



Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde*

Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care

Educación interprofesional y la práctica colaborativa en la Atención Primaria de Salud

Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva¹, Marina Peduzzi², Carole Orchard³, Valéria Marli Leonello⁴

* Extraído da tese “Educação interprofissional em saúde e enfermagem no contexto da Atenção Primária”, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2014.

¹Enfermeira Doutora, Especialista em Laboratório, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Orientação Profissional, São Paulo, SP, Brasil.

²Professora Associada, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Orientação Profissional, São Paulo, SP, Brasil.

³Professora Titular, Western University, London, Ontario, Canadá.

⁴Professora Doutora, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Orientação Profissional, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To understand the perceptions of professors, health care providers and students about the articulation of interprofessional education with health practices in Primary Health Care. **Method:** To understand and interpret qualitative data collection, carried out between 2012 and 2013, through semi-structured interviews with 18 professors and four sessions of homogeneous focus groups with students, professors and health care providers of Primary Health Care. **Results:** A triangulation of the results led to the construction of two categories: user-centered collaborative practice and barriers to interprofessional education. The first perspective indicates the need to change the model of care and training of health professionals, while the second reveals difficulties perceived by stakeholders regarding the implementation of interprofessional education. **Conclusion:** The interprofessional education is incipient in the Brazil and the results of this analysis point out to possibilities of change toward collaborative practice, but require higher investments primarily in developing teaching-health services relationship.

DESCRIPTORS

Interprofessional Relations; Work; Higher Education; Health Communication; Primary Health Care.

Autor Correspondente:

Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar,
419 - Cerqueira César
CEP 05403-000 - São Paulo, SP, Brasil
jaqueline.alc@gmail.com

Recebido: 30/11/2014
Aprovado: 16/02/2015

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro prevê a integralidade das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde pautada na identificação dos determinantes e condicionantes sociais de saúde da população⁽¹⁾, nas práticas intersubjetivas e na articulação entre os serviços da rede de atenção. A crescente complexidade das necessidades de saúde dos usuários/população, as mudanças do perfil demográfico e de morbimortalidade com o envelhecimento e aumento das doenças crônicas aponta para um novo perfil profissional caracterizado pela colaboração interprofissional⁽²⁻³⁾. No âmbito do SUS, a atenção primária (APS) é o espaço/lócus de coordenação dos cuidados na rede de atenção à saúde (RAS). A APS está organizada segundo a Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem como uma das diretrizes operacionais o trabalho em equipe⁽⁴⁾.

No presente estudo, toma-se como pressuposto que as mudanças do modelo de atenção à saúde e da formação profissional ocorrem articuladamente⁽⁵⁻⁶⁾. Tal interdependência deveria ser considerada em busca da reorganização do processo de trabalho em saúde, com foco nas necessidades dos usuários^(3,7-9).

No Brasil, desde os anos 1970 são desenvolvidas propostas indutoras em direção à integração ensino-serviço e ao trabalho em equipe. Em 2001, foram implementadas as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde (DCN), seguindo os princípios e diretrizes do SUS da Lei 8080/90. As DCN representam um marco legal da articulação entre a saúde e educação e preconizam a formação para o trabalho em equipe na perspectiva da integralidade e da qualidade da comunicação entre a equipe e usuários/famílias/comunidade⁽⁵⁾.

Embora o SUS e as DCN enfoquem o trabalho em equipe, o modelo predominante de educação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde ainda é uniprofissional^(5,7,10). Caracteriza-se pelo foco em disciplinas e tem como desdobramento a fragmentação do cuidado, saberes e práticas, o corporativismo profissional e reforça a prática biomédica hegemônica com o isolamento profissional^(3,5).

O tema central deste estudo é a educação interprofissional em saúde (EIP). Na EIP as profissões aprendem conjuntamente sobre o trabalho coletivo e as especificidades de cada área profissional⁽⁷⁾, orientadas para o trabalho colaborativo em equipe interprofissional para assegurar a qualidade da atenção à saúde⁽¹⁰⁾.

No cenário nacional, a EIP ainda é incipiente e os resultados de sua implementação são desconhecidos. Este estudo foi desenvolvido com o objetivo de compreender as percepções de docentes, trabalhadores e estudantes sobre a articulação da EIP com as práticas de saúde na APS. Busca-se contribuir para o fortalecimento da prática e da EIP no SUS.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa com abordagem compreensiva e interpretativa, cuja coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2012 a setembro de 2013. Participaram 44 sujeitos, entre os quais, 24 docentes, 15 traba-

lhadores e cinco estudantes distribuídos nas seguintes áreas profissionais: 20 enfermagem, 11 medicina, três psicologia, três farmácia, três odontologia, um fonoaudiologia, um terapia ocupacional, um fisioterapia e um assistência social.

Foram realizadas 18 entrevistas individuais semiestruturadas com docentes de oito universidades públicas brasileiras, cujo critério de inclusão foi atuar na formação e pesquisa em saúde no contexto da APS do SUS e quatro sessões de grupos focais (GF) homogêneos, um com docentes, um grupo com estudantes e dois com trabalhadores vinculados ao Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde)⁽¹¹⁾ de uma universidade, em serviços de APS do Município de São Paulo. Os trabalhadores participantes do estudo atuavam em duas Unidades Básicas de Saúde selecionadas com base em dois critérios: atuação no PET-Saúde e serem reconhecidas pelas pesquisadoras como unidades envolvidas com boas práticas de ensino.

Todas as entrevistas e a constituição dos grupos focais foram realizados mediante consentimento livre esclarecido e conduzidos pela própria pesquisadora, sendo que nos GF houve colaboração de uma observadora. Os relatos foram gravados, transcritos por serviço terceirizado e conferidos posteriormente. O contato com os participantes foi realizado pela pesquisadora pessoalmente, por e-mail e telefone para agendamento prévio dos encontros. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 45 minutos e das sessões de grupo focal, duas horas.

O roteiro das entrevistas abordou percepções de EIP, experiências vivenciadas, referências de práticas de EIP no Brasil e desafios para sua operacionalização. O roteiro dos GF foi construído considerando os resultados das entrevistas, com ênfase na articulação da EIP com a prática no contexto da APS, questões sobre a influência da EIP nas práticas de APS, descrição e finalidade das atividades integradas entre as áreas profissionais. Todos os relatos foram identificados por referência ao grupo a que pertencem, docentes, trabalhadores e estudantes, seguido de um número de identificação aleatório e sua categoria profissional.

Para análise dos dados adotou-se a técnica de análise de conteúdo temática⁽¹²⁾ e a abordagem crítica hermenêutica⁽¹³⁾, à luz do quadro teórico, utilizando os conceitos: processo de trabalho em saúde, agir comunicativo, agir instrumental, EIP, prática colaborativa centrada no usuário e APS. Foi realizada a triangulação dos resultados da análise do material empírico obtido por meio de duas técnicas de coleta de dados⁽¹⁴⁾.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade estudada (CAAE 0096.0.196.196-11) e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAAE 130.0.0.196.162-11), seguindo os preceitos éticos da resolução 196/96 anterior à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A apresentação dos resultados está organizada em três partes: os resultados da análise das entrevistas com os docentes, da análise dos grupos focais realizados com docentes, trabalhadores e estudantes vinculados ao PET-Saúde e da triangulação dos resultados.

PERSPECTIVAS DOS DOCENTES ENTREVISTADOS

A análise dos relatos dos docentes entrevistados possibilitou a construção de uma categoria representativa das suas percepções sobre o tema de estudo: 'A EIP desloca a ênfase da formação e práticas para integralidade do cuidado'. Esta categoria foi elaborada a partir de quatro subcategorias: 'formação orientada para atenção à complexidade das necessidades de saúde', 'formação para o trabalho em equipe interprofissional nas redes de atenção à saúde', 'comunicação interprofissional para o cuidado' e 'barreiras para EIP'.

A subcategoria 'formação orientada para atenção à complexidade das necessidades de saúde' mostrou que os docentes consideram que a EIP favorece a aproximação dos estudantes e trabalhadores às necessidades de saúde dos usuários para o cuidado na perspectiva da integralidade. Valorizam o encontro com usuários, entre áreas profissionais, e a articulação dos saberes especializados, ainda destacaram que isso permitiria abordar a complexidade das necessidades de saúde, em oposição à formação e prática especializada isolada.

Os docentes propuseram o desenvolvimento do plano terapêutico conjunto, ao invés de fragmentar o 'usuário em pedaços'. A articulação no cuidado possibilita que um profissional conheça a ação do outro e agregue novos saberes à sua prática. Para avançar na prática compartilhada, sugeriram a importância de aprender a trabalhar juntos, durante o curso de graduação através da construção de planos terapêuticos.

(...) a gente teria que trabalhar nesse sentido, dos estudantes em treinamento já trabalhem juntos, (...) o plano terapêutico conjuntamente (...) um vai entendendo a forma de pensar do outro, o conhecimento que vem daquela área. (...) como é que se agrega ao conhecimento de outro profissional? Eu acho que em função da prática compartilhada a gente vai aprendendo a trabalhar junto (Docente 10 – psicólogo).

Eu estou cuidando dele (um paciente diabético descompensado) (...) teve uma alteração, o médico está agindo (...). O nutricionista me ajudou a pensar e orientar o paciente (...). Acho que para mim, seria uma ação interprofissional, nesse sentido, de articulação do cuidado (Docente 14 – enfermeiro).

A subcategoria 'formação para o trabalho em equipe interprofissional nas redes de atenção à saúde' foi indicada pelos entrevistados como um caminho para fortalecer as mudanças do modelo de atenção, com ênfase no trabalho em equipe colaborativo e articulado aos demais serviços de saúde da rede. Articular diferentes áreas pressupõe a interação dos profissionais que contribuem para o cuidado com o seu saber específico, em espaços de discussão do caso clínico. Contudo, os docentes também argumentaram que o predomínio do modelo de atenção biomédico, pautado em consultas individuais, isoladas, sem intervenções articuladas e interprofissionais, prejudica as possibilidades de avanço em direção à EIP.

A principal estratégia é a gente conseguir um cenário de práticas em que o modelo seja centrado na interprofis-

sionalidade, na interdisciplinaridade. Que os arranjos de cuidado, de atenção, sejam equipes de referência nos vários níveis, que tenha apoio matricial a pessoa que entra e sai da equipe (Docente 5 – médico).

Alguns relatos apontaram que a colaboração interprofissional está relacionada com a colaboração interinstitucional, ou seja, o trabalho em rede. Referiram que a EIP promove o aprendizado para o trabalho em equipe, assim como atitudes necessárias para esta modalidade de trabalho, como a escuta e a valorização do conhecimento do outro.

Então o que os estudantes fizeram foi articular um processo de encontros dessas instituições, e a partir dali a colaboração interprofissional tem a ver também com a colaboração interinstitucional, com a colaboração com o trabalho deles (...) da importância do trabalho em rede (...) que as instituições precisam colaborar entre si (...). Estar trabalhando com profissionais de outra área, aprendendo a trabalhar em equipe, a escutar o outro, a valorizar o conhecimento do outro profissional e a habilidade do outro profissional. E a partir disso, saber, trabalhando em equipe, que a ação de um pode dar um maior impacto à ação do outro também (Docente 15 – médico).

A subcategoria 'comunicação interprofissional para o cuidado' remeteu à interação e intersubjetividade argumentativa em prol do entendimento dos trabalhadores entre si e com os usuários, considerados protagonistas do cuidado. O compartilhamento de informações e a interação dependem da reciprocidade comunicativa, em um processo de interlocução, com a participação ativa dos sujeitos envolvidos, para que haja o entendimento.

Para entender o cuidado você tem que entender as relações entre os diversos profissionais, entre o farmacêutico que está no laboratório, enfermeira (...) como a informação circula (Docente 8 – médico).

Os entrevistados indicaram possíveis desdobramentos da EIP, como o preparo para a colaboração no trabalho e mobilização para interação que não ocorre em espaços uniprofissionais. Relataram, ainda, aspectos que favorecem atuar na perspectiva da integralidade, frente à complexidade das necessidades de saúde, colocando o usuário como protagonista do cuidado de modo que este possa participar ativamente da tomada de decisão sobre as intervenções terapêuticas.

(...) eu acho que você consegue (...) duas coisas. Uma é que [o estudante] opere com um conceito mais amplo de saúde (...). Segundo, operar com um conceito ampliado de saúde, lidando com a produção conjunta de várias profissões e com os usuários como protagonistas desse negócio também (...) (Docente 3 – médico).

A análise dos relatos dos docentes também permitiu identificar 'barreiras para EIP', apontando a fragilidade do apoio institucional nas universidades públicas brasileiras, sua estrutura fragmentada, a incompatibilidade das grades curriculares dos cursos e a insuficiente articulação ensino-serviço.

(...) a gente entende que tem que estar dentro do serviço. Então, essa formação compartilhada também tem que

ser uma contrapartida da universidade para o preceptor, mas ela também tem que ser dividida com o gestor do serviço, para ele entender que não é só pôr o aluno lá e ficar lá (...) como com o preceptor e com as pessoas que estão lá na equipe (Docente 13 – fonoaudiólogo).

PERSPECTIVAS DOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCAIS: TRABALHADORES, ESTUDANTES E DOCENTES

A seguir são apresentadas as categorias de análise construídas a partir dos GF: 'prática colaborativa centrada no usuário', 'comunicação interprofissional' e 'barreiras para EIP'.

Os resultados dos GF com docentes, trabalhadores e estudantes apontaram para a percepção da EIP como 'prática colaborativa centrada no usuário' ao referir que a articulação entre os profissionais da equipe pode desencadear a corresponsabilização pelas necessidades dos usuários, bem como o compartilhamento entre equipe e usuário sobre os objetivos e resultados do cuidado.

A participação do usuário no plano de cuidados foi destacada em poucos relatos que consideraram a importância de sua inserção e da família na tomada de decisão sobre o plano de cuidados.

A gente sempre tenta envolver o paciente no cuidado. Se não for possível devido a alguma limitação, a gente parte para a família. Mas compartilha o plano (...) e é comum a gente fazer reunião familiar, é bem comum. Nós marcamos reuniões com as nossas famílias, junto com os profissionais e fazemos (...) (Enfermeiro 2 – Unidade B).

Neste estudo, os estudantes se revelaram como os atores sociais mais sensibilizados com a importância da participação do usuário no processo de cuidado. Contudo, consideraram que o usuário ainda não participa das decisões sobre o plano de cuidados que são predominantemente prescritos, mas tem a possibilidade de participação social no conselho gestor das unidades de saúde.

Nas experiências que eu tive, o usuário não participa ativamente do que vai acontecer. É mais uma reunião da equipe que vai decidir qual vai ser a conduta e a equipe se engaja naquela conduta (...) em nenhum momento chama o usuário e dá esse empoderamento para que ele possa decidir, ou não, pelo que vai acontecer ali naquela situação (Estudante de mestrado e enfermeiro recém-formado).

Eu acho que apesar das situações do dia a dia que acontecem, acho que existe o conselho gestor atualmente. E acho que as pessoas que representam a comunidade participam realmente (...) participam muito (...) (Estudante de medicina).

Os relatos dos estudantes mostraram que a participação do usuário no plano terapêutico contribui para qualificar as práticas de saúde, pois ele pode trazer informações para a adaptação da terapêutica às suas necessidades de saúde, compartilhando a responsabilidade pelos resultados do cuidado juntamente com os trabalhadores da saúde.

Na minha visão, acho que no tratamento tem que ter a participação do usuário. Porque se você vai colocar, por exemplo, um tratamento e ele não aceita, ele não tem participação nisso (...) e vai recusar, entendeu? (Estudante de enfermagem 2).

Um elemento identificado pelos estudantes que pode interferir e dificultar a participação do usuário no plano de cuidados é a assimetria do saber entre o usuário e os profissionais. Os estudantes referiram que a assimetria prejudica a comunicação entre os profissionais e usuários, contudo, um estudante ressaltou que apesar do comportamento dominante da prescrição do cuidado que reserva as decisões aos profissionais, em detrimento da opinião do usuário, pode haver espaços de negociação entre as partes para a tomada de decisão.

No grupo focal realizado com docentes, a ênfase na prática colaborativa centrada no usuário estava em contradição com o modelo de atenção à saúde predominante, conforme apontado pelo docente no próximo relato. Descreveu que o foco das práticas ainda é biomédico e está em constante embate com a lógica de organização dos serviços de APS, pautada na ESF. Tal situação revelou a tensão entre a ênfase das práticas no tocante ao objeto de intervenção, que pode ser compreendido exclusivamente como a doença ou necessidades de saúde dos indivíduos e famílias.

(...) nós temos uma contradição fortíssima na Atenção Primária que é o objeto da Atenção Primária hoje, se diz que é a família (...) pela Estratégia Saúde da Família, no entanto, se organiza todo o sistema em serviço em cima de uma estrutura que é procedimental, e em cima da doença. Não é na família nem é no indivíduo. É na doença, na patologia, no tuberculoso, no hipertenso, no diabético (Docente 5 – Terapeuta Ocupacional).

A 'comunicação interprofissional' foi destacada nos grupos focais de estudantes e trabalhadores como um elemento central para o trabalho em equipes integradas. Reconheceram que a comunicação como troca de saberes pode ocorrer por meio da discussão de casos e consultas compartilhadas. Apontaram que a comunicação possibilita a complementaridade das ações, condição necessária para atenção ao usuário e formação interprofissional.

Eu acho que a gente também compartilha os problemas que a gente identifica (...). Porque quando a gente compartilha o caso, a gente fala e conversa sobre aqueles casos que são mais difíceis (...) traz um conforto muito grande para a gente. E a gente tem um outro olhar, tem outras coisas que a gente vai identificando e vai conseguindo acompanhar de uma forma que é mais resolutiva (Enfermeiro 1 – Unidade B).

A análise dos GF mostrou, também, a percepção de docentes, trabalhadores e estudantes sobre 'barreiras para EIP'. Indicaram predominantemente a incompatibilidade das grades curriculares dos cursos, seguida pelas dificuldades na articulação ensino-serviço, estrutura departamentalizada da universidade e necessidade de apoio institucional para implementar estratégias de EIP.

Para compreender a articulação da EIP com as práticas na APS os resultados das entrevistas e dos grupos focais foram triangulados. A triangulação possibilitou a construção de duas categorias empíricas: a primeira assinala que a EIP está diretamente relacionada a uma nova proposta de prática de cuidado e de atenção à saúde, 'a prática colaborativa com foco no usuário', e a segunda expressa tensões do contexto da formação que dificultam ou mesmo impedem o avanço da EIP nas universidades públicas brasileiras, 'barreiras para EIP'.

DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado no contexto da APS, que no Brasil está organizada segundo modelo da ESF baseado no trabalho em equipe, portanto um espaço privilegiado para prática e formação interprofissional em saúde. A triangulação dos resultados possibilitou a construção de duas categorias que mostraram a percepção de docentes, trabalhadores e estudantes sobre a EIP e sua articulação com a prática na APS: **prática colaborativa centrada no usuário e barreiras para EIP**. A primeira mostrou que a EIP requer e ao mesmo tempo impulsiona a mudança do modelo de atenção e da formação dos profissionais de saúde na perspectiva da integralidade, do trabalho em equipe, da comunicação interprofissional e da prática colaborativa centrada no usuário. A segunda revelou as dificuldades percebidas pelos diferentes atores sociais no que se refere à implementação da EIP no cenário da APS no país.

A ênfase nas necessidades de saúde dos usuários foi mencionada por todos os participantes do estudo – docentes, trabalhadores e estudantes. Entretanto, destaca-se que os estudantes tematizaram a participação do usuário no planejamento terapêutico do cuidado, com a tomada de decisão compartilhada, aspecto central de sua formação interprofissional, que expressa características apontadas pela literatura sobre prática colaborativa centrada no usuário.

A literatura internacional apresenta diferentes definições de prática centrada no usuário, mas neste estudo optou-se por abordá-la como o processo de parceria ou co-produção entre profissionais e usuários para o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação do cuidado, apropriado às necessidades de saúde com respeito às preferências, valores, situação familiar, condição social e estilo de vida⁽¹⁵⁾.

O aumento da complexidade das necessidades de saúde requer profissionais preparados para trabalhar colaborativamente em equipes comprometidas com o cuidado à saúde. A prática interprofissional colaborativa se refere à articulação entre equipes de diferentes serviços da rede de atenção, tendência da organização do cuidado em saúde com novas práticas clínicas que promovam a integração das ações e estabelecimento de redes de cuidado entre a atenção primária, secundária e terciária⁽¹⁶⁾. Trata-se de uma característica das equipes integradas, cujos atributos são: respeito mútuo e confiança, reconhecimento do papel profissional das diferentes áreas, interdependência e complementaridade dos saberes e ações⁽¹⁶⁾.

A EIP pode contribuir para a formação em prol do trabalho colaborativo em equipe, bem como interequi-

pes e em rede de serviços, mas, para tanto, são necessárias mudanças concernentes à comunicação, à socialização dos papéis profissionais e ao processo de trabalho em saúde. O aprendizado interprofissional requer o desenvolvimento de uma relação interdependente e interativa, com parceria entre equipes, profissionais de saúde e usuários para a tomada de decisão compartilhada sobre as necessidades de saúde⁽²⁾.

As características da prática colaborativa mencionadas podem ser relacionadas com os quatro atributos da APS: contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. A longitudinalidade envolve a responsabilização do cuidado, pela equipe de saúde ao longo do tempo, com estabelecimento de vínculos interpessoais. O contato se refere à acessibilidade e utilização dos serviços de saúde. A integralidade depende do reconhecimento do amplo espectro das necessidades dos usuários. A coordenação ou integração da atenção à saúde remete à continuidade dos cuidados prestados por meio de referência, contrarreferência e acompanhamento de prontuários⁽¹⁷⁾. Neste caso, vale destacar que na ESF a referência do usuário está nas equipes e não em um profissional isolado. Tais equipes são responsáveis pelo acompanhamento integral e longitudinal do usuário, aspecto que reforça o movimento da prática interprofissional colaborativa.

Outro tipo de participação mencionado pelos estudantes nos relatos foi a participação social do usuário, que consiste em uma das diretrizes operacionais do SUS, prevista na Lei Orgânica da Saúde, nº 8080/90. A regulamentação da participação da população por meio de duas instâncias colegiadas, Conselhos de Saúde (Local, Municipal, Estadual e Nacional) e as Conferências de Saúde é tratada na Lei Complementar nº 8.142/90. O sentido de participação social mencionado diz respeito ao controle social, que corresponde à vigilância da sociedade às ações realizadas pelo Estado no tocante à formulação, ao acompanhamento e à avaliação das políticas públicas⁽¹⁾.

A perspectiva colaborativa interprofissional remete ao conceito de campo e núcleo profissional desenvolvido por Campos⁽¹⁸⁾. O campo de atuação consiste no espaço comum das práticas dos profissionais da saúde que desenvolvem a clínica ampliada, enquanto o núcleo envolve as ações específicas de cada profissão implicada no cuidado saúde. Ambas as dimensões são imprescindíveis para a implementação das práticas colaborativas, pois expressam a construção de práticas comuns, com ênfase nas necessidades de saúde, articuladas às contribuições específicas do saber profissional das diferentes áreas.

A proposta da clínica ampliada pode ser entendida como uma prática colaborativa, uma vez que diz respeito à atenção dispensada em cada caso singular dos usuários, com troca de informações, vínculo entre profissionais e usuários, construção coletiva de projetos terapêuticos, compartilhamento de incertezas e corresponsabilização dos usuários e profissionais pelo cuidado, por meio do trabalho em equipe interprofissional colaborativa e do agir comunicativo⁽¹⁹⁾.

Um modelo e tipologia de colaboração profissional nos serviços de saúde foi desenvolvido no Canadá, baseado em quatro dimensões e seus respectivos indicadores. A primeira se refere a objetivos e visão compartilhada de modo

consensual, com ênfase na promoção da prática centrada no usuário. A segunda é a internalização para o mútuo reconhecimento e respeito. A terceira é a governança relacionada ao papel do gerente, em estimular a colaboração e a liderança local necessária para a integração interprofissional e entre serviços de saúde. A quarta dimensão, formalização, diz respeito às responsabilidades e negociação compartilhada. De acordo com a tipologia e indicadores da colaboração referidos pode haver três níveis de colaboração. A colaboração ativa, quando os profissionais têm como foco o usuário, a colaboração em desenvolvimento, quando a ênfase das práticas está nos interesses profissionais e organizacionais e a colaboração latente, caracterizada pelo predomínio de interesses individuais⁽¹⁶⁾.

Pode-se dizer que a colaboração interprofissional é considerada um elemento necessário para a qualidade da atenção à saúde⁽¹⁰⁾. Por isso, grupos internacionais norte-americanos e canadenses desenvolveram um conjunto de competências para a prática colaborativa interprofissional, a fim de suprir limitações na formação em saúde em prol da EIP.

O grupo *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC)⁽²⁰⁾, estabeleceu seis domínios de competências essenciais para a prática interprofissional colaborativa: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente, cliente, família e comunidade; clarificação de papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa.

Em 2011, o grupo norte-americano *Interprofessional Education Collaborative Expert Panel* (IPEC)⁽⁹⁾ divulgou as competências centrais para a prática interprofissional colaborativa com ênfase na segurança, alta qualidade, no acesso e cuidado centrado no paciente. As competências elaboradas pela IPEC são: valores/ética para prática interprofissional, papéis e responsabilidades profissionais, comunicação interprofissional e trabalho em equipe.

O cuidado centrado no paciente/família/comunidade e a comunicação interprofissional, achados deste estudo que são destacados pelos grupos canadense e americano, expressam significativas mudanças almejadas no processo de trabalho em saúde. Esta esfera microssocial do exercício do cotidiano de trabalho pode ser entendida a partir de duas principais dimensões: ação instrumental e interações intersubjetivas que remetem à abordagem habermasiana⁽²¹⁾.

O caráter colaborativo e interativo do processo de trabalho em saúde concretiza-se no encontro entre trabalhadores de saúde e usuários, mediado pela intersubjetividade que permite caracterizá-lo como trabalho imaterial⁽²²⁾.

O encontro dialógico entre trabalhadores e usuários à luz do agir comunicativo de Habermas⁽²¹⁾ pode ser compreendido como um espaço orientado pela busca do entendimento, construído pela interação democrática, no qual um acordo comum é almejado e pressupõe o compartilhamento intersubjetivo de um horizonte ético comum, normas e convicções. Nesse sentido, o usuário é reconhecido como um sujeito autêntico que possui identidade e participa como agente de transformação da sua história individual e coletiva, ou da sua saúde⁽²³⁾.

As práticas de formação pautadas na eficiente comunicação tem como resultado a segurança do paciente, com a redução de erros clínicos. A integração comunicativa promovida pela EIP contribui para a redução de atitudes negativas dos estudantes em relação às outras áreas profissionais, por promover o respeito aos outros profissionais, reconhecimento do trabalho e do papel profissional do outro e eliminação de estereótipos negativos⁽¹⁰⁾.

A comunicação entre os trabalhadores e usuários é um elemento que pode garantir o sucesso das práticas de cuidado ou conduzir ao seu fracasso, a depender da lógica que a orienta, ou seja, se está voltada para o entendimento entre os sujeitos envolvidos, o agir comunicativo, ou exclusivamente para o êxito técnico, instrumental. Embora o agir instrumental predomine no trabalho, a dimensão técnica também contribui na produção da atenção à saúde, e ainda pode ser utilizada de forma inapropriada para convencer ou manipular o outro, prática na qual se destacam as relações assimétricas entre profissionais e usuários⁽²¹⁾, como apontado pelos estudantes que participaram desta investigação.

A abordagem compreensiva do cuidado defendida pelos participantes do estudo está ancorada na proposta da integralidade da atenção. Nessa perspectiva, EIP e o cuidado em saúde não podem estar restritos às tarefas técnicas do agir instrumental que estimulam a individualização, pois o sucesso das intervenções de saúde requer o diálogo⁽²³⁾ e a tomada de decisão compartilhada.

O agir instrumental predomina no contexto da formação e das práticas de saúde, pois está presente no conhecimento fragmentado veiculado pela uniprofissionalidade do saber. Provoca o isolamento dos profissionais, o recorte de frações do objeto de conhecimento e da atenção à saúde com ênfase na doença e prejudica a resolução articulada dos problemas, dada a complexidade dos objetos de intervenção. Em oposição, a ação interprofissional colaborativa requer o trabalho em equipe, articulado em torno do cuidado das necessidades de saúde do usuário, com participação e colaboração entre diferentes profissionais, que se dedicam a reconhecer a complexidade da situação trazida pelo usuário, no respectivo contexto de vida, ao invés de um 'pedaço do usuário' sobre o qual deverá intervir, como comentam os entrevistados.

Apesar do consenso dos participantes do estudo de que a EIP pode contribuir para a prática colaborativa com foco no usuário, integralidade da atenção, desenvolvimento do trabalho em equipe e comunicação interprofissional, os atores sociais em cena – docentes, trabalhadores e estudantes também apontam barreiras que dificultam as mudanças almejadas, entre as quais: incompatibilidade das grades curriculares dos cursos, dificuldades na articulação ensino-serviço, estrutura departamentalizada da universidade e necessidade de apoio institucional para implementar iniciativas de EIP.

As barreiras são mencionadas por todos os participantes do estudo, mas se expressam intensamente no relato dos docentes que vivenciam o processo de trabalho de ensinar nas universidades públicas brasileiras.

A integração ensino-serviço, pode ser definida como o trabalho coletivo pactuado entre estudantes, docentes e trabalhadores do campo de práticas em prol da qualidade da atenção às necessidades de saúde dos usuários, qualidade da formação e satisfação dos usuários e dos trabalhadores do serviço que pode ter como desdobramento o enfoque no ensino, serviço, na gestão setorial, controle social e respeito aos usuários⁽²⁴⁾.

Os resultados de uma oficina desenvolvida com o objetivo de contribuir para o fortalecimento da integração ensino-serviço apontaram a necessidade das instituições de ensino superior compreenderem que os serviços, também, produzem conhecimento e que a parceria com a universidade qualifica essa produção, assim como pode contribuir nos processos de implementação de mudanças curriculares⁽²⁴⁾.

A fragmentação entre o planejamento e a execução do ensino foi mencionada pelos trabalhadores participantes dos GF e merece especial atenção, dada a possibilidade de melhora na formação em saúde com sua inclusão na elaboração das propostas de ensino prático.

A desarticulação entre o docente e os serviços da saúde pode desencadear conflitos expressos em um processo de divisão do trabalho, no qual o docente responsabiliza-se pela coordenação do ensino, ou seja, a parte mais intelectual da formação, enquanto o trabalhador do campo realizará o trabalho operacional ao qual é atribuído menos prestígio⁽²⁵⁾.

A ampla articulação ensino-serviço, com o envolvimento da pesquisa, pode ser considerada um recurso pedagógico que contribui para a formação e educação permanente dos trabalhadores inseridos nos serviços⁽²⁶⁾, assim como para a sustentabilidade de inovações technoassistenciais, na medida que os profissionais se sentem coparticipantes dos processos de mudança.

Outra barreira para a EIP refere-se à estrutura fragmentada da universidade, que se reflete no modelo tradicional de ensino fragmentado, voltado à especialização do saber por campos disciplinares. A interdisciplinaridade no contexto da formação universitária consiste em um movimento de reação à fragmentação da ciência e do conhecimento⁽⁶⁾.

A estrutura fragmentada e departamentalizada das universidades reforça a ênfase na especialização do saber técnico-profissional, dificultando a articulação entre os cursos de graduação. Nesse contexto, os docentes entrevistados apontaram a lógica produtivista das universidades como um limite para a construção de mudanças curriculares em direção à EIP, e a valorização das atividades de pós-graduação em detrimento das relacionadas à graduação. Segundo os docentes, a estrutura universitária fragmentada entre as áreas dos diferentes cursos, com um corpo docente específico, índices de produção departamentais e controle de carga horária docente individual dificultam o processo de articulação do ensino entre os cursos.

O movimento de mudança na formação em prol da EIP é contra-hegemônico, quando considerada a lógica produtivista da universidade atualmente, que de acordo com um estudo⁽²⁷⁾ pode ser fruto da mudança na concepção de universidade como instituição social, para a universidade como

organização prestadora de serviços. A universidade como instituição social expressa a estrutura e o modo de funcionamento da sociedade. Desenvolve uma prática social fundamentada na autonomia intelectual do saber, frente ao Estado e à religião, que permite manifestar contradições no tocante aos rumos da sociedade e sua função, frente à luta de classes sociais. A autora acrescenta que enquanto organização prestadora de serviços, a universidade passa a ser incluída no setor dos serviços não exclusivos do Estado. Isso significa que a educação deixa de ser um direito e a universidade pode ser considerada um serviço privado, desse modo, a prática social da organização universitária passa a ter como finalidade vencer a competição com outras universidades, estruturada por normas e padrões alheios ao conhecimento intelectual.

As universidades brasileiras têm como foco a formação técnico-profissional, com caráter multidisciplinar. Por isso, a partir de 2008, iniciou-se um processo de reforma universitária, com a implantação do regime de ciclos predominante na Europa, por influência do Tratado de Bolonha⁽²⁸⁾.

No contexto da reforma universitária, destacam-se modelos de formação por ciclos em 18 universidades brasileiras e 16 Bacharelados Interdisciplinares em Saúde (BIS). O BIS está pautado na inter/transdisciplinaridade e na pedagogia emancipatória⁽²⁸⁾, cujas experiências exitosas estão na Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal do Sul da Bahia e Universidade do Recôncavo Baiano.

Os participantes também mencionaram a incompatibilidade e rigidez curricular como barreiras que prejudicam a implementação de atividades interprofissionais, assim como dificultam as ações do PET-Saúde. Recente revisão sistemática corrobora esse aspecto⁽²⁹⁾, bem como outros estudos que referem o apoio institucional como elemento que pode favorecer a implementação da EIP nas universidades, visto que está relacionado à visão de mundo e às intencionalidades que conduzem à reorientação da formação frente à necessidade de mudança e responsabilidade social da universidade⁽³⁰⁾.

CONCLUSÃO

O estudo mostra que na percepção de docentes, trabalhadores de saúde e estudantes a EIP requer e, ao mesmo tempo, promove mudanças nos modelos de práticas e de formação dos profissionais de saúde, visto que se constitui em uma prática colaborativa com foco no usuário, nas suas necessidades de saúde e da população e não mais nos serviços e profissionais.

A colaboração, o trabalhar juntos executando ações cuja lógica envolva a busca de respostas às necessidades dos usuários, remete à esfera das interações sociais e comunicação entre profissionais e com os usuários. Isto assinala para a prática comunicativa e, portanto, intersubjetiva argumentativa pautada no compartilhamento de horizontes normativos, mesmo nas assimetrias fomentadas pelas contradições sociais. Cabe ressaltar, nessa assertiva, o reconhecimento do duplo movimento configurado pela prática colaborativa com foco no usuário a que remete a EIP na APS – estrei-

tar laços e diálogo entre os profissionais e, sobretudo, entre profissionais, usuários e população.

Esses movimentos de mudança referem-se à EIP e à formação profissional inserida nas práticas de cuidado na APS

e apoiada na integração ensino-serviço, entendida como trabalho coletivo construído entre docentes, trabalhadores de saúde e estudantes no intuito de assegurar maior resolutividade aos serviços prestados e qualidade à atenção à saúde.

RESUMO

Objetivo: Compreender as percepções de docentes, trabalhadores e estudantes sobre a articulação da educação interprofissional com as práticas na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Qualitativo compreensivo e interpretativo, cuja coleta de dados foi realizada de 2012 a 2013, por meio de 18 entrevistas semiestruturadas com docentes e quatro sessões de grupos focais homogêneos com estudantes, docentes e trabalhadores da Atenção Primária. **Resultados:** A triangulação dos resultados possibilitou a construção de duas categorias: prática colaborativa centrada no usuário e barreiras para educação interprofissional. A primeira indicou a necessidade de mudança do modelo de atenção e de formação dos profissionais de saúde, e a segunda apontou dificuldades percebidas pelos diferentes atores sociais no que se refere à implementação da educação interprofissional. **Conclusão:** A educação interprofissional é incipiente no Brasil e sinaliza possibilidades de mudança em direção à prática colaborativa, mas requer maiores investimentos na articulação ensino-serviço.

DESCRIPTORIOS

Relações Interprofissionais; Trabalho; Educação Superior; Comunicação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las percepciones de los profesores, trabajadores y estudiantes sobre la articulación de la educación interprofesional con las prácticas en la Atención Primaria de Salud. **Método:** Cualitativo, comprensivo e interpretativo cuya recolección de datos se realizó de 2012 hasta 2013, através de 18 entrevistas semi-estructuradas con profesores y cuatro sesiones de grupos focales homogêneos, con estudiantes, profesores y trabajadores de Atención Primaria. **Resultados:** La triangulación de los resultados llevó a la construcción de dos categorías: práctica (s) colaborativa centrada en el usuario y barreras para la educación interprofesional. La primera indicó la necesidad de cambiar el modelo de atención y formación de los profesionales de la salud y la segunda revela las dificultades percibidas por los distintos actores sociales en relación con la implementación de la educación interprofesional (EIP). **Conclusión:** La educación interprofesional es incipiente en Brasil y apunta las posibilidades de cambio hacia la práctica colaborativa, pero requiere mayores inversiones en la articulación enseñanza-servicios

DESCRIPTORES

Relaciones Interprofesionales; Trabajo; Educación Superior; Comunicación en Salud; Atención Primaria de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2014 out. 20]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>
2. Zwarebstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CD000072.
3. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in independent world. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-57.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2014 set. 9]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
5. Feuerwerker LCM, Capozzolo AA. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saúde. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Hens AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2013. p. 35-68.
6. Peduzzi M, Normam IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2013 [cited 2014 Sept 9];47(4):977-83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf
7. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective interprofessional education: arguments, assumption and evidence.* London: Wiley-Blackwell; 2005.
8. World Health Organization (WHO). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice.* Geneva: WHO; 2010.
9. American Association of Colleges of Nursing. *Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional practice: Report on an expert panel [Internet].* Washington; 2011 [cited 2014 Sept 9]. Available from: <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/ipcreport.pdf>
10. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and health outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(3):CD002213.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde) [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2014 set. 9]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html

12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
13. Ricouer P. Hermenêutica e ideologias. Petrópolis: Vozes; 2011.
14. Denzin NK, LincolnYS. The sage handbook of qualitative research. 4th ed. New York: Sage; 2011.
15. Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs*. 2012;69(1):4-15.
16. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professional in healthcare organization. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:188.
17. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
18. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(2):219-30.
19. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):849-59.
20. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A National Interprofessional Competence Framework [Internet]. Vancouver: CIHC; 2010 [cited 2014 Sept 9]. Available from: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
21. Habermas J. Teoria do agir comunicativo I: racionalidade da ação e racionalização social. São Paulo: Martins Fontes; 2012.
22. Lazzarato M, Negri A. Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A; 2001.
23. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6(1):63-72.
24. Cavaleiro MTP, Guimarães AL. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino-serviço. *Caderno FNEPAS*. 2011;1:19-27.
25. Olschowsky A, Silva GB. Integração docente-assistencial: um estudo de caso. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(2):128-37.
26. Ellery AE, Bosi MLM, Loiola FA. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saúde Soc*. 2013;22(1):187-98.
27. Chaui M. A universidade pública sob nova perspectiva. *Rev Bras Educ*. 2003;(24):5-15.
28. Almeida Filho N, Coutinho D. Nova arquitetura curricular na universidade brasileira. *Ciênc Cult [Internet]*. 2011 [citado 2014 jun. 24];63(1):4-5. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000967252011000100002&lng=en
29. Sunguya BF, Hinthong W, Jimba M, Yasuoka J. Interprofessional education for whom? Challenges and lessons learned from its implementation in developed countries and their application to developing countries: a systematic review. *PLoS One*. 2014;9(5): e96724.
30. Clark PG. Toward a transtheoretical model of interprofessional education: stages, processes and forces supporting institutional change. *J Interprof Care*. 2013;27(1):43-9.

Apoio financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Processo n. 2012/11200-8.
