilização de grupos com práticas corporais como um modo possível de estimular os indivíduos a se tornarem responsáveis por mudanças no estilo de vida, assim como de enriquecimento dos vínculos interpessoais. O grupo de práticas corporais na UBS Alto de Pinheiros foi muito apreciado pelos usuários com idade acima dos 60 anos, pois foi um momento em que puderam desenvolver a auto-observação, consciência corporal e um cuidado de si, conforme descrito a seguir:

No grupo de “práticas corporais”, enquanto a terapeuta ocupacional realiza os movimentos que devem ser repetidos pelos usuários, o psicólogo permanece observando a postura de todos e auxiliando na orientação dos movimentos. M. (78 anos) apresenta uma lesão no joelho esquerdo e já sofreu uma queda em sua casa, por isso é necessário uma atenção e cuidado para que não exagere nos exercícios visando sua segurança, mas ao mesmo tempo, que possa se sentir potencializada para realizar os movimentos conforme seus limites e possibilidades. (ED)

A presença de outros profissionais nas atividades grupais além de possibilitar o surgimento de diferentes vínculos com os usuários (Oury, 2009), também amplia a possibilidade de atenção favorecendo a capacidade de oferta de cuidado (Goldman et al., 2010) bem como a divisão de tarefas não sobrecarregando profissionais, tal como avaliado abaixo:

Eu percebo a importância de ter sempre um outro profissional junto nos grupos. A gente não se sente sozinho e, também, porque você não fica só na área de sua profissão. No grupo você pode ter um olhar diversificado com a presença de outros profissionais. (GF)

O trabalho interprofissional nos grupos, sob esse aspecto, pode permitir uma reflexão e um reposicionamento de papéis com reflexos positivos para os usuários. Campos et al. (2012) apontam que a formação dos profissionais de saúde favorece a identificação com a figura do especialista que supostamente detém o saber sobre o sofrimento alheio e que desta forma, não estimulam os usuários a exercerem um papel ativo no seu processo de cuidado. Ao contrário disso, o espaço grupal constituído pelo trabalho interprofissional pode estabelecer com os usuários um encontro com diálogo que estimule o empoderamento e a responsabilização para o autocuidado (Campos et al., 2012).

Quanto aos benefícios para os profissionais, observou-se na literatura revisada que ambientes de trabalho onde são possíveis o desenvolvimento de práticas colaborativas interprofissionais ocorre um intercâmbio de papéis que reduz a carga de trabalho (MacNaughton et al., 2013). Outro aspecto positivo a ser ressaltado é o aprimoramento de habilidades e troca de conhecimentos resultando em satisfação no trabalho para os profissionais da saúde (Gucciardi et al., 2016).

No cotidiano da APS é crescente o número de usuários enfrentando o processo de envelhecimento e DCNT, exigindo o desenvolvimento de ofertas de atenção e cuidados cada vez mais complexos. Para que isso ocorra é necessária a colaboração de várias disciplinas ou profissões por meio de conhecimentos e habilidades, o que resulta na entrega de qualidade no cuidado para os usuários (Reeves et al., 2010).

Comunicação e criatividade

O tema *comunicação* relacionado ao trabalho interprofissional esteve presente tanto na análise dos documentos de registro dos grupos, quanto nos discursos produzidos no grupo focal. Questões envolvendo comunicação foram assumindo nos registros das atividades, nas falas e nas vivências analisadas tanto o significado de desafios, quanto de potências nas práticas colaborativas interprofissionais no cotidiano da UBS Alto de Pinheiros.

A *comunicação* é destacada na revisão da literatura realizada como um dos principais desafios para a prática colaborativa interprofissional na APS. Pertencente ao domínio relacional, a comunicação pode ser afetada por fatores diversos pertencentes a outros domínios (processual, organizacional e contextual) (Reeves et al., 2010), que pode comprometer o trabalho interprofissional e repercutir na qualidade do cuidado oferecido aos usuários.

Diferentes autores da revisão da literatura destacam como barreiras à comunicação a falta de tempo e espaços regulares para reuniões formais (Goldman et al., 2010; Supper et al., 2015; Matthys et al., 2017), que podem ocorrer devido a prevalência de agendas e metas de produção individuais (MacNaughton et al., 2013; Matuda et al., 2015; Barros et al., 2018).

A configuração predominante de agendas e metas de produção individuais na APS é ancorada no modelo biomédico, que apresenta o trabalho uniprofissional tradicional centrado nos sintomas e doenças (Matuda et al., 2015; Donnelly et al., 2019). Tal estrutura organizacional resulta em divisão, hierarquização e fragmentação das tarefas com ausência de espaços de reuniões e compartilhamento de ações interprofissionais dificultando a construção da integralidade do cuidado (Bispo Junior; Moreira, 2018). Tais dificuldades podem ser evidenciadas no relato do profissional a seguir:

Existe uma preocupação exagerada em produção, em quantidade e não em qualidade. Então é um pouco difícil de você conseguir fazer o que a gente está querendo propor, e a gente consegue algumas vezes. Então se você tem que atender um monte de gente todo dia pra chegar a um “X” de pacientes no final do mês e ter a sua produtividade adequada, digamos assim. É muito difícil você trabalhar de forma interprofissional porque quando você vai procurar o outro...o outro não está disponível, porque ele está atendendo algum paciente. (GF)

A estipulação de metas quantitativas originária do modelo de gestão denominado taylorista ou fordista (Campos, 1998) apresenta-se estruturalmente formado por uma hierarquização que se configura a divisão segundo profissões e procedimentos, que podem ser quantificáveis em uma planilha ou outro indicador de produtividade (Terra; Campos, 2019). Isso apresenta reflexos no processo de trabalho da APS como corroborado no relato a seguir:

Eu sinto falta de uma gestão mais coerente, tanto em nível local, de UBS, quanto de supervisão e coordenação, a gente tem diretrizes que mudam o tempo todo, a gente tem alguns momentos, a figura do profissional da supervisão ou da coordenação que vai apoiar o trabalho, mas isso de fato não acontece e aí a gente acaba caindo na produção, no número de atendimentos e de procedimentos. Isso fortalece os espaços informais como o corredor pra resolver problemas dos usuários e da unidade. (GF)

Mudanças para apoiar o trabalho interprofissional na APS necessitam de reformas viabilizadas por políticas públicas que resultariam na criação e manutenção de espaços de reunião e práticas interprofissionais (Levesque et al., 2018; Donnelly et al., 2019). Dentre as principais transformações, alguns autores destacam a possibilidade de criar indicadores de desempenho baseados na qualidade do trabalho interprofissional (Harris et al., 2016; Matthys et al., 2017; Donnelly et al.,

2019).

A implementação de incentivos políticos e organizacionais baseados na qualidade do cuidado apoiariam a criação de espaços de comunicação e interação, elementos fundamentais às práticas colaborativas interprofissionais. Do ponto de vista organizacional, na UBS Alto de Pinheiros foram criados espaços de diálogo entre os profissionais após realização das atividades coletivas. Quando há comunicação, diálogo e interação, os profissionais da saúde mobilizam suas diferentes caixas de ferramentas (Merhy, 2013) resultando em ideias criativas a serem executadas nas atividades coletivas beneficiando os usuários, como observado a seguir:

Os profissionais discutiram sobre a dinâmica do grupo “emoções” e como em outros encontros observou-se que havia uma tendência à dispersão pensou-se em utilizar uma técnica de meditação e relaxamento para estimular a autopercepção. Os profissionais avaliaram ter obtido bons resultados, pois o grupo estava um tempo sem se reunir devido à reforma na UBS e a técnica utilizada acabou sendo um mecanismo de “acolhimento” após um período de intervalo. A terapeuta ocupacional tem conhecimentos sobre técnicas de relaxamento e isso poderia enriquecer os próximos grupos com novas ações. (ED)

A nutricionista, a terapeuta ocupacional e o psicólogo se reúnem após o grupo “emoções”. A terapeuta ocupacional observou como G. (42 anos) utilizou o grupo com questões que extrapolaram os temas de promoção de saúde. A nutricionista concordou e sugeriu que o grupo necessitava de um enquadre. Talvez o uso de questões norteadoras com temas específicos voltados para a promoção de saúde fosse interessante e poderiam ser utilizadas nos próximos grupos. Os profissionais discutiram também sobre a utilização de vídeos ou imagens que poderiam servir de estímulo para discussões e reflexões dos usuários. (ED)

As limitações e dificuldades derivadas das políticas e modelo organizacional fazem parte da realidade da APS e, muitas vezes, o trabalho interprofissional tem a tarefa de superá-las (Bispo Junior; Moreira, 2018). No cotidiano do trabalho interprofissional após as atividades coletivas da UBS Alto de Pinheiros os profissionais passaram a valorizar espaços de interação e diálogo produzindo ideias e ações que enriqueceram com criatividade suas práticas ao longo do desenvolvimento das atividades.

Winnicott (2019) discute o surgimento e o papel da criatividade na existência humana e como em muitas situações as pessoas acabam reconhecendo a forma não criativa pela qual estão vivendo, como se estivessem submissas a uma máquina. O autor defende que por meio do “brincar” ou de um espaço de “jogo” é que as pessoas podem de fato ser criativas, manifestando suas ideias, fantasias, pensamentos e desta maneira sentirem-se integrais, diferenciadas e espontâneas (Winnicott, 2019). No trabalho cotidiano da UBS em estudo, os profissionais vivem o dilema entre a estrutura de uma organização “máquina” pautada por metas quantificáveis através dos indicadores baseados no modelo biomédico e, por outro lado, a defesa por espaços de “jogo” onde podem através da interação e diálogo do trabalho interprofissional produzir criativamente ações para oferecer cuidado aos usuários sentindo seus benefícios como a seguir:

Poder dialogar com outros profissionais sobre as atividades e os casos te dá um direcionamento no trabalho. (GF)

Na medida em que consigo conversar com outros profissionais e obter diversos olhares sobre os casos e grupos isso enriquece muito meu trabalho tanto na relação com os usuários quanto na minha relação com outros profissionais. (GF)

O incentivo e o favorecimento de espaços de interação contribuem para a construção da confiança e integração, elementos fundamentais para o incremento de atividades interprofissionais (Gregory; Austin, 2016; Gucciardi et al., 2016). Os reflexos dessa dinâmica de trabalho resultam em benefícios para a construção e planejamento do cuidado voltado às DCNT (Harris et al., 2016; Levesque et al., 2018) como observado no relato a seguir:

Os profissionais dialogam após o grupo “emoções” sobre o relato de muitos usuários relacionado às dificuldades para se organizarem no sentido de criarem uma rotina de autocuidado. Um dos profissionais propôs a criação de uma “agenda” semanal que poderia ser elaborada com uma rotina de atividades físicas, sugestão de frutas e verduras na alimentação, tempo para lazer, horas de sono, etc. (ED)

Donnelly et al. (2013) em um trabalho sobre a integração de terapeutas ocupacionais em equipes na APS destacam a importância de espaços de reunião e atividades em comum com profissionais de áreas diversas para que ocorra a compreensão das atividades desenvolvidas por cada profissional. Muitas vezes o desconhecimento sobre o trabalho realizado por outros profissionais acaba se tornando uma barreira para o trabalho colaborativo interprofissional como se verifica

a seguir:

No meu caso, terapeuta ocupacional (risos) nem todo mundo conhece. Então, assim... é difícil, a partir do momento que as pessoas conhecem o que você faz, como você contribui, ajuda muito. Se os outros profissionais não conhecem o seu trabalho fica difícil. Lá mesmo na unidade. Muitas pessoas falam: nossa você faz isso? Isso que a terapeuta ocupacional faz? Em outras unidades que nunca tiveram o profissional terapeuta ocupacional eu tinha que marcar uma reunião pra explicar o que a TO fazia. E aí as pessoas já tinham outro olhar. Nossa que legal...você faz isso...E daí você pode vir a ter colaboração. Se a pessoa nem conhece seu trabalho, o que você faz... fica difícil. (GF)

Mesmo enfrentando as dificuldades como falta de tempo e espaço originadas a partir dos contextos organizacionais e políticos como apontados por vários autores (Matuda et al., 2015; Harris et al.,2016; van Dogen et al.,2016; Levesque et al., 2018; Donnelly et al., 2019), o apoio às práticas colaborativas interprofissionais pode gerar bons resultados e depende da disponibilidade dos profissionais envolvidos nos processos de trabalho, como verifica-se a seguir:

Existe...um monte de dificuldades...de espaço, de coordenação...Eu acho que se não tiver a boa vontade da pessoa, acreditar que o trabalho conjunto é importante, nada acontece...já passamos por várias administrações, e pra mim...o que conta mesmo é a disponibilidade do outro profissional. (GF)

A disponibilidade ou motivação para a colaboração interprofissional pode estar relacionada às diferentes percepções presentes nos relacionamentos no ambiente de trabalho. Gregory e Austin (2016) discutem sobre a construção da confiança enquanto elemento de influência do trabalho interprofissional. Os autores enfatizam que relacionamentos interprofissionais são tão complexos quanto relacionamentos interpessoais, sujeitos a variações e fluxos imprevisíveis. Os mesmos afirmam ainda que as impressões ou percepções pessoais provocam diversas reações que podem favorecer ou inibir a colaboração interprofissional (Gregory; Austin, 2016).

A comunicação nesse sentido não é só verbal, perceber a disponibilidade do outro implica em um processo onde atuam elementos verbais (linguagem e compreensão) e não verbais (postura atenta e acolhedora), tipo de encontros (reuniões agendadas ou encontros nos corredores) e como a comunicação circula no grupo, podendo gerar frustrações, agressividade ou satisfação (Lapassade, 2016). As impressões produzidas pela comunicação poderão favorecer ou não o

empreendimento colaborativo, refletindo diretamente sobre os processos envolvendo o cuidado (Reeves et al.,2010), como destacado a seguir:

Eu percebo no engajamento... é ...quando você vai discutir um caso que você não consegue resolver sozinha e você vai procurar o profissional e percebe que tem engajamento, que tem uma identificação de poder ajudar de forma a colaborar tanto com o usuário quanto com a equipe. Acho que isso estimula a procurar novamente, a dividir e a discutir o caso com outros profissionais. (GF)

A motivação ou disponibilidade para a ação colaborativa interprofissional são características que podem ser desenvolvidas e estimuladas através da educação interprofissional oferecendo oportunidades aos profissionais tanto para conhecerem sobre a área e habilidades dos outros, quanto para experimentarem a possibilidade de interação, trocas e atuação compartilhada (WHO, 2010). Nesse sentido, Batista (2012) enfatiza a necessidade de integração como desafio primordial para o trabalho interprofissional. Integração, segundo o autor, é entendida na perspectiva de um conjunto de aspectos relacionais norteados pelo exercício permanente do diálogo, cooperação, construções e tomadas de decisão compartilhadas. A importância destes elementos pôde ser evidenciada na fala dos profissionais envolvidos nas atividades interprofissionais analisadas neste estudo, como segue:

Eu acho que um pouco vem da própria formação da pessoa (risos). Formação pessoal e formação profissional. Eu acho que tem mudado muito isso. Nas faculdades e universidades já existe um olhar mais pra esse trabalho conjunto. Antigamente muitos profissionais vinham de determinadas linhas nas escolas que não tinham essa visão. Hoje eu acho que está mudando bastante. Muitos já vêm com outra concepção. mais fácil de lidar. (GF)

A realização de grupos voltados para promoção e prevenção a partir do reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários é fundamental na APS fazendo parte da busca da integralidade do cuidado (Giovanella; Mendonça, 2012). Tais ações são fortalecidas e enriquecidas através das práticas colaborativas interprofissionais que qualificam o cuidado, contudo, para obter bons resultados é necessário a comunicação, o diálogo e a interação, criatividade e disponibilidade entre os profissionais da APS e, preferencialmente associadas ao incentivo de políticas públicas que favoreçam tal desenvolvimento.

4.4 MATRICIAMENTO

A análise dos resultados do matriciamento assim como as demais atividades envolvendo o trabalho colaborativo interprofissional apresentadas nesta pesquisa foi desenvolvida a partir de estudo documental com base no estudo documental dos registros das atividades interprofissionais e do grupo focal.

O matriciamento ou apoio matricial tem como premissa um trabalho colaborativo interprofissional. Isto se deve ao fato de que o matriciamento pode envolver duas ou mais equipes a partir de uma proposta de trabalho com responsabilidade compartilhada e com perspectiva ampliada do cuidado, visando à criação de intervenções ou um projeto terapêutico singular (Brasil, 2011).

Conforme Campos e Domitti (2007), o matriciamento é composto por uma equipe de referência e uma equipe de apoio matricial que funcionam sob uma clínica ampliada através do diálogo ou interlocução interprofissional. Na APS, a equipe de referência é aquela responsável por uma determinada área de adscrição na UBS e, que diante de uma demanda ou necessidade de saúde dos usuários, estabelece um espaço de comunicação com uma equipe matricial buscando oferecer a construção do cuidado segundo a abordagem da integralidade (Campos; Domitti, 2007).

O matriciamento tenta romper com a lógica vertical dos encaminhamentos “burocráticos” e hierarquizados, ao contrário disso, oferece a oportunidade de lançar um olhar humanizado, com ações horizontais integrando e potencializando os diferentes saberes na busca pela integralidade (Brasil, 2011). Essa proposta de trabalho possibilita um estreitamento e integração entre equipes da APS e das RAS e RAPS (Rede de atenção psicossocial) (Brasil, 2011). Assim, as ações de articulação e comunicação desenvolvidas entre CAPS, NASF e a APS são exemplos de matriciamento. De forma geral, o matriciamento pode ser solicitado por equipes de referência (APS) para equipes de apoio (RAS e RAPS) em qualquer momento de dificuldade envolvendo situações de complexidade no território (Brasil, 2011).

Idealizado teoricamente como uma metodologia de trabalho ou um arranjo organizacional (Campos; Domitti, 2007) o matriciamento pode enfrentar dificuldades para o alcance de seu sucesso prático. Alguns autores apontam dificuldades na realidade das práticas de matriciamento entre equipes, tais como resistências, preconceitos e desresponsabilização (Medeiros, 2015; Gazignato; Silva, 2014).

O matriciamento prevê o encontro de equipes sob o pretexto de construir o cuidado de forma compartilhada (Campos; Domitti, 2007), porém em algumas situações pode ocorrer a expectativa de que a equipe de apoio assumirá o papel de especialista. Medeiros (2015) utiliza uma metáfora para ilustrar esta situação, onde a equipe de apoio assume o papel de tutela, acolhendo, ensinando, elogiando ou corrigindo a equipe de referência. Este cenário acaba infantilizando ou reprimindo o potencial da equipe de referência, que tende a manter o funcionamento de encaminhar todos os casos ao especialista, descaracterizando o papel do matriciamento, que deveria ser de comunicação e construção de um cuidado integral e compartilhado (Gazignato; Silva, 2014).

O desenvolvimento do matriciamento na UBS Alto de Pinheiros contou com a experiência de um dos profissionais, que acompanhou todo o percurso da implantação e de desenvolvimento do matriciamento na UBS. Anteriormente a UBS Alto de Pinheiros matriciava outras unidades e o psiquiatra da equipe participava do matriciamento, em outras UBS da região de Lapa/Pinheiros. Dada essa experiência o psiquiatra do serviço foi convidado para realizar matriciamento em outra UBS com ESF, pois o NASF que apoiava tal UBS não contava com esse profissional em sua equipe de apoio.

Dada a necessidade de orientar e compartilhar casos de saúde mental demandados pelas equipes de ESF da UBS matriciada e o reconhecimento de que o matriciamento é um processo que não deve ser imposto, mas, construído, o psiquiatra da UBS Alto de Pinheiros, foi gradativamente participando da rotina da ESF dessa unidade e com isso criando vínculos. Inseriu-se nas reuniões das equipes de ESF e propôs discussões sobre psicofármacos e a condução de atendimento de casos considerados leves na própria UBS matriciada, bem como, orientou o encaminhamento de casos graves para equipamentos da RAPS. Após um ano de trabalho de apoio na unidade, com o recebimento de um psiquiatra na equipe do NASF o profissional se desligou dessa tarefa e foi convidado para realizar matriciamento em outra unidade UBS do território. Nesse serviço foi acompanhado por uma psicóloga, pois avaliou que o trabalho de matriciamento requer o envolvimento de outros profissionais, não somente pela sobrecarga de trabalho, mas também pela ampliação e riqueza de perspectivas. Tratava-se de uma UBS mista, ou seja, tinha equipes de ESF e uma equipe multiprofissional. Esse trabalho de matriciamento durou cerca de seis meses, até a chegada de uma equipe NASF.

A partir de 2018, a UBS Alto de Pinheiros deixou de matriciar outras unidades e passou a ser matriciada com a presença das seguintes unidades: CAPS Adulto, CAPS IJ (Centro de atenção psicossocial infanto juvenil), CAPS AD, PS e PAI, da qual participou o psiquiatra da unidade e outros profissionais da equipe que puderam contar/aprender com a experiência ocorrida em outros serviços. (a experiência do psiquiatra potencializou a experiência do matriciamento).

Os encontros de matriciamento ocorreram em um espaço da própria UBS, na sala de reuniões, mensalmente na primeira sexta-feira de cada mês, com duração de duas a três horas. Todos profissionais da equipe multiprofissional da UBS Alto de Pinheiros eram convidados para participar do matriciamento, porém nem todos compareciam. Dado que grande parte da problemática dos usuários envolvia a saúde mental, observou-se que o trabalho que deveria ser compartilhado por todos profissionais da UBS acabava ficando relegado aos profissionais especialistas da saúde mental. Este fenômeno é referido por Gazignato e Silva (2014) como algo recorrente envolvendo o matriciamento nas unidades de saúde e apontado por Campos e Domitti (2007) como um obstáculo de origem cultural e estrutural que afeta a operacionalização do matriciamento.

A dinâmica do matriciamento iniciava com a preparação do ambiente, com a oferta de bebidas e alimentos dispostos na mesa da sala de reuniões, para a recepção dos profissionais da RAPS do território. Em seguida, no começo do matriciamento eram compartilhados os avisos e informes gerais como a apresentação de novos profissionais, o início de novos grupos ou atividades, a agenda de fóruns ou encontros/seminários/conferências e outras ações pertinentes, que favoreciam o disparo de potenciais para a colaboração interprofissional. Alguns casos eram previamente agendados/comunicados através da troca de e-mails entre as unidades facilitando agrupar informações para posterior discussão na reunião de matriciamento.

A equipe da UBS registrava em um livro ata o conteúdo da reunião facilitando a troca e compartilhamento de ideias e planejamento de ações. Eram discutidos uma gama variada de casos priorizando-se os que apresentavam maior complexidade, e, portanto, requeriam empenho para discussão e elaboração de intervenções como atendimento compartilhado, visita domiciliar, construção ou revisão do PTS e contatos intersetoriais.

No período abordado pelo estudo, conforme o estudo documental, foram realizadas 12 reuniões de matriciamento, das quais participaram diferentes serviços da RAPS, totalizando 15 profissionais de 6 categorias, conforme descritos na tabela a seguir:

Tabela 4.6 – Profissionais participantes do matriciamento realizado na UBS Alto de Pinheiros no período de fevereiro de 2019 à fevereiro de 2020, São Paulo, 2020

Unidades	Profissionais
UBS Alto de Pinheiros	Psiquiatra, assistente social e psicólogos (2)
CAPS adulto	Oficineiro, psicóloga, psiquiatra e assistente social
CAPS IJ	Enfermeira e psicóloga
CAPS AD	Terapeuta ocupacional, psicóloga e enfermeira
PS	Assistente social
PAI	Psicólogo/coordenador ou Enfermeira

Fonte: O autor.

A leitura e análise dos dados obtidos a partir do estudo documental e grupo focal referente ao matriciamento resultou no surgimento da temática relacionada à Horizontalidade na construção do cuidado interprofissional. Desta categoria surgiram duas subcategorias: *encontro e organização do espaço: o uso de diferentes tecnologias e a interdependência; trabalho em rede e compartilhamento de ações.*

Tabela 4.7 - Categoria e subcategorias produzidas a partir da análise de conteúdo dos documentos e do grupo focal relativas ao matriciamento.

Categoria	Subcategorias
Horizontalidade na construção do cuidado interprofissional	<ul style="list-style-type: none"> – Encontro e organização do espaço: o uso de diferentes tecnologias e a interdependência – Trabalho em rede e compartilhamento de ações.

Encontro e organização do espaço: o uso de diferentes tecnologias e a interdependência.

O estabelecimento de um espaço horizontal no matriciamento possibilitou que os profissionais envolvidos na APS e outros serviços interagissem potencializando a construção do cuidado rumo à integralidade. Este modo de trabalho rompe com a cultura tradicional dos encaminhamentos e diretrizes de hierarquização dos sistemas de saúde (Campos; Domitti, 2007), pois flexibiliza o poder profissional, a hierarquia e a socialização, fatores considerados por Reeves et al. (2010) como incisivos sobre a colaboração interprofissional. Tais elementos afetam o trabalho interprofissional principalmente no que tange à comunicação, como já mencionado anteriormente nas outras atividades interprofissionais descritas. A comunicação também é apontada por diversos autores na revisão da literatura deste trabalho, sobretudo no tocante à necessidade de organização de tempo e espaço para os profissionais da APS (Goldman et al., 2010; Gucciardi et al., 2016; Levesque et al., 2018).

O matriciamento na UBS Alto de Pinheiros foi sendo ordenado como um espaço de interação e trocas permitindo que diferentes tecnologias fossem construídas para o cuidado. A tecnologia geralmente é associada à técnica e ao uso de máquinas, por outro lado, também está relacionada aos aspectos humanos onde estão presentes as habilidades, o saber-fazer, o uso do pensamento e do corpo tornando-se uma ciência humana e não mais exclusivamente uma ciência da engenharia (Dejours, 2005).

O uso de técnicas refere-se a um ato que visa uma determinada transformação do mundo real com eficácia sendo mediado através de instrumentos que podem ser desde uma ferramenta, máquina ou mesmo a linguagem (Dejours, 2005). No matriciamento há um hibridismo de tecnologias (Penido et al., 2010), em que são compartilhados saberes estruturados, que representam tecnologias leveduras e o espaço relacional composto pelos diferentes profissionais e mediado pelo diálogo, escuta e reflexão, que expressam as tecnologias leves (Merhy, 2013).

Diferente do que ocorre na verticalização burocrática dos encaminhamentos, a horizontalidade proposta no matriciamento propõe um empoderamento de diversas profissões distribuídas entre as equipes de apoio e de referência (Campos; Domitti, 2007). Desta forma, o diálogo funciona como uma tecnologia que possibilita tanto a livre circulação da palavra, quanto a crítica da realidade ou situação problema

(Freire, 2013).

Para ilustrar a experiência de matriciamento enquanto prática colaborativa interprofissional desenvolvida na UBS Alto de Pinheiros, são apresentados alguns trechos das reuniões realizadas colhidos dos registros efetuados, as quais estão apresentadas por número para sua diferenciação, com identificação dos profissionais participantes, bem como a temática tratada como a seguir:

Reunião de matriciamento 1, participantes: oficinairo e psicóloga do CAPS Adulto; psiquiatra, assistente social e psicólogos da UBS; terapeuta ocupacional e psicóloga do CAPS AD; enfermeira do CAPS IJ. O psiquiatra (UBS) discutiu sobre os irmãos D. e E. que frequentam tanto a UBS quanto o CAPS Adulto...D. procurou o psiquiatra da UBS para trocar uma receita de outro psiquiatra que o atendera na rede privada. Depois de uma avaliação, o psiquiatra da UBS resolveu convocar a família e então conheceu também E. Os irmãos D. e E. viviam solitários em uma casa que pertencia ao pai. Os pais eram separados e os irmãos recebiam uma pequena mesada do pai que era insuficiente para seu sustento. Foi D. que começou a apresentar alterações de comportamento, alucinações e logo em seguida também E. começou a referir que a T.V. “conversava com ele”. O psiquiatra da UBS comentou que E. não ficou bem com a troca de medicações, que isso ocorreu, pois os irmãos passavam em diferentes serviços e por isso eram prescritos diferentes medicamentos. O psiquiatra da UBS percebeu que E. estava mais embotado. Levantou a HD de uma “folie à deux” entre os irmãos. O psiquiatra (UBS) descreveu que E. falava de uma angústia por falta de comida em casa. O dinheiro que recebiam da pensão do pai e da venda de relógios de bolso pela internet que E. fazia não era suficiente para abastecer a casa. Inicialmente, o psiquiatra encaminhou D. para o Caps que participava das assembleias e da oficina de música. Em seguida, o psiquiatra também encaminhou E. para o CAPS, apesar de sua inibição e dificuldade de comunicação ele se interessou em participar da oficina de marcenaria, visto que havia o objetivo de geração de renda através da produção e venda de produtos manufaturados feitos pelos usuários do CAPS. O oficinairo (CAPS adulto) explicou que os irmãos R. costumavam ir ao almoço do CAPS e por isso vinha convidando-os para alguns grupos. Mas, E. só aceitava participar de atividades se o irmão D. estivesse junto. O oficinairo propôs que o psiquiatra da UBS intervisse e tentasse sensibilizá-los para eles frequentarem o CAPS com maior frequência nas atividades propostas, pois fizeram um bom vínculo com o profissional da UBS. (ED)

Os sintomas de “folie à deux” se referem a um fenômeno raro, em que sintomas psicóticos são compartilhados por dois indivíduos geralmente familiares, onde há transferência de delírios de um para outro sujeito (Machado et al., 2015).

Assim, conforme identificado tecnologias implementadas no processo do matriciamento tem origem nas diversas caixas de ferramentas (Merhy, 2013) dos diferentes profissionais, que são potencializadas no movimento de trocas e interações a partir do engajamento e colaboração. Ao dialogarem, isto é, ao entrarem em contato com os problemas cotidianos e reais apresentados no contato com os usuários, são estimulados a produzirem ideias, reflexões e pensamentos visando uma transformação ou modalidade de cuidado que favoreça a integralidade da atenção aos usuários. A prática interprofissional presente no matriciamento pode também ser identificada na experiência abaixo descrita:

Reunião de matriciamento 2- profissionais participantes: oficinairo e assistente social do CAPS adulto; psicóloga, psicólogo e psiquiatra da UBS; terapeuta ocupacional do CAPS AD; enfermeira do CAPS IJ e assistente social do PS. A assistente social do CAPS adulto realizou relato sobre a usuária R. (50 anos) que apresentava obesidade grau III associado ao quadro depressivo iniciado com a perda de suas redes sociais em detrimento da necessidade para cuidar da mãe e tia que sofreram AVC (acidente vascular cerebral). Apesar de R. não apresentar HD de doença mental grave referia pensamentos depressivos e que fazia acompanhamento no HC (hospital das clínicas) com psiquiatra. A equipe do CAPS a acolheu e a inseriram em um grupo. R. começou a verbalizar que tinha ideias de se jogar da ponte. Também apresentava compulsão para comer durante a noite. A equipe do CAPS estava preocupada com a suposta ideação suicida. Ao que parecia R. não estava dando conta de cuidar da mãe e da tia. A mãe poderia ir para a casa de outro parente em Suzano, porém R. entrou em conflito dizendo que se fizesse isso, estaria abandonando a mãe. O grupo de matriciamento começou a discutir e refletir sobre as possíveis intervenções que poderiam ser implementadas. O psiquiatra da UBS comentou que seria interessante realizar contato com a equipe do HC que a estava atendendo, até para verificar a medicação em uso e HD. A assistente social do CAPS adulto propôs a inserção em um espaço de psicoterapia individual onde R. teria oportunidade de se expressar e refletir sobre seus conflitos. A psicóloga da UBS ofereceu um horário para entrevista. A equipe do matriciamento também pensou na possibilidade de uma visita domiciliar para uma avaliação do ambiente

familiar.

O grau III de obesidade também conhecida como obesidade mórbida, refere-se ao quadro onde o indivíduo apresenta índice de massa corporal acima de 40 kg/m², podendo resultar em riscos relativos ao surgimento de outras DCNT como cardiopatias, diabetes, HAS, dislipidemias, ansiedade, depressão e compulsão alimentar (Pinheiro et al., 2004; Fonseca-Junior et al., 2013).

Conforme experienciado as possibilidades de interação e a utilização de diferentes tecnologias na construção do cuidado no matriciamento proporcionou aos profissionais o conhecimento de seus papéis, responsabilidades, habilidades e nuances pessoais fortalecendo a confiança e os vínculos, bem como, o reconhecimento da interdependência na realização da tarefa.

Segundo D'Amour et al. (2005) a interdependência aparece como um dos principais conceitos relacionados à ação colaborativa interprofissional. Implica na disponibilidade de diferentes profissionais que reconhecem a dependência mútua diante das necessidades complexas dos usuários, mobilizando assim a atitude colaborativa (D'Amour et al., 2005). Ao tomar consciência da interdependência os profissionais se sentem pertencendo a um grupo de trabalho, que colaboram ativamente entre si na busca pela integralidade do cuidado como observado a seguir:

O que me estimula a trabalhar de maneira interprofissional é procurar mesmo uma melhor resolutividade ao caso. Então...dentro da minha ação eu tenho uma limitação ... Se tenho a colaboração de um outro profissional, isso me estimula. Porque você precisa tentar resolver o caso do paciente e com outras pessoas você abrange muito mais. Atuando sozinho você percebe a sua limitação profissional.
(GF)

O reconhecimento da interdependência na construção da integralidade do cuidado torna-se fundamental na medida em que estimula os profissionais a buscarem a interação. Ao valorizarem o espaço do matriciamento no qual as tecnologias leves como o diálogo, a escuta e a reflexão colocaram em movimento os saberes (tecnologias leve-duras) potencializando e permitindo que o cuidado fosse construído enquanto trabalho vivo (Merhy, 2013), beneficiando os usuários com ações e projetos terapêuticos singulares.

Trabalho em rede e compartilhamento de ações.

Um dos atributos considerados fundamentais da APS é a coordenação das RAS, RAPS e outras ações e serviços, que tem como objetivo a resolução de necessidades de saúde consideradas complexas (Giovanella; Mendonça, 2012). Contudo, requer da APS um nível de organização que permita não só o reconhecimento dos problemas complexos do seu território de abrangência, como também a capacidade de se comunicar com outras unidades da rede (Mendes, 2015).

Desse modo a organização e a coordenação da rede requerem da APS uma série de condições que não se restringem somente às diretrizes formais ou protocolos, nem tão pouco pode ser realizada por um único profissional ou categoria profissional. Coordenar e trabalhar em rede demanda ações colaborativas interprofissionais e intersetoriais e, portanto, está sujeito as questões que envolvem comunicação, hierarquia, poder e socialização (Reeves et al., 2010), que podem obstruir a construção do trabalho interprofissional.

No matriciamento da UBS Alto de Pinheiros durante o período de estudo, observou-se que em alguns casos as questões dos usuários extrapolavam o conjunto de ações que as equipes de saúde poderiam oferecer. No enfrentamento dos problemas de saúde e na busca pela integralidade, estão envolvidos determinantes econômicos, sociais, ambientais e culturais (Carvalho; Buss, 2012). Estes aspectos requerem o estabelecimento de proximidade, vínculos e ações compartilhadas com outros setores da sociedade através de um trabalho interprofissional e intersetorial (Azevedo et al., 2012) como observado abaixo:

Reunião de matriciamento 3 -; presentes: psiquiatra, psicólogos e assistente social da UBS; oficineiro, psicóloga e psiquiatra do CAPS adulto; enfermeira e psicóloga do CAPS IJ e psicólogo/coordenador do PAI. Os profissionais discutiram o caso de I. (86 anos), moradora de um condomínio no território de abrangência da UBS que ficou conhecida a partir das reuniões no CRASA (Comitê Regional de Atenção às Pessoas em Situação de Acumulação), pois havia uma denúncia que levantava a hipótese de que a usuária era acumuladora. Após um período de reflexão chegou-se à conclusão da necessidade de uma visita domiciliar. Participaram da visita domiciliar o psiquiatra da UBS com o oficineiro e a psicóloga do CAPS adulto. Avaliou-se que a usuária apresentava um quadro psicótico com

sintomas delirantes. A usuária apresentava o comportamento de alimentar pombos e acabava gerando desconforto para os vizinhos, mas não era um caso de acumulação. Havia outro elemento importante, a usuária estava sendo processada por falta de pagamento das taxas de condomínio. Era solitária e não referia a existência de familiares. Mediante a eminência da perda do imóvel, a ausência de rede social e o quadro psíquico da usuária, a equipe verificou a gravidade psicossocial do caso. Era necessário a construção de uma estratégia intersetorial ou um trabalho em rede.

Um elemento importante na formação de uma rede é o poder presente entre os pontos (nós) que a mantém conectada. Martín-Baró (2018) descreve o poder como algo presente nas relações sociais, que surge das diferenças entre os tipos de recursos disponíveis e o valor perante a sociedade. Um grupo pode ser poderoso por sua capacidade intelectual, material, moral e ética ou simplesmente cultural (Martin-Baró, 2018).

O poder por ser um fenômeno social que se dá nas relações, conforme a posse de recursos, provoca percepções e efeitos nas relações sociais (Martin-Baró, 2018). Um exemplo disso foi o próprio grupo de matriciamento, que se formou na UBS Alto de Pinheiros no período em estudo, que foi inclusive sendo reconhecido e denominado informalmente de “redinha” por profissionais de outras unidades especializadas do território. A prática colaborativa interprofissional que foi sendo construída ao longo do tempo nas reuniões de matriciamento, colaborou para o empoderamento do grupo, que conferiu respeito, reputação e reciprocidade por parte da própria equipe participante e dos demais serviços do território.

Outro aspecto importante que fortaleceu a prática interprofissional durante o matriciamento na UBS foi o compartilhamento de ações que se iniciou a partir do preparo do espaço para a realização do matriciamento na unidade. Espaços de interação e compartilhamento de ações constituem-se como desafios para o desenvolvimento do trabalho interprofissional (Goldman et al., 2010; Gucciardi et al., 2016; Gregory; Austin, 2016) como já observado nas modalidades de acolhimento e atividades coletivas. Esse aspecto inclusive tornou-se foco de atenção para os profissionais da UBS durante o matriciamento, como verificado a seguir:

Eu poderia falar sobre a importância do espaço físico. Mas aqui já estou falando do matriciamento. Reuniões já marcadas, duas horas, mensais e a estratégia que a equipe da UBS utilizou é que sempre tivesse à disposição dos

profissionais no matriciamento alimentos e bebidas, mas como se fosse uma coisa mais informal e basicamente isso deu muito certo nas reuniões de matriciamento. O espaço e o uso de...uma oferta. Uma oferta para quem está se locomovendo, vai até a unidade. Sai do Caps adulto ...Sai do Caps infantil...Sai do Caps AD... Chega lá e é recepcionado. E além do espaço, a comunicação. A comunicação é fundamental.
(GF)

O matriciamento apesar de ser uma atividade prevista nas rotinas de uma UBS, é um trabalho interprofissional e, por isso, envolve uma série de fatores que o influenciam afetando seu funcionamento tal qual descrito por Reeves et al. (2010). Assim, compartilhar ideias e ações no matriciamento requer como previsto no trabalho interprofissional uma construção pautada pela confiança, apoio mútuo, respeito, negociação de papéis e comunicação dialógica (Gucciardi et al., 2016; Agreli et al., 2017; Löffler et al., 2017; Matthys et al., 2017; Levesque et al., 2018; Previato; Baldissera, 2018).

Quanto ao compartilhamento de alimentos e bebidas durante a reunião de matriciamento também conhecido como comensalidade, é um costume grupal antigo, estimulante das relações interpessoais e de convivência social (Moreira, 2010). O espaço preparado valorizava e recepcionava os profissionais, o que facilitava ao grupo de profissionais o estabelecimento da interação e comunicação dialógica, para a produção de ideias e ações necessárias na construção do cuidado de modo intersetorial no território como pode ser identificado a seguir:

Reunião de matriciamento 4; presentes: psiquiatra, psicólogos e assistente social da UBS; oficinheiro, psicóloga e psiquiatra do CAPS adulto; enfermeira e psicóloga do CAPS IJ e psicólogo/coordenador do PAI. O grupo discutiu sobre a ida à defensoria pública do território com profissionais do CAPS adulto e da UBS em reunião com o defensor público para discutir sobre a situação de I (86 anos.). O defensor explicou que haviam ordens de despejo para a usuária e seu imóvel iria à leilão devido ao não pagamento de condomínio. O defensor público também orientou a elaboração de um relatório clínico e psicossocial da usuária visto que havia um processo em trâmite no fórum regional do território levantando a possibilidade de internação psiquiátrica. Além disso, o grupo sugeriu contato com o CRAS (Centro de referência de assistência social) para convite de um representante para participar da reunião de matriciamento, pois havia a necessidade de discutir sobre a inserção da usuária em uma ILPI (Instituição de longa permanência para idosos). O caso de I.

extrapolou o nível de atuação da UBS e do CAPS adulto e demandou do grupo de matriciamento a postura de organizar e coordenar a rede com outros equipamentos que não estavam envolvidos.

A perspectiva de acompanhamento da usuária acima se caracteriza com o que Reeves et al. (2010) adota em seu modelo denominado de “abordagem contingencial”, na qual aponta uma diferenciação entre os tipos de prática colaborativa interprofissional, o que requer, conforme os casos citados: trabalho em equipe, colaboração, coordenação e trabalho em rede. Assim, conforme os autores, a abordagem contingencial corresponde a complexidade das tarefas e as características do trabalho interprofissional realizado.

Embora os autores classifiquem “trabalho em rede” como uma tarefa menos complexa, que poderia ser realizado inclusive à distância com ferramentas tecnológicas digitais (Reeves et al., 2010), há de se destacar que na situação em particular do Brasil este pressuposto adquire dimensões diferentes. A efetivação do trabalho em rede para a APS não é tão simples, pois envolve diferentes setores, serviços e instituições assistenciais públicas. Tal dimensão do trabalho em rede no âmbito da APS necessita de abertura para o diálogo interprofissional e intersetorial, na medida em que é um processo a ser construído e reconstruído permanentemente, tendo em vista a manutenção dos vínculos e da responsabilidade compartilhada (Lobato; Giovanella, 2012), conforme as necessidades de se conectar com os diferentes pontos e interlocutores da rede de serviços.

O matriciamento na UBS Alto de Pinheiros no período em estudo ofereceu a oportunidade aos profissionais envolvidos de atuarem de modo colaborativo e de experimentarem a construção de um trabalho em rede com profissionais de áreas da saúde, social e defensoria pública, na construção de projetos terapêuticos singulares, para os casos mais graves do ponto de vista psicossocial e, portanto, considerados prioritários para essa modalidade assistencial.

4.5 AÇÕES DE INTERSETORIALIDADE: A EXPERIÊNCIA DO CRASA

O tema intersetorialidade é muito mencionado e discutido tanto ao nível internacional, quanto nacional, demonstrando a importância e a necessidade de se

construir uma práxis que apresente eficácia e influência para gerar políticas públicas (Akerman et al., 2014). A necessidade de um trabalho intersetorial se faz necessário sobretudo considerando-se o conceito ampliado de saúde, que envolve determinantes sociais e econômicos (Carvalho; Buss, 2012), como já apontado nas anteriores estratégias colaborativas interprofissionais

Documentos oficiais oferecem diretrizes e objetivos estimulando a valorização e a ampliação do trabalho intersetorial entre o setor “saúde” e outras áreas, buscando diminuir a desigualdade e subsidiar o desenvolvimento integral de planos de promoção da saúde (Brasil, 2010a). A importância e a complexidade da promoção da saúde enquanto estratégia o alcance de necessidades de saúde e melhoria da qualidade de vida tanto individual quanto coletivo (Malta et al., 2018), que requer dos diversos atores envolvidos ações e parcerias intersetoriais (Lobato; Giovanella, 2012).

Na noção de intersetorialidade, encontra-se certa proximidade com a da dinâmica do trabalho colaborativo interprofissional. Campos et al. (2004) comentando sobre a intersetorialidade, ressaltam a construção de um processo compartilhado entre diferentes áreas do saber com linguagens e práticas diversificadas. Sendo necessário para sua efetivação e eficácia, a oferta de espaços de diálogo com criação de vínculos e responsabilidade compartilhada na busca por resultados com relação às necessidades da população (Campos et al., 2004).

Assim como a prática colaborativa interprofissional, a intersetorialidade enfrenta desafios como resistências advindas de lógicas organizacionais ou institucionais enrijecidas, além do tribalismo profissional não só entre profissionais da saúde, mas entre os profissionais de diversos setores envolvidos (Lobato; Giovanella, 2012).

Na perspectiva da intersetorialidade, além do objetivo de promoção da saúde é fundamental também a construção de cuidado envolvendo casos complexos e multifatoriais, como por exemplo: pessoas em situação de acumulação, foco nesse estudo. Na literatura encontram-se diferentes termos referentes às pessoas que apresentam comportamentos de acúmulo de objetos e também animais de maneira inadequada ou insalubre. Síndrome de Diógenes, transtorno de acumulação ou síndrome de Noé, são alguns termos utilizados para descrever pessoas que podem apresentar características como descuido pessoal e habitacional, isolamento social, reduzido insight quanto ao problema de acumular objetos, lixo (Almeida; Ribeiro,

2012) e até animais em grandes quantidades e em condições precárias (Rodrigues, 2019).

O fenômeno apresenta etiologia multifatorial, com maior prevalência entre idosos que residem solitariamente, e, portanto, apresentam empobrecimento de suas redes sociais (Almeida; Ribeiro, 2012). A dificuldade encontrada no acompanhamento destes casos se deve a incapacidade do indivíduo em reconhecer as consequências negativas resultantes do seu comportamento acumulador (Almeida; Ribeiro, 2012). A atitude de negação da acumulação por parte da pessoa por se constituir não só como uma ameaça à sua própria saúde, mas também para a saúde pública em geral, faz com que os casos frequentemente acabem envolvidos em medidas judiciais seja para retirada de objetos, como também de animais em condições insalubres (Araújo; Santos, 2015). Tal característica dificulta o acompanhamento dos usuários com esta condição na APS, os quais requerem um trabalho intersetorial na construção de projetos terapêuticos individuais e atenção contínua, pois o índice de recidivas é considerado alto (Rodrigues, 2019).

Diante do número crescente de pessoas em situação de acumulação e da complexidade envolvida no cuidado, foi criado o decreto 57.570/16 instituindo a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação (São Paulo, 2016b), na qual está prevista a criação de comitês regionais de atenção às pessoas em situação de acumulação (CRASA).

A composição do CRASA segundo o referido decreto prevê a participação de um representante dos seguintes setores: coordenadoria regional de saúde representada pela STS (supervisão técnica de saúde) da região, saúde mental (CAPS), UVIS (unidade de vigilância em saúde), supervisão de assistência social (CRAS e CREAS), subprefeitura e APS (um representante de cada UBS). Quanto as atribuições previstas para o CRASA destacam-se para o estudo: promover reuniões mensais para discussão conjunta dos casos; estabelecer estratégias para fortalecer o cuidado ampliado e integral às pessoas em situação de acumulação; contribuir para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde e de outros órgãos envolvidos no atendimento dos casos; estabelecer fluxos assistenciais regionais para garantir o cuidado continuado e a responsabilidade de cada um dos níveis do cuidado; encaminhar relatório à procuradoria geral do município nos casos em que ocorra recusa de acesso ao imóvel pela pessoa em situação de acumulação; comunicar o ministério público em casos de pouca ou nenhuma adesão

ao tratamento e se observado agravamento das condições de risco à saúde; bem como quando houver necessidade de interdição ou acionar judicialmente os familiares visando prover meios indispensáveis para a manutenção da saúde e da vida da pessoa (São Paulo, 2016b).

No referido decreto também constam as atribuições dadas à APS, representada por um profissional designado na UBS para ser responsável pela gestão do caso. Cabe à UBS da área de adscrição do usuário: realizar busca ativa de pessoas em situação de acumulação e visitas domiciliares para avaliação das condições e riscos sanitários; elaborar PTS e designar um profissional de referência; promover articulação com as demais áreas de atuação; inserir no PTS metas estabelecidas com o usuário para desfazimento contínuo de objetos e resíduos acumulados e estratégias que busquem a ressignificação desses objetos pelo usuário, considerando sua tipologia, natureza, finalidade e valor (São Paulo, 2016b).

Assim, a atenção integral às pessoas em situação de acumulação indica uma complexidade presente na tarefa, que um único profissional ou setor atuando individualmente não seria capaz de conseguir alcançar resultados eficazes. Desta forma, se faz necessário além de uma prática colaborativa interprofissional, a construção de parcerias entre diferentes setores ou instituições almejando o alcance de certa unidade e superação da fragmentação e especialização (Azevedo et al., 2012).

Conforme previsto no decreto 57.570/16, formou-se um comitê na região Lapa/Pinheiros envolvendo os profissionais representantes das seguintes unidades: STS, UBS, CAPS (adulto e AD), PAI, PAVS (Programa Ambientes Verdes e Saudáveis), UVIS (representada pela vigilância ambiental), Subprefeitura, Defesa Civil e NVZ (Núcleo de vistoria zoossanitária). As reuniões ocorriam mensalmente com duração aproximada de duas horas, alternando o local dos encontros entre a Subprefeitura da Lapa e a Subprefeitura de Pinheiros, nas quais eram discutidos os casos mais complexos pertencentes às diferentes áreas de adscrição das UBS.

Para análise dos registros realizados referentes às reuniões do CRASA no período de estudo, foram abordados somente os casos pertencentes ao território da UBS Alto de Pinheiros. Não foi possível coletar dados no grupo focal remoto, pois a profissional representante da UBS Alto de Pinheiros participante das reuniões do CRASA se aposentou do serviço e não participou desta etapa da pesquisa. Foi identificada uma categoria e suas respectivas subcategorias (tabela 4.10).

Tabela 4.8 - Categoria e subcategorias produzidas a partir da análise de conteúdo dos documentos relativas as reuniões intersetoriais do CRASA

Categorias	Subcategorias
Intersetorialidade e interprofissionalidade: experiência do CRASA	<ul style="list-style-type: none"> – O prescrito e o real: a busca pela intersetorialidade – Conhecer e atuar no território

A partir dos registros referentes às reuniões do CRASA evidenciou-se a complexidade envolvida no acompanhamento e na construção do cuidado de pessoas em situação de acumulação dentro do território de abrangência da UBS Alto de Pinheiros. Tal temática derivou duas subcategorias que serão analisadas e discutidas a seguir.

O prescrito e o real: o desafio da intersetorialidade.

Como já mencionado, os casos que envolvem acumulação tanto de objetos como de animais apresentam alta complexidade, sendo considerados de etiologia multifatorial (Almeida; Ribeiro, 2012), o que requerem da equipe profissional um trabalho colaborativo. Assim, para a construção de projetos terapêuticos os profissionais necessitam de tempo para vinculação do usuário, discussão, reflexão e elaboração de estratégias, para o desenvolvimento de uma prática colaborativa interprofissional, que seja abrangente e integral diante dos problemas de saúde encontrados (Peduzzi; Agreli, 2018).

Nas reuniões do CRASA os representantes da STS selecionavam os casos que haviam mobilizado a unidade de vigilância ambiental pois, em geral, os casos de acumulação são identificados pelas denúncias ou mesmo pelas solicitações de outros órgãos ou visitas de ACS. Nas reuniões alguns casos já estavam em andamento e eram retomadas as discussões sobre seu desenvolvimento e atualizações, outros eram novos e necessitavam ser relatados desde sua origem para mobilização das equipes responsáveis.

Quando o CRASA encaminhava para o representante da UBS Alto de Pinheiros, o caso era apresentando por um profissional da vigilância ambiental que já havia realizado uma visita domiciliar para avaliação. Em seguida, cabia à UBS

realizar a discussão do caso na equipe multiprofissional e no matriciamento, para a construção de estratégias envolvendo o cuidado, que muitas vezes devido à sua complexidade exigia a busca via intersectorialidade.

Geralmente, os casos nos quais a UBS era acionada tinham origem em denúncias ocasionadas pelo incômodo de vizinhos ou familiares diante das condições do ambiente que recebe o acúmulo. Assim, parece haver de início uma expectativa de solução que seja rápida, com foco na limpeza e organização, que é uma das metas propostas no decreto 57.570/16 (São Paulo, 2016b). No entanto, considerando que os usuários em situação de acumulação podem apresentar grave isolamento social e recusa de apoio (Almeida; Ribeiro, 2012), a aproximação dos profissionais da APS tinha que ser gradual, para a construção de um vínculo não só com o usuário, mas também com vizinhos e familiares. A construção dessa prática, em geral, gerava avanços e retrocessos, com resultado adverso ao que era esperado nas reuniões do CRASA, como observado a seguir:

Reunião do CRASA 1; setores presentes: STS, Vigilância ambiental, Subprefeitura de Pinheiros, Defesa civil, CRAS, CAPS adulto, CAPS AD, Centro de saúde escola (CSE), três (3) unidades PAI e quatro (4) UBS. O grupo apresentou o caso de U. (65 anos), residente em um condomínio no território de adscrição da UBS Alto de Pinheiros. A representante da vigilância ambiental explicou que ocorreu uma denúncia dos moradores, por isso os fiscais da vigilância foram acionados. Chegaram no local, mas não conseguiram conversar com U., pois ele parecia não estar no local. Desta forma, foi solicitado ao representante da UBS que realizasse visita domiciliar e levantamento sobre as condições do ambiente.

O representante da UBS Alto de Pinheiros consultou o prontuário do usuário e localizou um familiar de U. que relatou que o mesmo era usuário de álcool já há algum tempo e costumava ficar em um banco do ponto de ônibus na avenida onde o condomínio se localizava. O caso foi levado para uma discussão interprofissional no matriciamento e após diálogo, as equipes da UBS e do CAPS AD decidiram realizar uma visita domiciliar compartilhada.

Os familiares foram incluídos na ação visando uma possível aproximação com usuário. Além disso, seria, uma maneira das equipes poderem realizar uma avaliação dos vínculos e buscar construir uma rede de apoio. A falta de rede de apoio é apontada como ponto crítico nos casos envolvendo pessoas em situação de acumulação (Rodrigues, 2019; Almeida; Ribeiro, 2012). Portanto, a construção de

uma rede de apoio em casos complexos, como em pessoas em situação de acúmulo, é fundamental para favorecer a inserção social (Almeida; Ribeiro, 2012) e atuar na direção de melhorias das condições de saúde em situações de vulnerabilidade (Carvalho; Buss, 2012). Porém, devido às características de pessoas em situação de acumulação como o isolamento e o empobrecimento dos vínculos sociais (Almeida; Ribeiro, 2012) a tarefa dos profissionais envolvidos acaba sendo dificultada como referido abaixo:

Reunião do CRASA 2; setores presentes: dois (2) CAPS adulto; CAPS AD; Vigilância ambiental, Subprefeitura da Lapa, STS e quatro (4) UBS. Os representantes da UBS Alto de Pinheiros e do CAPS AD relataram uma intervenção realizada de forma compartilhada com profissionais e familiares no local de residência de U. (65 anos). Ao chegarem ao local um dos familiares conversou sobre U. com um ambulante que trabalhava próximo ao ponto de ônibus onde U. costumava ficar. Após isso, a equipe e familiares se dirigiram ao apartamento onde U. residia, porém não foram atendidos. Na saída do condomínio a equipe e familiares foram interpelados pelo vendedor ambulante, que narrou nervosamente que logo após ter dito para U. que o estavam lhe procurando ele saiu correndo. Na seguinte reunião do CRASA envolvendo os setores participantes concluiu-se que as equipes da UBS e CAPS AD deveriam continuar tentando contato com U. e também com os familiares.

Evidenciada a complexidade envolvendo a construção do cuidado de pessoas em situação de acumulação, faz-se necessário a busca de parcerias entre diferentes setores com o objetivo de estabelecerem vínculos propositais visando ultrapassar os desafios da fragmentação e especialização (Azevedo et al., 2012). Construir redes intersetoriais significa mobilizar a interação de diversos saberes dentro de um espaço de horizontalidade que favoreça o diálogo (Mendes; Akerman, 2007). Tal condição requer a mobilização e a atenção com uma série de fatores como a formação de vínculos e uma identidade grupal, a comunicação, a confiança e a responsabilidade compartilhada, tal qual observado na prática colaborativa interprofissional (Reeves et al., 2010).

Desta maneira, observou-se que muitas ações desenvolvidas com os usuários em situação de acumulação foram feitas a partir da prática colaborativa interprofissional realizada no matriciamento entre profissionais da APS e de outras unidades como PAI, CAPS adulto e CAPS AD. Azevedo et al. (2012) denomina as

ações que envolvem um mesmo setor como intrassetorialidade, que embora tenha o mesmo objetivo de integração como na intersetorialidade, refere-se neste caso ao setor saúde como verificado abaixo:

Reunião do CRASA 3; setores presentes: dois (2) CAPS adulto; CAPS AD; Vigilância ambiental; STS; Subprefeitura de Pinheiros e quatro (4) UBS. Os profissionais do CAPS AD e da UBS Alto de Pinheiros relataram na reunião a estratégia que adotaram para conseguir um contato com U. (65 anos), usuário que foi denunciado por acumular objetos e conforme a família era usuário de álcool. Os profissionais se reuniram e discutiram como se daria a abordagem do usuário, visto que na tentativa anterior o usuário recusou o contato e fugiu. Os profissionais resolveram tentar encontrar o usuário no ponto de ônibus onde ele costumava permanecer. O encontro ocorreu como previsto e então iniciou-se o contato inicial. Os profissionais se identificaram inclusive o profissional da UBS comentou que U. havia passado com a médica clínica recentemente e foram solicitados exames. Isso ajudou a introdução da conversa e então ficou combinado que os profissionais realizariam uma visita domiciliar na mesma semana, o que foi aceito pelo usuário.

Pela experiência apresentada nas reuniões intersetoriais e intrassetorial verifica-se que a construção do cuidado envolvendo pessoas em situação de acumulação apresenta alta complexidade e necessita ser centrada no usuário e não simplesmente na limpeza dos imóveis. Nesse contexto de atenção, se fazem fundamentais, tanto a prática colaborativa interprofissional na medida em que promove a participação de diferentes saberes (Reeves et al., 2010), quanto a prática intersetorial fortalecendo e enriquecendo propostas de projetos terapêuticos singulares voltados para a atenção centrada na pessoa (Peduzzi; Agreli, 2018).

Uma prática norteada por estes aspectos tem maior probabilidade de alcançar resultados mais eficazes. Ainda mais ao se constatar a complexidade que envolve as situações de pessoas em situação de acumulação, que segundo a literatura ocorre uma recusa pelo atendimento ou contato social e altos índices de recidivas (Almeida; Ribeiro, 2012).

Conhecer e atuar no território

Como já observado, os casos de pessoas em situação de acumulação da UBS Alto de Pinheiros chegavam para discussão e encaminhamentos no CRASA a

partir de denúncias de moradores de um determinado território. Se por um lado, o foco da vigilância ambiental é a necessidade de limpeza do local, por outro lado, quando a demanda chegava para a APS, a atenção deveria se voltar à pessoa em situação de acumulação e suas necessidades de saúde.

Vale ressaltar que uma das características das pessoas em situação de acumulação é recusar auxílio e ter baixo insight do seu comportamento de descuido pessoal e desorganização ambiental (Almeida; Ribeiro, 2012), como consequência a pessoa dificilmente irá buscar voluntariamente atendimento na UBS. Portanto, se tornava premente a elaboração de estratégias para uma ação interprofissional no território.

A territorialização apresenta-se como uma das diretrizes da APS (Giovanella; Mendonça, 2012), consistindo na caracterização da população e de suas necessidades de saúde através de um mapeamento dos domicílios e a adscrição da clientela (Unglert, 1995). Essa função da APS encontra uma ação efetiva em unidades que são norteadas pela ESF, pois possuem equipes de saúde divididas por microáreas, com agentes comunitários que trabalham diretamente no território.

Como já relatado, o fato da UBS Alto de Pinheiros ser uma unidade tradicional, isto é, sem ESF, resultava no aumento dos desafios para conhecer as necessidades da população no território. Assim, a prática colaborativa interprofissional potencializava as ações que os profissionais desenvolviam diretamente no território, tais como os grupos de prática corporal e as visitas domiciliares compartilhadas.

Após o caso ser discutido na reunião do CRASA, o representante da UBS geralmente verificava os dados contidos no prontuário da(o) usuária(o): o local de residência, consultas e atendimentos realizadas na UBS. De posse destas informações juntamente com a denúncia referida na reunião do CRASA, o caso então era discutido na reunião de matriciamento.

Como estratégia foi utilizado uma abordagem centrada na pessoa através da prática colaborativa interprofissional, para que as equipes da UBS e outros equipamentos da RAPS atuassem no território, cotidiano e espaço vivencial em que o usuário se encontrava. A dinâmica de trabalho no matriciamento proporcionou o surgimento de elementos importantes como confiança, respeito e tomada de decisão compartilhada (Reeves et al., 2010) entre os membros da equipe profissional.

Entendendo território como uma construção histórica, que é composto tanto

por aspectos materiais como as características socioeconômicas do bairro, seu cotidiano e espaço geográfico, assim como, por elementos imateriais como o imaginário e a identidade social do local (Haesbaert; Limonad, 2019), torna-se fundamental a atuação compartilhada com base na prática colaborativa interprofissional. Por conseguinte, envolve uma compreensão das relações sociais e história dos usuários no território, fundamental na elaboração de estratégias eficazes, bem como, do PTS.

Ao contrário, de um atendimento tradicional uniprofissional na UBS, os casos envolvendo pessoas em situação de acumulação necessitam de uma abordagem que disponibilize o contato com diversos profissionais no território onde circula. Considerando sua vulnerabilidade social devido ao seu isolamento (Almeida; Ribeiro, 2012) e a possibilidade da existência de outros transtornos associados ao quadro, requerem a construção e revisão de seu PTS articulados e norteados por um trabalho interprofissional como o caso de usuária relatado a seguir:

Reunião do CRASA 4; setores presentes: STS, Vigilância ambiental, CRAS, CAPS adulto III e PAI. A representante da vigilância ambiental indagou sobre o caso de I. (86 anos) moradora do território depois que o caso foi passado para a UBS Alto de Pinheiros. O caso se iniciou a partir de uma denúncia sobre acumulação, porém ao realizar a visita domiciliar, os técnicos da vigilância ambiental constataram que o incômodo dos moradores se referia ao fato de I. alimentava pombos dentro do condomínio. Assim, a UBS ficou responsável por realizar uma avaliação do caso. A assistente social e a psicóloga da UBS tentaram diversas vezes encontrar a usuária em seu apartamento, sem sucesso. Após contato com outros moradores no conjunto residencial, ficaram sabendo que a usuária costumava ir à padaria do bairro em determinado horário matutino para comprar pães para dar aos pombos. Foi assim que os profissionais a encontraram e iniciaram o contato. Após alguns encontros e conversas, a usuária aceitou recebê-los no seu apartamento.

Um dos dispositivos fundamentais para o trabalho no território é a visita domiciliar compartilhada, pois, permite a aproximação dos profissionais com a realidade dos usuários. Por ser um processo relacional, funciona como um trabalho vivo (Merhy, 2013) e se realizada de maneira interprofissional e compartilhada pode gerar diferentes percepções, ideias e visões (Brasil, 2011), que potencializam as possibilidades de construção do cuidado.

A visita domiciliar interprofissional também pode ser construtora de vínculos, o

que se constitui em fator importante, visto que os usuários podem apresentar isolamento social ou ausência de redes de apoio (Almeida; Ribeiro, 2012). O encontro dos profissionais com os usuários em suas residências pode provocar impactos diante da desorganização expressa em seu ambiente, porém é necessário escutar e dialogar com atenção e disponibilidade com o usuário.

Reunião do CRASA 5; setores presentes: STS, Vigilância ambiental, CRAS, CAPS adulto, CAPS AD e PAI. O representante da UBS Alto de Pinheiros relatou sobre I. (86 anos), no matriciamento que acontece na UBS, as equipes dialogaram e resolveram compartilhar uma visita domiciliar com a participação do psiquiatra da UBS para uma avaliação. I. aceitou receber os profissionais do CAPS, da UBS e do PAI em seu apartamento após terem conversado em um primeiro encontro. Os profissionais iniciaram o diálogo com I. que descreveu como era uma pessoa solitária e que era moradora do condomínio há muitos anos, inclusive chegou a ser síndica. Observou-se que não havia acúmulo de objetos ou animais, porém o local estava em péssimas condições de limpeza e manutenção. Não havia energia elétrica no imóvel, os móveis estavam estragados e a despensa estava vazia. Em dado momento, I. apresentou certa confusão no discurso, alegando que o apartamento havia sido destruído por um “espírito” (sic). Quanto ao fato de estar sofrendo um processo por falta de pagamento do condomínio, referiu que se mudaria para outro apartamento que “Deus estava arrumando” (sic).

Alguns casos que eram encaminhados pelo CRASA para a UBS responsável, após a avaliação das equipes envolvidas (CAPS, PAI e UBS), notava-se que não se tratava de pessoas em situação de acumulação de objetos ou animais, mas por algum outro motivo haviam causado a mobilização de moradores ou familiares para realizarem uma denúncia aos órgãos públicos. De certa forma, pode-se afirmar que a denúncia carrega e mobiliza um dispositivo de controle ou vigilância, cujo representante público do poder estatal no território delimitado (Haesbaert; Limonad, 2019) no caso a vigilância ambiental, são chamados a atuar.

Além desse aspecto de controle e vigilância, há uma tentativa de enquadrar os usuários sob o racionalismo médico ou nosologia psiquiátrica, com o foco no comportamento de acumular, visando a limpeza e ordem, como pode ser observado no próprio decreto 57.570/16 (São Paulo, 2016b). Ao contrário, dessa objetividade e metas propostas de maneira burocrática envolvendo, por exemplo, a limpeza do local, o trabalho interprofissional no matriciamento busca para construir o cuidado

integral, a partir da compreensão das particularidades e fragilidades envolvidas nas histórias singulares dos usuários. Por isso, o cuidado envolve mais que competências técnicas, implica em encontros e intersubjetividade, diálogos e criação de projetos (Ayres, 2006).

Desta forma, o trabalho no território é um dispositivo de contato e aproximação com a realidade dos usuários (Brasil, 2011) e se realizado de maneira interprofissional e compartilhado pode gerar diferentes percepções, ideias e visões (Reeves et al., 2010) potencializando as possibilidades de construção do cuidado como verificado a seguir:

Reunião CRASA 6; setores presentes: Vigilância ambiental, STS, CAPS AD, CAPS adulto, PAI, Subprefeitura, quatro (4) UBS. Os representantes do CAPS adulto e da UBS Alto de Pinheiros relatam a situação envolvendo I. (86 anos) que devido a processos judiciais teve seu apartamento enviado à leilão. A usuária não apontou a existência de nenhum familiar ou qualquer outro vínculo social. Além disso, por decisão de órgão judicial foi considerado necessário sua internação em instituição psiquiátrica devido ao quadro delirante persistente. Ao contrário disso, os profissionais do CAPS e da UBS envolvidos no caso propuseram trabalhar conjuntamente com a defensoria pública do território no sentido de oferecer proteção para a usuária. Foram feitos relatórios de maneira compartilhada apontando para o órgão judicial responsável que a decisão das equipes foi que I. permaneceria em regime integral no CAPS adulto, enquanto seu caso fosse discutido com outros setores, como a defensoria pública e o CRAS. Foram feitas várias reuniões e discussões com os setores envolvidos pois, além da usuária apresentar um quadro delirante, as principais fragilidades encontradas eram a ausência de uma rede social de apoio e a falta de moradia.

Assim como nas atividades de acolhimento, grupos e matriciamento, o empenho por ações intersetoriais nos casos envolvendo pessoas em situação de acumulação requerem a utilização de práticas colaborativas interprofissionais para a qualificação e busca pela integralidade do cuidado.

A complexidade presente na construção do cuidado de pessoas em situação de acumulação requer da APS a mobilização para a construção de redes muito além das próprias RAPS. Na experiência das reuniões do CRASA, bem como, das ações promovidas pelas equipes na UBS envolvendo pessoas em situação de acumulação o que se observou foi a necessidade da manutenção de espaços de diálogo e

interação favorecendo a comunicação o que é fundamental para o trabalho interprofissional como apontado na literatura (Goldman et al., 2010; MacNaughton et al., 2013).

A formação e manutenção de um ambiente favorável para a comunicação e colaboração interprofissional, permite as equipes envolvidas o compartilhamento de ideias e ações com troca de saberes (Donnelly et al., 2013; Previato; Baldissera, 2018), efetividade na qualidade e integralidade do cuidado (Gucciardi et al., 2016; Löffler et al., 2017) e atenção centrada na pessoa (Mulvalle et al., 2016; Donnelly et al., 2019). As práticas colaborativas interprofissionais favorecem a formação de redes com outros setores (Peduzzi; Agreli, 2018) potencializando a busca pela integralidade do cuidado não somente de pessoas em situação de acumulação, mas também de outras quaisquer necessidades de saúde consideradas complexas na APS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crescente complexidade envolvendo a busca pela integralidade do cuidado, com a oferta de serviços com qualidade na APS nos diferentes cenários e sistemas de saúde no mundo, despertou a necessidade do desenvolvimento de práticas colaborativas interprofissionais.

Dada a importância de tais práticas interprofissionais, o estudo desenvolvido na UBS Alto de Pinheiros indicou em consonância com a literatura nacional e internacional, a diversidade de experiências que podem envolver o trabalho interprofissional na APS. Tais experiências evidenciaram potências e desafios das práticas colaborativas interprofissionais presentes no cotidiano de uma UBS tradicional, especificamente na construção das atividades no acolhimento, nos grupos de promoção da saúde, no matriciamento e nas práticas intersetoriais realizadas em conjunto com equipe profissional do serviço e profissionais de outros equipamentos da rede.

A construção de espaços dialógicos ocorridas no acolhimento, nas reuniões de planejamento dos grupos, no matriciamento e na elaboração de estratégias para atuação no território no caso da intersetorialidade, permitiu identificar que as práticas interprofissionais foram enriquecidas pela diversidade, criatividade e ampliação do conhecimento na oferta de resolutividade frente às necessidades de saúde da população. Ao mesmo tempo, tais condições diminuíram a sobrecarga dos profissionais e mobilizaram diferentes saberes na construção de projetos terapêuticos singulares.

As atividades interprofissionais desenvolvidas no cotidiano da unidade registradas nos documentos propiciaram a reflexão sobre suas práticas, com aprimoramento e qualificação do cuidado oferecido nas diferentes ações realizadas. Assim, a oportunidade de rever as práticas registradas por meio do diálogo e interação entre os diferentes profissionais, favoreceu o desenvolvimento de ideias e estratégias intensificando a atenção e qualificando a possibilidade de produção da integralidade do cuidado.

Os profissionais participantes no estudo destacaram elementos fundamentais que favoreceram a criação bem como a qualificação da colaboração interprofissional, como ser bem recebido no grupo de trabalho pela equipe profissional, disponibilidade de participação dos diferentes profissionais nas atividades, a existência de espaços formais e informais de interação e diálogo e o reconhecimento da interdependência profissional, isto é, diante da complexidade da construção do cuidado perceberam a importância e a potência da atuação interprofissional que possibilitou maior abrangência, integração e interação de saberes e habilidades frente as necessidades de saúde dos usuários, diferente do que ocorreria se atuassem de modo uniprofissional dificultando a integralidade do cuidado.

Do mesmo modo, a dinâmica do grupo focal remoto desenvolvido com profissionais de diferentes áreas da unidade evidenciou a importância da interação e da comunicação com acesso às percepções, vivências e significados relacionados a experiência de trabalho interprofissional demonstrado pela fala dos próprios profissionais envolvidos nas atividades interprofissionais da UBS em estudo.

Quanto aos benefícios da prática colaborativa interprofissional na APS, verificou-se que diante das necessidades de saúde dos usuários ocorre um aumento de possibilidades de construção do cuidado em saúde baseados na integralidade com ampliação do olhar e da atenção centrada na pessoa e não apenas em sintomas e doenças. Diante de situações complexas a colaboração interprofissional permitiu que uma variedade de tecnologias fosse mobilizada e articulada favorecendo a resolutividade e, não apenas, a oferta centrada em tecnologias duras ou biomédicas.

Com relação aos profissionais, diante de situações complexas relacionadas as necessidades de saúde dos usuários, possibilitou a divisão de responsabilidades e angústias, evitando isolamento e sobrecarga de trabalho, bem como a ampliação do olhar e da escuta com compreensão de outras dimensões do cuidado com o compartilhamento do conhecimento de outras profissões. Verificou-se que o ambiente de trabalho colaborativo se tornou gratificante e estimulante, na medida em que possibilitou fluidez e trocas entre os profissionais ao transitarem entre as fronteiras de outras áreas além da sua própria profissão, o que favoreceu a aprendizagem, a articulação e a integração dos diferentes saberes.

No que se refere aos desafios ao trabalho interprofissional identificados no estudo destaca-se a existência de uma cultura entre os usuários da APS de buscar o acolhimento na UBS como um pronto atendimento, com expectativas por respostas rápidas com foco em tecnologias biomédicas e consultas com especialistas, o que dificulta a vinculação e a longitudinalidade do cuidado por meio de projetos terapêuticos, que envolvam autocuidado, promoção e prevenção à saúde. Outro fator importante verificado foi a necessidade de se garantir a manutenção de espaços formais para interação e comunicação interprofissional, com diretrizes e apoio da gestão, tendo em vista predominância de metas quantitativas individuais que ocupam as agendas e dificultam a criação de espaços de diálogo e compartilhamento de ações no sentido da prática colaborativa no cotidiano da UBS. Ao mesmo tempo, se faz necessária a formação pessoal e profissional dos trabalhadores da APS, para o desenvolvimento de habilidades de diálogo e interação na construção compartilhada com reflexões e trocas de saberes sobre problemas ou necessidades da realidade do trabalho, que requerem resolutividade de outras áreas do conhecimento.

Embora os profissionais tenham atribuído dificuldades de origem tanto microsocial como a falta de espaços de comunicação, fator preponderante a ser superado na realidade da APS, quanto macrossocial como o predomínio de metas quantitativas individuais baseadas em indicadores biomédicos, em que se valoriza unicamente o trabalho uniprofissional, também foi salientado a importância do engajamento, do interesse e do apoio dos profissionais da equipe como fator fundamental para a superação dos desafios e para a manutenção do trabalho interprofissional.

Dada a interação e influência mútua dos aspectos micro e macrossocial que ameaçam a dinâmica das práticas colaborativas interprofissionais na APS, torna-se fundamental o fortalecimento e o incentivo do trabalho interprofissional entre as equipes por meio de dispositivos de educação permanente para formação teórico-prática.

Quanto aos limites observados na pesquisa considera-se o fato de ter sido desenvolvida em uma única UBS, especificamente tradicional, que se diferencia das UBS mista ou PSF pura, embora possuía uma equipe multiprofissional com longa trajetória e diversas experiências singulares no SUS. Entende-se necessário ampliar

as pesquisas para outros cenários na APS, sobretudo, considerando o avanço de contratos de gestão com OSS, no sentido de conscientizar sobre as potencialidades que o trabalho colaborativo interprofissional pode oferecer na direção da resolutividade das diferentes necessidades de saúde dos usuários no cotidiano das unidades e nos diferentes sistemas de saúde.

Com vista a contribuir com políticas públicas que incentivem e favoreçam práticas colaborativas interprofissionais na APS foi construído um produto educacional, no formato de um áudio-vídeo, resultante desta dissertação, que pode ser utilizado como ferramenta para apoiar e estimular os profissionais dos serviços bem como estratégia para a educação permanente em saúde. O desenho do produto educacional foi elaborado segundo a proposta das metodologias ativas visando estimular a interação e comunicação dialógica promovendo a discussão, reflexão e prática de modo interprofissional.

REFERÊNCIAS²

Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. Interface (Botucatu). 2016; 20(59):905-16. [Internet] [citado 20 ago.2019]
Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>

Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C. The relationship between team climate and interprofessional collaboration: preliminary results of a mixed methods study. J Interprof Care [Internet] 2017 [citado em 05 jun.2020] Mar;31(2):184-186. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2016.1261098>

Akerman M, Sá RF, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! Ciênc.saúde coletiva 19 (11) [Internet] 2014 [citado em 05 jun.2020]. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>

Almeida R, Ribeiro O. Síndrome de Diógenes: revisão sistemática de literatura. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume 30, [Internet] 2012 [citado em 08 ago.2020], p. 89-99
Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.03.004>

Araujo ENP, Santos VG. Transtorno de acumulação compulsiva de idosos: Possibilidades de cuidados e questões de saúde pública. Rev. Kairós 2015; 18 (4): 81-100 [Internet] [citado em 09 ago.2020]. Disponível em:
<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18i4p81-100>

Assunção AA, França EB. Anos de vida perdidos por DCNT atribuídos aos riscos ocupacionais no Brasil: estudo GBD 2016. Rev. Saúde Pública, 2020; 54:28 [Internet] 2020 [citado 05 mai. 2020]
Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001257>

Azevedo E, Pelicioni MCF, Westphal MF. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. Physis 22 (4) [Internet] 2012 [citado em 04 jul.2020].
Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400005>

² De acordo com o Estilo Vancouver.

Ayres JRCM. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In: Deslandes SF (org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, p.49-83.

Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2007 17(1):43-62, [Internet] [citado em 02 jan.2021] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>

Ayres JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade* 2009 v.18, supl.2, [Internet] [citado 02 abr.2019] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>

Barbour R. Grupos focais. Duarte MF, tradutor. Porto Alegre: Artmed;2009.

Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA, Pinheiro A, tradutores. São Paulo: Edições 70,2016.

Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 2018, V.42, número especial 1, p.163-173, [Internet] [citado em 05 mai.2020] Disponível em: <http://doi: 10.1590/0103-11042018S111>

Batista NA. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. Caderno FNEPAS • Volume 2 • Janeiro 2012 [Internet] [citado 10 ago.2019] Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4298824/mod_resource/content/1/educacao_interprofissional.pdf

Bion WR. Experiência com grupos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago Editora; 2003.

Bispo Junior JP, Moreira DC. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro,2018 v 28 (3) [Internet] [citado em 05 mai.2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280310>

Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, Belo Horizonte,2011;5(11):121-36 [Internet] [citado em 10 jul.2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>

Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final, 1986 [Internet] [citado em 22 maio 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf

Brasil. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (1990 Set 20), Sec.1:18055.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. [Citado 20 maio 2019]
Disponível em: :
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Portaria MS nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília (20 out. 2006), Sec.1:142.

Brasil. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, Brasília (25 jan. 2008), Sec. 1: 47.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimpressão Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Chiaverini DH et al. (Organizadores). Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [citado 16 mai. 2019]
Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA==>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed.; Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

Brasil. Portaria nº 2436 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). Diário Oficial da União, Brasília (22 set. 2017), Sec. 1: 68.

Broome, M.E. Integrative Literature Reviews for the Development of Concepts. In: Rodgers, B.L. and Knafelz, K.A., Eds., *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications*, W. B. Saunders Company, Philadelphia, 2000, 231-250.

Camargo JR KR. Um Ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade. In: *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, [Internet] 2007 p.37-46 [citado em 29/05/2019] Disponível em: <https://lappis.org.br/site/construcao-da-integralidade-cotidiano-saberes-e-pratica-em-saude/4612>

Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad. Saúde Pública* 29 (6) [Internet] 2013 [citado 08 jun.2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600018>

Campos GWS. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública* 14 (4), [Internet]1998 [Citado em 03/05/2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400029>

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):393-403, [Internet]1999 [citado 02 jun.2019] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>

Campos GWS, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 9 (3) Set [Internet] 2004 [citado em 08 out.2020] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000300025>

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev., [Internet] 2007 [citado em 07 jun. 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>

Campos FE, Aguiar RAT, Belisário SA. A Formação Superior dos Profissionais de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (livro eletrônico). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

Canadian Interprofessional Health Collaborative College of Health Disciplines
University of British Columbia Vancouver BC V6T 1Z3 Canada, [Internet] 2010
[citado em 20 mar 2019].

Disponível em: <http://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf>

Capobiango RP, Nascimento AL, Silva EA, Faroni. Reformas administrativas no Brasil: uma abordagem teórica e crítica. REGE – Revista de Gestão, v. 20, n. 1, p. 61-78, [Internet] 2013 [citado em 10 out. 2019]. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/rege/issue/view/5079>

Carvalho AI, Buss PM. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil (livro eletrônico). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

Cecílio LCO. As necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 8ª Edição, [Internet] 2009 p.117-130 [citado em 05 dez.2020]. Disponível em:

<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>

Czeresnia D, Maciel EMGS, Oviedo AM. Os sentidos da saúde e da doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. Journal of Interprofessional Care, (May 2005) Supplement 1: 116–131 [Internet] [Citado em 20 fev.2019]

Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820500082529>

Dejours C. O fator humano. Betiol MIS, Tonelli MJ (tradutores). Rio de Janeiro: Editora FGV, 5ª. Edição; 2005.

De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. Rev. bras. educ. med. 30 (1) [Internet] 2006 [citado em 20 out. 2019].

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022006000100010>

Donnelly C, Brenchley C, Crawford C, Letts L. The integration of occupational therapy into primary care: a multiple case study design. BMC Fam Pract. [Internet] 2013 [Citado em 05 mai.2021] May 16; 14:60. Disponível em: <http://doi:10.1186/1471-2296-14-60>

Donnelly C, Ashcroft R, Mofina A, Bobbette N, Mulder C. Measuring the performance of interprofessional primary health care teams: understanding the teams perspective. Primary Health Care Research & Development [Internet] 2019 [citado em 05 mai.2021]. Disponível em: <https://doi:10.1017/S1463423619000409>

Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Junior AE, Gomes A, Bousquat A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciênc. saúde coletiva 11 (3) [Internet] 2006 [citado em 05 mar.2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>

Escorel S., Giovanella L., Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2), [Internet] 2007 [citado em 05 abr.21]. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt/#ModalArticles>

Escorel S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 à 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil (livro eletrônico). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

Faquim JPS, Frazão P. Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal. Saúde debate 40 (109) [Internet] 2016 [citado em 07 jun.2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610905>

Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil (livro eletrônico). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012

Flick U. Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes. Lopes M, tradutora. Silva D, revisor. Porto Alegre: Penso; 2013.

Fonseca-Junior SJ, Sá CGAB, Rodrigues PAF, Oliveira AJ, Fernandes-Filho J. Exercício físico e obesidade mórbida: uma revisão sistemática. ABCD, arquivos brasileiros de cirurgia digestiva, 26 (suppl 1), [Internet] 2013 [citado em 05 mai.2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202013000600015>

Freire P. Pedagogia do Oprimido. 67ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2013;

Gadelha CAG, Maldonado JMSV, Costa LS. O Complexo Produtivo da Saúde e sua Relação com o Desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil (livro eletrônico). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012.

Gazignato ECS, Silva CRC. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 296-304, abr-jun [Internet] 2014 [citado em 05 set.20]. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140027>

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil (livro eletrônico). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.

Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Cad. Saúde Pública 34 (8) [Internet] 2018 [citado em 01 jun.2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>

Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciênc. saúde coletiva 25 (4) Mar [Internet] 2020 [citado em 07/09/2020] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>

Goldman J, Meuser J, Rogers J, Lawrie L, Reeves S. Interprofessional collaboration in family health teams: an Ontario base study. Canadian Family Physician 2010;56:e368-74 [Internet] [citado em 05/05/2020] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2954101/>

Gregory PA, Austin Z. Trust in interprofessional collaboration: perspectives of pharmacists and physicians. Can Pharm J [Internet] 2016 [citado em 05/05/2021] Jul;149(4):236-45. Disponível em: <http://doi:10.1177/1715163516647749>

Gucciardi E, Spin S, Morganti A, Dorado L. Exploring interprofessional collaboration during the integration of diabetes teams into primary care. BMC Family Practice, [Internet], 2016 [citado em 05/05/2020] Feb 1;17:12. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0407-1>

Guedes JS, Santos RMB, Di Lorenzo RAV. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.875-883, [Internet] 2011 [citado em 04/04/2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400006>

Haesbaert R, Limonad E. O território em tempos de globalização. In: Limonad E, organizador. Etc Espaço, tempo e crítica. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2019, p.189-205.

Harris MF, Advocat J, Crabtree BF, Levesque JF, Miller WL, Gunn JM, Hogg W, Scott CM, Chase SM, Halma L, Russell GM. Interprofessional teamwork innovations for primary health care practices and practitioners: evidence from a comparison of reform in three countries. J Multidiscip Healthc. [Internet] 2016 [citado em 05/05/2020] Jan 29; 9:35-46. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S97371>

Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago Ed.; 1976.

Lang KR, Hughes J. Issues in Online Focus Groups: Lessons Learned from an Empirical Study of Peer-to-Peer Filesharing System Users. European Journal of Business Research Methods, Vol. 2, No. 2, pp. 95-110, [Internet] 2004 [citado 08 out.2020]. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=1070158>

Lapassade G. Grupos, Organizações e Instituições. 1ªed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2016.

Levesque JF, Harris MF, Scott C, Crabtree B, Miller W, Halma LM, Hogg WE, Weenink JW, Advocat JR, Gunn J, Russell G. Dimensions and intensity of interprofessional teamwork in primary care: evidence from five international jurisdictions. Fam Pract. [Internet] 2018 [citado em 05/05/2021] May 23;35(3):285-294. Disponível em: <http://doi:10.1093/fampra/cmz103>

Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmicas. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil (livro eletrônico). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 201

Löffler C, Koudmani C, Böhmer F, Paschka SD, Höck J, Drewelow E, Stremme M, Stahlhacke B, Altiner A. Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists - a qualitative study. BMC health services research, [Internet] 2017 [citado em 05/05/2021]7(1), 224. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2157-8>

Loyola CMD. Cuidado Continuado. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil (livro eletrônico). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.

Ludke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 2018.

Machado L, Cantilino A, Petribú K, Pinto T. Folie à deux (transtorno delirante induzido). Relatos de Caso, JBPSIQJ. bras. Psiquiatria, 64 (4) [Internet] 2015 [citado em 07/07/2020].

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000095>

MacNaughton K, Chreim S, Bourgeault IL. Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. BMC Health Services Research [Internet] 2013, 13:486 [citado em 05 mai.2020]

Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/486>

Malta DC, Reis AAC, Jaime PC, Morais Neto OL, Silva MMA, Akerman M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. Ciênc. saúde colet. 23 (6) [Internet] 2018 [citado em 10/06/2020] Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>

Martin-Baró I. Sistema, grupo y poder: psicologia social desde Centroamérica. São Salvador: UCA, Colección Textos Universitários; 2018.

Matta GC, Fausto MCR. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo A D (organizadores). Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. [E-book] [citado 29 maio 2019] Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/modelos-de-atencao-e-saude-da-familia>

Matthys E, Remmen R, Van Bogaert P. An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? BMC Fam Pract. [Internet]2017; [citado em 05/05/2021]18(1):110. Disponível em <http://doi:10.1186/s12875-017-0698-x>

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública 20 [Internet] 2004 [citado em 06 mai.2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>

Mattos RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 8ª Edição, [Internet] 2009 p.43-68[citado em 05/12/2020]. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>

Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. Ciência & Saúde Coletiva, 20(8):2511-2521, [Internet] 2015 [citado em 05 mai. 2020] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>

Medeiros RHA. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. Revista Physis, 25 (4), Oct-Dec [Internet] 2015 [Citado em 05/09/20]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400007>

Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV (organizador). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, p.19-91.

Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde – CONASS, 2015. [E-book] [citado 30 maio 2019] Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>

Mendes R, Akerman M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: Fernandes J., Mendes R. Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: CEPEDOC, 2007, p.85-109.

Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde? In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos– Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137.

Merhy EE, Franco TB. Trabalho em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF (organizadores). Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. [Internet] p.427-432 [citado 30 maio 2019] Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>

Merhy EE. Em Busca do Tempo Perdido: a Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato em Saúde. In: Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013, p.10-50.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a.ed., São Paulo: Hucitec; 2014.

Moore T, Mckee K, McLoughlin P. Online focus groups and qualitative research in the social sciences: their merits and limitations in a study of housing and youth. *People, Place and Policy*, 9 (1),17-28 [Internet] 2015 [citado 09 out.2020]. Disponível em: doi: 10.3351/ppp.0009.0001.0002

Moreira SA. Alimentação e comensalidade: aspectos históricos e antropológicos. São Paulo,2010, *Ciência e Cult.* v. 62, n. 4, p. 23-26, Oct. [Internet] [citado em 05 jul.2020]. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252010000400009&lng=en.

Mulvalle G, Embrett M, Razavi SD. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract.* [Internet] 2016 [citado em 06 mai. 2021] 17:83. Disponível em: <http://doi:10.1186/s12875-016-0492-1>

Neto JLF, Kind L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Revista Physis* 20 (4) [Internet] 2010 [citado em 01 set. 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400004>

Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil (livro eletrônico). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.

Oury J. Itinerários de formação. *Revue Pratique*, n. 1, p.42-50;1991.

Oury J. O coletivo. São Paulo: Editora Hucitec; 2009.

Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil (livro eletrônico). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012

Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAMS, Agreli HLF, Neto MVM. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: *Clínica Médica.*, volume 1: situação da clínica, médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina física e reabilitação, medicina laboratorial na prática médica. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2016, p.171-9.

Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface* 2018; 22(Supl. 2):1525-34. [Internet] [citado 29 mar. 2019]

Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>

Pelbart PP. A vertigem por um fio: políticas de subjetividade contemporânea. São Paulo: Iluminuras; 2000.

Pelbart PP. Poéticas da Alteridade. *Bordas, Revista do Centro de Estudos da Oralidade*, n. 0, 2004, Portal de Revistas Eletrônicas da PUC/SP.

Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/bordas/article/view/7734/5663>

Pelbart PP. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras; 2016.

Penido CMF, Alves M, Sena RR, Freitas MIF. Apoio matricial como tecnologia em saúde. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, vol. 34, n 86, p.467-474, [Internet] 2010 [Citado em 07/07/2020].

Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341769009.pdf>

Pichon-Rivière E. *Teoria do Vínculo*. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2007.

Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Comunicações, Revista de Nutrição*, 17 (4) dezembro [Internet] 2004 [citado em 07/05/2020].

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732004000400012>

Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu) 22 (Suppl 2) [Internet] 2018 [citado em 08 mai.2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>

Rabelo DF, Nery AL. Intervenções psicossociais com grupos de idosos. Revista Kayrós Gerontologia, 16(6) p.43-63 [Internet] 2013 [citado 01 jun.2019] Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/20022/14897>

Rathbone AP, Mansoor SM, Krass I, Hamrosi K, Aslani P. Qualitative study to conceptualise a model of interprofessional collaboration between pharmacists and general practitioners to support patients' adherence to medication. BMJ Open [Internet] 2016[citado 06 mai. 2021] ;6:e010488. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010488>

Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional Teamwork for Health and Social Care. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd,2010. [livro eletrônico] [citado 27 mar.19].

Ribeiro MCSA, Barata RB. Condições de saúde da população brasileira. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil (livro eletrônico). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.

Rodrigues CM, Acumuladores de animais na perspectiva da promoção e da vigilância em saúde. ABC Health Sciences; 44(3): 195-202, [Internet] 2019 [citado em 09 ago.2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v44i3.1394>

São Paulo. Termo aditivo de 01 de julho de 2016a nº 003/2016 do contrato de gestão nº R007/2015 – NTCSS – SMS.

Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/CG_R007-2015_TA_03.pdf

São Paulo. Decreto no. 57.570 de 28 de dezembro de 2016b. Institui a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo (2016 dez 28) p.3.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Fortalecendo a Atenção Básica no Município de São Paulo. Diretrizes Operacionais. Unidade Básica de Saúde Prefeitura de São Paulo, 2016c [Internet] [citado em 10 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/diretrizesoperacionaisatencaobasica.pdf>

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo Coordenação da Atenção Básica Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Documento norteador unidade de referência à saúde do idoso URSI, 2016d.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. População segundo Distrito Administrativo segundo estimativa SEADE de população em 2019 [citado em 06 jul. 2019]. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/POP/pop.def>

São Paulo. Secretaria Municipal da saúde. Coordenadoria da Atenção Básica. [homepage on the internet] [citado 22 out. 2019]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1936

Singer P, Campos O, Oliveira EM. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1988.

Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. Berliner C, tradutora. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. Saúde debate, Rio de Janeiro, 2016; 40(108): 204-18, [Internet] [citado 15 mai.19] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. J Public Health (Oxf), 2015, Dec; 37(4): 716-27 [Internet] [citado em 05 mai.2020] Disponível em doi: 10.1093/pubmed/fdu102.

Teixeira RR. O Acolhimento num Serviço Entendido como uma Rede de Conversações. In: Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, [Internet] 2007 p.91-113 [citado em 29 mai.2019] Disponível em: <https://lappis.org.br/site/construcao-da-integralidade-cotidiano-saberes-e-pratica-em-saude/4612>

Terra LSV, Campos GWS. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na Atenção Primária. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2019; 17(2) [Internet] [citado 13 out.19] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00191>

Toldrá RC, Cordone RG, Arruda BA, Souto ACF. Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. O Mundo da Saúde, São Paulo, 2014, 38(2):159-168– [Internet] 2014 [citado em 05 abr.2020] Disponível em: <https://doi:10.15343/0104-7809.20143802159168>

Unglert CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes, EV, organizador. Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1995. p.221-235.

van Dongen JJJ, Lenzen AS, van Bokhoven MA, Daniels R, van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. BMC Fam. Pract. 17, 58 [Internet] (2016) [citado em 05 mai.2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0456-5>

WHO. World Health Organization. Declaration of Alma Ata. Geneva: World Health Organization; [Internet] 1978 [citado em 05 mai. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>

WHO. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: Geneva: World Health Organization; [Internet] 2010 [citado em 05 mai.2019]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-25938>

WHO. World Health Organization. Time to deliver: report of the WHO Independent high-level commission on noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; [Internet] 2018 [citado em 05 mai. 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272710>

WHO. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles. Geneva: World Health Organization;2014 [Internet] [citado em 05/05/2021].

Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128038/9789241507509_eng.pdf?sequence=1

Winnicott DW. O Brincar e a Realidade. Longhi B, tradutor. São Paulo: Ubu Editora; 2019.

Wood Jr T. Fordismo, Toyotismo e Volvismo: os caminhos da indústria em busca do tempo perdido. Revista de Administração de Empresas, 1992,32 (4), p.6-18 [Internet] [citado em 10 out. 2019] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901992000400002>

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

DADOS SOBRE A PESQUISA

Através do presente estudo denominado: “Práticas colaborativas interprofissionais numa UBS tradicional: potências e desafios no cotidiano do trabalho” nós, Professora Doutora Rosé Colom Toldrá, vinculada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Marcello Daminello, psicólogo da UBS Alto de Pinheiros e pesquisador, convidamos o(a) sr(a) a participar de forma voluntária na pesquisa deste estudo por fazer parte da equipe multiprofissional da UBS Alto de Pinheiros.

A participação na pesquisa consiste em participar um grupo focal onde será exibido um áudio vídeo e a partir do qual serão discutidos temas referentes às práticas colaborativas interprofissionais que ocorrem na rotina de trabalho da UBS Alto de Pinheiros.

Assim, o (a) sr (a) está sendo convidado a participar voluntariamente desta pesquisa, na qual garantimos sigilo e privacidade dos participantes quanto ao fornecimento das informações para a pesquisa.

A participação no estudo prevê risco mínimo de interferência, visto que a mesma pode gerar desconforto ou constrangimento ao participar da discussão do grupo focal, o que poderá ser contornado através da presença de um(a) moderador(a) sem vínculo com a unidade de trabalho que irá atuar mediando possíveis tensões que possam surgir durante a discussão do grupo. Também haverá a possibilidade de não responder alguma(s) das questões propostas que possam gerar qualquer desconforto, bem como a opção de cessar sua participação no grupo focal a qualquer momento sem qualquer penalidade ou prejuízo quanto a sua atividade profissional em seu local de trabalho. É garantida a confidencialidade por parte dos pesquisadores quanto às informações fornecidas e compartilhadas durante a pesquisa. Para a realização do estudo a discussão do grupo focal será gravada e anotada, para posterior transcrição e análise. Os dados serão utilizados somente para esta pesquisa e os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos sem menção aos participantes.

Você terá liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo ao seu desenvolvimento profissional na UBS Alto de Pinheiros ou qualquer outra unidade da SMS. Sua identidade será

mantida em sigilo e as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, portanto não será divulgada a identificação de nenhum profissional. Não há despesas pessoais para o participante e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Como pesquisador, comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Espera-se que os resultados da pesquisa forneçam informações que permitam aprimorar e desenvolver o trabalho interprofissional na Atenção Primária à Saúde. Salientamos ainda que o (a) sr (a) terá acesso, aos profissionais responsáveis pela pesquisa a qualquer momento, para esclarecimento sobre as informações da pesquisa e para solucionar eventuais dúvidas.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP, localizado na Av. Dr. Arnaldo, 251-21º andar sala 36, Cerqueira César, São Paulo SP, CEP: 01246-000, Fone/Fax: 55+11+3893-4401/4407, e-mail: cep.fm@usp.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de São Paulo, localizado na Rua General Jardim, 36, 8º andar, Vila Buarque, São Paulo SP, CEP: 01223-010, fone: 55+11+3397-2464/2465, e-mail: smscep@gmail.com.

Após ter sido devidamente esclarecido concordo voluntariamente em participar deste estudo havendo possibilidade de retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade e prejuízo.

Assinatura do participante da pesquisa

Data: ____/____/____

(Somente para os responsáveis pelo projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pela pesquisa

Data: / /

Profª Drª Rosé Colom Toldrá

Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP

Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. Butantã. São Paulo – SP. Cep 05083-160.

Tel.: (11) 3091-7457. Celular: (19)99601-1671 E-mail: rosetoldra@usp.br

Assinatura do responsável pela pesquisa

Marcello Daminello

Mestrado Profissional Interunidades – Formação em Saúde da Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública da USP

Tel.: (11) 3091-7891/3091-7857. Celular (11)97258-5924

E-mail: marcellodaminello@usp.br

MARCELLO DAMINELLO**Práticas colaborativas interprofissionais: áudio vídeo como potência para ampliar o cuidado na Atenção Primária à Saúde**

Produto educacional apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências.

Orientadora Profa. Dra. Rosé Colom Toldrá



CC-BY-NC-AS: esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais, desde que atribuam o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.

São Paulo

2022

RESUMO

Daminello M. Práticas colaborativas interprofissionais: áudio vídeo como potência para ampliar o cuidado na Atenção Primária à Saúde [produto educacional]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022.

A Atenção Primária à Saúde possui uma série de atributos que lhe conferem complexidade destacando-se a busca pela integralidade na construção do cuidado. Para o incremento desse propósito são requeridas mudanças visando a superação do modelo de atendimento uniprofissional e o desenvolvimento de processos de trabalho envolvendo a colaboração interprofissional. Este produto educacional foi elaborado na forma de um áudio vídeo com o objetivo de promover reflexões e diálogos entre diferentes profissionais da saúde com vistas a sensibilização sobre a importância das práticas colaborativas interprofissionais e do reconhecimento das habilidades de cada área de atuação na construção do cuidado compartilhado. O áudio vídeo pode ser utilizado como ferramenta em diferentes metodologias ativas por meio da educação permanente em saúde tais como rodas de conversa, dinâmicas de grupo e oficinas bem como em reuniões de equipe para estimular e potencializar a comunicação o compartilhamento de conhecimento e experiências bem como a compreensão de outras dimensões do cuidado por meio da colaboração interprofissional.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Integralidade em Saúde. Colaboração. Equipe Multiprofissional. Educação em Saúde. Vídeo Educativo.

ABSTRACT

Daminello M. Interprofessional collaborative practices: audio video as a power to expand care in Primary Health Care [educational product]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022.

Primary Health Care has a series of attributes that give it complexity, highlighting the search for comprehensiveness in the construction of care. To increase these purposes, changes are needed to overcome the uniprofessional care model and the development of work processes for interprofessional collaboration. This educational product was created in the form of an audio video with the aim of promoting reflections and dialogue between different health professionals, favoring the construction of shared care, raising awareness of the importance of interprofessional collaborative practices as opposed to the prevalence of uniprofessional work and the recognition and appreciation of the different skills of each professional in the construction of care. Audio video can be used as a tool in different active methodologies through continuing health education such as conversation circles, group dynamics and workshops as well as in team meetings to stimulate and enhance communication, the sharing of knowledge and experiences, as well as the understanding of other dimensions of care through interprofessional collaboration.

Keywords: Primary Health Care. Health Comprehensiveness. Collaboration. Multiprofessional Team. Health Education. Educational Video.

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O presente produto educacional foi desenvolvido a partir da dissertação de mestrado “Práticas colaborativas interprofissionais: potências e desafios numa unidade básica tradicional” pelo mestrando Marcello Daminello sob orientação da Prof.^a Dr.^a Rosé Colom Toldrá no Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo.

Os resultados da pesquisa demonstraram que as práticas colaborativas interprofissionais apresentaram por um lado, potências para o desenvolvimento das ações voltadas a atenção primárias à saúde (APS) como a produção da diversidade de percepções, que amplia o olhar para além dos sintomas e das doenças, o compartilhamento na construção e articulação do cuidado com vistas à integralidade, a criatividade e aprendizagens mútuas. Por outro lado, apresentaram desafios na realidade cotidiana da APS como carência de espaços formais de diálogo e reflexão, predominância de metas quantitativas baseadas em atendimentos uniprofissionais e desconhecimento das habilidades e atividades desempenhadas pelos outros profissionais.

Alguns autores compreendem tais desafios como uma oportunidade para a construção de aprendizagem, conhecimento e reflexão crítica sobre as práticas cotidianas da realidade do trabalho em saúde (Freitas et al., 2015). Nessa perspectiva, as metodologias ativas de ensino utilizadas na educação permanente em saúde (EPS) são consideradas estratégicas para a construção e promoção de práticas no contexto de saúde, na medida em que se tornam um instrumento fundamental para mudanças significativas considerando processos de trabalho e valorização das práticas como fontes de conhecimento orientadas para a atenção à saúde (Pezuzzi et al., 2009).

Como apoio para o desenvolvimento de práticas colaborativas interprofissionais, a construção do áudio vídeo como produto educacional foi sendo elaborada processualmente. A primeira versão do áudio vídeo foi elaborado a partir de referenciais teóricos que apoiaram a reflexão sobre a experiência observada na própria prática profissional na unidade, com base na leitura dos registros das

atividades que foram realizadas na perspectiva do trabalho colaborativo interprofissional no cotidiano da UBS. Essa versão do áudio vídeo foi utilizada no grupo focal como um disparador para reflexão e discussão dos profissionais sobre sua experiência de trabalho em na unidade básica de saúde (UBS) tradicional.

O alinhamento da estratégia de grupo focal com a perspectiva de trabalho interprofissional favoreceu a utilização do áudio vídeo como estímulo para refletir sobre a prática com os profissionais do serviço bem como avaliar sua utilização como ferramenta na educação permanente em saúde das equipes na APS, com o intuito de mobilizar reflexão, diálogo e incentivo para práticas colaborativas interprofissionais.

Os profissionais reconheceram que o áudio vídeo colaborou para análise das próprias práticas desenvolvidas na APS, bem como, referiram sua utilização como uma oportunidade para que os profissionais possam realizar um intervalo em sua rotina incessante de trabalho e produzirem uma reflexão crítica de sua própria prática a partir do áudio vídeo. Os participantes apontaram sugestões para o seu uso como produto educacional, o que contribuiu para a qualificação do áudio vídeo original.

Os profissionais reconheceram e validaram o uso do áudio vídeo como dispositivo para estimular a comunicação e a construção conjunta de ações entre profissionais de saúde da APS. Quanto a sua duração e o conteúdo os participantes do grupo focal consideraram o áudio-vídeo breve e denso em relação ao seu conteúdo. Assim, sugeriram que o áudio vídeo fosse mais longo e explicativo, para a abordagem dos conceitos mais complexos, para facilitar a compreensão e o aproveitamento por parte dos profissionais.

A partir dessa experiência, os profissionais destacaram a possibilidade de utilização do áudio vídeo no cotidiano dos serviços de maneira oportuna, para refletir sobre o trabalho das equipes e, desta forma, poderem realizar mudanças beneficiando tanto os usuários com a oferta de qualidade na construção do cuidado como os profissionais com ambientes de trabalho profícuos, que promovam trocas, aprendizagem mútua e desenvolvimento de habilidades.

1.1. Educação Permanente em Saúde e metodologias ativas

Segundo documento norteador da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2009), a EPS envolve a aprendizagem no contexto de trabalho onde ocorrem as práticas, a partir do enfrentamento dos problemas cotidianos utilizando-se do potencial preexistente dos profissionais, que muitas vezes são desconhecidos ou não utilizados. A EPS se pauta na construção do conhecimento a partir dos problemas e desafios presentes no contexto das práticas, o que pode estimular o trabalho interprofissional de modo que possam ser integradas diferentes competências considerando as necessidades de saúde das pessoas e o desenvolvimento em longo prazo (Brasil, 2009).

As metodologias ativas estimulam os educandos\trabalhadores colocando-os no centro do processo ensino-aprendizagem, desenvolvendo capacidades de ampliação do olhar e o surgimento de saberes que contribuirão no cotidiano de suas práticas oferecendo aprendizagem significativa (Freitas et al., 2015), em consonância com a EPS.

Dada a demanda de propostas de ações relativas à educação permanente em saúde, para atender a complexidade imanente de práticas voltadas para a integralidade do cuidado na atenção primária (Peduzzi et al.,2009), o presente produto educacional visa oportunizar encontros interprofissionais, para estimular a problematização e reflexão compartilhada a partir da experiência (Brasil, 2009). Busca-se, com o referido produto, reconhecer e valorizar as potências do trabalho interprofissional, como também, construir novos conhecimentos a partir do diálogo e trocas, para superar os desafios que surgem nas práticas dos profissionais.

Considerando os princípios da EPS, propõe-se a utilização do áudio vídeo como instrumento disparador de reflexões e discussões, para a abordagem das possibilidades e dificuldades que podem ser encontradas nas práticas colaborativas interprofissionais na APS, que pode ser empregado em rodas de conversa, dinâmicas de grupo, oficinas ou inclusive nas próprias reuniões de equipe. Devido à pandemia de Covid-19, muitas atividades passaram a ser realizadas de modo remoto, assim, o áudio vídeo também poderá ser utilizado neste modo de

comunicação, para facilitar a participação e desencadear discussões, reflexões e trocas entre os profissionais da APS.

2. OBJETIVOS

- Favorecer a reflexão e o diálogo interprofissional para a construção do cuidado compartilhado.
- Estimular e sensibilizar mudança no processo de trabalho para favorecer o desenvolvimento de estratégias voltadas às práticas colaborativas interprofissionais.
- Potencializar o conhecimento e a valorização das diferentes habilidades de cada profissional na construção do cuidado por meio da prática colaborativa interprofissional.

3. IDEALIZAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO ÁUDIO VÍDEO

A proposta de utilização de um áudio vídeo como produto educacional surgiu a partir das aulas da disciplina “Produto Educacional: desafios e qualificação profissional” desenvolvida no Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo. As aulas possibilitaram a troca de ideias com colegas e professores e ofereceu a oportunidade de organização e delimitação do tema a ser utilizado na elaboração do produto educacional.

Após a escolha da modalidade “áudio vídeo” foi realizada uma busca e análise de diferentes modelos de tecnologia disponíveis na internet. Inicialmente foi testado a realização do áudio vídeo com a própria voz do mestrando. No entanto, verificou-se a necessidade de infraestrutura para gravação em um estúdio para alcançar uma qualidade necessária para a realização do áudio vídeo. Diante do exposto, foi realizada uma pesquisa pela internet de plataformas para construção de áudios vídeos, considerando a facilidade do uso da plataforma, o valor e a qualidade oferecida. Foram feitos vários testes em aproximadamente cinco plataformas e identificou-se a plataforma Animaker para a construção da animação, enquanto que para a gravação do áudio foi utilizado o aplicativo Speechello na plataforma Blaster Suiter, dado que possui a função de poder oferecer uma voz a partir do texto digitado.

Para a construção do áudio vídeo foi feito um roteiro considerando os conceitos de prática colaborativa interprofissional, o papel e atributos da APS, a integralidade do cuidado e as potências e desafios compreendidos nas práticas interprofissionais identificadas na pesquisa desenvolvida na unidade básica de saúde tradicional.

O áudio vídeo produzido para utilização no grupo focal remoto tinha duração de 5 minutos, embora os participantes tenham validado e reconhecido sua potência como ferramenta educativa, para reflexão e discussão sobre o trabalho interprofissional, sugeriram maior tempo de duração do vídeo e para melhor explicação e compreensão dos conceitos e sua relação com a prática colaborativa interprofissional. Assim, foram realizadas tais adequações no roteiro inicial, o que

resultou num novo áudio vídeo com duração de 11 minutos.

O áudio vídeo ficará disponível para utilização através do acesso no link:

<https://youtu.be/yBuA4ko8ylo> .

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do áudio vídeo como produto educacional potencializa um espaço de encontro interprofissional e a reflexão sobre as práticas que os profissionais costumemente desempenham em seu cotidiano na APS. As rotinas de trabalho na APS são repletas de metas, programas e condutas a serem cumpridas dificultando momentos de reflexão e revisão de práticas a partir dos objetivos e atribuições da APS.

A importância do desenvolvimento do trabalho interprofissional na APS está diretamente conectada com práticas que buscam a construção do cuidado permeado pelos princípios da integralidade. Além do desafio na busca pela integralidade, os profissionais podem enfrentar inicialmente problemas intrínsecos, tais como a falta de espaços de comunicação dialógica e de compartilhamento de ações norteadas por práticas colaborativas interprofissionais. Nesse sentido, a oferta deste produto educacional pode funcionar como um estímulo e sensibilização em direção a construção do cuidado compartilhado.

Na perspectiva de contribuir na educação permanente de profissionais da APS, este produto educacional será apresentado à Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo como proposta para utilização pelas instâncias responsáveis pela EPS.

REFERÊNCIAS³

Adamy EK, Zocche DAA, Vendruscolo C, Metelski FK, Argenta C, Valentini JS. Tecendo a Educação Permanente em Saúde no contexto hospitalar: relato de experiência. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2018; 8/1924 [internet] [citado em 05 mai. 2021].

Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.1924>

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. –Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Freitas CM et al. Uso de metodologias ativas de aprendizagem para a educação na saúde. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2015, 13(2), p.117-130 [Internet] [citado em 05 mai.2021].

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00081>.

Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface, 2009 13(30): 121-134 (Botucatu) [Internet] [citado em 05/05/2021]

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000300011>

³ De acordo com Estilo Vancouver.

REFERÊNCIAS do roteiro do áudio vídeo

Ayres, JRCM. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In: Deslandes SF (org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p.49-83.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed.; Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Cecílio LCO. As necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 8ª Edição, 2009 p.117-130 [Internet] [citado em 05 dez.2020]. Disponível em:

<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>

Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Hucitec, São Paulo; 2013.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil (livro eletrônico). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.

Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago Ed.; 1976.

Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde – CONASS, 2015. [E-book] [citado 30 maio 2019] Disponível em: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>

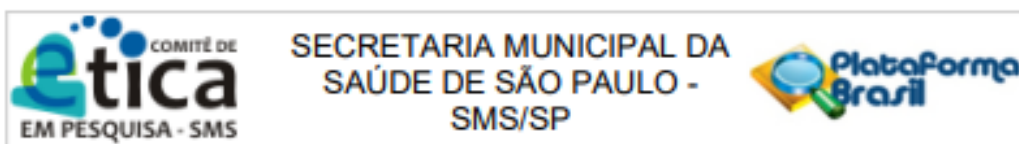
Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface 2018; 22(Supl. 2):1525-34. [Internet] [citado 29 mar. 2019] Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>

Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional Teamwork for Health and Social Care. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd; 2010.

WHO. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: Geneva: World Health Organization; 2010 [Internet] [citado em 05 mai. 2019]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-25938>

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa de SMS/SP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas colaborativas interprofissionais: potências e desafios em uma Unidade Básica de Saúde Tradicional

Pesquisador: Rosé Colom Toldrá

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 28574719.2.3001.0086

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.007.161

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa qualitativa, exploratória, retrospectiva e prospectiva, com base em estudo documental e realização de grupo focal, apresentado à Faculdade de Odontologia, Saúde Pública e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo Programa de PósGraduação de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde.

A pesquisa será realizada na UBS "tradicional" sob o gerenciamento da administração direta, que divide o espaço com outras unidades de saúde do SUS, um Pronto Socorro

Municipal, uma unidade móvel da Rede Hora Certa, uma equipe do PAI (Programa de

Atenção ao Idoso) e um setor de diagnósticos de mamografia, todos administrados por Organizações Sociais. Atualmente a UBS conta com os seguintes profissionais: um médico da área de clínica geral, dois pediatras, três ginecologia, um psiquiatra, dois psicólogos, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista, dois enfermeiros, uma assistente social, seis auxiliares de enfermagem, três técnicos de farmácia, três funcionários administrativos, três de apoio com nível básico e duas funcionárias responsáveis pela limpeza (contratadas por uma empresa que presta serviços à prefeitura).

Os dados serão coletados por meio de um estudo documental, de forma retrospectiva, através da análise dos registros das atividades existentes na UBS referentes ao acolhimento, grupos, matriciamento e reuniões intersetoriais, no período de fevereiro 2019 a fevereiro de 2020 e um estudo prospectivo com a realização de grupo focal com os profissionais da UBS até agosto de

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

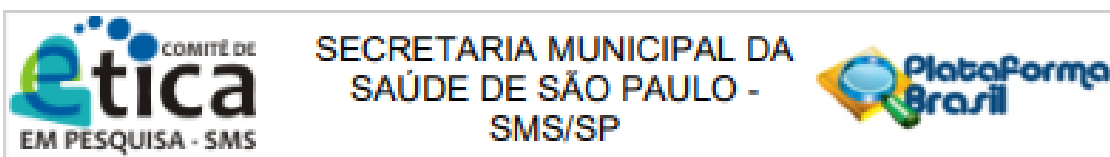
UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.007.161

2020.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Identificar e analisar as potências e os desafios para o desenvolvimento de práticas colaborativas na perspectiva interprofissional na UBS Tradicional Alto de Pinheiros.

Específicos:

Identificar as ações, características e contextos em que são desenvolvidas práticas de colaboração interprofissional na UBS tradicional.

Conhecer e analisar as dificuldades e limites enfrentados pelos profissionais nas práticas de colaboração interprofissional para o cotidiano do trabalho na UBS tradicional.

Conhecer e analisar as contribuições das práticas colaborativas interprofissionais para o cotidiano do trabalho na UBS tradicional.

Elaborar produto educacional para o desenvolvimento e aprimoramento de práticas colaborativas interprofissionais na rotina de serviço de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram adequadamente analisados riscos e benefícios da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram adequadamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento.

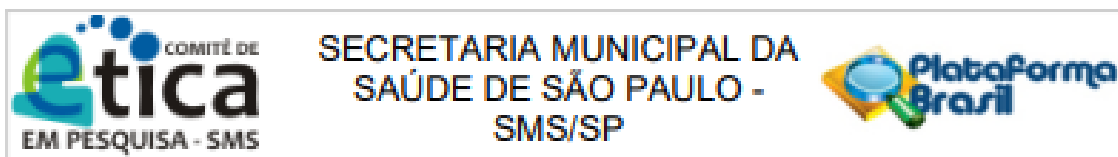
Manter o arquivo da pesquisa sob sua guarda, contendo fichas individuais e todos os demais

Endereço: Rua General Jardim, 38 - 8º andar
 Bairro: Vila Buarque
 UF: SP Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2484

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.007.161

documentos recomendados pelo CEP, por 5 anos;

Justificar perante o CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído. Encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1514470.pdf	23/04/2020 18:41:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escarecido.docx	23/04/2020 18:39:46	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	23/04/2020 18:39:20	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_PARA_PESQUISA_PRATICAS_COLABORATIVAS_INTERPROFISSIONAIS.pdf	06/04/2020 15:38:21	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Outros	Formulario_SGP_Sistema_Gestao_da_Pesquisa_HCFMUSP.pdf	19/12/2019 12:19:35	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_DETALHADO.pdf	19/12/2019 12:14:05	Rosé Colom Toldrá	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/12/2019 12:12:29	Rosé Colom Toldrá	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



Continuação do Parecer: 4.007.161

Não

SÃO PAULO, 05 de Maio de 2020

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador(a))

Endereço: Rua General Jardim, 38 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

CEP: 01.223-010

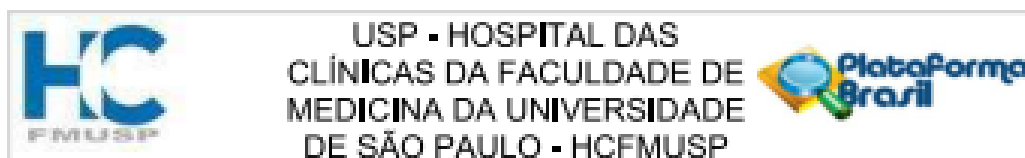
UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3397.3464

E-mail: smsnap@gmail.com

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas colaborativas interprofissionais: potências e desafios em uma Unidade Básica de Saúde Tradicional

Pesquisador: Rosé Colom Toldrá

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28574719.2.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.849.469

Apresentação do Projeto:

A Atenção Primária à Saúde representa o principal acesso às diferentes necessidades de saúde, oferecendo resolubilidade, elaborando estratégias visando à saúde individual e coletiva, coordenando e organizando as Redes de Atenção à Saúde e responsabilizando-se pelo seu território de abrangência. Para a execução de tarefas tão complexas, torna-se necessário a implementação da prática colaborativa interprofissional. Diante disso, problematizam-se no estudo quais as possíveis dificuldades e potências encontradas nas ações interprofissionais numa UBS tradicional a partir de práticas colaborativas. Com o estudo pretende-se estimular o desenvolvimento de práticas colaborativas interprofissionais que beneficiem tanto a população assistida bem como a qualificação das ações profissionais, repercutindo em reconhecimento e satisfação dos próprios profissionais.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar e analisar as potências e os desafios para o desenvolvimento de práticas colaborativas na perspectiva interprofissional na UBS Tradicional Alto de Pinheiros.

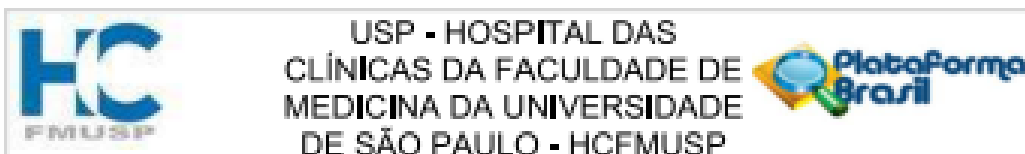
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos relativos a participar de um grupo focal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, caracterizando-se como estudo exploratório,

Endereço: Rua Ovídio Pinheiro dos Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira César **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)2061-7585 **Fax:** (11)2061-7585 **E-mail:** cappesq.edm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 3.0419.4/00

descritivo, retrospectivo e prospectivo, com base em estudo documental e realização de grupo focal com os profissionais da unidade. Os dados coletados a partir de estudo documental e do grupo focal serão organizados e analisados através da análise de conteúdo com base na análise temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados para o estudo em referencia.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

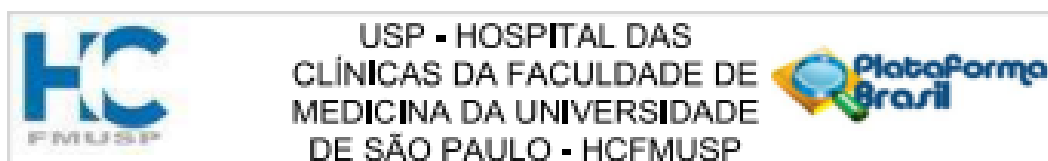
Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e finais; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1488776.pdf	02/02/2020 15:05:07		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/02/2020 15:04:01	Rosé Colom Tolrá	Aceito
Outros	Formulario_SGP_Sistema_Gestao_da_Pesquisa_HCFMUSP.pdf	19/12/2019 12:19:35	Rosé Colom Tolrá	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_DETALHADO.pdf	19/12/2019 12:14:05	Rosé Colom Tolrá	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	19/12/2019 12:13:27	Rosé Colom Tolrá	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	19/12/2019 12:12:44	Rosé Colom Tolrá	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/12/2019 12:12:29	Rosé Colom Tolrá	Aceito

Endereço: Rua Ovídio Pinheiro de Campos, 225 5º andar
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-010
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)2061-7385 Fax: (11)2061-7385 E-mail: cappelacp.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 3.048.489

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 19 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
Joel Faintuch
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ovídio Pinheiro de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira César **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)2061-7335 **Fax:** (11)2061-7566 **E-mail:** cappsq.adm@hc.fm.usp.br