



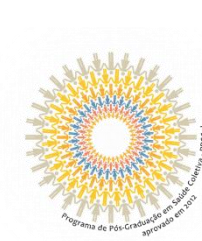
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**NATÁLIA BRUSTULIN**

**UM OLHAR SOBRE A INTERPROFISSIONALIDADE A PARTIR DOS SABERES, DAS  
PRÁTICAS E DOS AFETOS DE UMA EQUIPE DE SAÚDE**

**PORTO ALEGRE**

**2020**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**NATÁLIA BRUSTULIN**

**UM OLHAR SOBRE A INTERPROFISSIONALIDADE A PARTIR DOS SABERES, DAS PRÁTICAS E DOS AFETOS DE UMA EQUIPE DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Linha de pesquisa: Políticas, planejamento, gestão e avaliação em saúde.

Orientação: Profa. Dra. Êrica Rosalba Mallmann Duarte

PORTO ALEGRE

2020

## CIP - Catalogação na Publicação

BRUSTULIN, NATALIA  
UM OLHAR SOBRE A INTERPROFISSIONALIDADE A PARTIR  
DOS SABERES, DAS PRÁTICAS E DOS AFETOS DE UMA EQUIPE  
DE SAÚDE / NATALIA BRUSTULIN. -- 2020.  
200 f.  
Orientadora: Êrica Rosalba Mallmann Duarte.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2020.

1. Interprofissionalidade. 2. Trabalho em equipe.  
3. Lesões de pele. I. Duarte, Êrica Rosalba Mallmann,  
orient. II. Título.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me capacitar para fazer esse trabalho, e por me lembrar que Ele sempre está cuidando de tudo.

Muito obrigada Eros, meu amor, por estar na minha vida e por acreditar que eu seria capaz, por incentivar as minhas ideias, e por escutar pacientemente meus pensamentos, meus insights e minhas frustrações.

Aos meus pais, Fábio e Marlene, meu amor e gratidão e todos os esforços possíveis para que sejam felizes e orgulhosos. Tudo isso é por vocês.

À Aline, minha irmã e exemplo, a minha eterna amiga, que eu sei que sempre buscará pelo meu bem, que me ajudou, incentivou e direcionou para que esse trabalho acontecesse.

Agradeço de coração a minha querida orientadora Êrica que me tirou do lugar comum, inquietou o meu pensamento, me ajudou e acolheu, para que pudesse realizar mais uma etapa da minha formação profissional e pessoal.

Agradeço aos membros da banca de qualificação Alcindo e Ricardo pelas sugestões de leituras, e pelo fundamental redirecionamento da pesquisa.

Muito obrigada ao professor Daniel pelos ensinamentos na experiência de estágio a docência, bem como aos estudantes do Bacharelado em Saúde Coletiva que me acolheram com carinho. Aprendi muito com todos vocês.

À Janine e a Talizia que me ajudaram em etapas importantes do trabalho, seus esforços foram fundamentais.

Aos colegas e amigos que desde sempre alimentaram as divagações pelo universo da ciência, da saúde, da sociedade e da vida. Sem esses múltiplos acoplamentos eu não seria a mesma.

Aos queridos colegas e amigos que me receberam no seu espaço de trabalho, colaboraram com a pesquisa e acreditaram que eu poderia contribuir com a saúde. Espero atingir as suas expectativas.

À todos aqueles que participaram e apoiaram, estão guardados na memória e na dedicatória dos esforços diários pela saúde, pelo SUS, pela integralidade e pela igualdade.

## RESUMO

A interprofissionalidade trata-se do processo no qual profissionais refletem e desenvolvem práticas que produzem respostas integradas e coesas para as necessidades individuais e coletivas, sendo que tal processo apresenta componentes pragmáticos (práticas), cognitivos (saberes) e subjetivos (afetos). Este trabalho objetiva analisar os saberes, as práticas e os afetos envolvidos na produção de interprofissionalidade, no cuidado em saúde de usuários com lesões de pele, em uma unidade de atenção especializada à saúde. Para isso, realizou-se revisão integrativa sistemática de 31 artigos publicados de 2015 a 2019 dentro da temática da educação interprofissional, que resultou em um artigo científico; e pesquisa qualitativa, exploratória e aplicada, com coletas de dados por meio de entrevistas abertas e observação participante. Chegou-se aos seguintes resultados: a precarização do trabalho em saúde e o desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS) são importantes barreiras no desenvolvimento da interprofissionalidade; há um paradoxo entre a formalização e a informalidade dos processos que levam a interprofissionalidade; e percebe-se ser necessário repensar como os sujeitos se relacionam nos serviços de saúde e como a especialidade é construída socialmente. Sugere-se o pensamento simpoietico, vertente das políticas cognitivas do pensamento complexo, como forma de resignificação das relações para a interprofissionalidade.

Descritores: Interprofissionalidade. Educação interprofissional. Relações interprofissionais. Formação profissional em saúde. Lesão de Pele.

## ABSTRACT

Interprofessionality consists in the development of a cohesive practice among professionals from different disciplines. It is the process by which professionals reflect and develop practices that produce an integrated and cohesive response to the needs of users / families / community. It is interfered by pragmatic (practical), cognitive (knowledge) and subjective (affective) processes. This work aims to analyze the knowledge, practices and affects involved in the production of interprofessionality, in the health care of users with skin lesions, in a specialized health care unit. For that, a systematic integrative review of 31 articles published from 2015 to 2019 was carried out within the theme of interprofessional education, which resulted in a scientific article; and qualitative, exploratory and applied research, with data collections through open interviews and participant observation. The data were submitted to Content Analysis and categorized into “Knowledge”, “Practices” and “Affections”, and the respective subcategories. The following results were reached: the precariousness of health work and the Sistema Único de Saúde (SUS) are important barriers in the development of interprofessionality; there is a paradox between the formalization and the informality of the processes that lead to interprofessionality; it is necessary to rethink how the professionals relate to each other in the health services, it is suggested the sympoietic thinking, a strand of the cognitive policies of complex thinking, as a way of redefining relationships for interprofessionality.

**Key Words:** Interprofessionality. Interprofessional education. Interprofessional relations. Cooperative behavior. Professional training in health.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

AE - Atenção Especializada

AIDS - Doença da Imunodeficiência Adquirida

APS - Atenção Primária à Saúde

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAIPE - Centre for the Advancement of Interprofessional Education (Centro para Avanço da Educação Interprofissional)

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CIHC - Canadian Interprofessional Health Collaborative (Coletivo Canadense pela Saúde Interprofissional)

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

DESF - Departamento de Saúde da Família

E - Entrevistado

EIP - Educação Interprofissional

ESP - Escola de Saúde Pública

IECPCP - Interprofessional Education for Collaborative Patient-centred Practice (Educação Interprofissional para Prática Colaborativa Centrada no Paciente)

InterEd - Associação Internacional de Educação Interprofissional e Prática Colaborativa

IPEC - Interprofessional Education Collaborative (Coletivo de Educação Interprofissional)

eSF - Equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia da Saúde da Família

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NHS - National Health System (Sistema Nacional de Saúde)

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PPP - Projeto Político Pedagógico

PRÓ-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RI – Revisão Integrativa

SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SisCNRMS - Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica

SF - *String Figures*

SMED - Secretaria Municipal de Educação

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

VER-SUS - Programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo dos Níveis de Atenção organizados no formato de uma pirâmide. ....	23
Figura 2: Representação gráfica das redes complexas únicas com múltiplas coautorias. ....	25
Figura 3: Diferenciação entre interdisciplinaridade e interprofissionalidade. ....	56
Figura 4: Modelo teórico conceitual da Educação Interprofissional para a prática centrada no paciente.....	77
Figura 5: Categorias e subcategorias da pesquisa.....	97

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Indicadores de colaboração.....	75
Quadro 2: Artigos selecionados para a realização da revisão integrativa.....	89

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	14
2 OBJETIVOS .....	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	21
3.1.1 Serviços Especializados na Atenção à Saúde no Brasil.....	29
3.2. O TRABALHO EM SAÚDE.....	31
3.2.1 A profissionalização na saúde .....	32
3.2.2 Fragmentação e sofrimento no trabalho.....	36
3.3 O PENSAMENTO COMPLEXO E A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE .....	41
3.3.1 Políticas cognitivas e o pensamento complexo .....	43
3.3.2 Integralidade em saúde: um objeto complexo.....	50
3.4 INTERPROFISSIONALIDADE COMO OBJETO DE ESTUDO .....	54
3.4.1 A emergência do “interprofissional”: um movimento intercontinental.....	63
3.4.2 Interprofissionalidade: onde os conceitos e as definições começam.....	70
3.4.3 Contribuição de Ana Ecilda Ellery .....	84
4 METODOLOGIA DO ESTUDO .....	87
4.1 REVISÃO INTEGRATIVA SISTEMÁTICA DA LITERATURA .....	88
4.2. PESQUISA QUALITATIVA, APLICADA, EXPLORATÓRIA .....	89
4.2.1 Cenário do estudo .....	91
4.2.2 Coleta dos Dados.....	92
4.2.3 Análise dos dados .....	93
4.3 APRECIACÃO ÉTICA.....	95
5 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS E OBSERVAÇÃO DE CAMPO .....	95
5.1 SABERES .....	97
5.1.1 Saber integralidade: o usuário como centro do cuidado.....	98
5.1.2 Educação interprofissional: o “trabalhar junto” .....	103
5.2 PRÁTICAS .....	106
5.2.1 Trabalho em equipe: a experiência interacional.....	107
5.2.2 Comunicação: paradoxo entre formalização e informalidade.....	112

5.2.3 A relação com a rede de atenção à saúde.....	116
5.3 AFETOS .....	120
5.3.1 Produção afetiva positiva: pertencimento, amorosidade e desejo.....	120
5.3.2 ‘Desmontivação’: ‘Capitaloceno’ da saúde brasileira .....	123
6 DISCUSSÃO .....	129
6.1 DESAFIOS PARA O SUS NO DESENVOLVIMENTO DA INTERPROFISSIONALIDADE: A DIMENSÃO SISTÊMICA.....	130
6.2 O PARADOXO DA FORMALIZAÇÃO E A INFORMALIDADE: DESAFIOS E PROPOSIÇÕES NA DIMENSÃO INSTITUCIONAL DA INTERPROFISSIONALIDADE .....	134
6.3 TORNANDO A INTERPROFISSIONALIDADE UMA POLÍTICA COGNITIVA .	140
6.4 RESSIGNIFICAÇÃO DA ESPECIALIDADE: A INTERPROFISSIONALIDADE E A ABERTURA DOS HORIZONTES .....	145
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	148
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	150
APÊNDICE .....	159
ANEXO.....	186

## APRESENTAÇÃO

A interprofissionalidade e a interdisciplinaridade sempre me foram caras, desde antes do meu início na enfermagem, quando se misturavam desejos pelas ciências e pelas artes (e por que não, pelas duas juntas?). Então, quando enfermeira, adepta à visão romântica do cuidado, defensora de um sistema de saúde público que responda as reais necessidades de cada indivíduo e de todos os seres humanos, e que seja capaz de enxergá-los para além das suas queixas principais, esse tema só foi ampliado.

A trajetória explica o sentido do tema para este estudo. Graduada em enfermagem, por quatro anos participei de atividades em pesquisa em um espaço interdisciplinar, potente e borbulhante de interconexões. Os contatos com estudantes e professores de diversas áreas do conhecimento permitiram-me fortalecer a ideia de que isolados não poderíamos produzir essa saúde que estava sendo construída a partir das minhas reflexões. A primeira experiência de pesquisa teve como tema principal a “intersectorialidade” que abriu caminho para outras conexões: saúde e meio ambiente em projeto de pesquisa; saúde e música em projeto intervencionista no setor hospitalar; saúde e literatura em intervenção de gestão da equipe de saúde; saúde e fotografia em intervenção com adolescentes, entre outras possibilidades realizadas e idealizadas na simbiose de diversas áreas.

Penso que a minha experiência formativa e profissional (e porque não dizer, humana?) tem sido interdisciplinar e interprofissional. O que nos traz de volta a esta dissertação que tem como tema principal a interprofissionalidade. A inquietação com disputas de poder, os conflitos motivados pela garantia de espaço privilegiado nos serviços de saúde, os desconfortos frente o isolamento forçado e a falta de reconhecimento profissional e outras implicações pessoais com o tema movem este estudo.

Esta pesquisa parte da inquietação sobre as dificuldades de produzir cuidado em saúde trabalhando em equipe. Parte da minha experiência sinalizou tentativas de interação e intersecção das práticas e disciplinas, o que possibilitou a percepção das barreiras e dos nevoeiros que dificultam enxergar o outro e ser enxergado (quem dera produzir cuidado pelas relações). Por vezes, a teorização do trabalho em equipe, como no caso da construção do cuidado interprofissional, é percebida por mim de forma intransponível, à fronteira da experiência, como se essa produção de conceitos permanecesse no campo das ideias, nos discursos e nas idealizações, e ao atravessarem essa suposta fronteira da empiria perdesse partes de si pelo caminho.

Juntados esforços à orientação da Professora Êrica, introduzimos o trabalho com a construção da problemática, seguida pela questão norteadora e os objetivos do estudo.

O aprofundamento do conhecimento sobre cuidado à lesão de pele faz parte de um projeto de pesquisa de um grupo de enfermeiros (professores e colegas de serviços desde 2016) na instituição à qual estou vinculada. A pele é ao mesmo tempo o maior órgão de nosso corpo, e também o que nos representa como pessoa (identidade racial e cultural).

Em vias de fundamentar o leitor nas teorias e no contexto do estudo, apresentaremos o Sistema Único de Saúde (SUS), seguido de um aprofundamento no nível de atenção especializado, que foi o cenário escolhido para a pesquisa. Abordaremos também a organização tecno-assistencial do SUS, com a apresentação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), das Linhas de cuidado em saúde, do apoio matricial etc. Na sequência, será feita uma discussão sobre o trabalho na saúde, e dentro disso: a profissionalização nesta área, a fragmentação da atenção à saúde e o sofrimento no trabalho.

Por conseguinte, trataremos do pensamento complexo e da integralidade e sua relação com a interprofissionalidade, tema central que é discutido na sequência. Serão abordadas, quanto à interprofissionalidade, sua historiografia e conceituação, a fim de dar bases para a análise. A metodologia é apresentada após a fundamentação teórica.

Os resultados serão divididos em duas seções: revisão da literatura, que apresentará a análise da produção científica dos últimos anos que versam sobre a interprofissionalidade; e a análise dos dados coletados durante a realização da pesquisa.

## 1 INTRODUÇÃO

Os sujeitos do sistema de saúde, sejam eles usuários, gestores, professores, militantes, pesquisadores ou profissionais de saúde, são “sujeitos de uma cultura”, pois cada um ocupa diferente posição em diferentes situações. E essas diferentes posições nos levam a agir, pensar, falar e nos comportar das mais variadas formas. (SCHWEICKARDT et al, 2015, p.27-28).

Nesta pesquisa não seria diferente, tendo em vista que diversos atores se encontram para produzir uma cultura que é única no contexto. A costura desses fragmentos forma a cultura do pensar e do fazer de um grupo que “trabalha junto”, na qual um indivíduo pode ser diversos sujeitos, pode interconectar-se com outros, ocupar diferentes posições neste emaranhado de representações, como está disposto na citação de Schweickardt..

Essa é a ‘cultura da relação’, que estabelece e é estabelecida a partir dos encontros e dos desencontros entre aqueles mesmos “sujeitos de uma cultura”. O “outro” e a abertura à experiência, ou a “uma coisa qualquer que desperte o desejo” (PARAÍSO, 2011 apud SCHWEICKARDT et al, 2015 p. 28), estão intimamente ligados à formação dos sujeitos. As relações que moldam a cultura estão na simultaneidade da construção em si (autopoiese<sup>1</sup>) e da construção do coletivo (simpoiese<sup>2</sup>). Nessas relações nunca se sai do encontro sem inferir sobre a formação cultural, por isso a ênfase na interação, na existência corpórea presencial do outro, para que haja relação, considerada, a partir das falas, um indicador de interprofissionalidade.

As relações profissionais não podem “resultar apenas da descrição de cargos e da prescrição de encargos”, diante do reconhecimento de que esse contexto e a produção do saber, que põe em ato o trabalhar em equipe, ocorre nos encontros, nas comunicações dialógicas, no produto cognitivo posto em ato. Reconhece-se que os trabalhadores são atores sociais e agentes de práticas, e na relação com o outro compõem um corpo de produção de cultura em saúde (SCHWEICKARDT et al., 2015, p. 65).

O ato de relacionar-se é pedagógico e político, como o ato de cuidar, eles exercem poder sobre as culturas, sobre o agir, sobre aquilo que concebemos por verdade.

O prefixo “inter” expressa reciprocidade, como no termo “inter-relação”, e ao mesmo tempo refere-se a algo que ocorre entre um e outro distintos, como no termo “inter-racial” (entre

---

<sup>1</sup> Na teoria da autopoiese (Maturana e Varela, 1991), o organismo está sempre em um infinito processo de vir-a-ser (transformação) em interação com outros processos.

<sup>2</sup> O conceito de Donna Haraway foi incluído neste estudo por questionar e expandir o entendimento de autopoiese. A autora afirma que a produção dos seres vivos nunca é isolada, acontece sempre dentro de uma rede de conexões. Esses conceitos serão melhor detalhados no capítulo 3.3.

raças). Assim, a noção de interprofissionalidade denota reciprocidade entre sujeitos profissionais e distintos. Consiste em uma construção teórica, conceitual e pragmática com vertente no pensamento complexo, que propõem a reestruturação nas formas de trabalhar em equipe.

O fenômeno da interprofissionalidade é descrito por D'amour e Oandassan (2005) como o desenvolvimento de uma prática de cuidado à saúde coesa e integrada entre os profissionais de diferentes disciplinas da mesma instituição ou distintas, em resposta às necessidades dos usuários. Consiste em um conjunto de processos e determinantes que influenciam e que são inerentes às iniciativas de educação interprofissional e colaboração interprofissional com relação direta entre estes conceitos.

As práticas colaborativas e interprofissionais são uma estratégia de trabalho em equipe que consiste no processo de convivência de diferentes profissões no espaço comum, envolvendo processos de comunicação, tomada de decisões compartilhada com vistas a melhor produção de cuidado em saúde (ARRUDA; MOREIRA, 2018; D'AMOUR; OANDASAN, 2005). As duas ou mais profissões compartilham conhecimentos e práticas para o planejamento e execução de ações em conjunto e para o fornecimento de respostas integradas e coerentes com as necessidades dos usuários, em uma interação longitudinal de partilha de conhecimentos (ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016).

Logo, a Educação Interprofissional em Saúde (EIP), que atravessa a formação formal universitária dos profissionais e a Educação Permanente em Saúde, nos contextos de trabalho, é entendida “uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde” (REEVES, 2016, p. 185). O “aprender juntos de forma interativa” é referido por Barr (2015) como “duas ou mais profissões que aprendem com, de e sobre cada uma delas” (“sobre os outros, com os outros e entre si” (OMS, 2010, p. 10)) com o objetivo de melhorar a colaboração entre os profissionais e, assim, qualificar a assistência (REEVES, 2016).

Ceccim (2017, p. 53) descreve,

[...]ao trabalharmos juntos, nossas práticas intervêm nas práticas uns dos outros, criando os modos pelos quais as compartilhamos. A qualidade de nossos compartilhamentos interferirá nas configurações contemporâneas do trabalho e, assim, em nossas compreensões, relacionamentos e disposição de nossos saberes-fazer.

Dessa forma, a interprofissionalidade implica na ação, com o compartilhamento de objetivos e conhecimentos em um espírito de confiança e harmonia no trabalho em equipe, o que resulta em práticas colaborativas e educação interprofissional. Isso acontece porque

determinados problemas só podem ser tratados em redes de relações (BONET, 2010). Interprofissionalidade, nos últimos anos, tem sido um tema constante nos debates voltados à formação profissional, à produção de trabalho na saúde e na organização de seus serviços (MULLER et al., 2020)

Entretanto, essa proposta enfrenta desafios, sendo um deles a lógica da competição entre os profissionais, comumente vivenciada nos contextos de trabalho em saúde. O panorama competitivo inicia na formação profissional, centrada na divisão disciplinar (D'AMOUR et al, 2005), bem como dos agenciamentos mercadológicos impostos sobre o trabalho em saúde, dando abertura aos desafios para a interprofissionalidade no trabalho em saúde.

Então, a dificuldade de desenvolver dinâmicas de trabalho em equipe, que propiciem uma racionalidade interprofissional, está presente no cotidiano dos serviços de saúde. Ela é impulsionada pelos modelos hegemônicos de atenção à saúde, que valorizam a individualidade profissional, a valoração do trabalho de cada categoria a partir das premissas do mercado, além do foco no produtivismo da saúde.

As barreiras para o desenvolvimento da interprofissionalidade iniciam na complexidade contida na sua proposta, com conceituação difusa e de difícil replicação nos espaços de trabalho em saúde. Por isso, considera-se necessária a análise da subjetivação do conceito e o potencial de apropriação deles pelos atores sociais (OMS, 2010). Afinal, ser interprofissional é agir interprofissionalmente, estar atrelado ao ser social e agir em contextos dinâmicos e mutáveis pela ação de diversos atores.

Parte-se do pressuposto de que o trabalho em equipe é uma relação de reciprocidade entre trabalho e interação, portanto requer “[...] a revisão da rede de micropoderes e das materializações daquilo que está instituído, de modo a revelar o explícito e o implícito dos papéis [...]” (PEDUZZI et al. 2011, p. 631).

Das formas de trabalhar em equipe, a colaboração é a que denota mais equilíbrio nas relações de poder, sem aniquilar as profissões (CECCIM, 2017). A questão, entretanto, é que as relações de poder devem ser revisadas quando iniciados projetos interprofissionais, o que torna por si só um projeto complexo.

Neste momento, no Brasil, enfrenta-se uma mudança expressiva nos projetos nacionais na e para a saúde, com a estagnação de investimentos e o aumento da terceirização dos serviços de apoio, de assistência e de gestão da saúde pública. Alguns dos fatores que subsidiam essa discussão são: a precarização e a fragmentação do trabalho; o aumento das desigualdades socioeconômicas; a rápida transição demográfica com aumento da expectativa de vida, queda na taxa de natalidade e a tripla carga de doenças – permanência de doenças agudas de origem



ambiental e sanitária, aumento das condições crônicas de alta prevalência e das causas externas. Os problemas vivenciados no setor da saúde (os citados e outros) e as necessidades profissionais com que os profissionais se deparam cotidianamente, atingem alto nível de complexidade, requerendo, assim, novas formas de intervenção sobre eles (REEVES, 2016).

As mudanças, na maioria das vezes, quebram paradigmas em termo de valores, códigos de condutas e processos de trabalho. Para isso, é necessária a transformação de uma série de fatores (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013), interpessoais, organizacionais, econômicos, entre outros. Isso tudo, agravado pela crise do conhecimento e das ciências, principalmente no que se refere à fragmentação do conhecimento e da atenção à saúde (PEDUZZI et al., 2013).

Passou-se a enfrentar um duplo agravante no trabalho em saúde: a necessidade crescente de ampliar a atenção para âmbitos que vão além do biológico e do procedimental, traduzida na integralidade da atenção à saúde e nos projetos interprofissionais, o que gera o aumento da complexidade e da multiplicidade de tecnologias para responder aos problemas de saúde; e a fragmentação do cuidado em saúde.

Esses agravantes são interdependentes, e a possibilidade de integração ou a manutenção da fragmentação do trabalho interfere diretamente na qualidade e na integralidade da atenção e na possibilidade de desenvolver interprofissionalidade. Tanto a integração, quanto a fragmentação, são mediadas pelas formas de organização do trabalho em saúde, quantidade de profissionais formados e qualidade da formação profissional. A fragmentação está presente nos aspectos estruturais dos serviços de saúde, bem como nas relações de poder que constroem práticas hegemônicas o que “afronta” diretamente a integralidade (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2010).

Considera-se, portanto, que a investigação sobre como ocorre a produção de práticas e saberes na dinâmica interprofissional configura objeto de pesquisa relevante para a saúde. Nesse caso, o trabalho em equipe e a cultura que permeiam este trabalho são elementos fundamentais para investigar os modos de pensar o campo da saúde, pois é, também, a partir dos atos do trabalho que se cria uma racionalidade sobre o que é saúde.

Cabe discutir, ainda, as práticas interprofissionais no trabalho em saúde, que nas últimas décadas têm retornado às agendas de órgãos nacionais e internacionais (OMS, 2010; CIHC, 2010; IPEC, 2011), bem como o desdobramento dessas ações para serem entendidas como interprofissionalidade. Ações que estão voltadas para a atenção integral à saúde, na melhora da qualidade do sistema e na sua resolutividade.

Estudos sobre a temática têm sido produzidos em todos os níveis de atenção do sistema de saúde internacional. No Brasil, pesquisas, principalmente no âmbito da Atenção Básica, têm

sido desenvolvidas. Destaca-se, aqui, a importância da discussão da interprofissionalidade em qualquer um dos níveis de atenção (ver capítulo 3.1).

As dificuldades de se trabalhar em equipe, difundidas na literatura e nos discursos dos profissionais da saúde, motivam o estudo ao situá-lo no âmbito do trabalho em saúde e numa perspectiva pragmática.

Este trabalho constitui e propõem a discussão e a problematização das prerrogativas em torno da interprofissionalidade, que sugere um agir profissional integrado frente a um cotidiano de trabalho complexo e, por vezes, arraigado de conflitos. Considera-se, nesta pesquisa, o caráter subjetivo dos processos de trabalhar em saúde, a autonomia e a criatividade que propulsiona a apreensão dos conceitos de forma singular em cada contexto ao produzir a própria cultura. Acredita-se, também, na potência e nos desafios de trabalhar em equipe, e, por isso, serão explorados os saberes e as práticas envolvidos na produção de interprofissionalidade

Até chegar a uma pergunta de pesquisa e aos objetivos para este estudo, percorreu-se um longo caminho de reflexões e problematização relacionado ao tema e aos problemas levantados. Os problemas emergiram da fragmentação e da postura reducionista que ainda permeia os processos de produção de saúde e confrontam a integralidade da atenção à saúde, tendo como estratégias de enfrentamento a colaboração interprofissional e a educação interprofissional. São essas estratégias, que mesmo tendo décadas de produção científica, vão ao encontro de problemas atuais no campo da saúde e podem consistir em um dos caminhos para a resolução desses problemas.

Retomando o tema lesões de pele, citado na apresentação deste estudo, sabe-se que lesões crônicas de pele são consideradas um problema de saúde pública, pois produzem significativo impacto na qualidade de vida das pessoas que são atingidas por elas e, principalmente, as pessoas com doenças crônicas. Apesar de muitos conseguirem realizar o cuidado de suas lesões em seu domicílio, grande parte necessita de suporte para realizá-lo, e com o aumento da cronicidade e da gravidade das lesões, tratamentos especializados e novas tecnologias que otimizem o cuidado são necessários (DUARTE, 2016).

A pele é o maior órgão do corpo humano e é fundamental para o funcionamento fisiológico do organismo, e como qualquer órgão, está sujeito a sofrer agressões oriundas de fatores patológicos intrínsecos e extrínsecos que irão causar o desenvolvimento de alterações na sua constituição, como as feridas cutâneas, o que poderá levar à sua incapacidade funcional. As lesões de pele possuem motivos diversos para aparecerem na vida de uma pessoa, elas apresentam morbidade significativa, possuem caráter recidivante, contribuem para a redução da qualidade de vida e elevam os gastos públicos com a saúde (DUARTE, 2016).

Esse problema de saúde é considerado um ponto focal nos estudos em gestão do trabalho em saúde e é visto como um objeto multideterminado, complexo que requer discussão aprofundada para a qualificação do cuidado (DUARTE, 2016). Além disso, é um cenário onde o atendimento colaborativo entre profissionais é muito intenso.

A partir das reflexões apresentadas, este estudo origina-se na proposta da interprofissionalidade, que é um tema constante na reflexão voltada à formação profissional. Levou-se em consideração também o trabalho em saúde, a organização de seus serviços e como ele acontece em um serviço de atenção aos usuários com lesões de pele.

O interesse em compreender melhor esse objeto complexo, suscitou questionamentos quanto ao conceito de interprofissionalidade e como ela é produzida no cotidiano do trabalho em saúde. Assim, esta pesquisa é permeada pela seguinte pergunta: **Quais são os saberes, as práticas e os afetos envolvidos na produção de interprofissionalidade no cuidado em saúde de usuários com lesão de pele em uma unidade de atenção especializada à saúde?**

## 2 OBJETIVOS

Sempre que buscamos responder a uma questão de pesquisa precisamos nos debruçar nos objetivos que nos levarão as respostas. Neste estudo eles são:

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os saberes, as práticas e o afetos envolvidos na produção de interprofissionalidade, no cuidado em saúde de usuários com lesões de pele, em uma unidade de atenção especializada à saúde.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar uma revisão sistemática integrativa sobre a prática e a formação interprofissional no Brasil;
- Identificar práticas, saberes e afetos relacionados à interprofissionalidade em uma unidade de atenção especializada à saúde na rede pública de saúde brasileira.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O sistema de saúde brasileiro, como conhecemos hoje, passou por importantes mudanças ao longo da história das políticas públicas. O principal movimento dentre essas mudanças foi o da Reforma Sanitária Brasileira, na década de 1970, que apresentou significativas conquistas e que ainda permanece no imaginário e nas lutas sociais pela saúde pública, universal, com uma perspectiva ampliada de saúde. Dentre essas conquistas está o reconhecimento formal do direito da sociedade à saúde; a descentralização com comando progressivamente único em cada esfera de governo; e a universalização da saúde. Foi um processo vinculado à uma revolução democrática, no qual as classes de trabalhadores e intelectuais exerceram o papel de vanguarda, junto à sociedade brasileira (PAIM, 2008).

Com vistas ao retorno de um regime democrático (marcado pela Constituição Federal 1988), foi realizada, no ano de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde que reafirmou o reconhecimento da “saúde como direito de todos e dever do estado” – texto igualmente presente na Constituição Federal (PAIM, 2008; PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Dessa conferência surgiram ideias acerca de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltadas para a saúde, como a criação do SUS; a descentralização e a democracia na gestão; e a ampliação do entendimento de saúde, pensado para que não fosse apenas a ausência de doenças. Essas propostas não apontavam apenas para mudanças no setor da saúde, mas para uma democratização da vida social, ou seja, estavam relacionadas a uma Reforma Democrática de Estado, com o compromisso de democratizar estruturas políticas e melhorar a qualidade de vida dos cidadãos (PAIM, 2008).

Partiu-se de um longo período de regime autoritário, mais de 20 anos de ditadura militar, que teve como objetivo alterar iniciativas identificadas com o ideário socialista. Até aquele momento, no Brasil, tinha ocorrido uma expansão do setor privado. O sistema estava restrito entre a medicina previdenciária, a cargo dos institutos e pensões, ou por convênios empresariais (contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos para atendimento dos funcionários, sob a prerrogativa de incentivos fiscais para as empresas). O direcionamento era para a saúde individual de trabalhadores em zonas urbanas, a saúde pública, organizada pelo Ministério da Saúde, era direcionada para populações das zonas rurais e aos setores mais pobres da população (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O SUS, promulgado pela Lei 8.080 de 1990, veio orientado por um conjunto de princípios e diretrizes que são válidos em todo o território nacional, partindo da concepção da garantia da saúde pelo Estado como um direito do cidadão. O que caracteriza o SUS é o seu financiamento público e as suas diretrizes que são: a) a universalidade do acesso, que expressa que todos têm o mesmo direito de obter os serviços de que necessitam; b) a igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; c) a integralidade da assistência, que corresponde a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, e também remete à articulação entre as políticas de cunho econômico e social no sentido de atuar sobre os determinantes sociais da saúde<sup>3</sup>; d) a participação da comunidade na formulação de diretrizes, fiscalização, controle e avaliação da política de saúde; e) a descentralização político administrativa para os municípios (que tradicionalmente era centralizado na esfera federal), com ênfase na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012; MATTOS; PINHEIRO, 2006).

A organização do SUS foi pensada para que os profissionais e gestores conhecessem os problemas de saúde dos usuários, favorecendo ações de vigilância epidemiológica e sanitária, controle de doenças, educação em saúde e o acesso ao conjunto de ações de vários níveis de complexidade e densidade tecnológica representados nos níveis de atenção à saúde (SOLLA; CHIORO, 2012). Isso acontece visto que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no território e no tempo. Por isso, as ações e os serviços de saúde são organizados segundo dinâmicas territoriais específicas (regionalização) e por níveis de atenção (hierarquização) (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Os níveis de atenção em saúde são arranjos produtivos conformados segundo a densidade tecnológica e a complexidade. A densidade tecnológica varia entre: 1) nível de densidade tecnológica, correspondente à Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB)<sup>4</sup>; 2) nível de densidade tecnológica intermediária, que corresponde à atenção secundária à saúde, também chamada de especializada e/ou ambulatorial; 3) nível de maior densidade tecnológica, ou seja a atenção terciária ou hospitalar (MENDES, 2011).

---

<sup>3</sup> Determinantes Sociais da Saúde são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78)

<sup>4</sup> O emprego do termo “atenção básica à saúde” foi feito durante o Movimento Sanitário Brasileiro buscando uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de Atenção Primária no mundo, com o objetivo da construção do SUS como um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada. A partir desse momento, neste estudo, será utilizado apenas o termo Atenção Básica (AB).

Densidade tecnológica consiste na concentração e na capacidade tecnológica que os serviços têm de responder às necessidades e aos agravos dos problemas de saúde dos usuários, a partir do uso de equipamentos e máquinas, realização de exames e procedimentos de mais alta complexidade.

Quanto à complexidade, a variação é inversa, parte-se do nível de maior complexidade, na AB, para os níveis de menor complexidade, a atenção secundária e terciária à saúde (MENDES, 2011). A complexidade é determinada pelos múltiplos fatores envolvidos no processo saúde-doença e nos seus objetivos que, no caso da AB, são mais abrangentes e correspondem a intervenções em diferentes campos, como no fisiológico, no social, educativo, econômico, ambiental etc.

Historicamente, o modelo de organização do SUS foi delineado como um sistema binário e linear (MELLO; DEMARZO; VIANA, 2019, p. 1145). Nesse modelo os níveis de atenção do sistema são representados por uma pirâmide (Figura 1). A AB assume a posição da base da pirâmide, com a pretensão de resolver mais de 80% dos problemas de saúde em geral, voltada a grupos populacionais bem definidos e adscritos aos serviços.

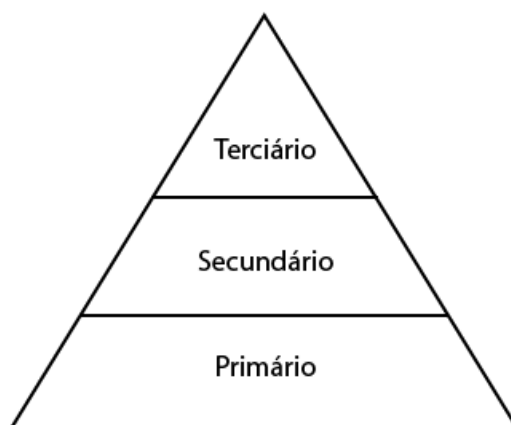


Figura 1: Modelo dos Níveis de Atenção organizados no formato de uma pirâmide. Fonte: MELLO; DEMARZO; VIANA, 2019.

Parte-se do pressuposto de que a população deve acessar uma rede de serviços a partir da AB, que deve ser capaz de atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde (SOLLA; CHIORO, 2012), referindo-se a um conjunto de práticas integrais direcionadas para responder às necessidades individuais e coletivas. Algumas das características específicas da AB são: a prestação de serviço como primeiro contato; a responsabilidade longitudinal pelo cuidado do usuário buscando a continuidade da relação

equipe-usuários; a garantia do cuidado integral; a coordenação do cuidado, incluindo o acesso a serviços de nível secundário e terciário; a orientação à comunidade e centralização na família; e a compreensão de uma competência cultural (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Nesse modelo, binário e linear (Figura 1), o fluxo acontece de forma ordenada de baixo para cima ((nível primário-AB) – nível secundário – nível terciário) e de cima para baixo (nível terciário – nível secundário – nível primário (AB)), por meio dos mecanismos de referência e contrarreferência (CECÍLIO, 1997).

Esse modelo tecno-assistencial adquiriu legitimidade à partir da construção do SUS, por representar o ideário da justiça social no setor da saúde, entretanto, ainda se vive dilemas que avaliam o modelo de forma negativa (CECÍLIO, 1997), uma vez que a porta de entrada ainda permanece sendo a atenção hospitalar, através dos serviços de urgência e emergência, atendendo ainda muitos problemas de saúde sensíveis à atenção básica. O serviço especializado permanece insuficiente, gerando dificuldade de acesso para atender às necessidades da população e, aqueles que são atendidos se mantêm cativos, apesar de poderem estar sendo direcionados para a rede básica, por terem medo de perder o atendimento especializado que conseguiram.

Existem outros modelos tecno-assistenciais que foram propostos ao longo dos anos para o sistema de saúde brasileiro, como o modelo do círculo (CECILIO, 1997). Esse modelo consiste em múltiplas portas de entrada que privilegia a garantia do acesso e o acolhimento em todos os níveis de atenção de acordo com a necessidade de cada usuário. Parte-se da relativização da concepção de hierarquização dos serviços, com fluxos verticais previstos no modelo da pirâmide. O modelo do círculo associa a ideia de movimento com suas múltiplas alternativas de entrada e saída, e propõem a racionalização dos fluxos a partir de protocolos.

Constrói-se, a partir dessas experiências, uma ligação com o pensamento complexo, que ainda será abordado neste trabalho com mais profundidade. Nessa perspectiva, o sistema de saúde “apresenta características orgânicas, não totalmente previsíveis em constante adaptação ao ambiente e em equilíbrio dinâmico entre a ordem e o caos”, o que evidencia as limitações dos sistemas lineares como apresentado anteriormente (MELLO; DEMARZO; VIANA, 2019, p. 1145). A figura da rede desordenada e com múltiplas ligações (Figura 2) é uma representação da ideia da rede assistencial com base no pensamento complexo.

Percebendo-se, portanto, que o sistema de saúde ao ser visualizado como uma rede organizada a partir da participação da sociedade com integração de ações e serviços de saúde de níveis de complexidade e densidade tecnológica diferentes, deveria buscar-se uma nova forma organizada de sistemas integrados, que permitisse responder com efetividade, eficiência,



segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira,. À essa organização chamou-se de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2011).

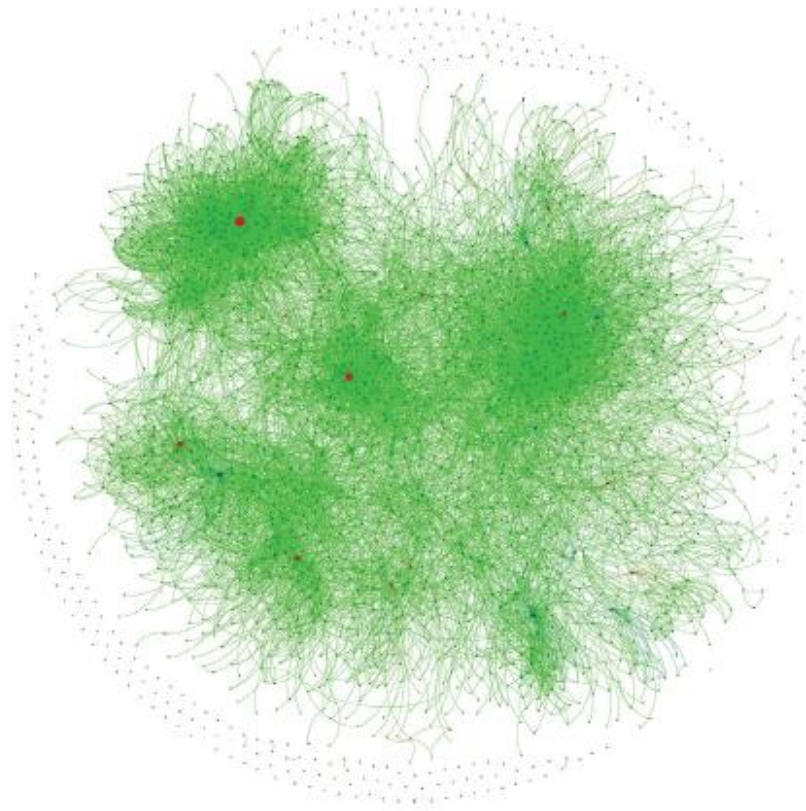


Figura 2: Representação gráfica das redes complexas únicas com múltiplas coautorias. Fonte: MELLO; DAMARZO; VIANA, 2019.

As RAS (MENDES, 2010) são constituídas de três elementos:

- a população, com o estabelecimento de uma atenção à saúde baseada na população e nas suas necessidades, e com a responsabilização sobre uma população organizada em territórios sanitários, em famílias e cadastrada em subpopulações conforme o risco sanitário;
- a estrutura operacional, que constitui os “nós” das redes e as ligações materiais e imateriais que propiciam a comunicação entre esses “nós”. A estrutura operacional é constituída por cinco elementos:
  - a AB como componente coordenador da atenção, voltado fortemente para a resolutividade e para a responsabilização atua como o centro de comunicação, ou seja, o “nó intercambiador” entre os diferentes pontos;
  - a atenção secundária e terciária que oferecem determinados serviços especializados;

- os sistemas de apoio que prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, com apoio diagnóstico terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação a saúde;
- os sistemas logísticos que compreendem a organização dos fluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo comunicabilidade eficaz;
- os sistemas de governança, que é um arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais
- e o modelo de atenção à saúde, que consiste em sistemas lógicos que organizam o sistema de acordo com as necessidades da população, tanto de característica aguda, quanto crônica.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) explicitou os atributos de uma RAS, que são:

- **população e território:** definido e com necessidades amplamente conhecidas;
- **organização de estabelecimentos de saúde:** para prestar serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos, incluindo programas focalizados em doenças, riscos e à populações específicas, possibilitando serviços de saúde individuais e coletivos;
- **AB estruturada:** como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar, para dar cobertura à população nas necessidades de saúde e na coordenação do cuidado;
- **prestação de serviços especializados:** em lugar adequado e de fácil acesso;
- **coordenação e continuidade do cuidado e integração assistencial;**
- **atenção de saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade:** atendendo as particularidades culturais de gênero, entre outras;
- **sistema de governança:** única e para toda a rede buscando articular as políticas institucionais;
- **capacidade de gestão:** para planejamento, monitoramento e avaliação do desempenho dos gerentes e das organizações;
- **participação social ampla;**
- **gestão integrada dos sistemas:** de apoio administrativo, clínico e logístico;
- **recursos humanos:** suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos para o alcance de metas da rede;

- **sistema de informação integrado:** vinculado aos membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
- **financiamento tripartite:** garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;
- **ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde;**
- **gestão baseada em resultados.**

No Brasil, foram criadas, ao longo dos anos, diversas estratégias para a operacionalização das redes, considerando os elementos já apontados. Dentre essas estratégias, sinalizam-se as Linhas de Produção de Cuidado e o Apoio Matricial como protagonistas na efetivação das RAS como modelo de atenção em saúde.

O modelo das Linhas de Produção de Cuidado é estruturado de forma sistêmica, onde os recursos disponíveis são organizados em fluxos direcionados de forma singular, guiado pelo projeto terapêutico dos usuários, que devem ser capazes de garantir o acesso às tecnologias necessárias. Nesse modelo tecno-assistencial, como em toda a construção do SUS, o usuário é o elemento estruturante em todo o processo de produção da saúde, e a AB o centro coordenador do projeto terapêutico (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR., 2004). Essa perspectiva constitui o campo de atenção especializada como parte de um sistema de atenção integral à saúde, que cumpre o objetivo de garantir a retaguarda técnica para a AB, assumindo a responsabilidade pelos usuários e preservando o fundamento do vínculo no processo terapêutico e diagnóstico com a AB (SOLLA; CHIORO, 2012).

As Linhas de Cuidado, entretanto, são as tramas que estruturam o processo de trabalho na RAS, com ações, procedimentos, fluxos, rotinas, que compreendem as práticas e saberes de diversos campos. Elas devem garantir não apenas a organização dos fluxos de atenção que facilitem o caminhar do usuário na rede de serviços, mas também a interlocução entre os diversos profissionais envolvidos no cuidado integral (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR., 2004).

O apoio matricial é uma metodologia de trabalho, ou então, um arranjo organizacional, bastante discutida e explorada no Brasil, que a partir da produção científica, estabelece um “conjunto de conceitos sobre o ‘como fazer’ o trabalho interprofissional” (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015, p. 231), que atua de forma complementar às metodologias de trabalho previstas para os sistemas hierarquizados (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Pode ser utilizado

tanto no trabalho em equipe, quanto em redes de atenção em saúde, nos processos de cogestão, e constituiu-se como estratégia para pensar a relação entre equipes de atenção básica com equipes de atenção especializada (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

O objetivo do apoio matricial é assegurar a retaguarda especializada para profissionais e equipes que atuam na atenção à saúde, bem como suporte técnico-pedagógico (CAMPOS, 2007). Sugere a partir das suas diretrizes a superação dos encaminhamentos para serviços especializados que fragmentam o cuidado e comprometem a responsabilização clínica. As diretrizes do apoio matricial giram em torno de levar a lógica do apoio e da cogestão para as relações interprofissionais; construir processos de cuidado a partir do referencial da interdisciplinaridade; e construir equipes interprofissionais corresponsabilizadas com o cuidado centrado no usuário (CAMPOS, 2007; OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

Resulta desse dispositivo organizativo o compartilhamento de conhecimentos que contribui para ampliar as possibilidades de composição de projetos terapêuticos, de realizar clínica ampliada e de favorecer a integração dialógica entre distintas especialidades ou profissões da saúde (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015). Cabe destacar, que o apoio matricial como mecanismo de operacionalizar a integralidade na atenção em saúde é um arranjo brasileiro, que converge com os sentidos atribuídos à interprofissionalidade.

Inseridos longitudinalmente no modelo de atenção das Linhas de Produção de Cuidado e na estratégia do Apoio Matricial, estão agregados os modelos: da clínica ampliada, que estende o rol de atuação dos serviços com vistas à atenção integral e direciona o foco de toda a atenção à saúde para o sujeito e os condicionantes para a sua saúde; das equipes de referência, que são na sua maioria a equipe de AB ou a equipe de saúde da família(eSF); do projeto terapêutico singular, que concentra os esforços de todos os profissionais nas necessidades do usuário de forma centralizada, no qual todos os profissionais seguem um projeto terapêutico dialogado e articulado (BRASIL, 2007; PNH,2010).

Essas metodologias de trabalho em saúde são construídas pela imanência dos contextos diversos de produção de saúde, são resultado de discussões que partem do movimento de descentralização do SUS, passam pela política de humanização do SUS e chegam no desenvolvimento dos conceitos de “campo” e “núcleo” (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

O núcleo representa a face mais estruturada do conhecimento, com a inscrição de disciplinas e a construção da identidade e especificidade de cada profissão, ou seja, constitui o conjunto de conhecimentos e atribuições específicas e características de cada profissão, o que a diferencia das diversas profissões. O campo indica um conjunto de conhecimentos e atribuições relativos a um determinado contexto, os quais todos os profissionais aglutinam no

seu rol de saberes e tarefas. O campo é mutável devido à sua configuração contextual e situacional e representa a possibilidade de abertura à interdisciplinaridade e interprofissionalidade (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

Desde a constituição do sistema de saúde até a forma como as atribuições são distribuídas, nos espaços de produção de saúde, percebe-se os condicionantes da interprofissionalidade. Como veremos, no capítulo 3.4, essas estratégias podem direcionar as práticas interprofissionais, bem como a educação interprofissional, por se relacionarem com os princípios e indicadores da interprofissionalidade.

Entretanto, cabe ressaltar neste momento, a fragilidade de mudanças estruturais na forma de fazer, sem mudar a forma de pensar. Para exemplificar, temos atualmente mudanças no PNAB (2017), no qual a Estratégia de Saúde da Família (ESF) teoricamente continuou sendo considerada estratégia primordial da AB, bem como os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Contudo, a Portaria N° 2.979 (2019), que instituiu o Programa Previne Brasil, modificou a forma de financiamento de custeio da AB e a Nota Técnica (N° 3/2020-DESF/SAPS/MS) modificou a forma de organização da equipe do NASF-AB. Desde então, gestores ficam responsáveis pelo direcionamento dos recursos que antes era destinados exclusivamente para os NASF (BRASIL,2019).

Na sequência, discorre-se sobre a Atenção Especializada considerando que esta pesquisa observou uma equipe de saúde atuando em um cenário que tinha como pano de fundo um serviço especializado

### **3.1.1 Serviços Especializados na Atenção à Saúde no Brasil**

A atenção especializada (AE) é onde se desenvolve “um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracteristicamente demarcadas pela incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade tecnológica” (SOLLA; CHIORO, 2012, p. 550). Dentre os serviços prestados estão as consultas e procedimentos que abrangem as especialidades médicas, os procedimentos e exames de apoio diagnóstico e terapêutico a nível ambulatorial, sintetizados na atenção especializada secundária (também chamada de ambulatorial ou de média complexidade).

Segundo definem Solla e Chioro (2012, P. 13),

[...] a média complexidade ambulatorial é composta por um conjunto de ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população,

cujo nível de complexidade da prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico que implicam no uso mais intenso para alcançar algum grau de economia de escala<sup>5</sup>, o que acarreta não serem realizados em todos os municípios do país, em grande parte muito pequenos[...]

O nível de média complexidade ou de atenção secundária consiste nos serviços de atenção especializada de menor densidade tecnológica e em procedimentos especializados de menor valor financeiro, chamados procedimentos ambulatoriais (SOLLA; CHIORO, 2012). Os complexos tecnológicos que são distribuídos entre níveis de atenção conforme a densidade tecnológica de cada um, variam de equipamentos, fármacos, instrumentos até saberes, condutas, processos de trabalho. Nesses espaços, inúmeras tecnologias têm sido produzidas e incorporadas com o objetivo de qualificar a atenção e o acesso com a complementação de tecnologias já existentes.

A atenção secundária se organiza em ambulatórios, onde especialistas recebem pacientes através de encaminhamentos ou referências, geralmente sem conhecer os profissionais que encaminharam e sem acesso aos registros e aos prontuários relacionados ao cuidado contínuo desses usuários, e de forma isolada da AB (TESSER; NETO, 2017). O nível de atenção secundário (média complexidade) tem um importante papel na garantia da atenção integral à saúde, atuando de forma integrada e complementar a AB. Por vezes, como já referido, não apresenta limites bem definidos em relação a AB, o que fortalece a necessidade de integração entre os e nível de atenção.

A atenção especializada vive um “estrangulamento no seu acesso”, o que gera aumento da desigualdade e insuficiência no sistema como um todo. Defende-se que uma melhor performance na atenção especializada está diretamente relacionada a resolutividade da AB, por reduzir a demanda de consultas e exames especializados. Entretanto, essa resolutividade compreende o esgotamento dos recursos disponíveis e das possibilidades diagnósticas (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2004, SOLLA; CHIORO, 2012).

Outro agravante que gera esse “estrangulamento” é o fato de grande parte dos serviços especializados se encontrarem fortemente vinculados ao setor privado, principalmente os serviços de apoio diagnóstico, de consulta médica especializada e hospitalares. Em detrimento a isso, os estabelecimentos privados contratados, quando não há sistemas de regulação e controle, podem gerar distorções, como a seleção da demanda por procedimentos e

---

<sup>5</sup> Economia de escala consiste no melhor aproveitamento dos recursos pelo aumento da quantidade total produzida, sem o aumento proporcional do custo de produção. Isso requer alto grau de planejamento por parte da gestão.

enfermidades, o encaminhamento a outros especialistas e exames complementares demasiados, ou a realização de procedimentos não cobertos pelos contratos, com elevação de custos ao serviço público ou aos usuários (SOLLA; CHIORO, 2012).

O nível de média complexidade constitui um dos pontos que mais sofre com a relação público-privado, ao contrário do proposto na reforma sanitária, tem sido organizado e financiado a partir da oferta de serviços e procedimentos, sem considerar o perfil epidemiológico da população (SOLLA; CHIORO, 2012).

O modelo tecno-assistencial das Redes de Atenção à Saúde (RAS), descrito anteriormente, propõe inverter a lógica dominante dos serviços especializados por meio da corresponsabilização sobre os problemas de saúde, preservação do vínculo diagnóstico e terapêutico da AB atuando como retaguarda técnica à mesma (MENDES, 2010). Modifica-se, a partir disso, a escassa responsabilidade em relação ao processo saúde-doença dos serviços e equipes do nível secundário, além da relação burocrática com os outros níveis de atenção e a falta de vínculo com os usuários (SOLLA; CHIORO, 2012; MENDES, 2010).

Há uma construção simbólica e cultural na atenção especializada marcada pela delimitação de fronteiras entre os especialistas e os não especialistas e, conseqüentemente, pela separação de tarefas, de objetivos, o que culmina na centralidade do cuidado no órgão ou doença de sua especialidade. Consiste no cerceamento de amplitude do cuidado, que supostamente deve ser restrito à especialidade para o qual o profissional foi contratado. Assim, a atenção secundária em muito se beneficiaria do trabalho interprofissional (tema aprofundado no capítulo 3.4) provocando solidez para as mudanças necessárias em toda a RAS.

Borges, Sampaio e Gurgel (2012) referem que o trabalho em equipe multiprofissional na atenção ambulatorial é um modelo de transição e um grande desafio posto aos gestores e profissionais. Complementam que a assistência especializada é acompanhada pelas dificuldades de realizar o trabalho de forma articulada em busca da integralidade e que vá além da multiprofissionalidade.

Desse modo, reafirma-se a relevância de estudos que analisem a interprofissionalidade nos serviços de saúde de atenção especializada/secundária/ambulatorial à saúde, com vistas a fomentar discussões sobre o cuidado integral de forma a contribuir com a RAS no efetivo fluxo de comunicação entre os serviços, ampliado com o trabalho colaborativo.

### 3.2. O TRABALHO EM SAÚDE

Este texto tem a proposta de apresentar as principais linhas de pensamento voltadas para o trabalho em saúde. Inicia-se com um breve relato da profissionalização da saúde, na sequência, apresenta-se a relação do trabalhador e as estruturas de trabalho, com destaque para a fragmentação dos processos e para o sofrimento no trabalho em saúde.

### **3.2.1 A profissionalização na saúde**

Profissão significa ofício, emprego, ocupação comumente realizada por sujeito especializado que passou por capacitação. Entretanto, o conceito de ‘profissão’ não se restringe às atividades laborais realizadas pelos seres humanos, mas também consiste nas representações sociais e culturais, além dos dispositivos legais, que constituem o ser humano que carrega o nome dessa profissão como sujeito na sociedade.

A profissionalização dos ofícios teve início com a produção de manufaturas, no século XVIII e XIX, em que os artesãos iniciavam os aprendizes baseados em diferentes habilidades e conhecimentos que os distinguiam de outros e, ao longo do tempo, possibilitaram a delimitação de territórios de autonomia. Essa postura atravessou os séculos e foi reforçada com a profissionalização de outros ofícios, inclusive os da saúde. Aproximadamente no mesmo período, ocorreu a distinção entre médicos que atendiam as famílias aristocráticas e reais e curandeiros que prestavam cuidados ao povo em geral (GREEN, 2014).

Os cuidados nos hospitais antes do século XVIII destinavam-se a prestar assistência aos pobres e a tirar os doentes de circulação para evitar o contágio. Essa atividade era realizada por um pessoal caritativo (religioso ou leigo) destinado a fazer uma obra de caridade, o que lhe assegurava a salvação espiritual. Aqueles hospitais não pretendiam a cura, ao contrário, eram instrumentos de exclusão, assistência e transformação espiritual. Nesse período, a profissão médica, era bastante individualista. Para chegar a ser um médico, era preciso passar por um processo de iniciação que compreendia conhecimento de textos e transmissão de receitas, mais ou menos públicos (FOUCAULT, 2011), o que não se diferencia dos processos atuais.

Com o passar do tempo, os profissionais começaram a se organizar em comunidades e corporações, que foram assumindo protagonismo e se apropriando dos espaços de atendimento aos doentes como forma de legitimar a prática como profissão e como necessidade na sociedade. A garantia do espaço cultural e social excluiu uma diversidade de práticas curativas tradicionais do senso comum e passou a compartimentalizar os saberes e as práticas considerados científicos e aqueles considerados mitológicos.



A formação profissional e principalmente o trabalho não estão imunes à produção social do capital, que prevê a formação de profissionais disciplinados, dedicados ao trabalho e, portanto, produtivos. Essa perspectiva do trabalho e dos trabalhadores ganhou um importante aliado no taylorismo (PEREIRA; RAMOS, 2006). A hegemonia do capitalismo e do modelo taylorista, tanto na construção científica e social do trabalho como um todo, quanto na ordenação do trabalho em saúde, tiveram importante influência nos processos de profissionalização e orientação das atividades laborais em saúde.

Na segunda metade do século XX, a análise da profissionalização se tornou mais complexa e pôde ser feita a associação entre o poder da profissionalização, o controle do mercado econômico e os processos de produção de saúde. Nesse período surgiram estudos dos processos de profissionalização e o desenvolvimento dos grupos profissionais aconteceu de forma contextualizada social e temporal, com diferentes níveis de autonomia e poder (GREEN, 2014). O estado de privilégio de uma profissão em detrimento a outras é produzido por meio da manipulação do capital cultural e organizacional das sociedades (GREEN, 2014).

Para Frenk et al. (2010), a essência do trabalho profissional está na confiança adquirida por aqueles que realizam as atividades requeridas por grupos de pessoas. Essa confiança se forma através da competência técnica, da orientação pelo compromisso ético, pela responsabilidade social e pela construção social do imaginário sobre as profissões.

A regulamentação profissional, que teve ênfase na década de 50, vinha operando normativas desde o século XIX por meio da atuação de estruturas regulatórias (principalmente das profissões médicas, enfermagem e farmácia) (MACMILLAN; REEVES, 2014; GREEN, 2014), através de relações de troca entre as organizações profissionais, o estado e as indústrias, ou seja, legítimas barganhas entre Estado e mercado financeiro (GREEN, 2014).

Os procedimentos e os conhecimentos passam a ser fixados às profissões e, assim, cria-se um status de exclusividade, o que banaliza quaisquer outras práticas que não sigam os parâmetros profissionais. Alguns exemplos são a aprovação da “Lei do Registro Médico” no Reino Unido, em 1858, e da “Lei de Registro de Enfermeiras”, em 1919, no mesmo país. Ato que acompanharam a criação de escolas que operavam segundo os princípios regulatórios das profissões (GREEN, 2014). Destaca-se, além do intervalo entre a regulamentação da prática médica e da prática de enfermagem, que a medicina seguiu uma trajetória de dominação, o que levou um corpo de conhecimentos da enfermagem e garantiu espaços de privilégio no mercado.

A enfermagem começou a ser reconhecida como profissão a partir das reformas de vanguardistas, como Florence Nightingale, na metade do século XIX, e da criação das escolas de enfermagem. O papel das enfermeiras era o de mediadoras entre o médico e os pacientes

(GREEN, 2014). A história da enfermagem no Brasil também ilustra esse movimento de profissionalização. O primeiro curso de obstetrícia foi criado em 1832 no país e a primeira escola de enfermagem em 1890. Em 1931, o exercício da enfermagem foi regulamentado por uma lei, que determinava quem poderia usar o título de enfermeira diplomada, assim promovendo a obrigatoriedade do diploma. Essa regulamentação passou por diversas modificações ao longo das décadas, acompanhadas pelas mudanças nas estruturas curriculares das escolas de enfermagem. Por demandas advindas da Associação Brasileira de Enfermagem, obedecendo a uma das recomendações do 1º Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1947, iniciou-se a petição por um órgão normativo, de orientação, consulta e coordenação. Em meio a tensões, em 1973 foram criados o Conselho Federal de Enfermagem e os Conselhos Regionais de Enfermagem (KURCGANT, 1976).

A construção da profissionalidade passa pela formação dos profissionais. O ano de 1910 fica marcado pela publicação do Relatório Flexner que promove importante reforma na formação médica, (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Para os elaboradores do relatório a doença era considerada um processo natural, biológico, e central para o ensino médico mundo (FRENK et al., 2010; MATTOS; PINHEIRO, 2006). Alguns estudiosos do relatório os componentes social, coletivo, público e o comunitário não contavam para o ensino médico pois não era considerado implicado no processo de saúde-doença. Inicialmente, o relatório influenciou muito a formação de profissionais da saúde nos Estados Unidos e, até hoje, seus princípios são aplicados na formação em saúde ao redor do mundo (FRENK et al., 2010; MATTOS; PINHEIRO, 2006).

Entretanto, cabe mencionar a importância desse marco na formação em saúde no mundo. O Relatório Flexner introduziu critérios de cientificidade e institucionalidade para regulação da formação acadêmica e profissional no campo da saúde. Além disso, implicava uma tentativa de integração com a proposta de superar a cisão entre modelos distintos de prática, como a clínica e o laboratório. Também é considerado um defensor de uma visão de saúde social e humanista, além da biológica (ALMEIDA FILHO, 2010).

No período pós 2ª Guerra Mundial, outras profissões surgem e vem com a crítica para aquelas que já existiam, além de reclamarem da exclusividade de práticas no intuito de legitimar as profissões e resguardar setores do mercado econômico (MACMILLAN; REEVES, 2014). Diferente do ocorrido em relação a enfermagem, essas profissões emergentes, foram capazes de afirmar a distinção da sua base de conhecimentos e reservar práticas, permitindo a eles uma parcela do mercado (GREEN, 2014). Em resposta a esse movimento as profissões mais tradicionais, como a medicina, levantam a bandeira da formação profissional e da pesquisa

como requisito para realizar tais práticas reclamadas pelas demais profissões, e assim, manter o status quo e a hierarquia já existente (MACMILLAN; REEVES, 2014).

Na metade do século XX, iniciou-se a crítica aos currículos de base flexneriana, considerado fragmentários e reducionistas ao sistema biológico. Então, introduz-se um paradigma da formação de profissionais voltado à resolução de problemas e acompanhado de inovações institucionais, como a inclusão de saberes relativos à sociedade e aos contextos culturais e a proposição de ensino in loco nas comunidades, ambulatorios e enfermarias. Esse movimento foi chamado de “medicina integral”. São necessárias novas abordagens educativas, baseadas em sistemas, com a adaptação dos saberes e das práticas a contextos específicos, entendidas como reformas da educação no mundo (FRENK et al., 2010; MATTOS; PINHEIRO, 2006).

No Brasil, a medicina integral apresentou características peculiares. Não se consolidou, inicialmente, como um movimento institucionalmente organizado, mas associou-se à medicina preventiva, que seria posteriormente chamada de movimento sanitário. Essas mudanças deram origem, a partir da década de 70, à Saúde Coletiva, como forma de pensar a saúde e, então, ciência, que considera, dentre outros pressupostos, a prática social (MATTOS; PINHEIRO, 2006). A Saúde Coletiva reconfigura o eixo de interpretação da medicina integral, e faz crítica às relações de trabalho, às articulações entre o Estado, aos serviços de saúde e à indústria de insumos para a saúde (MATTOS; PINHEIRO, 2006).

Os segmentos da formação profissional e do trabalho em saúde configuram-se em espaços de disputas e tensões normativas e culturais que se atravessam o campo dos saberes e das práticas. Segundo MacMillan e Reeves (2014), essas disputas permaneceram até o contexto pós 1980, período que deixou margem para uma forma de começar a ver o trabalho na saúde de forma mais colaborativa, começando a desencorajar a competição entre os profissionais.

No século XX, tivemos um aumento do consumismo no mundo, consequência da industrialização, da mudança do processo de comunicação através de sistemas informatizados, do surgimento de novas tecnologias e das expectativas do público, a respeito das ações profissionais de saúde. Essas mudanças são resultado da diversificação das áreas de atuação e o aumento do escopo teórico das profissões da saúde e sua relevância, entretanto, a divisão do trabalho já estava sendo questionada, considerada confusa e fragmentada (GREEN, 2014).

Assim, “o conceito de posse exclusiva de uma área de atuação, poder, autonomia e controle sobre o trabalho dos outros começa a mudar” (MACMILLAN; REEVES, 2014, p. 89, livre tradução da autora). Inicia-se a chamada para um conceito de profissionalidade do Século 21, com a mobilização dos segmentos educativo, político e dos serviços de saúde, nos quais os

profissionais se engajam no trabalho interprofissional (MACMILLAN; REEVES, 2014). Essa construção do “interprofissional” configurou-se um movimento intercontinental, conforme será descrito no ítem 3.4.1 deste texto.

### **3.2.2 Fragmentação e sofrimento no trabalho**

A necessidade de discutir e analisar o trabalho em saúde, como já falado anteriormente, emerge de uma série de mudanças no mundo do trabalho, nas condições de saúde das populações e no próprio conceito de saúde. Essas mudanças são recentes, direcionam para a menor divisão de tarefas e estruturas organizacionais, horizontalizadas e pautadas no trabalho em equipe, com a relativização do modelo clássico taylorista-fordista. Porém, acabam por serem subordinados a novas formas de exploração e sofrimento no trabalho, como a sobrecarga crônica de tarefas (PEDUZZI, 2017).

O ‘trabalho’ tem sido discutido por teóricos da administração, sociologia, filosofia, psicologia e entre outras áreas. O trabalho tem como definição a realização, pelo homem, de um conjunto de atividades produtivas e criativas que têm como objetivo transformar algo da natureza em um objeto útil ao homem. As descrições mais conhecidas a respeito do ‘trabalho’ são da ordem da organização do trabalho na Revolução Industrial, tendo como principais nomes teóricos da administração Taylor, Fayol, Weber e Ford. Na perspectiva crítica do trabalho, os principais autores são Marx e Hegel, que tecem várias críticas sobre a burocratização no trabalho e a concentração do poder (CAMPOS, 1998).

Sob influência dessas linhas de pensamento, principalmente do taylorismo, o paradigma do trabalho atual reitera a divisão do trabalho como uma estratégia para otimização do tempo e dos recursos e, como estímulo, promoveria a produtividade e o cumprimento de metas. Esse modelo de organização do trabalho fortalece a fragmentação das práticas de cuidado, além de estar relacionado ao controle dos corpos e movimentos, os trabalhadores são vistos como recursos a serem gerenciados. É uma cultura do trabalho com o objetivo explícito de disciplinar os trabalhadores, tirar sua autonomia e iniciativa crítica, pela criação de padrões, normas e definir funções específicas aos seus encarregados (CAMPOS, 1998).

A fragmentação das práticas no campo da saúde é observada num sistema que privilegia as especialidades médicas construída em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, o que faz os profissionais de saúde recortar analiticamente os pacientes e atender somente os aspectos de saúde e doença relacionados ao seu núcleo de saberes

especializados (MATTOS; PINHEIRO, 2006). Isso se chama “hiperespecialização”, que além de reduzir o complexo ao simples, despedaça e fragmenta o tecido complexo das realidades e faz crer que o corte arbitrário operado no real seja o próprio real (MORIN, 2015). O que significa a impossibilidade de apreender, na saúde, as necessidades mais abrangentes dos usuários associado a uma visão reducionista que ressalta as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das sociais e psicológicas (MATTOS; PINHEIRO, 2006).

Mesmo com os movimentos de democratização, segundo Campos (1998, p. 865) “no dia-a-dia os serviços ainda são governados segundo diferentes variações do taylorismo”, que além da fragmentação dos processos e da compartimentação nas necessidades, permanece a lógica operária da centralização do poder em chefes, pelo controle direto dos procedimentos técnicos e do comportamento dos funcionários, somado a pouca comunicação e pelas relações verticalizadas de poder.

Dejours (1992) faz dura crítica ao modelo taylorista, que tem como enfoque principal o aumento da produtividade, a denúncia à “vadiagem” dos períodos durante a jornada de trabalho em que os operários diminuam o seu ritmo de produção. Investiu-se na desapropriação de um saber coletivo artesanal, substituído pela organização científica do trabalho, amordaçando a liberdade de criação. Para isso, tomou-se a prescrição de gestos e comportamentos, facilmente supervisionados, a partir do fracionamento máximo dos processos de produção (DEJOURS, 1992).

Com base na história da profissionalidade, observa-se que diferentes olhares existem devido à lógica da profissionalização, que é marcada pela delimitação estrita de território de cada grupo profissional, relacionada à formação profissional pela assimilação de saberes específicos e a vinculação a conselhos de classe e associações que atuam sobre a legislação e normatização das profissões. Essas relações oferecem uma identidade profissional, geradora de status e valorização social. Elas, ainda, direcionam a disputa de poder, a manutenção da posse de conhecimentos específicos com vistas a regulação do mercado de trabalho, o aumento da autonomia do grupo em detrimento dos outros grupos de profissionais, portanto ao fortalecimento da fragmentação dos processos e dos saberes, o predomínio da aspiração pela satisfação profissional, a manutenção da autonomia, constituindo o profissionalismo uma estratégia de garantia de mercado de trabalho por meio da retenção do conhecimento, tornando-o específico e “misterioso” (FURTADO, 2009; ELLERY, 2012).

Nessa lógica acredita-se que o todo pode ser atingido pela soma das partes, semelhante à lógica da multiprofissionalidade. Na multiprofissionalidade é enfatizado o trabalho em equipes compostas por trabalhadores de diferentes níveis educacionais e formações (GOMES;

PINHEIRO; GUIZARDI, 2010). A partir disso, surgiu o paradigma da multidisciplinaridade e/ou multiprofissionalidade, no qual cientistas e profissionais partem dos seus saberes específicos e constroem objetos de pesquisa e intervenção especializados, embora voltados para um tema comum que respondem a objetivos específicos da sua área de saber e prática. Nessa perspectiva, o objeto, seja ele o produto de processos de construção de saber ou de práticas, consiste na soma de diferentes olhares (LUZ, 2009).

Para Furtado (2009) e Ellery (2012), este formato de organização do trabalho está caracterizado por disputas de poder de espaços no mercado, pela aquisição de recursos e legitimação social, portanto produtor de tensões e sofrimentos.

A lógica da profissionalização, que perpassa a dimensão formativa, a dimensão organizacional dos serviços de saúde e a dimensão estrutural da sociedade, pressupõe não apenas a separação de saberes e ações, mas também a reafirmação da organicidade sistêmica dos fenômenos saúde-doença, segregando setores de atuação biologicamente determinados, o que gera o isolamento das ciências num sentido mais amplo, como no isolamento da psicologia à atenção à saúde mental, e num sentido mais restrito, como a superespecialização médica ou a inserção de usuários na rede de atenção à saúde a partir de determinada patologia e restrita a esse enfoque.

Eco dos modelos de organização científica do trabalho, acentuam-se três tipos de divisões na composição dos processos de trabalho: a divisão do modo operário, com a setorialização das ações; a divisão do organismo entre órgãos de execução e órgão de concepção intelectual; e a divisão dos seres humanos compartimentados em hierarquias (DEJOURS, 1992). Ou seja, para ele o trabalhador, operário do sistema de saúde, passa a ser um ‘corpo instrumentalizado’, despossuído de “aparelho mental” e com aparelho intelectual aplicável à um complexo de ferramentas rigidamente produzidas e usufruídas para a classificação entre estados de saúde e doença.

As atuações fragmentadas são mantenedoras do isolamento e das relações de poder entre os profissionais e destes com os usuários, e acabam por inviabilizar a produção de trabalho em equipe. Mesmo com o caráter coletivo das experiências de sofrimento, a própria estrutura de organização leva ao enfrentamento individual dos trabalhadores, nas vivências solitárias e anônimas da violência no trabalho. Esse paradigma tem início na formação dos profissionais que acontece de forma isolada, na lógica da profissionalização, marcada pela delimitação estreita dos territórios de atuação de cada profissional, pautada na competição (ELLERY, 2012; DEJOURS, 1992). Ele teria a capacidade de anular o que Dejours (1992) chamaria de “comportamentos livres”, pela prescrição excessiva de práticas e limites de práticas, fronteiras

pré-definidas, que bloqueiam experiências comportamentais que contenham tentativas de transformar a realidade conforme os desejos do próprio sujeito.

A fragmentação que tratamos diz respeito a separação (por vezes dicotomização) entre elementos que compõem um mesmo campo do conhecimento ou de práticas. No caso do campo da saúde, parte-se da compreensão de organismo em sistemas biológicos e passíveis de ‘conserto, que no século XIX, com a expansão do trabalho científico, culminou na especialização que distribuiu o saber em setores cada vez mais limitados (ELLERY, 2012). Os saberes e práticas passam a compor fragmentos disponíveis a escopos de profissionais, agora tidos como distintos, o que direcionou a organização setorializada das intervenções em saúde (UCHOA; ROZEMBERG; PORTO, 2002). Isso conduz a maioria dos trabalhadores a ignorar o sentido do trabalho em saúde (DEJOURS, 1992).

O fenômeno da fragmentação é observado também na dicotomia entre as abordagens objetivas do estado de saúde, manifestos em medidas objetivadas e quantitativas, e as abordagens subjetivas que aprofundam qualitativamente a produção da saúde em um universo de significados. Nessa dicotomia, há um desequilíbrio em relação às abordagens objetivas (UCHOA; ROZEMBERG; PORTO, 2002; ELLERY, 2012). Ou seja, a crítica à fragmentação da saúde consiste na crítica à compreensão de uma ser humano desapropriado de seus aspectos emocionais, sociais e ambientais, compreendido como conjunto de múltiplos órgãos, o que, além de correr o risco de perder de vista o “ser humano” na sua complexidade (ELLERY, 2012), é menos eficiente em suas estratégias já que todos os elementos que foram distinguidos compõem um único sistema de interdependência. Esse padrão compartimenta tanto o ser humano trabalhador, quanto o ser humano usuário do trabalho.

Essas desapropriações, contidas na organização do trabalho em saúde, entram em conflito com o funcionamento psíquico dos indivíduos, causando frustração, exaustão, sofrimento no trabalho, caracterizados pelo bloqueio das possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos. Nesse caso, surgem os sofrimentos. Antes de atingir o aparelho psíquico, a organização do trabalho moderno, atingiu sobretudo o corpo do trabalhador. Dócil e disciplinado, entregue sem obstáculos aos comandos hierárquicos, à exploração, ao adoecimento (DEJOURS, 1992).

Dos sofrimentos apontados por Dejours (1992), está a insatisfação e a ansiedade. Podemos acrescentar o desprazer, a fadiga, a tensão, o medo, o desgaste físico e psíquico. E todos têm impacto sobre as possibilidades de enfrentamento às situações de violência nas instituições laborais e, ao mesmo tempo, são reflexos de modelos organizativos do trabalho.

Portanto, atuam de forma cíclica gerando, exprimindo e bloqueando o enfrentamento de sofrimentos.

Uma estratégia de enfrentamento do sofrimento no trabalho em saúde é a diminuição da fragmentação do trabalho e a otimização de processos organizativos e formativos que valorizem a interação dos trabalhadores, o compartilhamento de objetivos e a colaboração entre todos. A multicausalidade das doenças e a noção de “determinantes de saúde” abre espaço para um novo paradigma centrado na complexidade, na interprofissionalidade e na interdisciplinaridade (ELLERY, 2012; CECCIM, 2018).

No paradigma da interprofissionalidade, tendo em análise a dimensão pragmática, desenvolve-se a lógica da colaboração alternativa à da profissionalização. Segundo Ellery, (2012) em concordância com Furtado (2009), a lógica da profissionalização e a lógica da colaboração interprofissional desenvolvem dinâmicas contraditórias, estão em constante oposição, mesmo a existência de um dependendo da existência do outro. Frente ao contexto em que as práticas são realizadas, caracterizado pela sua complexidade e pela multicausalidade do processo saúde-doença-intervenção e pela necessidade de reagrupamento de conhecimentos, dentre outros impasses, a lógica da profissionalização e da colaboração comportam-se de formas distintas (FURTADO, 2009; ELLERY, 2012).

Essa proposta difere da multiprofissionalidade que não tem superado a fragmentação e a dissecação dos processos em tarefas uniprofissionais, conferindo a “simples justaposição” dos trabalhadores com formações distintas, o caráter de manutenção e legitimação dessas disjunções (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2010; PEDUZZI, 2001). Sob essa demanda, Peduzzi (2001) identifica dois tipos de equipes de trabalho em saúde: as equipes integração e as equipes agrupamento. A primeira é caracterizada pela articulação das ações e a interação dos trabalhadores que permitem a elaboração de correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas. A segunda é caracterizada pela justaposição das ações e o agrupamento dos agentes (PEDUZZI, 2001). No primeiro caso, da equipe interação, o sentido do trabalho é compreendido pelo conjunto dos trabalhadores, o que torna possível a realização de defesas coletivas (DEJOURS, 1992).

A fragmentação do trabalho, caracterizada pelo segundo aspecto da tipologia de Peduzzi (2001), está presente nos aspectos estruturais dos serviços de saúde, bem como nas relações de poder que constroem as práticas hegemônicas, o que “afronta” diretamente a integralidade da atenção à saúde (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2010). A dificuldade em enfrentar esse paradigma está nos “fantasmas” da perda da identidade profissional e da



autonomia/poder, além da equivocada centralidade do trabalho de coletivos na racionalidade clínica/médica (BONET, 2010).

A seguir, apresenta-se a relação do pensamento complexo e da integralidade para a construção do objeto interprofissional, para o enfrentamento da fragmentação do trabalho em saúde.

### 3.3 O PENSAMENTO COMPLEXO E A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

O setor da saúde é um cenário de complexidades e as formas de lidar com essa complexidade, por décadas, tem sido a constituição de especialidades em contínua superespecialização e na cristalização de papéis (FURTADO, 2009).

Complexidade é um conceito descrito a partir da metade do século XX, período em que a ciência clássica é desafiada a revisitar o paradigma simplificador. Um dos setores que mobilizou o movimento precursor do pensamento complexo foi o da saúde (ALVAREZ; PHILLIP JUNIOR; ALVARENGA, 2010).

Edgar Morin, no final dos anos 60, desenvolveu uma extensa reflexão sobre a sociedade, o ser humano, o mundo, construindo uma visão da realidade para além dos limites estreitos da fragmentação das ciências. Ele elaborou um pensamento buscando religar saberes parcelares e dispersos, inspirado na teoria geral dos sistemas, teoria da informação, da cibernética e do conceito de auto-organização (MORIN, 2015).

[...] a um primeiro olhar é um tecido de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas: ela coloca o paradoxo do uno e do múltiplo. Num segundo momento, a complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomênico. Mas então a complexidade se apresenta com os traços inquietantes do emaranhado, do inextricável, da desordem, da ambiguidade e da incerteza. (MORIN, 2015, p.13)

O Pensamento Complexo é considerado “um método que promoveria a elaboração de estratégias de conhecimento aplicáveis em campos específicos que não tenham sido fragmentados ou isolados a priori, submetidos a recortes arbitrários que os isolassem do seu contexto” (ALVAREZ; PHILLIP JUNIOR; ALVARENGA, 2010, p. 69).

O paradigma da ciência clássica, que tinha como princípio de explicação a ordem e a dissipação da complexidade, parte da prerrogativa de que o “sujeito pensante” deve ser separado da “coisa entendida” (MORIN, 2015). Com o pensamento complexo, esse paradigma passa a

ser substituído por um novo constituído, ou seja, pela inter-relação associativa entre as noções de ordem, desordem e de organização, que são complementares e antagonistas, além de considerar o “sujeito pensante” parte da “coisa entendida” (ALVAREZ; PHILLIP JUNIOR; ALVARENGA, 2010). Essa interação entre ordem e desordem pode ser observada quando pensados os objetos deste estudo: a profissionalidade versus a interprofissionalidade, o isolamento do sujeito do meio e a composição de redes. Nesse sentido, cabe destacar a existência de diferentes níveis de complexidade dos fenômenos e que o próprio pensamento disciplinar em algumas ciências já é reconhecido por comportar estudos de fenômenos complexos, que vão além do paradigma hegemônico da ciência moderna, como é o caso de algumas abordagens das ciências sociais (ALVAREZ; PHILIPPI JUNIOR; ALVARENGA, 2010).

O pensamento complexo remete a um devir constante. Segundo Morin (2015, p. 81), a ação entra num universo de interações que podem até subverter a sua intenção inicial, “ação supõem a complexidade, isto é, acaso imprevisto, iniciativa, decisão, consciências das derivas e transformações”. Essa visão (e as diversas teorias vertentes dela) é uma crítica à objetividade, é a negação de uma natureza fixa (HARAWAY, 2016).

[...] a ambição do pensamento complexo é dar conta das articulações entre os campos disciplinares que são desmembrados pelo pensamento disjuntivo (um dos principais aspectos do pensamento simplificador); este isola o que separa, e oculta tudo o que religa, interage, interfere. Neste sentido, o pensamento complexo aspira ao conhecimento multidimensional (MORIN, 2015, p. 6).

Esse conhecimento multidimensional é aplicado a uma realidade também multidimensional (simultaneamente econômica, mitológica, psicológica, sociológica, biológica), mas que é estudada de forma particionada. A partir dos estudos da complexidade, sugere-se o “borramento” das fronteiras disciplinares, que empreende um diálogo entre disciplinas no tratamento de problemas complexos. Surgem então as propostas da interdisciplinaridade, da transdisciplinaridade e do conhecimento multidimensional, que não busca descrever o objeto de estudo na sua completude, mas considera as suas múltiplas dimensões (MORIN, 2015; ALVAREZ; PHILLIP JUNIOR; ALVARENGA, 2010). A emergência desses conceitos está ligada à tensão permanente entre a aspiração por um saber não fragmentado e o reconhecimento da incompletude de qualquer conhecimento (MORIN, 2015).

A abordagem dos sistemas complexos trouxe uma nova visão à construção do trabalho, da profissionalidade e da educação. A ação passa a ter novos sentidos, antes simplificada, segmentada e controlada, começa a ser vista como um processo que escapa às intenções.

O pensamento complexo entra no espaço do trabalho com o questionamento à prescrição de encargos e a fragmentação de ações, sendo um tema contra hegemônico amplamente discutido. Tem participação dos movimentos do trabalho em saúde no que tange da complexidade identificada no objeto saúde, com sua multideterminação. Entretanto, ao invés de fomentar o trabalho em saúde que compreenda essa complexidade, o movimento profissional tomou o sentido inverso: da criação de diversas profissões para execução das partes de um “todo”.

### **3.3.1 Políticas cognitivas e o pensamento complexo**

As teorias cognitivas articulam conceitos, e performam modos de pensar, avaliar e viver o que se define como aprendizagem (GAVILLON, 2019). Gavillon, Baum e Maraschin (2017) entendem as teorias cognitivas como políticas cognitivas, que são modos de entender o mundo, estar no mundo e de estabelecer relações, considerando que a explicação sobre o funcionamento da cognição guia as ações concretas. Serão abordadas três políticas cognitivas: a autopoiese, a enação e a simpoiese.

A autopoiese foi descrita, na década de 60, por Humberto Maturana e Francisco Varela (1997) influenciada pelo movimento cibernético de segunda ordem, que propunha construir uma teoria do conhecimento a partir da junção entre um sistema observado e o olhar do observador. A origem do pensamento autopoietico, explicita que aquilo que se percebe não depende apenas do mundo, mas do olhar do observador, que é a figura central, partindo da sua corporeidade a possibilidade de experienciar, assumindo a premissa de que o conhecer é equivalente ao viver e ao agir (GAVILLON, 2019; ROCCIO et al., 2018). Inicialmente, a teoria da autopoiese surge como forma de diferenciar o que é vivo do que não é vivo em uma empreitada de Maturana nas suas experiências docentes (MATURANA; VARELA, 1997).

A autopoiese significa autoprodução, onde todo o ser vivente se produz em acoplamento ao seu meio (MATURANA; VARELA, 1997; 2001; ROCCIO et al., 2018). Parte da ideia de “uma rede de transformações dinâmicas, que produzem seus próprios componentes e é a condição de possibilidade de uma fronteira; de outra parte, vemos uma fronteira, que é a condição de possibilidade para a operação da rede de transformações que a produziu como uma unidade”. Figurativamente, assemelha-se a uma célula, que produz a própria membrana, que a separa do meio e a define como unidade, o que possibilita produzir os seus elementos, como em um ciclo (MATURANA; VARELA, 2001, p. 54).

Para Maturana e Varela (2002) existem sistemas autopoieticos de primeira ordem, que são os moleculares; os de segunda ordem, que correspondem aos agregados celulares; e os de terceira ordem, que são os agregados de organismos, como as colmeias, as famílias e os sistemas sociais. Nesse terceiro tipo, não é a autopoiese dos componentes individualmente que os definem como sistema social, mas a forma de relação entre os organismos que os compõem, sendo essa relação chamada de “acoplamento”.

Na autopoiese, o organismo está infinitamente em um processo de vir-a-ser, de diferenciação de si, interagindo com outros processos, sujeitos e elementos do meio (MATURANA; VARELA, 2001). Por isso, “quando dizemos algo, não o dizemos por reconhecer atributos de um mundo objetivo, mas sim por participarmos de coletivos que estabelecem determinadas congruências operacionais que nos fazem fazer mundos e objetos de tal ou qual modo” (GAVILLON, 2019, p. 26).

O sistema autopoietico se caracteriza por se diferenciar do meio por sua própria dinâmica, de tal modo que todas as experiências dependem das características corporais, e dos contextos histórico e cultural dos quais participa (ROCCIO et al., 2018). Esse sistema é inclusive o que caracteriza os seres vivos como seres autônomos, que especificam e realizam a si próprios, produzem a si mesmos, determinam-se como entes circunscritos (MATURANA; VARELA, 2001). Ou seja, a autopoiese acontece quando há a separação do meio, que configura o ser como unidade, e quando há relação com o meio. Por ser uma unidade produtiva internamente, passa por transformações geradas por essa relação. Não existe autopoiese se não houver relação com o meio. Nesse caso “o sujeito performa um mundo e é por ele performado, em seu acoplamento” (ROCCIO et al., 2018, p.169).

Esse processo é chamado de organização circular (MATURANA; VARELA, 1997; GAVILLON, 2019), ou seja, a experiência é modulada por dinâmicas internas do próprio organismo, ao mesmo tempo que está suscetível às perturbações que podem modificar o organismo. As interações geram mudanças estruturais que podem ser desequilibradas ou estáveis, nesse caso, observa-se mudanças tanto nos seres vivos, quanto no meio, o que é chamado de acoplamento estrutural. (ROCCIO et al., 2018). Essa organização circular dos seres vivos é condicionante para a sua existência e nela cabem os processos e as dinâmicas que o unificam como ente, a partir de uma configuração de relações estruturais. Aqui, toda unidade é determinada pela própria estrutura e pelos acoplamentos com o meio (MATURANA; VARELA, 1997).

O acoplamento estrutural consiste no histórico de perturbações recorrentes entre dois ou mais sistemas, de modo que essas perturbações conduzem a uma congruência comportamental

ou estrutural. O resultado das mudanças nos sistemas autopoieticos, gerados pelo acoplamento estrutural, é determinado pelo modo de operar da sua estrutura atual. Ou seja, a organização e estrutura do sistema restringe/define o conjunto de interações possíveis com o ambiente (BAUM; KROEFF, 2018).

Na ordem da perspectiva cognitiva, concebe-se que ser (estrutura) é igual a fazer, que é igual a conhecer, trazendo a relação entre cognição e pragmatismo. Nessa visão, quando se aprende algo, constitui-se um repertório para agir em determinadas situações, e não apenas para representá-las. Se o aprendizado implica em uma mudança no processo de acoplamento estrutural, ele está implicado na forma de “ser” no mundo. O acoplamento estrutural acontece em duas unidades que sofrem mudanças estruturais mútuas e concordantes, por meio da interação recorrente e estável entre elas e que se estende em ambos os modos de estar no mundo. Nesse caso, o acoplamento é sempre corpóreo e o aprendizado transforma a corporalidade, e, portanto, interfere no campo pragmático, pois o aprendizado é sinônimo de uma mudança das possibilidades de ação dos sujeitos (MATURANA; VARELA, 1997; GAVILLON, 2019).

Portanto, o aprender consiste na transformação estrutural através da experiência interacional e implica a mudança do modo de existir no mundo. Por meio da interação, os sujeitos integram características dos elementos com os quais interage e, através disso, são convidados a participar de um determinado domínio de fazeres (GAVILLO, 2019).

A **teoria da enatuação**, ou enação, ou entaiva, proposta por Francisco Varela, parte da teoria dos sistemas autopoieticos, na busca por modos de operar a experiência nos estudos da cognição. Enação é um estrangeirismo para *enact*, em inglês, que quer dizer atuação, no sentido teatral. De acordo com a teoria, a autoprodução do sistema vivo só é possível por ele estar imerso em um mundo, que não se separa dele, apenas define a sua autonomia e é a experiência que produz os sujeitos no mundo (GAVILLON, 2019; VARELA; THOMPSON; ROSCH, 2003).

Segundo essa teoria, as ações e os saberes se constituem no momento presente, em imersão no mundo, em constante relação sensório-motora (e afetiva) com o mundo. Bem como na autopoiese, integra a produção cognitiva à produção pragmática, visto que toda experiência de inserção no mundo tem um caráter de ação e de atualização nos modos de se operar. O mundo e os sujeitos são inseparáveis são co-emergentes da experiência e, portanto, o conhecimento só se revela na ação, por mais abstrato que seja (VARELA; THOMPSON; ROSCH, 2003; GAVILLON, 2019). Em outras palavras, a “ação efetuada no momento presente, encarnado e acoplado à determinada circunstância, faz-fazer, ou seja, faz emergir ação e pensamento” (GAVILLON, 2019, p. 39). Trata-se do processo de coprodução de si e do

mundo em presença. Nessa teoria, o corpo tem um papel central, em que a cognição consiste em ação corporificada (VARELA, 1994).

Os seres humanos e o mundo coemergem situados no tempo presente a partir de mudanças nos padrões sensório-motores. Há uma forte articulação com a ação e com o momento presente em que a ação é efetuada, que faz emergir ação e pensamento, de forma circular, e ressignifica os seres humanos e mundo simultaneamente. O tempo presente é enfatizado pois é no momento da descontinuidade que é problematizada a estrutura anterior, em que ocorre um colapso. Portanto, é quando os sujeitos se deparam com situações imprevistas dentro daquilo que é habitual, que ocorre um colapso, ou um *brakedown*, que ao se estabilizar, cria um novo padrão sensório-motor (VARELA; THOMPSON; ROSCH, 2003; GAVILLON, 2019).

Nesse caso, “atividade perceptiva não é um mapeamento de algo exterior, uma captação, mas uma forma criativa de enatuar a significância (a partir da história corporificada do sujeito)” (GAVILLON, 2019, p. 41). Portanto, a aprendizagem não é reprodução, mas produção. Ao perceber a situação de colapso, ocorre acoplamentos, que geram aprendizados, que estabilizam a situação de ruptura, produzindo “um si e um mundo”.

Em síntese, abordou-se a autopoiese como produção de si em relação ao meio e a teoria da enação, que enfatiza que essa autoprodução acontece pela experiência, no momento presente (VARELA; THOMPSON; ROSCH, 2003).

Trazemos o conceito de **Simpoiese**, que “é uma abordagem da cognição focada nas relações” (GAVILLON, 2019) descrita por Donna Haraway (2016), que envolve a autopoiese, questiona e expande esse conceito. Enquanto a autopoiese tem o foco na autoprodução, a simpoiese foca na produção coletiva. Atua de forma cíclica, bem como a autopoiese, em que a produção dos sujeitos produz o coletivo, que produz os sujeitos individualmente. Para Haraway (2016), ninguém produz a si mesmo, tudo se “faz-com”, ou seja, “produzir-mundos-com, em companhia”.

A convergência entre as teorias da autopoiese e da simpoiese está no acoplamento, ambas tratam daquilo que acontece entre os seres, através disso, aproximamos as teorias para aproveitar tanto as proposições epistemológicas e ontológicas desenvolvidas na teoria da autopoiese, quanto as proposições de organização social da simpoiese (GAVILLON, 2019, p. 57).

Diferente da autopoiese, que parte da diferenciação da unidade do meio, para a simpoiese, que se aproxima mais da ideia de sistemas autopoieticos de terceira ordem, não importam as unidades iniciais, importa a relação. Na simpoiese, entende-se que antes de sermos

unidade, somos interação (aproximando-se do pensamento da enação (VARELA; THOMPSON; ROSCH, 2003), onde os seres são produzidos na experiência interacional. Enquanto isso, a autopoiese sugere que somos, antes de tudo, unidades e que a partir da autoprodução, fazemos acoplamentos nos relacionamos. Entretanto, autopoiese e simpoiese não são excludentes, muito menos antagônicas (GAVILLON, 2019; HARAWAY, 2016).

Nas palavras de Haraway (2016, p. 58, livre tradução minha),

Simpoiese é uma palavra simples, significa ‘fazer-com’. Nada faz a si mesmo; nada é realmente autopoietico ou auto-organizado. [...], os seres da terra nunca estão sozinhos. Esta é a implicação radical da simpoiese. Simpoiese é uma palavra própria a sistemas históricos complexos, dinâmicos, responsivos, situados. É uma palavra para produzir-mundos-com, em companhia. Simpoiese envolve a autopoiese e gradativamente abre e estende a ela.

Simpoiese (HARAWAY, 2016, p. 61, livre tradução da autora) são “sistemas produzidos coletivamente que não tem definidas fronteiras espaciais e temporais. A informação e o controle são distribuídos entre os componentes. Os sistemas são evolutivos e tem potencial para mudanças surpreendentes”. Diferente da autopoiese, que prevê a manutenção da unidade, da fronteira que separa o ser vivo do meio e que o configura como ser autônomo. Não se trata de pensar que os sujeitos do sistema devem ser iguais, mas de estabelecer relações de modo que a heterogenia pertença ao sistema simpoietico em relações de “parentalidade” e responsabilização entre as pessoas.

Donna Haraway (2016) traz a simpoiese como uma proposta ética e política para formar, viver e morrer em conjunto, com responsabilidade e em companhias de diversas espécies. Situa o seu pensamento na crítica à produção social do tempo presente (chamado por ela de Capitaloceno<sup>6</sup>), caracterizado por serem tempos preocupantes, cheio de guerras e extinções em

---

<sup>6</sup> O tempo mais recente da terra é chamado por alguns cientistas de Antropoceno, termo criado por Eugene Stoermer, caracterizado pelos efeitos transformativos da ação humana na terra. A partir dos anos 2000 teve ênfase a discussão de que a ação humana tomou tal proporção de transformação do meio, que deveria ser considerada outra era geológica, superando o Holoceno (era geológica iniciada ao término da última era glacial, há aproximadamente 12.000 anos atrás). O Holoceno caracterizado por preservar os chamados “loais de refúgio”, que sustentavam a reformulação da diversidade cultural e biológica. O antropoceno, é marcado por descontinuidades graves, inclusive com a destruição de “espaços-tempos” de refúgio para todas as espécies. Iniciado na metade dos anos 1800 é caracterizado pelo uso do carvão e seus efeitos no solo, água e ar; pela acidificação e aquecimento dos oceanos, etc (HARAWAY, 2016; HARAWAY, 2016b). Para Haraway (2016b, p. 140), “neste momento, a terra está cheia de refugiados, humanos e não humanos, e sem refúgios” devido as transformações ambientais e sociais. Estende a discussão para as mudanças geradas pelo capitalismo no planeta terra. No seu texto, segundo Brad Werner, o paradigma econômico do capitalismo gerou o esgotamento dos recursos tão rápido e sem limites, que o ambiente está se tornando perigosamente instável. Por isso, criou-se o termo Capitaloceno (de Andreas Malm e Jason Moore) para nomear a era atual no planeta terra, caracterizada pela terceira era do carbono, a era nuclear, o sistema financeiro e econômico mundial, a globalização, o sistema do trabalho industrial e de exploração do labor humano e não-humano, a vasta destruição das florestas, a exploração dos metais, a realocação de pessoas, plantas, animais, etc. (HARAWAY, 2016). A relevância de nomear as eras,

massa. Propõem uma sociedade pautada na construção de relações de responsabilidades, de parentalidade (não necessariamente consanguíneas), para produzir-com (simpoiese) tempos mais desejáveis, chamados de Chthuluceno (HARAWAY, 2016; GAVILLON, 2019).

O Capitaloceno trata-se de mais do que “apenas” mudanças climáticas, segundo Haraway (2016b, p. 139), trata-se também da enorme quantidade de produtos químicos tóxicos, de mineração; do esgotamento de lagos e rios; da simplificação de ecossistemas; dos grandes genocídios de pessoas e outros seres, etc., “em padrões sistematicamente ligados que pode levar a repetidos e devastadores colapsos no sistema [planetário]”.

Situa-se a discussão do Capitaloceno na perspectiva dos sistemas sociais e produtivos que também estão em colapso. A presente pesquisa não exprime e não tem intenção de dar conta da complexidade do colapso social mundial, revelado diariamente nos conflitos e guerras, no crescente número de refugiados, na desigualdade social aniquiladora, na legitimação de discursos de ódio na fala de líderes políticos etc.

Trata-se de um questionamento ao excepcionalismo humano e o seu individualismo utilitário, que os leva a explorar as outras espécies e a própria espécie, movidos pela economia política clássica (HARAWAY, 2016). Para Haraway (2016b, p. 140) “Talvez, mas só talvez, e apenas com intenso compromisso e trabalho colaborativo com outros terrenos, será possível fazer florescer arranjos, multiespécies ricas, que incluam as pessoas”. Ela chama esse arranjo de Chthuluceno, que tem como mote principal a produção de parentescos simpoieticamente. Não se trata de reações genealógicas e de ancestralidade, mas de “relações lógicas”, de práticas de convivência em tempos precários (HARAWAY, 2016).

A proposta do Chthuluceno é que os seres devem incorporar as habilidades de responder aos “eventos devastadores” do Capitaloceno, de forma implicada com os outros e com a realidade objetivada. Para isso, a autora sugere a criação de laços de parentesco inventivos, através de habitar o problema e reconhecendo-se como criatura, sem excepcionalidades, ligado a outras diversas criaturas (GAVILLON, 2016).

Os seres vivos são todos como “simbiontes”<sup>7</sup>, que estão sempreem relação, produzindo algo. Já a simpoiese entende as relações naquilo que é produzido em conjunto. As criaturas que interpretam umas às outras, as rondam, se alimentam umas das outras, digerem, por vezes tem indigestão, mas assimilam umas às outras, e estabelecem arranjos simpoieticos (produzem-

---

tem a ver com a escala, a relação taxa/velocidade, a sincronicidade e a complexidade da transformação da vida na terra (HARAWAY, 2016b)

<sup>7</sup> Os simbiontes na biologia são seres que vivem em relação de mútua vantagem. Na relação simbiótica (também chamada de mutualismo obrigatório) ambos os seres agem ativamente para benefício mútuo.



com), e a partir disso, criam as células, organismos, arranjos ecológicos (HARAWAY, 2016). Ou seja, as criaturas não precedem às relações, elas se formam nas relações, existem porque se relacionam.

Nesse caso, não há simbiote e hospedeiro (exemplo: microbiota e corpo humano em uma relação em que o hospedeiro humano está contaminado pelos microorganismos), relação em que a competição fica marcada, associada ao Antropoceno e ao Capitaloceno. Na simpoiese, todos são simbiotes, em relação e em cooperação. Por isso Haraway (2016) associa ao conceito de holobionte, caracterizado por relações simbióticas de vantagem mútua (exemplo: ambos, microbiota e células humanas cooperam mutuamente para criar ambiente favorável para ambas). Nessa relação há reciprocidade e possibilidade de “tornar-se-com”, ao invés de “tornar-se” (HARAWAY, 2016). Mesmo assim, a simpoiese não é sinônimo de benefício mútuo, mas de relações que suscitam manter o equilíbrio no coletivo.

A produção dos seres vivos nunca é isolada, e sempre acontece em redes de relações (GAVILLON, 2019), nas quais todos são responsáveis pelo que é produzido e produzir responsabilidades “é um saber e um fazer coletivos” de forma implicada com a realidade. Para Haraway (2016), bem como para os autores das teorias autopoietica e enativa, a realidade não é objetiva, pelo contrário, ela é produzida conjuntamente à produção dos seres e é moldada por essa produção, o que torna todos responsáveis por aquilo que aprendem a ver, processo que é corpóreo e ativo, e não passivo. Nessa ideia, os seres não estão inseridos no mundo, eles são substância histórica e dinâmica do mundo (GAVILLON, 2019).

Essa responsabilidade possibilita a ação sobre o que é observado e coloca o ser humano como ator participante de todos os processos presentes na realidade. Haraway (2016) chama isso de “response-ability”, ou seja, habilidade de resposta. Por isso que a autora defende os saberes localizados, tendo em vista a implicação dos sujeitos com a própria realidade, o que possibilita as construções críticas a partir de experiências heterogêneas de uma objetividade corporificada, o que é uma alternativa ao relativismo (HARAWAY, 1995).

Há uma crítica frente à noção de que “tudo está conectado com tudo” de forma inespecífica. Haraway (2016) considera que “tudo está conectado com algo”, pois importam as especificidades das conexões. Essas conexões são as redes de responsabilidade, tratam-se de padrões compartilhados para a resolução dos problemas, padrões esses que *enatuam* sobre contextos adversos. (HARAWAY, 2016).

Essas redes de responsabilidades são construídas por relações de parentesco, desconectadas dos laços de sangue, como forma de aproximar humanos e não humanos. A autora chama essas redes de cama de gatos, ou *string figures* (SF), fazendo a analogia a

brincadeira em que pessoas entrelaçam um barbante nas mãos, criando um padrão. O padrão é passado para outra pessoa que cria outro padrão no processo de recebê-lo. Na brincadeira, ambos são responsáveis pelo que é produzido e só se criam certos padrões coletivamente falhando, deixando fios soltos, e em outras vezes acertando e criando padrões coerentes. Na brincadeira da cama-de-gato, soltam-se fios, amarram-se outros, por vezes encontram-se conexões que funcionam (GAVILLON, 2019; HARAWAY, 2016).

Nos sistemas simpoieticos é necessário reconhecer a validade da experiência do outro, o desejo de conviver e de se conectar em redes, o que traz responsabilidade para os acoplamentos já discutidos ao tratar dos sistemas autopoiéticos. As redes são construídas a partir da existência de conhecimentos parciais que limitam o campo visual do mundo e impedem o acesso à “imensidão”. A partir da constituição de experiências heterogêneas, constrói-se a objetividade coletiva (GAVILLON, 2019)

Donna Haraway (2016) traz a proposta das SF (fabulações especulativas, *string figures* etc.) como forma de operar a simpoiese. Consistem em fabulações ficcionais ou não, performáticas (e não representacionais) da realidade. Essa metodologia não será aprofundada neste estudo, porém é uma ferramenta sugerida para o acoplamento de conhecimentos de forma transdisciplinar e, até mesmo, interprofissional.

### **3.3.2 Integralidade em saúde: um objeto complexo**

A saúde é um ente complexo que frequentemente é simplificado ao mais isolado grau de fragmentação para ser estudado e transformado em práticas. O SUS vem de encontro com esse paradigma reducionista e simplificador da saúde ao colocar a integralidade como um princípio e uma diretriz. Morin (1996 apud ALVAREZ; PHILLIP JUNIOR; ALVARENGA, 2010) parafraseia Adorno, quando fala que a totalidade é sinônimo de “não verdade”. Fica implicado, portanto, o reconhecimento de que a integralidade não almeja esgotar as possibilidades de interpretação do objeto saúde, pelo contrário, abraça a ideia de simultaneidade de “ordem” e “desordem”, do todo e do singular.

A integralidade é tida como uma “imagem-objeto”, ou seja, um ideal desejável, um enunciado ou conjunto de valores de certas características do sistema de saúde, das instituições e das práticas. Por ser uma “imagem-objeto”, a integralidade é polissêmica, reúne vários sentidos correlatos e distintos, o que Mattos (p. 45-46, 2009) caracteriza como uma noção “preche de sentidos” e que traz consigo um grande número de possibilidades, de realidades

futuras, que têm em comum a superação dos aspectos que se critica na realidade atual (MATOS, 2009).

Schweickardt et al. (2015, p. 29) afirma que:

[...]a **imensidão do mar**, do rio, da saúde, da formação e do exercício profissional, e do sistema de saúde não existe em si mesma, existe na força com que nos impacta e naquilo que construímos em coletivos (...). Porque se o que existe é a imensidão, cada modo de ver reduz a imensidão a um olhar; reabrir a imensidão vai desafiar os olhares e, mesmo com o pânico da imensidão, porque não era mais percebida, precisaremos de quem nos ajude a olhar[...].

À medida que a integralidade impacta a forma como os sujeitos de uma cultura enxergam a saúde, ocorre a formação da cultura sobre o que é a integralidade e suas representações no campo da saúde. Por isso que os autores dizem que cada modo de ver “reduz a imensidão a um olhar”, porque considerar cada ponto de vista, isoladamente, limita a compreensão da “integralidade” da “imensidão” e, portanto, a cultura que permeia esse entendimento, tanto nas práticas quanto nos posicionamentos políticos e epistemológicos. Por isso do valor nos múltiplos olhares, intrincados entre si e assustados com suas limitações diante da imensidão.

O conhecimento do mundo sempre é limitado e localizado, pois é uma emergência das peculiaridades culturais, pessoais e históricas. Nesse caso, perspectivas parciais geram visões objetivas com um campo visual limitado do mundo. Sugere-se que a partir de diversas experiências heterogêneas se construa uma objetividade coletiva (GAVILLON, 2019). Para isso, é preciso abrir-se para as múltiplas problemáticas que interferem nos processos de saúde e doença, e articular com pensamentos diversos, divergentes e plurais na busca desta objetividade coletiva, que podemos chamar de pensamento interprofissional.

As transformações do ensino médico nos Estados Unidos, movimentos precursores da superação da simplificação da saúde, criticavam o fato dos médicos adotarem atitudes cada vez mais fragmentárias. Esse movimento contracorrente, chamado de “medicina integral”, previa a mudança dos processos formativos nas escolas médicas. Dentre essas mudanças, sinaliza-se a compreensão de processos sociais e culturais nos currículos. No Brasil, o movimento inicialmente associou-se à medicina preventiva e ao movimento sanitário, que a partir da década de 70 deu origem à Saúde Coletiva como forma de pensar a saúde, que considera, dentre outros pressupostos, a saúde como prática social (MATTOS; PINHEIRO, 2006).

A integralidade possui três conjuntos de sentidos: 1) aplicado às políticas de saúde e às respostas governamentais aos problemas de saúde; 2) relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde; 3) voltado para atributos das práticas de saúde. (MATTOS, 2004).

Inicialmente, a integralidade reitera a noção de articulação de diversas dimensões ou lógicas das ações e dos serviços de saúde (prevenção, promoção, recuperação, etc). Outras noções estão nas formas de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais também como garantia da continuidade da atenção e como articulação entre diferentes políticas de setores diversos (MATTOS, 2004; PAIM, 2008).

O primeiro conjunto de sentidos, aplicado às políticas de saúde, compreende a integralidade como “uma recusa, por parte dos que se engajam na formulação de uma política, em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem” (MATTOS, 2009, p. 62). Tem-se por exemplo a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (2004 que estendeu a atenção à saúde da mulher, antes limitadas às funções reprodutivas, a outros âmbitos da vida da mulher, englobando questões de gênero, de planejamento familiar, saúde em todos os ciclos da vida, violência etc. Destaca-se que com as limitações da política e da capacidade das instituições de operacionalizá-la, o enfoque da política na prática foi direcionado aos problemas de saúde da mulher diretamente relacionados ao aparelho reprodutor (útero, mamas) e ao planejamento familiar. Outro aspecto aplicável às respostas governamentais aos problemas de saúde é a incorporação de possibilidades de prevenção, de assistência e de reabilitação nas políticas de saúde (MATTOS, 2009).

A apropriação do ideário da integralidade fez com que os aspectos da organização dos serviços de saúde provocassem profundas mudanças na organização do SUS. Partiu-se da crítica à dissociação das práticas de saúde pública (realizadas nos centros de saúde voltados para a prevenção e de assistência predominantemente hospitalar), em seguida, ocorreu a superação da fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde com estratégias, como a introdução de prontuários unificados, e a introdução de práticas assistenciais inerentes à atenção primária a saúde, como o atendimento à demanda espontânea (MATTOS, 2009)

A noção de integralidade exigiu a horizontalização dos programas que eram anteriormente verticais. Assim, os profissionais que se inseriram anteriormente de forma pontual dentro de programas do ministério passaram a pensar a saúde a partir das necessidades da população e suas demandas, com o acolhimento à demanda espontânea e a criação de uma demanda programada, para atender necessidades não tão claramente sentidas pelos usuários (MATTOS, 2009).

Nesse sentido, Mattos (2009, p. 61) escreve que,

[...] a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo

populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada deste o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional.

Em outras palavras, a organização dos serviços de saúde para que correspondam à noção de integralidade requer a compreensão de diferentes modos de ver as necessidades dos usuários. Parte-se, portanto, de dois pontos de vista: dos profissionais e gestores com a constituição de uma demanda programada a fim de efetivar a prevenção e o acompanhamento de grupo de risco; e dos usuários com o acolhimento de uma demanda espontânea e dependente da percepção de saúde socialmente construída na comunidade. Mattos (2009; 2004) destaca nas suas produções as transformações no nível de Atenção Básica, pois essas transformações se apresentam de forma mais sutil nos serviços de Atenção Especializada.

Quanto ao terceiro conjunto de sentidos da integralidade, Noronha, Lima e Machado (...p. 368) afirmam que “a ideia [da integralidade] é que as ações voltadas a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças não sejam dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar voltadas para o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação”. Nesse caso, os serviços que incorporam a premissa da integralidade: desenvolvem o atendimento às necessidades de saúde de indivíduos, grupos e populações, em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais; tem compromisso com distintos níveis do sistema de saúde; dispõem de “equipes multiprofissionais” (alteramos para interprofissionais) que valorizem o acolhimento, a escuta, o diálogo e o vínculo nas relações interpessoais.

Mattos (2009, p. 65), expressa esse pensamento da seguinte forma:

[...]um paciente não se reduz a uma lesão que no momento lhe causa sofrimento. Não se reduz a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas à espera de um olhar astuto que as descubra. Tampouco se reduz a um conjunto de situações de risco. O profissional que busca orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos.

A atenção integral é caracterizada pela combinação ou associação de práticas de prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação, bem como, o desenvolvimento de abordagens que atendam aos aspectos biológicos, sociais, culturais, econômicos, dentre outros. Cabe destacar que a abordagem preventiva, como tem se dado na prática, raramente parte da demanda dos usuários e, nesse caso, é caracterizada pela medicalização de aspectos da vida social e pela recomendação de hábitos e comportamentos, pela invasão da vida privada para sugerir modos de vida mais capazes de impedir o adoecimento. Essas formas de realizar a prevenção de doenças expande o consumo de bens e

serviços e integra dispositivos de sustentação da ordem social, através da regulação dos corpos. Todos esses aspectos divergem da construção da integralidade associada ao movimento sanitário e adotada na política de saúde no Brasil (MATTOS, 2009).

Mattos (2009, p. 52) defende a “integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde” e que pode ser observada nas ‘boas práticas’ de saúde. A integralidade depende da base teórica, filosófica e ideológica que dão direção às práticas dos profissionais da saúde. Para que seja desenvolvido cuidado integral, é necessário que a ideia desse princípio seja internalizada nas formas de pensar a saúde, partindo-se da compreensão de saúde de modo ampliado até o estabelecimento de relações em rede entre diferentes profissionais interpessoais e interprofissionais.

Nota-se, portanto, que para a incorporação de projetos de saúde integral são necessárias transformações nas políticas de saúde governamentais, com o pressuposto de financiar e incentivar os profissionais a incorporação de medidas preventivas e de assistência, conforme a necessidade dos usuários. São também necessários ajustes na organização dos serviços de saúde, de modo a ampliar as possibilidades de atenção à saúde, desde a promoção de modos de produzir saúde até a reabilitação de pessoas acometidas por doenças, bem como, o acolhimento de diferentes tipos de demandas nos serviços de saúde. Cabe também a transformação das práticas e do pensamento dos trabalhadores da saúde, quanto à ampliação da concepção de saúde e às possibilidades de abordagens para atender os usuários na sua complexidade e ao trabalho em equipe como estratégia primordial.

Na prática do trabalho em saúde, essas transformações estão longe de acontecer sem tensões. Um dos principais obstáculos é a persistente fragmentação do trabalho com a manutenção de modelos já superados pela crítica. Esses fatores atingem a efetivação da integralidade nos serviços de saúde, bem como a saúde do próprio trabalhador, conforme será explorado na próxima seção.

### 3.4 INTERPROFISSIONALIDADE COMO OBJETO DE ESTUDO

As mudanças na concepção e na prática da profissionalidade gerou transformações no contexto de trabalho, destacam-se as formas de organização do trabalho e a produção social do trabalhador da saúde. O “interprofissional” pode ser tanto o encontro de duas profissões quanto a formação e a identificação de elementos comuns a duas ou mais profissões. O espaço entre as profissões, identificado pelo prefixo “inter”, situa aquilo que há de comum entre elas, o que é

indiscernível, atribuindo um sentido de pertencimento (D'AMOUR et al., 2005; CECCIM, 2018). Esse espaço suscita a noção de “campo”, que é um lugar de fronteiras imprecisas onde cada disciplina e profissão busca em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000).

A discussão do “interprofissional” perpassa inicialmente a discussão do “interdisciplinar”, sendo o “**profissional**” o recorte do ofício, do poder de execução de certa atividade laboral concretamente, do pragmático; da prática produtiva. O “**disciplinar**” é o domínio de informação técnica ou científica, refere-se à vertente dos saberes no plano epistemológico na produção do conhecimento. Nessa dualidade, fala-se de saberes *interdisciplinares* que surgem da interação de saberes provenientes de várias ciências e áreas do conhecimento e buscam responder a fragmentação do conhecimento. Fala-se também de competências *interprofissionais*, essa interação acontece em torno das habilidades e dos fazeres da prática profissional e busca responder a fragmentação das práticas profissionais (CECCIM, 2018; ELLERY, 2018; D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Furtado (2009) destaca que o sufixo “disciplinar” está relacionado à compreensão de fenômenos e o sufixo “profissional” está voltado à solução de problemas práticos, empíricos. Mesmo cabendo a distinção em vias de esclarecer os conceitos, na prática não existem exemplos puros de interdisciplinaridade e interprofissionalidade pela constante relação prática-teoria-prática (FURTADO, 2009). Com vistas à distinção desses conceitos, que por vezes são tratados como sinônimos, a Figura 3, com base em D'amour e Oandasan (2005), situa as suas principais diferenças. Destaca-se, ainda, o potencial que a interdisciplinaridade tem de gerar novas disciplinas, diferente da interprofissionalidade que não implica no surgimento de novas profissões, pelo contrário, sugere práticas integradas e colaborativas.

Se a noção de “interprofissional” é uma extensão da compreensão de interdisciplinar, cabe analisar o que é disciplinar. O conceito disciplina conota na contemporaneidade rigor na atuação, ordem, obediência a regras. Inicialmente ‘disciplina’ (palavra de origem latina derivada de *discipuli*, designava os seguidores de um mestre ou de alguma filosofia) significava ‘ação de aprender’. Posteriormente, passou a referir-se a um tipo particular de ensino, de método, e então, passou a conotar o ensino aprendido em geral, o que inclui todas as formas de educação e formação. Com o surgimento das universidades, ‘disciplina’ passou a designar uma matéria ensinada, um ramo particular do conhecimento, o que viria a se chamar “ciência” (ALMEIDA FILHO, 1997).



Figura 3: Diferenciação entre interdisciplinaridade e interprofissionalidade. Baseado em: D'AMOUR; OANDASAN, 2005.

A disciplinaridade<sup>8</sup> tem origem em um período de formulação de princípios para a produção de saberes, tendo por principal precursor Descartes. Tem como base a noção de especialidade proveniente da legitimação social de uma produção do conhecimento chamada de analítica cartesiana, marcada pela prática institucional da ciência com suas sociedades e academias e que produzia campos disciplinares rigorosamente delimitados. Esse movimento gerou no campo das práticas novas profissões. O paradigma cartesiano para transformar algo em objeto de conhecimento, implicava necessariamente uma etapa inicial de fragmentação (no sentido de tornar mais claro) (ALMEIDA FILHO, 1997; 2005), sinalizando a articulação entre a produção dos saberes e a profissão que se desenvolveram com base na noção de especialidade. Essa estratégia é denominada disciplinaridade (ALMEIDA FILHO, 2005). Na Saúde Coletiva, esse movimento tem ênfase no último terço do século XIX com o surgimento de sub-disciplinas especializadas no campo científico (LUZ, 2009).

As mudanças nos modos de produção nos séculos XVIII e XIX, marcadas pela Revolução Industrial, suscitam uma tendência de integração entre ciência e tecnologia, ou seja,

<sup>8</sup> A ideia de interdisciplinaridade e de profissionalidade estão longe de seres opostas, pelo contrário elas estão interligadas e são complementares. Neste estudo optou-se por esclarecer os conceitos e a sua construção em uma perspectiva paradigmática, porém ambos conceitos podem ser associados à formação, ao trabalho, ao ensino e à pesquisa.



a recuperação da síntese, antagônica da análise que promovia a segregação dos saberes na menor unidade possível. Essa tendência (da síntese) ocupava um espaço secundário na produção do conhecimento científico que, tal como na filosofia cartesiana, tinha na disciplinaridade a forma de produção de conhecimento, e originou um paradigma da explicação (ALMEIDA FILHO, 1997; 2005; LUZ, 2009), o que Morin (2015) chamaria de “paradigma de simplificação”. É característico desse modo de fazer e pensar ciência concepções simplificadoras do universo, princípios de inteligibilidade próprios da ciência clássica (MORIN, 2015). Esse período é marcado pelo dominante paradigma mecanicista, mas também por outros paradigmas de maior maturidade epistemológica (ALMEIDA FILHO, 1997; LUZ, 2009).

A ciência clássica é marcada por alguns princípios: a ordenação e o determinismo universal; a separação das disciplinas, dos problemas e dos objetos; o princípio da razão como fundamento incontestável do saber.

Principalmente o século XIX é marcado pela profissionalização da ciência, que passa a ter um sentido econômico nas sociedades, bem como, pela ‘cientificização’ da profissão. a partir de processos produtivos regulados por métodos e modelos estruturados cientificamente, característico das sociedades capitalistas e industrializadas que se apropriam cada vez mais da ciência e da tecnologia, entendidas como valor de uso e valor de troca, pois cada vez mais determinam os processos industriais, com caráter de mercadoria e visando o lucro (PEREIRA; RAMOS, 2006; FOUCAULT, 2011).

No século XX algumas estratégias de abordagem sintética, ou então, de sínteses parciais, do problema do conhecimento foram retomadas, com o surgimento de novas disciplinas (ALMEIDA FILHO, 1997; LUZ, 2009). Nessa perspectiva,

[...] a produção do conhecimento científico implicava não mais a destruição, mas a construção de objetos através de um processo de composição, ou montagem, de elementos constituintes. Não busca a desintegração (ou seja, análise) e sim a integração totalizadora (a síntese). Dessa forma, de algum modo se contemplava a produção de objetos complexos, aqueles que não se subordinam a nenhuma aproximação meramente explicativa, e que nem por isso mereceriam ser excluídos do campo de visão da ciência justamente por serem... indisciplinados (ALMEIDA FILHO, 1997, p. 10).

Tratava-se de entender os fenômenos, não apenas explicar ou descrever rigorosamente. A partir disso, seguem fenômenos de fusão, mistura, hibridização, mestiçagem entre os métodos e as teorias, e com isso a “singularização” das disciplinas com o intuito de dar conta da complexidade de objetos tão mestiços quanto (ALMEIDA FILHO, 1997; 2005; LUZ, 2009). Cabe destacar que esses movimentos não foram dominantes no seu tempo, sendo o modelo

cartesiano analítico a principal via de produção de conhecimento, que também se estendia para os processos produtivos profissionais.

Os campos disciplinares constituem estruturas cujos princípios e conceitos fundamentais são passíveis de decodificação, compostas de consensos teóricos e de uma matriz metodológica. Realizam-se enquanto instituições de uma dada cultura científica e como forma mental da ação dos seus agentes, que também são organizados em grupos ou comunidades científicas. Ao gerarem a prática científica cotidiana, esses agentes produzem a interação entre os campos disciplinares, com convergências não apenas axiomáticas e temáticas e, assim, produzem relações interdisciplinares com alto grau de reciprocidade e comunicação (ALMEIDA FILHO, 1997).

Ao dar continuidade à discussão dos campos disciplinares, Almeida Filho (1997; 2005) supõem que eles sejam instituídos por uma práxis e, portanto, além de consensos teóricos, metodológicos e temáticos, contribuem com o campo científico levando em consideração elementos “intra-pragmáticos”, ou seja, simbólicos, éticos, pragmáticos e políticos. Ou seja, “a produção organizada do conhecimento científico se realizaria em uma complexa rede institucional operada por agentes históricos concretos, ligada estreitamente ao contexto sócio-político mais amplo” (ALMEIDA FILHO, 1997, p. 14). Trata-se de uma produção de conhecimento aplicada à realidade empírica.

Discorrido sobre o “disciplinar”, situamos o “profissional” que está relacionado à construção histórica do trabalho. Com a apropriação da ciência e da tecnologia para o mundo do trabalho como modo de produção, o conceito de “profissional” passa a ter um novo sentido, pois atravessa processos de geração de valor de uso e de valor de troca. O trabalho na área da saúde, desde a idade média, passou a ser bastante individualizado, atribuindo, assim, aos processos coletivos de produção de saúde, uma representação mínima na construção simbólica da saúde. Após o surgimento de sociedades capitalistas, o controle sobre os indivíduos passou a operar através da consciência e da ideologia. Com o desenrolar desse modelo econômico societário, investiram-se esforços em conhecer, controlar e satisfazer o corporal, o biológico, o somático como força estatal e de trabalho (FOUCAULT, 2011).

A ciência e a tecnologia a qual este trabalho se apropriou, era produzida disciplinarmente, portanto, os modos de produção se comportaram como um reflexo disso. Dessa forma, o trabalho passa a se dividir disciplinarmente, segundo a complexidade das ações, tendo por marco desse movimento a Administração científica taylorista.

A disciplinarização do trabalho oferece dois sentidos: o de geração de indivíduos produtivos e capazes de dar conta da complexidade das ações de trabalho em tempos de reforma

tecnológica; e de docilização, para que os indivíduos se submetam aos tempos e ritmos do capital. Esse processo que pode ser chamado de “disciplinarização dos corpos” é caracterizado pela repartição, distribuição, classificação dos indivíduos, pela codificação dos seus comportamentos; esse mecanismo de controle e sujeição é chamado de biopoder, (FOUCAULT, 2011) e tem importante influência na consolidação da profissionalidade no mundo contemporâneo.

O movimento de síntese, observado paralelamente na produção científica, estendeu-se para o campo do trabalho décadas depois, no século XX, tendo como marco a Segunda Guerra Mundial. A construção histórica da síntese entre diferentes profissões, objeto deste estudo, será tratada a seguir.

Antes de explorar a historicidade da síntese e articulação profissional, através da interprofissionalidade, cabe diferenciar os prefixos (multi, inter, trans, pluri, meta) usualmente utilizados para se referir a articulação e síntese tanto de saberes, quanto de práticas. Compõem conceitos que raramente são definidos com clareza e são considerados paradigmas construídos em termos de saberes e práticas ao longo dos séculos XIX e XX com a proposta de dar conta da complexidade disciplinar e profissional (D’AMOUR et al., 2005; MINAYO, 2011; LUZ, 2009):

- **multidisciplinaridade**, significa a justaposição de disciplinas, cada uma com teorias, conceitos, métodos próprios, orienta à visão de um problema sobre diversas perspectivas práticas, nessa lógica os diferentes profissionais atuam em paralelo (D’AMOUR et al., 2005; MINAYO, 2011). É um “conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico” (ALMEIDA FILHO, 1997, p. 11). O papel da coordenação na multidisciplinaridade é administrativo (ALMEIDA FILHO, 2005). Um exemplo é o acompanhamento de usuários, onde quer que estejam(domicílio, ambulatório, unidade de saúde, hospital), no qual os profissionais atuam e escrevem suas decisões para a pessoa conforme a sua competência, entretanto, isoladamente não se comunicando com seus pares. Entretanto, entendem estar trabalhando em cooperação, mas apenas com a troca de informações nas anotações em prontuários. Apresenta uma crítica semelhante a Interdisciplinaridade auxiliar, conforme descrito a seguir;
- **Interdisciplinaridade auxiliar**: corresponde à “interação de diferentes disciplinas, sob a dominação de uma delas, que se impõem às outras enquanto campo integrador e coordenador” (ALMEIDA FILHO, 2005, p. 39). Nesse caso, as práticas de colaboração

entre os profissionais acabam sendo auxiliares, postas em dois níveis hierárquicos, com maior concentração de poder em uma disciplina e ‘subordinação’ em outra(as). Assim como a multidisciplinaridade, ela pretende superar a fragmentação pela somatória, mas neste caso seria por intermédio de uma ação totalitária de uma disciplina sobre as outras, além da resistência à uma crítica de base pragmática e da delimitação estrita das práticas científicas de cada disciplina. O exemplo trazido trata dos manuais protocolos de especialidades médicas, que ‘subordina’ várias disciplinas (patologia, epidemiologia, nutrição, etc.) à especialidade médica, ou então ao projeto tecnológico de produção industrial. A medicina da família é um exemplo de interdisciplinaridade auxiliar. Tanto esta quanto a multidisciplinaridade apresentam limitações ao serem aplicadas no campo da saúde coletiva pela dificuldade de dar conta de objetos complexos;

- **Pluridisciplinaridade:** corresponde à justaposição de disciplinas científicas diferentes, que ao tratarem de uma temática unificada, efetivamente desenvolveram relações entre si. Caracterizada pelo compartilhamento de objetivos e de um grau de cooperação mútua, situa-se no âmbito micropolítico. Como na multidisciplinaridade, todas as disciplinas estão situadas em um mesmo nível hierárquico, o que sugere uma perspectiva de complementaridade (ALMEIDA FILHO, 2005). Um exemplo é o caso das reuniões de equipe com a discussão de casos dos usuários com troca de informações entre os profissionais, além do modelo assistencial da medicina comunitária. A crítica desse modelo é semelhante a crítica à interdisciplinaridade;
- **Interdisciplinaridade:** constitui um programa micropolítico de articulação de várias disciplinas em que o foco é um objeto concreto sobre o qual se deve trabalhar pela interconexão de fragmentos disciplinares. Também pode ser entendida como uma estratégia para a compreensão, interpretação e explicação de um problema. Requer um grau de colaboração maior do que a multidisciplinaridade. Envolve o engajamento para integrar pelo menos em algum grau os construtos de cada profissional no coletivo, na construção de objetivos comuns, bem como, dos processos que seguirão para alcançá-los (D’AMOUR et al., 2005; MINAYO, 2011). Para Almeida Filho (2005), a interdisciplinaridade sustenta uma problemática comum, o levantamento de uma axiomática teórica e política convergente entre as disciplinas envolvidas, além de uma plataforma de trabalho conjunto. Colocam-se os princípios e os conceitos fundamentais num plano comum, “esforçando-se para uma decodificação destes conceitos e, dessa forma, gerando fecundação e aprendizagem mútuas, que não acontecem por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos” (ALMEIDA

FILHO, 2005, p. 13). Para o autor (ALMEIDA FILHO, 1997), uma das disciplinas está em um nível hierárquico superior, devido à sua proximidade em relação à temática comum, ou seja, atua como integradora ou mediadora da circulação dos discursos disciplinares e como coordenadora do campo disciplinar comum. Para Luz (2001), não há diferença hierárquica entre as disciplinas, mas pela simbiose entre elas, origina-se essa disciplina que atua como coordenadora e articuladora das outras. Um exemplo dessa disciplina integradora é o campo da saúde mental ou o da medicina integral, que coordenam as outras disciplinas correlatas, sugerindo reciprocidade, enriquecimento mútuo (horizontalidade das relações). A crítica, compartilhada com a pluridisciplinaridade conota um caráter ideológico, prescritivo e normativo, e não propriamente uma proposta de prática de apreensão-aproximação de objetos complexos. Porém, sua potência é reconhecida na redefinição de práticas sociais ou institucionais no âmbito da Saúde Coletiva (ALMEIDA FILHO, 1997);

- **metadisciplinaridade**, trata-se da interrelação entre as disciplinas por uma ‘metadisciplina’ que “se situa em um nível epistemológico superior” e se coloca como integradora do campo metadisciplinar e atua como mediadora da comunicação entre as disciplinas. Considerado o “único modelo que permite um tratamento da questão interdisciplinar enquanto problema relacionado às formas de comunicação possíveis entre matrizes disciplinares distintas” (ALMEIDA FILHO, 2005, p. 39). Alguns exemplos são a matemática que se tornou uma linguagem formalizada na comunicação de várias disciplinas ou a clínica no campo da saúde coletiva. Nesse caso, não há uma relação mútua entre a metadisciplina e as outras disciplinas, diferente da relação hierárquica da interdisciplinaridade auxiliar (ALMEIDA FILHO, 1997);
- **transdisciplinaridade** é considerado o produto final ou a radicalização da interdisciplinaridade, o que inclui triangulação de perspectivas métodos, técnicas e análises. Designa um saber que percorre várias ciências, ultrapassando fronteiras e gerando disciplinas híbridas, como a biofísica, a ecologia ou a sociologia histórica que desenvolveram autonomia teórica e metodológica à parte das disciplinas que a compõem (MINAYO, 2011; ALMEIDA FILHO, 2005). Consiste em um conceito em busca de sistematização e tem sua conceituação originária do contexto na teoria da complexidade de Morin, resultando da integração das disciplinas de um campo particular sob uma axiomática compartilhada (ALMEIDA FILHO, 1997). Mesmo sendo caracterizada pelos diversos níveis é marcada pela horizontalidade das relações, que é a única forma de criar essas disciplinas híbridas. Diferente dos outros modelos, na

transdisciplinaridade, a comunicação não se dá entre campos disciplinares ou pela circulação dos discursos, mas entre os agentes através do trânsito dos sujeitos dos discursos, o que resultaria em um processo prático horizontalizado (ALMEIDA FILHO, 1997; LUZ, 2009), que Almeida Filho (1997) chamaria de “mentecorpo”. Nesse caso, o objeto é construído no processo de intercomunicação, ao longo do desenvolvimento do tema de pesquisa, e abre espaço para a produção de conhecimento gerada a partir das práticas vivenciadas (LUZ, 2009).

- **multiprofissionalidade**, consiste na justaposição das práticas ou de conhecimentos de vários especialistas para solucionar um problema da prática (MINAYO, 2011). É entendida na literatura como uma realidade dada, considerando que existem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente nos mesmos espaços, sem haver a problematização das especialidades e da integração dos saberes e práticas (PEDUZZI, 2001). Frente à multiprofissionalidade, a equipe é concebida como recurso para aumentar a produtividade e a racionalidade dos serviços, a partir da divisão técnica do trabalho que introduz o fracionamento de um mesmo processo de trabalho e ao mesmo tempo introduz aspectos de complementaridade e interdependência entre trabalhos especializados de uma mesma área de produção. Essa divisão também acontece em uma dimensão social representada pelas relações políticas e ideológicas resultantes da divisão técnica do trabalho (PEDUZZI, 2001). A multiprofissionalidade, conforme Peduzzi (2001) “equipe agrupamento”, é caracterizada pela fragmentação e justaposição das ações e agrupamento dos agentes. Nesse contexto, surge a denominação do trabalho em equipes multiprofissionais, na década de 70, compostas por trabalhadores de diferentes níveis educacionais e formações. Entretanto, essa constituição não supera a fragmentação e a dissecação dos processos em tarefas uniprofissionais, conferindo à “simples justaposição” dos trabalhadores com formações distintas o caráter de manutenção e legitimação dessas disjunções (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2010).
- **interprofissionalidade** acontece quando profissionais são chamados à prática colaborativa, em interação, não paralelamente. É definida como o processo de práticas coesas entre profissionais de diferentes disciplinas e especialidades, a partir do desenvolvimento de práticas que produzam uma resposta integrada e voltada às necessidades dos usuários (D’AMOUR; OANDASAN, 2005). Pode ser associada ao conceito de Peduzzi (2001) de “equipe integração”, caracterizada pela articulação das ações consonante a proposta da integralidade da atenção à saúde, nesse caso, há a

integração dos profissionais, o compartilhamento de objetivos e espaços abertos de comunicação. O conceito de interprofissionalidade, obtido na produção de D'amour e Oandasan (2004;2005;2008) e Ellery (2012;2018), será descrito com mais profundidade mais adiante neste trabalho, pois ele é principal conceito do presente estudo

O exame das raízes sócio-históricas da saúde e do cuidado é proposto como uma forma de entender e encarar o desafio da interprofissionalidade (MACMILLAN; REEVES, 2014). Cabe lembrar que nenhum movimento na história acontece isoladamente, pelo contrário, desenrola-se em cada tempo histórico um complexo de movimentos, alguns hegemônicos e, conseqüentemente, mais lembrados (pois geram mais ecos na sociedade), e outros mais periféricos, mas que suscitam mudanças. Um desses movimentos é o da educação interprofissional. Pretende-se explorar alguns fatos, movimentos e tensões ocorridos ao longo dos últimos 60 anos, que culminaram no pensamento da interprofissionalidade, a partir da construção da profissionalidade ao longo dos séculos.

### **3.4.1 A emergência do “interprofissional”: um movimento intercontinental**

O conceito de “trabalho em equipe” surge no período pós Segunda Guerra Mundial, como uma estratégia dos movimentos da medicina preventiva (anos 50), da medicina comunitária (anos 60) e dos programas de extensão de cobertura (anos 70). Tem como abordagem os paradigmas da multicausalidade e da unicausalidade das doenças, além das alterações nos processos de trabalho, com a redefinição de objetivos e a criação de novas tecnologias (PEDUZZI, 2009).

Esses movimentos agregam mudanças na formação dos profissionais, mais expressivas na formação médica, que passam a agregar a composição de equipes multiprofissionais. Isso tudo associado à ressignificação do conceito de saúde, que passa a ser um estado relativo, dinâmico e multicausal, marcado pelo conceito de saúde da OMS(1946), que compreende a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (PEDUZZI, 2009).

A proposta do trabalho em equipes de saúde surgiu com o movimento da medicina preventiva que sugere a redefinição do papel do profissional médico e, portanto, novas proposições curriculares de formação médica, além da bandeira do trabalho em equipes multiprofissionais, lideradas pelo médico (PEDUZZI, 2009). Esse movimento associado à criação de sistemas de saúde nacionais, como o National Health Service (NHS), no Reino Unido

(1948), suscitaram a resistência da corporação médica que preferiam resguardar a sua autonomia. Por isso, as negociações em diversos países que implantaram esses sistemas de saúde permitiram que os profissionais médicos retivessem a dominância hierárquica e o comando dos sistemas, privilegiando tanto as definições médicas quanto as necessidades de saúde (GREEN, 2014).

Entretanto, o pensamento que deu base ao NHS, o informe Dawson (1920), considera um sistema único de cuidados de saúde constituído por serviços advindos de diferentes disciplinas, setores da sociedade, e níveis de atenção, o que suscita a integração e interdependência entre as disciplinas (GREEN, 2014). A partir disso, pode-se observar que a construção desse objeto histórico e social, que é o “interprofissional”, perpassa a concepção de saúde e de Estado. O modelo britânico, que tem origem do *welfare state*, influenciou a Reforma Sanitária Brasileira que culminou na criação do Sistema Único de Saúde, conforme descrito anteriormente.

Remonta deste ano – 1920, os primeiros indicativos de diálogo sobre trabalho em equipe. A noção de **trabalho em equipe** já vinha sendo discutida antes mesmo da emergência do ente ‘interprofissional’, destacam-se ações de saúde desenvolvidas na Índia, antes de 1900 com equipes de médicos, enfermeiros e auxiliares. No Reino Unido, há documentos que se referem a 1920. Nos Estados Unidos, a partir de 1948, já existe composição de equipes de atendimento integradas por médicos, assistentes sociais e enfermeiros no Hospital Montefiore, na cidade de Nova Iorque (BALDWING, 2007).

Dentre outras menções ao trabalho em equipe, datadas no final do século XIX e primeiras décadas do século XX, está a de Brown (apud BALDWING, 2007), que sugere que a construção do conceito de trabalho em equipe auxiliou no alcance da aceitação dos profissionais da enfermagem, dentre outros profissionais não médicos.

A noção de equipe de saúde surge respaldada pela ideia da integralidade, compreendendo fatores de risco e os diversos determinantes da saúde. Mesmo assim, permanece a ênfase no trabalho médico, a valorização do trabalho especializado e a relevância da tarefa em detrimento das necessidades dos usuários. Outro determinante no surgimento do trabalho em equipe é a racionalização de custo-benefício da assistência médica, distribuindo tarefas e funções para outros profissionais da saúde (PEDUZZI, 2009; 2001).

O campo de discussão do “interprofissional” inicia com a emergência de demandas de mudanças nos processos formação de profissionais para a saúde, como estratégia capaz de melhorar a qualidade de atenção à saúde pelo trabalho em equipe de forma colaborativa. A **educação interprofissional (EIP)**, como estratégia para qualificação da atenção em saúde e da



segurança dos pacientes, remete às experiências da década de 60 que mostram a importância de um novo paradigma educacional no aprendizado de abordagens na atenção à saúde mental, às pessoas com necessidades especiais e aos cuidados comunitários e paliativos (na atenção integral aos portadores de HIV e AIDS) e à violência contra a criança. A educação interprofissional desenvolveu-se a partir das necessidades de formação de equipes para atenção primária em saúde, ela envolve princípios e valores da educação de adultos e das metodologias interativas com base em teorias da Antropologia, Pedagogia, Psicologia Social e Sociologia (CECCIM, 2018).

A Educação Interprofissional em Saúde (EIP), que atravessa a formação formal universitária dos profissionais, é entendida “como intervenções nas quais membros de mais de uma profissão da área da saúde aprendem juntos de forma interativa com o explícito propósito de melhorar a saúde e bem estar dos pacientes” (REEVES et al., 2016 apud PEDUZZI, 2017, p. 42). O “aprender juntos de forma interativa”, referido por Barr (2015), significa “duas ou mais profissões que aprendem com, de e sobre cada uma delas” (“sobre os outros, com os outros e entre si” (OMS, 2010, p. 10)), com o objetivo de melhorar a colaboração entre os profissionais e, assim, qualificar a assistência (REEVES, 2016).

Considera-se dentro deste conceito que as disciplinas e respectivas práticas profissionais desenvolveram saberes, conhecimentos e tecnologias, ao longo do tempo, para responder às necessidades de saúde do seu específico ângulo de visão. Cada área constitui ricas e eficazes possibilidades de leitura e de atenção às necessidades de saúde, mas disfuncionais quando isoladas (PEDUZZI, 2017).

Barr (2015) atribui a gênese da interprofissionalidade a um grupo de especialistas convocados pela OMS na década de 70 para tratar do tema da EIP, que incentivou iniciativas em vários lugares do mundo. Esse grupo, chamado de “Network of Community Oriented Educational Institutions for the Health Sciences” reafirmava produções anteriores da OMS, que defendem a complementaridade entre educação tradicional e educação interprofissional. Além de acreditarem que a EIP melhora a satisfação no trabalho, a integralidade da atenção e a resposta dos usuários a respeito dos serviços. Cada estado membro da OMS assinava um compromisso com a EIP, que foi confirmada como uma estratégia para promover “Saúde para todos no ano 2000” (BARR, 2015).

Ironicamente, a OMS faz referência a EIP e às práticas colaborativas em 2010, em um documento intitulado “Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice” (OMS, 2010), produzido por um grupo de especialistas em 2006, chamado de Associação Internacional de Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (InterEd), que

uniu em um documento as representações do movimento de vários lugares do mundo (BARR, 2015; GREEN, 2014). A partir de então, iniciou-se um processo de documentação das experiências bem-sucedidas em vários países, com arranjos de diferiam desde a composição das equipes até as estratégias empregadas (BARR, 2015)

Outro documento importante é a primeira Linha Guia para a Educação de Profissionais da Saúde, publicada pela OMS em 2013, que enfatiza a EIP como uma estratégia essencial para o desenvolvimento da atenção para saúde (BARR, 2015).

Green (2014) descreve três fases no cenário de mudanças relacionadas ao “interprofissional” no Reino Unido: a primeira passa por um despertar para os dilemas da profissionalização e para a constatação de que a educação interprofissional pode contribuir para às práticas colaborativas e para o cuidado dos usuários; na segunda fase há o aumento dos esforços para construir uma base de evidências sobre o tema e para envolver gestores nessa agenda; a terceira fase direcionou o desenvolvimento de comunidades de prática, através da promoção de mudanças nos arranjos de práticas.

Essas fases foram analisadas no contexto britânico, que reuniu mudanças no cenário social, político, educacional e institucional da saúde com a problematização da socialização profissional. As iniciativas começaram sob demandas locais, em uma escala pequena e partiam dos espaços de trabalho em saúde de forma isolada. Com o passar do tempo, começaram a crescer em número e compartilhar a ideia de que diferentes profissionais aprendendo juntos, poderiam resultar em práticas colaborativas e melhorar potencialmente os resultados de saúde. Em consequência disso, um movimento embrionário dedicado à educação interprofissional ganhou espaço no contexto de saúde britânico (GREEN, 2014).

Como mencionado anteriormente, a 2ª Guerra Mundial promoveu rupturas e movimentações em vários segmentos, tanto na especialização profissionalização, quanto na discussão das integrações. Outro exemplo aconteceu nos Estados Unidos, onde as demandas de assistência médica e cirúrgica, desde a Segunda Guerra Mundial, destacavam a organização comunitária dos sistemas de saúde destinados às classes populares. Dentre as estratégias emergentes estava o desenvolvimento de “equipes interdisciplinares de profissionais de saúde” que tinha o intuito de fortalecer a atenção integral e contínua à população, assim como, a proposta do “trabalho em equipes na saúde”. Junto à noção de “educação interdisciplinar”, surge a noção de “**prática interprofissional**” com a proposta de fomentar implicações significativas para a formação de profissionais da saúde (CECCIM, 2018).

Outro fato que indica a potência dos momentos de tensão e o objeto interprofissional como resposta aos períodos de crise é o contexto em que esse objeto ganhou espaço no Brasil.

Deu-se a partir da década de 80, período de redemocratização no país, após um intervalo de 21 anos de ditadura militar.

As instituições e serviços foram atravessados pela reforma da saúde, começando pela descentralização das ações e dos serviços. Até o início do século XXI houve um subfinanciamento do setor de recursos humanos para a saúde, caracterizado pelo congelamento de salários e recrutamento de pessoal, sucateamento de equipamentos e suprimentos do ambiente de trabalho. Uma das medidas que levou a pensar em reorganizar a forma de gestão dos recursos humanos foi a mudança do modelo de atenção para a Estratégia de Saúde da Família (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

Os movimentos no Brasil foram motivados por experiências de outros países, principalmente pelo modelo do Reino Unido. A partir da década de 80, houve a legitimação dos esforços interprofissionais em todo o mundo, através do envolvimento das redes de profissionais, da influência de políticas e de práticas e do desenvolvimento de uma base de evidências científicas. A legitimação da questão interprofissional estava relacionada a implicação da agenda política da saúde, pois a interprofissionalidade está relacionada ao trabalho e a educação, compreendendo uma noção sistêmica, ligada às políticas de saúde e educação (GREEN, 2014).

Dentre as diversas iniciativas, destaca-se a criação do “Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) (livre tradução: Centro para o Avanço da Educação Interprofissional), no Reino Unido, em 1987, que teve alta amplitude de adesão e subsequente longevidade e influência. Cabe destacar que as primeiras ações dessa instituição eram independentes do controle governamental, reforçando a ideia da iniciativa da comunidade profissional e científica (GREEN, 2014).

Sob as orientações do CAIPE, os profissionais poderiam se integrar e compartilhar conhecimentos, experiências, desenvolver atividades interprofissionais e legitimar o movimento interprofissional no Reino Unido e, por conseguinte, influenciar as políticas sociais e de saúde (GREEN, 2014). O movimento convergia com as posições da Organização Mundial da Saúde (OMS), que já vinha incentivando o trabalho em equipe e falava em “educação multiprofissional” (OMS, 1988 apud GREEN, 2014).

Foi uma questão de tempo para que as instituições profissionais se envolvessem com as questões interprofissionais, por vezes, assumindo posição de resistência e, por outras, dando suporte. Autores afirmam que se não fosse uma série de incidentes e estudos que destacaram a ineficácia do trabalho não colaborativo, talvez não haveria tanto suporte por parte dos órgãos regulatórios, dos profissionais e dos gestores (GREEN, 2014).

As discordâncias quanto a terminologia, levaram o CAIPE a publicar vários documentos esclarecendo o conceito e as definições adjacentes. Além disso, vasta produção científica foi produzida para construir um campo de conhecimento sobre o tema e mobilizar os diversos agentes da sociedade sobre a questão da interprofissionalidade, que consiste na segunda fase descrita por Green (2014).

A partir dessa produção científica, pensamentos progressistas que versam sobre a participação dos usuários no compartilhamento das decisões passam a ser discutidos sob a ótica de uma produção coletiva que vai além da retórica. Diz-se isso, diante de relatos de ineficiência dos serviços de saúde, de cuidados ineficazes, de tragédias evitáveis e desencontros entre política e prática. Nesse panorama, o CAIPE teve protagonismo e importância conciliadora para refinar esses conceitos que vinham se tornando prevalentes nos discursos políticos: interprofissional; participação dos usuários; qualidade. Entretanto, a agenda do NHS também contribuiu para a participação dos usuários e possibilidade de desenvolvimento da EIP (GREEN, 2014).

Segundo Green (2014, p. 120), “a posição do CAIPE como uma organização comprometida com os esforços interprofissionais no Reino Unido, foi espelhado por entidades similares em outros países e regiões. Cada um possuiu ênfases na sua abordagem, mas estavam unidos no avanço de uma causa comum em diversos contextos”.

As práticas interprofissionais são associadas ao conceito de colaboração interprofissional que, como descrito anteriormente, é contrário a profissionalização (FURTADO, 2009). A colaboração interprofissional e a educação interprofissional integram-se a partir do conceito de interprofissionalidade.

A **interprofissionalidade** é inicialmente descrita por Danielle e Ivy Oandasas como um conceito emergente da educação interprofissional e das práticas interprofissionais (CECCIM, 2018). Os benefícios da interprofissionalidade no campo da saúde são relacionados tanto aos usuários quanto aos trabalhadores, pois atinge as dimensões da qualidade da atenção, da segurança dos pacientes/usuários, da adesão aos tratamentos, bem como, da orientação para o fortalecimento dos sistemas de saúde, através do planejamento e avaliação a partir da integralidade, da humanização e da educação permanente, da redução do sofrimento no trabalho e do melhor provimento e fixação dos trabalhadores (D’AMOUR; OANDASAN, 2005; CECCIM, 2018).

Ellery (2012) traz a noção da interprofissionalidade como emergência das ações de educação e prática interprofissionais, que assume a existência de uma práxis interprofissional, presente nas práticas formativas e sua organização curricular e nas práticas de trabalho e sua

gestão e avaliação dos sistemas e serviços de saúde. O conceito de **práxis interprofissional** surge em Greenfield et al. (2010 apud Ellery, 2018), a partir da constatação de que os profissionais da saúde abordam a educação interprofissional e a prática interprofissional de forma evasiva. Com esse conceito, surge uma ferramenta que avalia conjuntamente a educação e a prática interprofissional, chamada “Quadro de auditoria da práxis interprofissional”. Ela é constituída dos seguintes componentes: contexto; cultura; conduta; atitudes; e informações. Segundo Ellery (2018), esse instrumento, quando utilizado dentro de uma metodologia de pesquisa de ação, permite uma ‘aferição sincronizada’ da educação interprofissional e da prática interprofissional, em que as semelhanças e diferenças dos componentes são consideradas simultaneamente. A autora (ELLERY, 2012; 2018) também discute três dimensões da interprofissionalidade: a dimensão subjetiva; a dimensão coletiva; e a dimensão organizacional, operacionalizadas por processos cognitivos, pragmáticos e subjetivos.

Diferente da multiprofissionalidade ou das “equipes agrupamento”, a lógica da colaboração interprofissional centraliza suas abordagens nas necessidades dos usuários, e direciona a construção de um “campo comum” que resulte em mais qualidade e resolutividade da atenção. Origina-se nas relações e interações entre os profissionais, nas quais é promovido o partilhar de conhecimentos, especializações, experiências e habilidades. Baseia-se em valores humanistas, que reposiciona os profissionais em torno da pessoa e não dos territórios de especialização, nesse caso, está relacionada diretamente à segurança dos usuários, à resolutividade das intervenções, às abordagens familiares e comunitárias. Nessa lógica há a perda das fronteiras profissionais (FURTADO, 2009; ELLERY, 2012; CAMPOS, 2000; CECCIM, 2018).

Segundo Furtado (2009), os profissionais tendem a um perfil mais ou menos integrado, sendo difícil a pureza dos sentidos, por causa da multideterminação, da colaboração e da profissionalização. Dentre os determinantes para a colaboração estão: a intenção e orientação dos sujeitos; a instauração de ambiente democrático; instauração de estruturas e mecanismos institucionais que possibilitem o trabalho em equipe e o fortalecimento de práticas colaborativas.

A partir da proposta da colaboração, discute-se o surgimento do projeto interprofissional. Ellery (2012) cita alguns obstáculos para o projeto interprofissional, a maioria está relacionada a esses condicionantes do espaço do trabalho, sejam eles: estruturais; relacionados ao excesso de demanda e à escassez de recursos; político, de concentração de poder e de comunicação; subjetivo e cultural; epistemológico; e ético. Uma das maiores dificuldades para o desenvolvimento de trabalho interprofissional é a marca das fronteiras entre

as profissões (D'AMOUR et al., 2005). Outro paradigma está na intencionalidade necessária por parte de todos os atores envolvidos (D'AMOUR; OANDASSAN, 2005).

A noção de interprofissionalidade indica algumas prerrogativas que constituem componentes fundamentais desta investigação. Primeiramente, existem dois campos importantes nos quais a interprofissionalidade pode ser estudada, ou seja, o campo do trabalho e o da educação; além disso, o conceito está atrelado ao meio profissional de atenção à saúde de onde surgiu, portanto há uma direcionalidade voltada à saúde e à atenção profissional ; ela está relacionada às equipes de saúde de distintas áreas do conhecimento e de prática (duas ou mais), assim, o objeto de estudo compreende a pluralidade quanto à natureza da prática e do saber profissional, em intersecção entre si e com o saber popular; para atingir seus objetivos precisa de profissionais envolvidos e dentro de uma rede de relações, em constante interação e coprodução de si, portanto, cabe estudar essas relações e os dispositivos de apoio ou de barreiras; e, por último, de extrema importância, é o conceito de integralidade, uma das diretrizes do SUS, um dos motivos da busca para a articulação e o enfrentamento da fragmentação do cuidado.

Conhecemos os processos institucionais e os movimentos no mundo para o surgimento do objeto interprofissional. A seguir, buscaremos apresentar o marco teórico deste estudo, ou seja, a construção teórica de interprofissionalidade, utilizado para as discussões e considerações expressadas a partir da observação de campo.

### **3.4.2 Interprofissionalidade: onde os conceitos e as definições começam**

O fenômeno da interprofissionalidade é definido por D'amour e Oandasan (2005, p. 9) como “o desenvolvimento de uma prática coesa entre os profissionais de diferentes disciplinas. É o processo pelo qual os profissionais refletem e desenvolvem práticas que produzem uma resposta integrada e coesa para as necessidades dos usuários/famílias/comunidade”<sup>9</sup>. Consiste em um conjunto de processos e determinantes que influenciam iniciativas de educação interprofissional e são inerentes à colaboração interprofissional. O melhor entendimento desses determinantes e processos estão implicados no desenvolvimento da interprofissionalidade. As duas esferas, da educação e da prática, são conectadas e interdependentes, e essa conexão pode ser melhor compreendida por meio da interprofissionalidade, pois esta é uma orientação à

---

<sup>9</sup> Livre tradução da autora.

educação e ao trabalho em saúde, uma abordagem onde educadores e cuidadores colaboram sinergicamente (D'AMOUR; OANDASAN, 2005). Cabe mencionar que prática interprofissional, prática colaborativa e colaboração interprofissional são tratados aqui como sinônimos, bem como na produção de D'amour.

Desde que a prática interprofissional possua características únicas em termos de valores, códigos de conduta e formas de trabalhar, uma mudança de paradigma se fez necessária. Dentre esses paradigmas, considerados as principais preocupações que impulsionaram a proposta da interprofissionalidade, está a fragmentação do cuidado à saúde e as preocupações relacionadas à reconciliação dos objetivos envolvidos no cuidado à saúde e na otimização da participação dos usuários, pois, a interprofissionalidade é pensada sempre tendo por centralidade os usuários e suas necessidades. Outro paradigma está na intencionalidade necessária por parte de todos os atores envolvidos, incluindo profissionais, educadores, usuários, estudantes e gestores. Além desses, está o paradigma da separação entre a educação e a prática, afirmadas como interdependentes na geração de melhores resultados de cuidado e centrados nos usuários (D'AMOUR; OANDASSAN, 2005).

Segundo Ellery (2018), esses valores códigos de conduta e formas de trabalhar precisavam ser esclarecidos, o que justificaria a emergência de um conceito que permita estudar a natureza interprofissional de uma intervenção.

O trabalho em equipe é o contexto central para o desenvolvimento da interprofissionalidade, que se sustenta, tanto em processos e determinantes que serão abordados mais adiante, quanto em um ambiente de prática em que gestores e profissionais da mesma instituição ou de instituições distintas trabalhem juntos e se beneficiem dessa interação (D'AMOUR; OANDASAN, 2005). No entanto, a autonomia é um dos conceitos que são postos em questão. Isso se dá pela sensação de que a autonomia é gerada no isolamento profissional, como se desse modo os profissionais tivessem total poder sobre suas ações e estratégias (pensamento esse construído pelos paradigmas formativos e corporativos). Nesse polo, os profissionais mantêm maior autonomia e atuam em paralelo aos outros, semelhante à lógica multiprofissional. No outro polo, os profissionais apresentam autonomia mais restrita, porém, a equipe integrada apresenta maior autonomia do que a soma das partes (D'AMOUR et al., 2005).

Para D'amour et al. (2005), o conceito de interprofissionalidade está diretamente ligado ao de **colaboração**, que é considerada uma forma de interação entre os profissionais, é um processo complexo, voluntário e dinâmico que envolve diversas habilidades no âmbito do trabalho em saúde. Para os autores, consiste no problema central quando se trata de trabalho em

equipe e se baseia na premissa de que os profissionais querem trabalhar juntos e melhorar a atenção à saúde (D'AMOUR et al., 2008). Converte com a ideia de compartilhamento de objetivos em um espírito de harmonia e confiança. O conceito de colaboração é definido com os conceitos subjacentes: partilha; parceria; poder; interdependência; e processo (ELLERY, 2012). A interprofissionalidade é também compreendida como um processo dinâmico e interativo (D'AMOUR et al., 2005) que atravessa as ações práticas, os saberes, o planejamento e a organização dos serviços.

A colaboração está sempre relacionada à prática, ao trabalho, ao pragmático (D'AMOUR et al., 2005; 2008, ELLERY, 2012; COLET, 2002 apud ELLERY, 2012), portanto, quando tratarmos de colaboração, faz-se referência à prática interprofissional. Tratando-se da educação interprofissional, a colaboração é concebida como a finalidade.

O processo de desenvolvimento da colaboração é complexo e requer uma série de dinâmicas a serem desenvolvidas, entre os profissionais, entre esses e os usuários, a comunidade e as famílias. Dentre essas dinâmicas, o que exprime um dos mais altos graus de complexidade, está a construção de ações coletivas que reportem à complexidade das necessidades dos usuários, e (de forma complementar a primeira) a construção de uma vida em equipe que integra a perspectiva de cada profissional com respeito e valorização. O grau de participação do usuário e os mecanismos para isso ainda são pouco explorados, por isso, por vezes, os processos colaborativos são voltados às necessidades dos usuários e, por vezes, são voltados às necessidades dos profissionais (D'AMOUR et al., 2005). A colaboração é vista como um grau de interação presente nas práticas e interprofissionais, e que deve ser aprimorado a partir da educação interprofissional.

Danielle D'amour desenvolveu junto a outros autores modelos teóricos que possibilitam analisar as relações interprofissionais ou colaborativas. Esses modelos partem da abordagem organizacional e da análise estratégica, dentro dos estudos da sociologia organizacional. Nessa linha de pensamento, a organização é considerada um sistema local de ações resultantes da estruturação de um conjunto de regras (formalização) e das ações humanas (estratégias dos atores) (D'AMOUR et al., 2005).

Um deles é o “Modelo estrutural de colaboração interprofissional” (D'amour et al., 2005; D'AMOUR et al., 2008; ELLERY, 2012), que conceitua o processo de colaboração a partir das seguintes dimensões:

- **visão e objetivos compartilhados** (também chamada de finalização), trata-se da existência de objetivos comuns e da sua apropriação pela equipe, o reconhecimento de



divergências e diversidade de opiniões, assim como a diversidade das visões a respeito da colaboração;

- **internalização** (também chamada de senso de pertencimento), refere-se ao senso de pertencimento, ao reconhecimento dos valores das diferentes disciplinas e ao desenvolvimento de confiança mútua, bem como à consciência, por parte dos profissionais, da sua interdependência e a importância de organizá-la.
- **formalização**, compreende a extensão dos procedimentos, a distribuição e o compartilhamento de responsabilidades, e expressam os objetivos e formas de agir documentados e normatizados;
- e **governança** (também chamada de delegação de autoridade) que trata das ações de liderança que suportam a colaboração que democratiza os espaços decisórios e de liderança.

Essas dimensões que compõem um nível organizacional (formalização e governança) e um nível interacional (visão e objetivos compartilhados e internalização) são consideradas causas determinantes dos processos de colaboração e são constantemente influenciadas por fatores externos estruturais, como a oferta de recursos, políticas, entre outros (D'AMOUR et al., 2008; ELLERY, 2012). Essa estrutura vai acompanhar toda a construção teórica de D'amour até chegar no conceito de interprofissionalidade.

Semelhantemente a esse modelo, a autora descreveu o “Modelo estrutural de colaboração interorganizacional” (D'AMOUR, 2004 apud D'AMOUR et al., 2005), que estende a análise para diferentes organizações com profissionais trabalhando em rede, de forma intersetorial. Ela descreve, além do processo que consiste nas quatro dimensões descritas acima, os inputs que estariam relacionados às características da rede e das organizações, e os outputs, definidos nos termos da qualidade do cuidado, as inovações das práticas e a satisfação dos profissionais. Nesse estudo, os autores relacionam dez indicadores que operacionalizam quatro dimensões do modelo de colaboração. A dimensão da ‘finalização’, compreende os indicadores ‘objetivos’ e ‘alianças’; a dimensão da ‘internalização’ é complementada pelos indicadores ‘conhecimento mútuo’ e ‘confiança’; a dimensão da ‘formalização’ consiste nos ‘acordos/regras’ e na ‘estrutura de informação’; e a dimensão da ‘governança’, se desdobra nos indicadores ‘centralidade’, ‘liderança’, ‘perícia’ e ‘conectividade’<sup>10</sup> (D'AMOUR et al., 2004).

Nesse modelo, a autora identificou três tipos de colaboração interorganizacional: **colaboração em ação**, que representa o nível mais alto de colaboração, possibilita uma

---

<sup>10</sup> Livre tradução da autora.

plataforma clara de consensos envolvendo todas as instituições participantes no compartilhamento de responsabilidades, na continuidade e na garantia da eficiência do cuidado; **colaboração em construção**, caracterizada pelo escopo de colaboração limitada e de consenso nas questões em processo de negociação, fragilidade no compartilhamento de responsabilidades e na eficiência do cuidado, como processos a serem melhorados; e **colaboração em inércia** que é caracterizada pela ausência de relações e de negociação ou pela presença significativa de forças conflitantes. Nesse tipo de colaboração, a gravidade dos conflitos neutraliza a capacidade do sistema de desenvolver mudanças (D'AMOUR et al., 2004).

Os dois modelos teóricos foram reunidos em uma 'tipologia da colaboração' (D'AMOUR et al., 2008) que integra a colaboração interprofissional e interorganizacional, e constitui uma ferramenta que auxilia no desenvolvimento e análise da colaboração em sistemas complexos com vários níveis de atenção. O modelo sugere que as ações coletivas podem ser analisadas através de quatro dimensões e operacionalizadas a partir de dez indicadores. As dimensões são as mesmas abordadas nos modelos conceituais da colaboração, passam por uma alteração semântica, assumindo os conceitos descritos aqui (formalização, visão e objetivos compartilhados, governança e internalização). Os indicadores de colaboração são apresentados no quadro abaixo (Quadro 1).

Até agora, falamos das práticas interprofissionais ou colaborativas. Falaremos a seguir da interprofissionalidade como modelo teórico. Um dos mais importantes modelos teóricos de Danielle D'amour foi escrito juntamente com Ivy Oandassan (2005), denominado "Educação interprofissional para prática colaborativa centrada no paciente" (IECPCP<sup>11</sup>). Esse modelo passa a ter relevância devido à intenção de conectar a educação interprofissional com a prática interprofissional, o que, para as autoras, passa ser uma nova área emergente naquele momento, a interprofissionalidade. O modelo teórico se baseia na implicação que o desenvolvimento da interprofissionalidade tem em relação ao entendimento que se tem dos processos e determinantes que influenciam a educação interprofissional e as práticas interprofissionais. As autoras defendem a interdependência entre a educação e o trabalho, aqui tratados como saberes e práticas, além da contínua interação entre profissionais e gestores na produção de interprofissionalidade (D'AMOUR; OANDASSAN, 2005).

---

<sup>11</sup> Sigla em inglês para "Interprofessional Education for Collaborative Patient-centred Practice".

Quadro 1: Indicadores de colaboração.

Indicador			Descrição do indicador
Interacional	Visão e objetivos compartilhados	Objetivos	Relacionado aos valores dos profissionais na elaboração de objetivos comuns, com ênfase no consenso. A identificação e o compartilhamento de objetivos comuns são elementos importantes para o desenvolvimento de colaboração, mais evidentemente no compartilhamento do objetivo central de responder às necessidades dos usuários. Objetivo requer uma importante transformação de valores práticas.
		Atenção centrada no usuários x outras orientações	Existência de estrutura complexa de interesses envolvendo uma variedade de tipos de alianças: com os usuários; com os outros profissionais; com a organização; com interesses privados etc. Resulta em uma assimetria de interesses ou uma convergência parcial entre os pares. Ajustes e negociação são necessários. Ausência de negociação provoca risco de interesses privados emergirem, perdendo o foco da colaboração centrada no usuário.
	Internalização	Conhecimento mútuo	Os profissionais devem conhecer uns aos outros pessoalmente e profissionalmente para o desenvolvimento de senso de pertencimento no grupo, e objetivos comuns. Conhecer um ao outro pessoalmente significa conhecer os seus valores e competências. Conhecer profissionalmente significa conhecer a referência daquela profissão, sua abordagem de cuidado e seu escopo de práticas. Essa familiarização ocorre em ocasiões de convivência social, treinamentos e momento de troca de informações, sejam eles formais ou informais.
		Confiança	Colaboração só é possível quando os profissionais confiam nas competências e habilidades do outro. Quando não confiam no trabalho dos pares acabam por se expor a riscos e por manter a responsabilidade sobre a atenção dos usuários centralizada nas suas ações. Essa forma de agir vai contra a ideia da colaboração e da construção de redes.
Organizacional	Governança	Centralidade	Refere a existência de orientação clara e explícita no sentido de guiar a ação, neste caso, para a colaboração. As autoridades centrais são importantes na nos processos e estruturas de colaboração, atuando política e estrategicamente.

		Liderança	A liderança local é necessária para o desenvolvimento da colaboração interprofissional e interorganizacional. Ela pode assumir formas, variando quanto a posição, tempo de permanência, formalidade. Pode ser centrada numa pessoa ou compartilhada entre os membros do grupo. Cabe o destaque para a análise das relações de poder e a sua concentração, sendo a melhor estratégia a possibilidade de todos contribuírem para a tomada de decisões.
		Suporte para a inovação	A colaboração gera ações inovadoras. A divisão de responsabilidades entre profissionais e instituições, promove mudanças nas práticas clínicas. Essas mudanças representam inovações reais que devem ser implementadas. A colaboração não tem sustentabilidade sem um processo de aprendizado complementar e sem uma organização interna e externa para apoiar esse processo de aprendizado.
		Conectividade	Conectividade se refere ao fato dos indivíduos e organizações estarem interconectados aos espaços de discussão e de construção de conexões entre eles. É o oposto de estar isolado, separado. Pode resolver problemas de coordenação e de ajustes das ações. Exemplo são os comitês, as reuniões.
	Formalização	Ferramentas de formalização	A formalização tem o potencial de clarificar as responsabilidades dos membros da equipe e negociar quais as responsabilidades são compartilhadas. Existem vários tipos de ferramentas de formalização: acordos interorganizacionais; protocolos; sistemas de informação, etc. As ferramentas são importantes, pois o profissional pode ter clareza do que é esperado dele e o que ele pode esperar dos outros. A colaboração é mais influenciada pelo consenso que emerge dos mecanismos de formalização do que pelo grau de formalização.
		Troca de informação	Refere a existência de uma ‘infraestrutura’ de informação, bem como seu uso apropriado, que permita a troca de informações entre o profissional de forma rápida e completa. Os sistemas de informação possibilitam a troca de dados, que diminui a incerteza frente o trabalho com um profissional desconhecido, pela análise da qualidade e pela possibilidade de direcionamento das ações seguintes. É um importante aspecto no estabelecimento de relações de confiança.

Fonte: D'AMOUR et al., 2008.

O modelo teórico, conforme apresentado na Figura 4, extraída do artigo original (D'AMOUR; OANDASSAN, 2005), foi pensado para ajudar a identificar determinantes e processos que influenciam programas de formação de profissionais a se apropriar da proposta de educação interprofissional, bem como os determinantes e processos que influenciam a adoção de práticas interprofissionais em um sistema de saúde. Também foi pensado com vistas a destacar as conexões entre a educação e as práticas colaborativas.

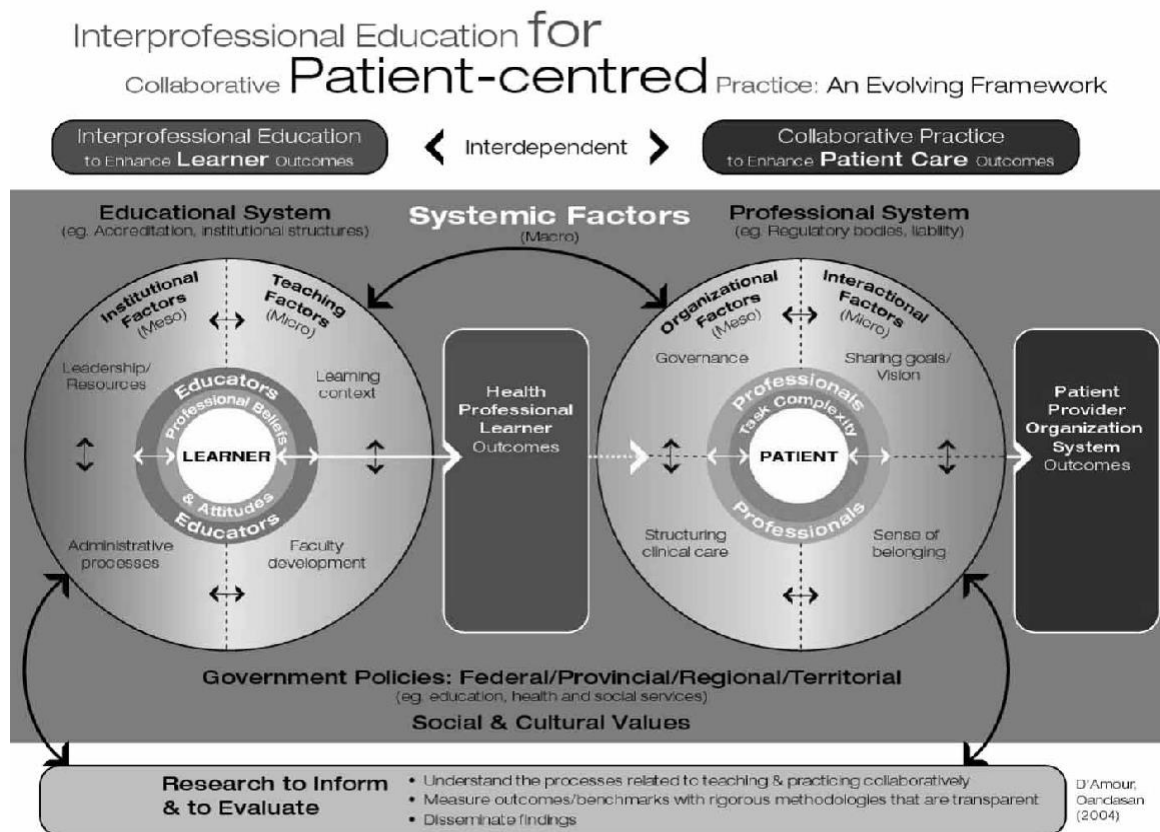


Figura 4: Modelo teórico conceitual da Educação Interprofissional para a prática centrada no paciente. Fonte: D'AMOUR; OANDASSAN, 2005.

O modelo é uma figurado em dois círculos: um correspondente à educação interprofissional, que inclui fatores que afetam a capacidade dos profissionais da saúde aprenderem e se tornarem atores colaborativos; e o outro correspondente à prática interprofissional, que compreende fatores que afetam a produção de cuidado de saúde num modelo de práticas colaborativas. Ambas as abordagens (educação e prática) são analisadas em três dimensões: micro, que diz respeito às relações entre os sujeitos (alunos, usuários, profissionais, o ensino e o cuidado); meso, que compreende o nível organizacional das relações, inclusive entre instituições de ensino e de saúde; e macro, que consiste nos sistemas socioculturais, político, econômico (D'AMOUR; OANDASSAN, 2005).

Para o desenvolvimento de educação interprofissional, é preciso um conjunto de práticas colaborativas as quais os estudantes podem ser expostos durante as experiências de ensino-aprendizagem. Ao mesmo tempo, se formados profissionais com aproximação à colaboração, mais práticas colaborativas serão desenvolvidas ao longo do tempo. Com o crescimento nas práticas colaborativas, surgem mais oportunidades de ensino-aprendizagem, formando um ciclo composto pela educação interprofissional e as práticas interprofissionais (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

D'amour e Oandasan (2005) sugerem que discutir a distinção entre elas pode clarificar os determinantes estruturais e processos que afetam o avanço da interprofissionalidade, principalmente nos níveis micro e meso. Isso porque, no nível macro, essa interdependência é mais facilmente percebida (D'AMOUR; OANDASSAN, 2005). Segue a discussão, a partir dos processos e determinantes identificados pelas autoras como influentes na produção de interprofissionalidade, com ênfase para as distinções entre a educação interprofissional e as práticas colaborativas.

#### 3.4.2.1 Educação Interprofissional

Na educação interprofissional, a centralidade está no estudante, que é afetado pelos fatores que influenciam a sua habilidade de desenvolver competências para o trabalho colaborativo, tendo por elemento essencial a interface e a socialização entre o estudante e o educador. Compreende-se que as atitudes a partir das crenças, dos princípios profissionais e culturais desenvolvidos durante a formação profissional afetam a sua disposição a colaborar com outros profissionais. (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Essas crenças e valores, que atravessam todas as dimensões (macro, meso e micro), partem da identidade profissional construída desde antes de iniciar a formação, a partir de estereótipos da própria profissão e de outras. Essa identidade é influenciada pelos educadores e professores, e suas atitudes têm papel crucial no desenvolvimento da colaboração. A relação de interação e socialização entre estudantes e educadores é bilateral, na qual estudantes também influenciam o próprio processo formativo. Cabe destacar que os valores, as crenças e as atitudes sofrem influência por componentes das três dimensões sendo influenciados uns pelos outros constantemente (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

A dimensão macro sofre influência dos sistemas social, político, econômico e cultural, os quais não oferecem tanta distinção entre educação interprofissional e prática colaborativa.

No modelo conceitual de D'amour e Oandasan (2005) é identificada a influência do sistema educacional com seus modelos de avaliação e as estruturas institucionais como determinantes para a educação interprofissional. Também têm destaque as políticas governamentais direcionadas à educação e os valores sociais culturais que são direta e indiretamente influenciados pelos componentes sistêmicos, (D'AMOUR; OANDASAN, 2005), bem como a construção social do papel da educação e da universidade, das relações em tempos de redes sociais, e outros componentes do sistema social e cultural.

Os estereótipos profissionais também são citados como determinantes na interprofissionalidade e são resultado dos sistemas cultural e social. Esse efeito reflete nos níveis institucional e interacional, reproduzidos nessas duas dimensões, seja nas estruturas das organizações de ensino ou na interação professor/estudante.

A seguir, algumas estratégias que podem ser realizadas à nível sistêmico com vistas a qualificação e incentivo à educação interprofissional((D'AMOUR; OANDASAN, 2005):

- elaboração de políticas de educação permanentes que problematizem a segregação estrutural e financeira das profissões;
- elaboração de políticas de acreditação e incentivo às instituições de formação de profissional de saúde por desenvolverem processos e estratégias de educação interprofissional;

Portanto, de acordo com as teorias, são identificados os seguintes processos e determinantes para a educação interprofissional em nível sistêmico: o sistema de valores sociais e culturais quanto à educação, às profissões, entre outros; e o sistema educacional, quanto às políticas de organização e normatização da formação de profissionais para a saúde.

A dimensão “meso” dos determinantes e processos que influenciam a educação interprofissional compreendem fatores institucionais. Nesse caso, trata-se de instituições de ensino superior com formação de profissionais para a área da saúde ou instituições de saúde e que recebem estudantes em processo de formação (D'AMOUR; OANDASAN, 2005). Os autores destacam a dificuldade de mobilizar para a necessidade de interprofissionalidade nesse nível institucional, devido à ausência dessa racionalidade nas organizações, reiterando a importância da articulação entre profissionais e gestores na implementação de arranjos e oportunidades que possibilitem a educação interprofissional.

Alguns dos fatores que influenciam esse processo são: liderança e recursos, considerando a mobilização e o poder dos líderes em direcionar recursos e dar seguimento na agenda da educação interprofissional; e processos administrativos que compreendem os

métodos pelos quais as iniciativas são implementadas e a disponibilidade de financiamento, ou seja, a organização logística.

Para que seja possível identificar as competências, conhecimentos, atitudes a serem ensinadas na educação interprofissional e para que os estudantes tenham experiências em tais estratégias, é importante que os serviços de atenção em saúde desenvolvam práticas colaborativas também em um nível institucional, com a implementação de arranjos formais que propiciem a colaboração, lembrando que a ‘formalização’ é uma das quatro dimensões da colaboração interprofissional (D’AMOUR et al., 2005).

Essa discussão é estendida à educação interprofissional e à importância dos arranjos formais dentro das instituições de ensino. Entretanto, considerando que a educação interprofissional acontece tanto nas oportunidades de aprendizado formal, quanto informal, identificadas nos profissionais que, mesmo sem formação formal para a colaboração, desenvolvem competências colaborativas no ato de trabalhar em saúde com outros profissionais (D’AMOUR; OANDASAN, 2005).

Existem estratégias de educação formal de profissionais para a colaboração interprofissional, como cursos e capacitações, porém, defende-se que, tanto para estudantes, quanto para profissionais, os processos educativos para a colaboração geram melhores resultados se inseridos em ambientes que dão suporte às práticas colaborativas (D’AMOUR; OANDASAN, 2005). Nesse caso, destacam-se, no nível institucional, os seguintes determinantes e processos: os arranjos e fluxos formais e informais de educação na formação de profissionais para a área da saúde; a racionalidade das organizações expressos nos seus processos, objetivos, hierarquias, etc.

A dimensão interacional (micro), na estrutura da educação, consiste no contexto de ensino e de aprendizado, o que engloba o pensamento sobre ‘como ensinar a colaborar interprofissionalmente’, ‘quem ensina’, ‘onde ensina’, ‘o que ensina’, ‘quando ensina’. Engloba também a formação de educadores (D’AMOUR; OANDASAN, 2005).

Das competências identificadas pelas autoras a serem pensadas na educação interprofissional, todas são de nível micro, sendo elas, o conhecimento dos papéis de cada profissional, o desenvolvimento de habilidades comunicativas e de reflexão crítica do cotidiano e atitudes, como o respeito mútuo, a confiança e o desejo de colaborar. Cabe destacar que o ensino dessas competências, a implantação das mesmas nas práticas de trabalho, a apropriação conceitual da interprofissionalidade não garantem isoladamente a melhora dos resultados de saúde. Necessita-se de suporte sistêmico e institucional para a construção de processos coesos com a proposta da colaboração (D’AMOUR; OANDASAN, 2005).



Alguns dos determinantes da educação interprofissional a serem destacados são: o sistema de valores pessoais que interagem com os processos de ensinar e aprender; e os processos envolvidos no ensino, como métodos, comunicação, atitudes e as relações de poder.

#### 3.4.2.2 Práticas Interprofissionais/Colaborativas

Os processos pelos quais os profissionais estruturam a sua colaboração são complexos, pois eles estão relacionados à interação humana a partir de diferentes formas de ver o mundo, dentro de um ambiente complexo e em constante mudança. Essas interações se desenvolvem principalmente na dimensão micro (interação entre os indivíduos) e na dimensão meso (interação entre indivíduos e a organização). O usuário passa a ser o centro nas práticas interprofissionais, pois essas práticas e o grau de colaboração entre os profissionais afeta diretamente os seus resultados de saúde. Por isso, o cuidado deve ser direcionado às necessidades dos usuários, dando abertura para a sua participação no cuidado (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Este modelo conceitual das quatro dimensões do processo colaborativo (finalização, interiorização, formalização e governança) situam a finalização e a interiorização no nível micro da estrutura de processos e a formalização e a governança no nível meso. Portanto, as práticas interprofissionais sofrem o impacto da participação dos usuários, dos profissionais, das organizações e do sistema como um todo (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

A dimensão sistêmica (macro) concentra as políticas de saúde das diferentes esferas de governo, as normativas trabalhistas, a construção histórica do trabalho e a administração de recursos e de pessoas. Também compreende as construções sociais e culturais que permeiam o cuidado em saúde. Outro fator muito relevante nesse sistema é a constituição do trabalho em saúde e a segregação laboral, seja pela delimitação de práticas relativas a gradação de poder nas instituições, ou pela segregação financeira, como as disparidades salariais entre os profissionais (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Outro determinante de interprofissionalidade sugerido pelas autoras é o conjunto de normativas trabalhistas, pois o papel das instituições reguladoras das profissões também precisa ser revisto, de modo que venha incentivar as práticas interprofissionais, sendo contrárias à reserva de mercado e ao cerceamento de atribuições recorrentes. Essas organizações têm

importante papel na desmitificação dos estereótipos construídos socialmente e reforçados pelos processos de ensino.

Cabe ressaltar que a manutenção dos estereótipos criados acontece nas dimensões sistêmica, institucional e interacional (macro, meso, micro) e reflete na forma como cuidamos as pessoas, seja positiva ou negativamente. A discussão aberta entre as instituições e a sociedade deve ser incentivada com vistas a maior aproximação entre as profissões, com visão compartilhada sobre as práticas colaborativas entre os sistemas de saúde, de proteção social e de educação, para a construção de políticas coerentes em relação à proposta da interprofissionalidade (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Como já referido anteriormente, os processos de acreditação e o monitoramento nos serviços podem incentivar as equipes a atuarem mais colaborativamente para atingir seus objetivos. Esse e outros processos que influenciam as práticas interprofissional precisam de amplo suporte legislativo, normativo e financeiro (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Na dimensão sistêmica são apontados o sistema de valores no que diz respeito à concepção de saúde, de trabalho e da construção social das profissões; o sistema de saúde, com seus princípios e processos de produção de saúde (programas, arranjos); e os sistemas que regem o trabalho, que incluem desde as legislações trabalhistas e de ética profissional, por exemplo, fixadas pelos conselhos de classe, até as políticas trabalhistas, financeiras e previdenciárias.

A interação deve ser entre profissionais e os arranjos institucionais com as RAS. A dimensão institucional do modelo conceitual aponta para a governança que se refere ao papel desempenhado pelas lideranças e que pode ser mais centralizado ou mais democrático. O primeiro dificulta interações de colaboração e o segundo facilita. O nome 'governança' já atribui um sentido de liderança coletiva a essa dimensão.

A formalização destaca a importância de estruturas institucionais formais e sistematizadas, como protocolos, redes de atenção, linhas de cuidado, pois esses dispositivos facilitam a troca de informações, o compartilhamento de objetivos, o acesso a outros serviços ou profissionais (D'AMOUR; OANDASAN, 2005). Diferentemente da educação interprofissional, aqui as autoras não referem a possibilidade dos processos informais na produção de práticas colaborativas.

Destaca-se também a interação entre diferentes organizações e a estrutura da rede de prestação de serviços de saúde, sejam elas constituídas em redes ou não (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Outro conjunto de organizações que interferem nas práticas colaborativas, tanto em um nível macro e meso, quanto micro, são as instituições de regulação profissional, como os conselhos de classe, que podem criar barreiras para a colaboração, principalmente pautada na competitividade entre os profissionais e a reserva de mercado (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Os determinantes indicados pelas autoras na dimensão institucional estão voltados para os processos de tomada de decisões e de liderança; e para os fluxos formais intra e inter institucionais (fluxos, protocolos, redes de atenção).

A complexidade das interações é apresentada no nível micro, no compartilhamento de objetivos e na sensação de pertencimento, sejam os integrantes da equipe profissionais ou usuários. O usuário e os profissionais estão em constante relação de interdependência. Os usuários são participantes da colaboração interprofissional, e recebem o cuidado ao mesmo tempo, pois são as suas necessidades que balizam a interação entre os profissionais. Entretanto, essa participação depende tanto do desejo dos usuários, quanto da sua capacidade em participar do planejamento, fatores que devem ser considerados enquanto a interprofissionalidade é desenvolvida (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

O compartilhamento de objetivos e da concepção de saúde, de colaboração, de cuidado etc. é questão primordial nas práticas interprofissionais. Para que os objetivos sejam compartilhados e centrados nos usuários, é necessário que a equipe esteja focada nas necessidades dos usuários, como uma postura individual e coletiva em constante abertura à negociação. Cabe lembrar que as relações de poder, os interesses pelos quais os profissionais se engajam no trabalho em saúde (diretamente relacionados ao seu processo de formação), interferem inicialmente nos objetivos da equipe para, então, inferir sobre as práticas (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Outra dimensão que orienta a interação entre os profissionais refere-se ao desejo e à disposição em colaborar, ou seja, a sensação de pertencimento e a horizontalidade das relações. Para que isso aconteça os profissionais devem conhecer uns aos outros pessoalmente e profissionalmente, o que significa estar familiarizado com os modelos conceituais, papéis e responsabilidades uns dos outros. Isso facilita a identificação de territórios transcendentais e o compartilhamento de responsabilidades. Para os autores, essa dimensão é imprescindível para que a colaboração ocorra (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

As práticas colaborativas trazem benefícios tanto aos usuários quanto aos profissionais. Os usuários apresentam melhores resultados clínicos de saúde e aumento na satisfação, já os

profissionais também se apresentam mais satisfeitos, isso aparece principalmente na na melhora da saúde mental dos colaboradores.

Assim, os processos e determinantes da interprofissionalidade na dimensão interacional (micro) podem ser sintetizados em: sensação de pertencimento; compartilhamento de objetivos, objetos, conceitos; desejo de colaborar e receber a colaboração do outro; participação dos usuários no cuidado.

### 3.4.3 Contribuição de Ana Ecilda Ellery

Ana Ecilda Lima Ellery (2012; 2018) contribuiu para o conceito de interprofissionalidade a partir dos estudos da sua tese de doutorado, que buscou compreender a dinâmica das relações interprofissionais na produção do cuidado na ESF, explorando a existência de condições para a construção da interprofissionalidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Seu estudo parte da interface entre conceitos de interprofissionalidade de D'amour e Oandasan (2005) já apresentado neste estudo; de interdisciplinaridade de Colet (2002 apud ELLERY, 2012)<sup>12</sup>; e das dimensões da interprofissionalidade, segundo Soubhi et al. (2009)<sup>13</sup>. Esse estudo analisa uma estrutura conceitual da interprofissionalidade que é considerada um

---

<sup>12</sup> A “Estrutura conceitual da interdisciplinaridade”, segundo Colet (2002 apud ELLERY, 2012), está constituída em três princípios: da integração conceitual, teórica ou metodológica de duas ou mais disciplinas; da colaboração, traduzida na cooperação das competências científicas pela reunião de representantes de diferentes disciplinas na produção do conhecimento; da síntese como resultado esperado da integração e da colaboração. Essa concepção de interdisciplinaridade considera uma dimensão cognitiva e uma pragmática, reforçando a ideia de que a interdisciplinaridade não é praticada em abstrato, ela requer um projeto prático. Ellery (2012) associa o princípio da colaboração, ou seja, a dimensão pragmática da interdisciplinaridade de Colet (2002) com a interprofissionalidade, pois a autora define a interdisciplinaridade como o equilíbrio entre o nível de organização dos saberes e de organização do trabalho (COLET, 2002 apud ELLERY, 2012).

<sup>13</sup> Para Soubhi et al. (2009 apud ELLERY, 2012), a autora baseia-se na aprendizagem social de Wenger (2009), a aprendizagem e a prática interprofissional resultam do equilíbrio dinâmico entre a organização do que os profissionais sabem e a organização do que fazem. Para ajudar os profissionais a adaptar suas respostas à complexidade das necessidades dos usuários é necessário desenvolver uma “capacidade coletiva” impulsionadora da educação e da prática interprofissional. Os autores descrevem oito dimensões para compreender e avaliar a estruturação de projetos interprofissionais: tema mobilizador, uma abordagem genérica, não disciplinar, centrada no usuário; predisposições e valores, exploram as crenças e as atitudes dominantes que podem ou não favorecer as ligações entre os profissionais; formalização, trata do grau de definição de modelos de práticas e das regras que objetivam estabilizar as atividades dos profissionais pelo reforço de procedimento e de descrição de tarefas; gestão do conhecimento, explora os mecanismos que favorecem a troca de conhecimentos no grupo, tanto no compartilhamento quanto documentação do conhecimento; liderança, consiste no grau de hierarquização e na partilha de poder; desenvolvimento de um projeto comum, traduz o grau com que os profissionais se identificam com as finalidades de uma projeto, pactuam e colocam em prática; coordenação relacional, ou seja, a gestão das interdependências dos profissionais; e coesão e confiança, traduzem o suporte e o engajamento mútuo. Para eles o trabalho interprofissional só se desenvolve através da aprendizagem em comunidade (ELLERY, 2012).

processo de trabalho, resultante da síntese de **processos cognitivos, pragmáticos e subjetivos** (ELLERY, 2018).

Para a autora (ELLERY, 2018, p. 149), na interprofissionalidade, ou seja, nesse processo de trabalho,

[...]profissionais com formações acadêmicas distintas trabalham juntos, sendo afetados uns pelos outros, o que resulta numa ampliação dos métodos de ver e interpretar os fenômenos, a partir da integração de saberes, e numa modificação das práticas, quer seja através da prática em colaboração, no núcleo específico de atuação de cada profissão, quer seja na construção de um campo comum de intervenção, onde as práticas são compartilhadas entre os profissionais indistintamente.

A autora identifica no campo de estudo (a ESF) a existência dois espaços propícios à interprofissionalidade: as práticas colaborativas, que preservam o núcleo específico de atuação de cada profissional; e em um campo comum, o compartilhamento de práticas sem distinção da disciplina para a qual o profissional foi formado (ELLERY, 2012).

Ellery (2012) associa o princípio da colaboração, ou seja, a dimensão pragmática da interdisciplinaridade de Colet (2002), com a interprofissionalidade entendida como o equilíbrio entre o nível de organização dos saberes e de organização do trabalho (COLET, 2002 apud ELLERY, 2012). A Estrutura conceitual da interprofissionalidade' apresenta uma tendência em situar o modelo conceitual no contexto do trabalho, em relação à prática interprofissional, partindo da sua afirmação de que “a interprofissionalidade é um processo de trabalho, mediado pelo desejo e abertura dos trabalhadores” (ELLERY, 2018, p. 149). Entretanto, aqui, compreendemos que essa produção de interprofissionalidade se dá tanto na educação interprofissional quanto na prática interprofissional.

Conforme mencionado, a interprofissionalidade é a síntese de processos cognitivos, pragmáticos e simbólicos. Os processos cognitivos pressupõem a socialização e a integração dos saberes entre as diversas categorias que interagem num campo de práticas, ampliando o seu campo de conhecimento e interpretação dos fenômenos. A ampliação da compreensão epistemológica dos fenômenos do cotidiano de trabalho implica a modificação do fazer profissional, estendendo um processo pragmático no exercício de uma prática compartilhada e colaborativa de organização do trabalho (ELLERY, 2018).

Esses dois processos cognitivo e pragmático, dos saberes e das práticas, são permeados pelo desejo e pelos afetos dos profissionais, considerando que sentimentos são mobilizados ao compartilhar práticas e socializar saberes e esse processo, chamado de simbólico, tem a potência de ativar ou frear a interprofissionalidade. Na ‘Estrutura Conceitual da Interprofissionalidade’ de Ellery (2012), a produção afetiva atua como uma engrenagem para a integração de saberes e para a prática colaborativa. Essa dimensão subjetiva compreende as

relações de poder, a amorosidade, a confiança, o ciúme, que mobilizam sentimentos conciliatórios ou contraditórios (ELLERY, 2018).

Essa relação entre os processos cognitivos e pragmáticos, mediados e impulsionados por processos subjetivos, sugerem a produção de saberes, de práticas e de afetos. Uma das principais contribuições de Ellery (2012) para a compreensão da interprofissionalidade é esse engendramento entre a produção afetiva, a integração de saberes e o compartilhamento de práticas, compreendendo um universo psicológico-subjetivo, próprio do ser humano, que traz sentidos para o seu universo.

Para a autora (ELLERY, 2012), a produção afetiva resulta de processos e ações nos quais estão envolvidas as emoções, posturas ético-cognitivas (como o reconhecimento do outro como um ser capaz, detentor e produtor de saberes; o reconhecimento da incompletude de cada profissional etc.) nas quais os trabalhadores são convidados a implicarem-se subjetivamente e afetivamente com os objetivos do trabalho, com a organização das atividades, com os valores institucionais e, principalmente, com o público por ele atendido. Essa produção situa-se no campo do “trabalho imaterial” e o predominante nesse contexto é a relação afetiva estabelecida entre as instituições, os profissionais e os usuários dos serviços.

Parte-se da constatação de que “os serviços de saúde baseiam-se, essencialmente, em cuidados e em trabalho afetivo” (ELLERY, 2012, p. 173), e que o trabalho imaterial é trabalho afetivo, que requer cooperação e integração para situar o trabalho em saúde na necessidade da existência de uma multiplicidade de sujeitos envolvidos na execução de determinada atividade. O que é possibilidade para que se desenvolva a socialização, a interação de saberes, o compartilhamento de práticas e a invenção.

Conforme descrito anteriormente, D’amour e Oandasan (2005) integram a determinação da interprofissionalidade em três dimensões: sistêmica, institucional e interacional. As dimensões propostas por Ellery (2012) conversam com essa proposta, considerando que os processos de produção afetiva, cognitiva e pragmática atravessam os sistemas, as instituições e as relações interpessoais. Ao analisar essas duas teorias (D’AMOUR; OANDASAN, 2005; ELLERY, 2012), sugere-se considerar a complementaridade entre elas.

Ellery (2012) relê as dimensões propostas por D’amour Oandasan (2005) ao constituir as “condições de possibilidades da interprofissionalidade” em três dimensões: organizacional, que compreende os dispositivos e arranjos institucionais; coletiva, que enfoca aspectos relacionados a organização dos profissionais como grupo de trabalho; e subjetiva, que diz respeito à identificação dos profissionais com o modelo assistencial, ou seja, a capacidade de lidar com as frustrações e a afetividade (ELLERY, 2012).

Essas dimensões sistematizam “os determinantes” da interprofissionalidade que Ellery (2012) descreve com o objetivo de ultrapassar as barreiras da lógica da profissionalização. A autora prefere chamar de “condições de possibilidade”, possivelmente pela conotação positivista contida em “determinante”. Cabe reiterar que esses resultados foram produzidos em um contexto singular, uma ESF que a autora denomina a síntese de “Condições de possibilidade da interprofissionalidade na Atenção Primária à Saúde” (ELLERY, 2012).

Entretanto, é uma teoria que contribui para a análise da interprofissionalidade também nos níveis de atenção secundário e terciário, considerando adaptações para tais cenários. Analisando a interface dessa teoria com a de D’amour e Oandasan (2005), compreende-se que a dimensão organizacional está para o nível da interprofissionalidade institucional (meso) enquanto as dimensões coletiva e subjetiva estão para o nível interacional (micro).

Portanto, faz-se uma ampliação da leitura da dimensão interacional de D’amour e Oandasan (2005) passando-se a compreendê-la a partir da relação do coletivo (profissional-profissional, profissional-usuário), das relações do sujeito consigo mesmo e do coletivo com o sujeito privado, singular e individual. Essa construção será de muito valor para este estudo.

Ambas dimensões são constituídas por processos cognitivos, de compartilhamento de saberes; pragmáticos, de práticas colaborativas; e subjetivos, de produção de afetos (ELLERY, 2018). Cabe reiterar a importância da dimensão sistêmica (macro) (D’AMOUR; OANDASAN, 2005) e a sua capacidade de influenciar todas essas dimensões e processos.

Portanto, a contribuição de Ellery (2012) para a teoria que dá nome à interprofissionalidade (D’AMOUR; OANDASAN, 2005) está na sinalização de uma dimensão coletiva e de uma dimensão simbólica ao tratar de fatores interacionais (micro) que influenciam a interprofissionalidade, ou seja, o compartilhamento de valores e objetivos e na internalização ou conhecimento mútuo e confiança.

Passamos, neste momento, a incluir neste estudo os fatores sistêmicos que se entrelaçam entre os processos cognitivos (saberes), pragmáticos (práticas) e subjetivos (afetos). Essas dimensões foram utilizadas como categorias norteadoras.

#### **4 METODOLOGIA DO ESTUDO**

Para chegar aos objetivos propostos neste estudo, foram utilizados dois caminhos metodológicos:

#### 4.1 REVISÃO INTEGRATIVA SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Esse método tem como finalidade obter resultados de pesquisas sobre um tema ou uma pergunta de maneira sistemática, ordenada e abrangente, de forma que o pesquisador aproxime-se da problemática que deseja aprofundar ou conhecer, traçando um panorama para visualizar a evolução do tema proposto ao longo do tempo. Segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011, p.133), esse procedimento deve ser escolhido quando se quer realizar “a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado”.

Como foi possível observar a partir do referencial teórico apresentado neste estudo, o tema interprofissionalidade é de extrema relevância tanto para os serviços de saúde como para a formação de futuros profissionais. A revisão sistemática realizada, neste estudo, teve como questão norteadora ‘O que se tem escrito sobre o conhecimento que o EIP tem produzido na formação e na prática profissional em saúde no Brasil?’ A revisão está apresentada no Apêndice 1, em formato de artigo, e seus resultados serviram de contribuição para as discussões dos dados coletados na observação de campo.

O Quadro 2 apresenta uma síntese dos artigos que foram selecionados, tendo em vista os descritores utilizados, e a forma como foram filtrados para chegarmos aos artigos analisados.



Quadro 2: Artigos selecionados para a realização da revisão integrativa.

Descritores com operador booleano “AND”	Artigo encontrados 2015-2019	* Filtro	** Filtro	Repetidos	Artigos Finais
(tw:(educação interprofissional)) AND (tw:(relações interprofissionais ))	50	45	16	0	31
(tw:(educação interprofissional)) AND (tw:(comportamento cooperativo))	9	8	3	2	
(tw:(educação interprofissional)) AND (tw:(equipe de saúde))	49	43	14	8	
(tw:(educação interprofissional)) AND (tw:(educação profissional))	64	58	13	10	
(tw:(relações interprofissionais)) AND (tw:(comportamento cooperativo))	1.389	13	3	1	
(tw:(relações interprofissionais)) AND (tw:(equipe de saúde))	1.413	50	9	7	
(tw:(relações interprofissionais)) AND (tw:(educação profissional))	970	30	7	7	
(tw:(comportamento cooperativo)) AND (tw:(relações interprofissionais ))	1.389	13	3	3	
(tw:(comportamento cooperativo)) AND (tw:(equipe de saúde))	6.903	16	0	1	
tw:((tw:(equipe de saúde)) AND (tw:(educação profissional))	3.149	405	1	0	
Total	15.385	680	70	39	

\*Filtro: Incluídos texto completo, bases de dados definidas, experiência brasileiras, retirados teses, ensaios, editoriais e relatórios.

\*\*Filtro: Incluídos por atenderem questão norteadora

\*\*\* Excluídos: artigos repetidos

Os resultados da Revisão Integrativa (RI) são apresentados neste estudo em formato de artigo (Apêndice 1), que foi enviado para publicação para a Revista Saúde em Rede. Os resultados que contribuirão com a pesquisa (item 4.2) estão apresentados na seção das discussões finais desta dissertação.

#### 4.2. PESQUISA QUALITATIVA, APLICADA, EXPLORATÓRIA

Este estudo está dentro de uma pesquisa Social a partir do referencial social de Minayo (2014) e do construcionismo social de Schwandt (2006). Considera-se como uma pesquisa qualitativa por ter abordagem consolidada na pesquisa social e no campo da saúde coletiva, concentrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Além disso, aborda o universo dos significados, dos motivos, dos valores e das atitudes em um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. O caráter de pesquisa aplicada associa

a compreensão de interesses locais e problemas específicos e a geração de conhecimentos para a aplicação prática. É uma pesquisa exploratória porque objetiva a aproximação com o problema, com vistas a torná-lo explícito em relação à sua solução (GERHARDT; SILVEIRA 2009).

Identificado o caráter da pesquisa, exploram-se as vertentes filosóficas e paradigmáticas. A pesquisa social (MINAYO, 2014, p. 47) compreende “tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica de construcionismo social e metodológica”. Essa pesquisa é classificada como pesquisa estratégica e está direcionada para problemas concretos e focais que surjam na sociedade.

A pesquisa nas ciências sociais considera que além do investigador, os outros seres humanos e a sociedade dão significado e intencionalidade e interpretam suas ações e construções, tornando as instituições “nada mais que ações objetivadas”. Ou seja, as heranças cultural, histórica e ideológica modificam e auxiliam a interpretação da conformação da sociedade atual, inclusive ao tratar-se das suas necessidades, considerando que “o primeiro constructo interpretativo das investigações sociais é realizado pelos próprios atores no nível do senso comum” (SCHULTZ, 1982 apud MINAYO 2014, p. 41).

Essa leitura da pesquisa social associa-se ao paradigma do construcionismo social. O pensamento construcionista compreende que o conhecimento não é a representação da realidade, mas consente com a construção de verdades em territórios e tempos específicos, por isso, procura olhar para as relações e contextos e suas particularidades. Nessa perspectiva, a construção do conhecimento se dá em meio aos coletivos, relacionados à cultura e aos modos de viver em uma dada realidade. Assim, as pessoas constroem a si mesmas e ao mundo onde vivem a partir de práticas relacionais e discursivas, nas quais o conhecimento é sustentado por processos sociais (CADONÁ; SCARPARO, 2015; WERNECK FILHO, 2012).

Busca-se, ainda, compreender a produção de sentidos no cotidiano, por meio dos processos pelos quais os seres humanos descrevem, explicam e percebem o mundo (CADONÁ; SCARPARO, 2015). O construcionismo social está atrelado à ideia de produção coletiva de conhecimento, e esta é intrínseca aos sentidos dados e gerados a partir do cotidiano e das relações com o mundo, ou seja, são construídos socialmente (CADONA; SCARPARO, 2015; WERNECK FILHO, 2012). Supõem-se que o conhecimento não é desinteressado, apolítico, desengajado de ideologia, impermeável a valores, caracterizado pela permanente crítica às verdades oferecidas, inclusive a crítica de si (SCHWANDT, 2006; WERNECK FILHO, 2012).

A filosofia construcionista tem precedentes no movimento de afastamento do relato empírico, lógico e representacional do conhecimento e dos significados. Admite o saber ativo, assim, a mente toma impressões sensoriais que obtém pela experiência de estar no mundo e, no mínimo, forma abstrações ou conceitos; constrói e elabora o conhecimento à luz de uma dimensão histórica e sociocultural. O processo de construção das interpretações não é isolado, parte de compreensões, práticas e linguagens (SCHWANDT, 2006).

Nesse caso, pretende-se, pelo emprego dos métodos escolhidos, capturar a produção social de grupo de profissionais e suas interpretações sobre o fenômeno estudado: o trabalho em equipe.

#### **4.2.1 Cenário do estudo**

O cenário de observação foi o ambulatório especializado na atenção aos usuários com lesões de pele. Esse serviço do SUS está vinculado à uma gerência distrital de uma secretaria de saúde municipal de uma cidade de grande porte no sul do país.

O ambulatório atende usuários com lesões de pele crônicas, serviço de atenção aos usuários estomizados; serviços de apoio diagnóstico terapêutico - como eletrocardiograma, espirometria e ecografias; serviço de procedimentos cirúrgicos; serviço de dispensação de fraldas para usuários com incontinência; e serviço de assistência social. Disponibiliza consultas de enfermagem, consultas médicas, realização de curativos, dispensação de materiais para curativos a domicílio ou para realização nas Unidades Básicas de Saúde, e fisioterapia.

Nossa observação foi direcionada ao setor de atendimento a lesões de pele crônicas. A equipe de saúde que atua neste local é composta de três enfermeiras (sendo uma delas a coordenadora do ambulatório) e seis técnicas de enfermagem; um secretário; um porteiro; uma higienizadora; uma assistente social. O setor escolhido é campo de estágio para os cursos de Graduação de Fisioterapia e Enfermagem que recebe professores e estudantes que atuam conforme o calendário letivo.

O serviço de atenção aos usuários com lesões de pele é considerado o centro das análises deste trabalho. As entrevistas dos profissionais que atuam diretamente no setor foram analisadas com profundidade e serviram de base para as discussões. As entrevistas daqueles que não são do setor foram incluídas como fonte de informação para o enriquecimento dos dados encontrados, uma vez que apresentaram a relação dos seus serviços com os profissionais e o serviço de lesões de pele (cenário de observação).

Destaca-se, ainda, que atuam no mesmo prédio nos serviços de atenção básica, uma UBS e uma ESF, serviços especializados em odontologia, oftalmologia, saúde mental, consultas clínicas especializadas, entre outros.

#### **4.2.2 Produção de informações**

Os dados foram coletados através de observação participante e entrevistas abertas no período de Janeiro a Março de 2019.

A observação participante é uma técnica de coleta de informações, na qual se registram as manifestações presentes nas dinâmicas do trabalho gerencial e de cuidado, descrevendo movimentos, falas, ações, conflitos, ocorrências, comunicações verbais e não verbais adotadas pelos participantes no ambiente em que ocorre o estágio, o que favorece a reflexão do próprio ato de observar (MINAYO, 2014). O observador fica em relação direta com o interlocutor, o que demanda abertura para o grupo, sensibilidade para a sua lógica e cultura. Uma das vantagens da utilização dessa técnica é a possibilidade de um contato pessoal do pesquisador com o objeto de investigação, permitindo acompanhar as vivências diárias dos participantes e apreender o significado que atribuem à realidade e às suas ações (MINAYO, 2014).

Alfred Schutz (apud MINAYO, 2014) sugere atitudes na pesquisa de campo, que consiste em: colocar-se no mundo dos participantes, buscar entender seu modo de pensar; interconectar os elementos trazidos pelos interlocutores e as propostas da pesquisa na condução da mesma; entrar na cena comum do contexto, abandonando qualquer postura de pesquisador, tornando-se um membro do grupo; adotar a linguagem do grupo.

Outro método utilizado foi a entrevista aberta em profundidade, caracterizada por ser uma “conversa com finalidade”, na qual o participante é convidado a falar livremente sobre o tema e as perguntas do pesquisador, quando realizadas, buscam trazer profundidade às reflexões. A partir delas, obtém-se dados primários e secundários que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado e a fatos que poderiam ser obtidos por meio de outras fontes, como fluxos, diretrizes etc. (MINAYO, 2014). Na entrevista aberta não há uma sequência rígida dos assuntos tratados, mas é determinada pelas preocupações e relevância dadas pelo participante a determinado assunto (MINAYO, 2014). Ressalta-se a pergunta que iniciou as entrevistas: “Gostaria que você falasse do seu dia a dia, da sua rotina, de como é trabalhar neste serviço.”.

Todas as observações foram registradas em Diário de Campo, que foi utilizado como método de registro e ordenação das ideias coletadas da experiência observacional. Nos

resultados de pesquisa essas ideias serão apresentadas inseridas no texto, como relato de observação.

Foram realizadas 19 entrevistas<sup>14</sup> com profissionais que atuam no serviço estudado e em outros serviços dentro do mesmo prédio. Os profissionais entrevistados foram: uma higienizadora; uma professora de enfermagem; seis técnicas/auxiliares de enfermagem; três enfermeiras; uma assistente social; uma bibliotecária; um porteiro; duas fisioterapeutas; um secretário; uma psicóloga; uma enfermeira coordenadora. Totalizando aproximadamente 18 horas e 30 minutos de entrevistas gravadas, com tempo médio de entrevista de 50 minutos. A amostra foi selecionada a partir das vivências observacionais, e convidados a participar da pesquisa os profissionais que atuam no setor e que participaram das observações e aqueles que em algum momento relacionaram-se com o serviço ou foram mencionados pelos profissionais entrevistados nas falas sobre interprofissionalidade.

A coleta dos dados foi realizada a partir da aprovação no CEP UFRGS e SMS (ver item 4.4 considerações éticas). Para iniciarmos a coleta dos dados, foi realizada uma visita ao local onde a observação e as entrevistas iriam acontecer. Após a visita, foi realizada uma reunião com a coordenadora do serviço e as duas enfermeiras da unidade para dar maiores esclarecimentos acerca do estudo que seria realizado. A pesquisadora também participou de uma reunião de equipe do ambulatório para explicar o estudo e convidar o grupo para participarem da mesma.

Após o aceite da equipe e dos usuários, de forma individual, todas as pessoas que aceitaram participar das observações e entrevistas assinaram o Termo de Compromisso Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) em duas vias, uma para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador.

#### **4.2.3 Processo de produção de conhecimento**

Para análise dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin (1979, apud MINAYO, 2014, p. 303), com ênfase na análise temática,

---

<sup>14</sup> No total foram realizadas 25 entrevistas, sendo 6 destas, com usuários. Em virtude do recorte realizado, essas entrevistas não foram analisadas em profundidade, porém constam no rol de informações coletadas, podendo ser base para estudos vindouros. Os usuários que participaram deste estudo foram escolhidos a partir das observações no campo de práticas, do seu envolvimento e atuação no serviço onde o estudo se desenvolveu e do interesse voluntário em participar da pesquisa.

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

Essa metodologia está sistematizada seguindo as seguintes etapas: 1) pré-análise, que consiste na seleção dos textos e/ou documentos a serem analisados, além da formulação e hipóteses e dos objetivos da análise; 2) exploração do material, ou seja, a transformação dos dados brutos em unidades que representam o conteúdo expresso no texto e a categorização dessas unidades em subgrupos; 3) tratamento dos resultados, que trata da descrição dos dados, das inferências e das interpretações, relevando a frequência com que os dados emergem nos diferentes textos (quantificação simples) e/ou a análise fatorial que permite apresentar os dados em modelos, diagramas, figuras, etc. (OLIVEIRA, 2008; MORAES, 1999).

A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante e requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo, sendo necessário respeitar alguns critérios de validade qualitativa: a exaustividade - esgotamento da totalidade do texto; a homogeneidade - clara separação entre os temas a serem trabalhados; a exclusividade - um mesmo elemento só pode estar em apenas uma categoria; a objetividade - qualquer codificador consegue chegar aos mesmos resultados; e, a adequação ou pertinência - adaptação aos objetivos do estudo. Durante a etapa da exploração do material, o pesquisador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala ou excerto será organizado. A categorização, para Minayo (2014), versa em um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. O pesquisador realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhe as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema, propondo inferências e interpretações, interrelacionando com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abrindo outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas (DUARTE, 2016).

Tomou-se o total de entrevistas como base de dados, porém foram selecionadas para a análise em profundidade as entrevistas realizadas com os profissionais que atuam diretamente no serviço especializado em lesões de pele. Esse recorte deu-se pela necessidade de recorte com vistas a possibilitar análise aprofundada e localizada. As entrevistas que foram analisadas em profundidade são dos seguintes profissionais: dois enfermeiros; seis técnicos/auxiliares de enfermagem; um higienizador; um professor; um fisioterapeuta; um porteiro; um secretário; um coordenador e um assistente social. As entrevistas estão codificadas de modo a resguardar a identidade dos entrevistados. Usou-se do código “E” acompanhado de número para identificar a entrevista.

As entrevistas foram categorizadas conforme as categorias estabelecidas a priori: saberes, práticas e afetos. A partir das falas foram identificadas subcategorias que subsidiam a discussão, conforme será apresentado nos resultados de pesquisa.

#### 4.3 APRECIACÃO ÉTICA

Este trabalho consiste em um recorte das “Pesquisas integradas sobre organização do trabalho e integralidade nos serviços: novas tecnologias no cuidado ao usuário com lesão de pele na rede de atenção à saúde no estado do Rio Grande do Sul” (DUARTE, 2016), vinculado ao Grupo de Pesquisa Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde Coletiva (Rede Interstício), na Linha de Pesquisa Práticas de Integralidade em Saúde. Pesquisa sob coordenação da Prof. Dra. Érica Rosalba Mallmann Duarte.

O presente estudo pretende contribuir para atingir ao objetivo geral da pesquisa que é o de: “analisar a organização do trabalho na perspectiva da integralidade com base nas novas tecnologias no cuidado ao usuário com lesão de pele na rede de atenção à saúde do Rio Grande do Sul”, e dar respostas à questão norteadora: **“Quais são os saberes, as práticas e os afetos envolvidos na produção de interprofissionalidade no cuidado em saúde de usuários com lesão de pele em uma unidade de atenção especializada à saúde?”**.

Com relação aos aspectos éticos implicados no estudo, seguiram-se as recomendações contidas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (2012), que apresenta as diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob CAAE 56382316.2.00005347 (Anexo 1) e aprovação no CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre sob o CAAE 56382316.2.3001.5338 (Anexo 2).

### 5 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS E OBSERVAÇÃO DE CAMPO

A análise das entrevistas buscou captar os movimentos de interprofissionalidade e as construções pessoais e coletivas quanto ao tema do estudo a partir do cotidiano dos entrevistados e do grupo no qual estão inseridos.

A análise partiu inicialmente de duas categorias estabelecidas, os saberes e as práticas. Entretanto a partir da leitura das falas e com base na leitura de Ellery (2012), foram analisados

também os afetos, ou seja, a produção simbólica dos entrevistados quanto à interprofissionalidade. E a partir disso ocorreu a identificação de subcategorias, que subsidia a discussão, e a categorização das falas, conforme ilustrado na figura abaixo. As subcategorias surgiram da teorização da interprofissionalidade, tendo em vista as leituras de D'amour, Oandasan e Ellery, descritas no referencial teórico. Foram selecionadas as categorias ao considerar a interprofissionalidade como a síntese de processos cognitivos, pragmáticos e simbólicos (ELLERY, 2012). Portanto, decidiu-se ir a campo com o olhar que busca os processos cognitivos (os saberes), os pragmáticos (as práticas), e os simbólicos (os afetos).

As subcategorias surgiram a partir das falas, ao pensar que a produção cognitiva está diretamente ligada à produção pragmática, e em uma perspectiva complexa, decidiu-se separar as subcategorias de modo a facilitar a discussão posterior. A categoria saberes foi dividida nas subcategorias: **saber integralidade**, que trata dos saberes que trazem uma perspectiva integral para o pensamento da equipe estudada; e **educação interprofissional**, que descreve experiências de educação interprofissional observadas ou relatadas pelos profissionais. Na categoria práticas, são discutidas as subcategorias: **trabalho em equipe**, que descreve as experiências de trabalho em equipe com potência para a interprofissionalidade; **comunicação**, que discute as ferramentas de comunicação observadas e relatadas pelos profissionais; e **rede de atenção**, que discute as relações de trabalho em equipe e a comunicação dos profissionais com outros pontos da rede de atenção. A categoria afetos é composta pelas subcategorias: **produção afetiva positiva**, que analisa a produção simbólica positiva, no sentido de trazer bons sentimentos aos profissionais; e a categoria "**desmotivação**", que representa a produção simbólica que gera um efeito negativo nos sentimentos dos profissionais, fazendo relação com o "Capitaloceno", discutido por Donna Haraway (2016).





Figura 5: Categorias e subcategorias da pesquisa. Fonte: a autora.

Observou-se que a produção de interprofissionalidade através dos saberes, das práticas e dos afetos acontece no trabalho em equipe com a atuação conjunta de profissionais de diferentes categorias. São atores diferentes uns dos outros, plurais que sujeitam a cultura do trabalhar em equipe a seu modo de agir no mundo, contextualizado histórico, social e politicamente, a partir da relação entre si. Constitui um corpo de produção de cultura e conhecimento que constrói os saberes, os fazeres, e produzem afetos individualmente e coletivamente. Esses saberes, fazeres e afetos ressignificam o ato de trabalhar em equipe e produzir interprofissionalidade, de relacionar-se com o outro e de produzir saúde.

Considerando que a pesquisa foi realizada em uma instituição de trabalho em saúde, e não de ensino, a análise dos saberes, das práticas e dos afetos se dará nessa perspectiva. Destaca-se ainda que o espaço de trabalho pode ser lugar de educação interprofissional como será visto na análise da categoria saberes.

## 5.1 SABERES

Da categoria "Saberes" emergiram as seguintes subcategorias: saber integralidade; e educação interprofissional. Reitera-se que os saberes são os processos cognitivos envolvidos na

produção de interprofissionalidade, o que pressupõem a socialização e a integração dos saberes, possibilitando a ampliação do campo de conhecimento e a interpretação dos fenômenos (ELLERY, 2012).

### 5.1.1 Saber integralidade: o usuário como centro do cuidado

A maioria dos participantes apresentaram a integração de saberes de diversos campos na saúde no seu cotidiano, o que chamamos de “**saber integralidade**”. Manifestaram conhecer fatores associados à multidimensionalidade do fato de saúde ‘lesão de pele’. Dentre eles, estão os condicionantes que são os fatores relacionados à questão social: socioeconômicos; moradia; acesso a bens e serviços; acesso a transporte; condições de trabalho; convívio social e pertencimento.

As falas dos profissionais retratam o usuário como sujeito que é determinado, bem como sua condição de saúde, por múltiplos fatores. Nas falas, eles entendem que os usuários têm necessidades que não são supridas, acerca de direitos humanos violados e processo de trabalho ineficaz. Tanto a questão social como as outras “novecentos e noventa e nove coisas” interferem nos resultados de saúde dos usuários e são consideradas determinantes para o desfecho do processo de cuidado.

*o cidadão não é só uma úlcera, ele tem mil coisas, e vou dizer que as questões sociais é a base de muitos que não se resolvem aqui (E7).*

Outras falas fazem referência aos determinantes socioeconômicos, sugerindo a dificuldade dos usuários de pagar pelo transporte para ir até o serviço para realizar os curativos ou de comprar insumos necessários para o cuidado do curativo no domicílio, os quais são fornecidos pelo próprio serviço.

*(...) Tem pacientes que financeiramente também não conseguem acessar, não tem como vir aqui (E3).*

*E pensando nas outras necessidades que ele tem, não só exclusivamente na lesão, pensar nessa pessoa inserida no seu contexto, classe social[...] às vezes não têm passagem pra vir e fazer o curativo. Ainda que ela tem a dispensação dos insumos. Porque o cálculo são os curativos diários e ela consegue dispensar insumos, senão seria o caos, se ela não conseguisse dispensar insumo (se referindo ao usuário receber os insumos). Daí nem pra trocar o curativo externo em caso as pessoas terem como comprar (E2)*

Além disso, sugerem que o acesso a recursos financeiros para alguns usuários é restrito aos benefícios previdenciários, acessados por meio da Seguridade Social, nesse caso, adquirido

devido limitações de realizar atividades laborais geradas pela lesão de pele. São identificados também determinantes que condicionam o processo de produzir saúde através das relações familiares e de pertencimento.

Esse fato denota a precarização do acesso a políticas públicas que apoiem pessoas com necessidades físicas e necessitam de atividades laborais, apoio financeiro que a mantenha em situação digna de moradia, alimentação e transporte. Assim como políticas que propiciem às famílias o fortalecimento do afeto entre elas.

*[...] Porque são várias situações que a gente tem aqui sabe, a gente tem paciente que quer ficar com essa ferida porque tão encostados do INSS, não tem interesse que essa ferida feche, muitos quando tem ferida, eles ganham mais atenção da família, (...) ela é poupada de algumas coisas[...]*

Um entrevistado percebe que alguns usuários recebem mais atenção dos familiares, possivelmente, por serem considerados sujeitos em processo de adoecimento, doentes, frágeis. Outros usuários, pela mesma situação, são excluídos do convívio familiar. Outro entrevistado percebe que usuários usam da situação para receber auxílio.

*(...) o paciente que tem ferida, muitas vezes ele é marginalizado, assim, a família não chega muito perto porque tem cheiro, né.. os vizinhos.. o paciente acaba ficando isolado em casa (...) Tem todo esse mundo que vem junto de problemas, relações familiares complicadas, né, e financeiras. (E3)*

*(...) a ferida não é só a ferida, tem pessoas que tem ganho secundário, essa coisa do afeto, do INSS, ou sei lá o que, né, então, é bem complexo mesmo, assim. E a gente aqui, tenta ouvir tudo, absorve, (...), então tu vê são situações bem difíceis, quando tu não tem uma rede de apoio. (E3)*

*Eles têm que se enxergar na sociedade (...) se enxergam como eterno doente que precisa do auxílio do outro e não se vê como responsável por aquilo ali (E9).*

Nessas falas, foi possível observar que o profissional entrevistado percebe a interferência dos problemas dos usuários de forma geral na produção de saúde. Dentre esses problemas, estão os de relacionamento e interação social com familiares, amigos, vizinhos.

Outra questão relatada nas entrevistas foi o mau cheiro das lesões como um fator que afasta as pessoas de estarem no convívio dos usuários. A fala a seguir também exemplifica isso, com situações que reforçam esse estigma de se enxergarem como eternos doentes, reforçando o isolamento social

*(...) porque dá para entender que, a dificuldade que um paciente tem... de fazer uma viagem coisas que... rotineiras... é fazer uma viagem... tá dentro de um transporte público, de um carro com outras pessoas, vai ter cheiro, vai ter odor vai ter secreção, e as outras pessoas não gostam. Até no restaurante, numa festa. Tem pacientes que se isolam e não tem convívio social nenhum, ficam só em casa (E4)*

A “marginalização”, a “falta de rede de apoio” do usuário portador de lesão crônica de pele, mencionadas pelos profissionais, suscitam pensar na sua posição de exclusão ocupada na sociedade, a ponto dos profissionais identificarem no convívio com esses usuários que a lesão de pele é um meio pelo qual eles são “poupados”, tem “ganhos secundários” ou adquirem “afeto”.

*(...) o social deles é vir aqui, é trocar curativo, eles não têm uma vida social, eles não tem ninguém, são idosos, então sair e vir pro posto é um evento na semana (...) Teve um paciente que um dia verbalizou isso (...), então, assim, alguém toca nele, então ele sente o toque de uma pessoa, porque se não, ninguém toca nele. (E3)*

A percepção dos profissionais quanto à limitação do convívio social, das relações interpessoais e das trocas de afetos, causadas pelas lesões de pele, indica uma visão ampliada do que se entende por humanização do cuidado em saúde. Pensar a relação dos usuários com sua lesão de pele possibilita aos profissionais, que atuam no setor, refletir sobre o processo de adoecimento do usuário e o processo do ato de cuidar. Constata-se, neste caso, que a lesão de pele gera novos processos potencialmente patológicos, exemplificado nas falas, como o isolamento social, a discriminação e a exclusão.

Notou-se também nas falas de uma entrevistada várias menções do “todo”, associado aos múltiplos determinantes e condicionantes da saúde, muitas vezes, sendo esse “todo” mais voltado à saúde mental dos usuários, como manifesto na fala seguir:

*eu acho que 'o todo' é nisso, na pessoa, o que aquela pessoa tá sentindo (...) ter um pouquinho mais de proximidade com os pacientes aqui, faz parte do nosso trabalho (E7).*

Fato que chamou a atenção foi durante a experiência observacional, outra profissional disse que diferente da atenção básica que olha “o todo”, nesse serviço o “foco é a lesão de pele”. Esse relato apresenta controvérsias segundo algumas situações observadas e diante das falas dos profissionais, inclusive da mesma que fez tal referência. A fala abaixo exemplifica isso com uma das entrevistadas comentando a capacidade dos profissionais da equipe em ultrapassar o limite de olhar apenas para a lesão, considerada um desafio para profissionais especializados, que aparentemente deveriam olhar para o seu objeto de especialidade (neste caso à lesão). A fala, também aponta o conhecimento de atenção básica como um fator que possibilita enxergar as “questões por trás”, e não as deixar passar sem serem percebidas.

*(...) não é só isso [a úlcera]. Isso é o que chega, mas tem muitas questões por trás. E é um esforço, porque o profissional do nível especializado, ele tende a olhar aquilo né. Mas como a gente tem profissionais com um pouco mais de conhecimento de atenção básica, dificilmente vai passar (E24).*

Por meio dessa fala, é possível conceber uma mudança no papel do especialista a partir das experiências na rede de atenção básica, onde as práticas são mais permeáveis à interprofissionalidade.

Uma profissional fisioterapeuta comenta a complexidade existente na cicatrização de lesões de pele. Mesmo que esse fosse o foco do serviço, para a atenção integral a esse fato de saúde, são necessários múltiplos dispositivos de cuidado, como pode ser observado na fala a seguir:

*Ah, vai olhar uma lesão de pele no curativo, tu vai pensar na pele, ah então tem que pensar na lesão de pele, como é que a gente vai melhorar essa ferida. Não, o nosso principal objetivo aqui não é a ferida em si, a pele, a gente tem que pensar nos tecidos, tem que pensar na musculatura, tem que pensar na amplitude de movimento, tem que pensar na força da musculatura (...). O nosso principal objetivo ali era ter esse outro olhar de mobilidade, de função e por consequência, melhorar a cicatrização daquela ferida né (E15).*

Fator analisado na subcategoria “saber integralidade” é a abertura dos profissionais para olharem o outro como um sujeito de pluralidade e serem impactados pelos múltiplos fatores que interferem na produção de saúde desse sujeito. Fica enfatizado que tanto os saberes, quanto as práticas e os afetos dos profissionais que trabalham no serviço estudado, não se limita ao problema de saúde das lesões de pele. Como descrito anteriormente, a integralidade é um conjunto de valores e é polissêmica (MATTOS; PINHEIRO, 2006), e essas falas conotam um pensamento integral sobre o cuidado de saúde que é fundamental para o enfrentamento da fragmentação.

Reiterando esse pensamento, ainda na subcategoria “saber integralidade”, os profissionais manifestaram reconhecer a necessidade da atuação de diferentes profissionais no setor com categorias e abordagens diversas, pois entendem que os saberes e as práticas desses diferentes profissionais são necessárias para a produção de cuidado integral. Essas percepções sugerem que os profissionais conhecem tanto a sua área e os seus objetivos (cicatrização das lesões de pele, por exemplo), como conhecem as contribuições que os diversos profissionais podem oferecer para alcançar esses objetivos. Entretanto, como será observado nas falas, não existe a conectividade entre os profissionais entrevistados que estão presentes no serviço, e os profissionais que foram sugeridos como necessários estão ausentes. Um fator que gera esse distanciamento é a não realização de reuniões, o que será apresentado mais adiante, na subcategoria “comunicação”, analisada na categoria “práticas”.

*O educador físico aqui, se pudesse fazer um grupo duas, três vezes por semana com esse pessoal (E3).*

*Então, acredito que o ideal seria ter um vascular lá todos os dias e uma coisa muito importante, duas coisas, ter o acompanhamento nutricional e com psicólogo. Que nós tivéssemos uma equipe assim fechada, na qual a gente tivesse um nutricionista (...), porque o peso é diretamente proporcional a piora da lesão (...). O psicológico da pessoa fica muito abalado (...) Então, acho que se tivesse, assim, o atendimento psicológico no qual, tivesse, digamos assim, grupo, que fosse uma semana, uma vez por semana tivesse grupo, no qual os pacientes pudessem tá ali, pudessem trazer as suas situações, porque... e outra coisa também, o paciente teve algum problema afetivo emocional, alguma coisa... também piora a lesão (E4)*

*(...) penso que seria super-importante se tivesse um fisioterapeuta, e penso assim ó, tão vital quanto o médico, teria a importância, um nutricionista, né? Porque a gente já discuti em outros momentos e existia até um projeto da enfermeira daqui com a nutricionista que já se aposentou também, né? De suplementação proteica, porque tem lesões em pessoas extremamente pobres, né? Que não ingerem proteína, não produzem tecido, etc, etc. Então as lesões ficam crônicas por uma questão básica assim, de alimentação em que as pessoas não têm acesso e tal. Então, também se estudou, elas fizeram todo um projeto pra prefeitura e tal, pra fazer a suplementação, e não passou o projeto (E2).*

*(...) a ginástica te auxilia numa melhora, porque a maioria das pessoas são de mais idade, eles precisam mexer aquele corpo, precisam fazer a circulação daquele sangue (E7)*

Foi identificado pelos entrevistados a necessidade dos seguintes profissionais: educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico vascular, psicólogo, nutricionista. Cabe destacar que os profissionais entrevistados identificaram a necessidade da atuação desses profissionais por meio das demandas do dia a dia de trabalho, o que requer conhecimento quanto à atuação de cada profissional sugerido. Esses saberes foram obtidos de acordo com os relatos dos profissionais através de experiências de trabalho anteriores. Foram identificados os seguintes processos de produção de saúde que inferem na reabilitação de lesões crônicas de pele: a alimentação; a prática de exercícios físicos; a saúde mental e, novamente, o acesso a bens e serviços.

Outro fator identificado foi a necessidade de outros profissionais atuando no setor, como forma de ampliação dos serviços oferecidos, conforme expresso na fala a seguir:

*(...) mas acho importante no sentido de que a gente tente ter equipes mais multiprofissionais, mais condições, porque, assim, a gente precisaria aqui até de um 'fono', fonoaudiólogo. Tem tanto paciente 'sequelado' de AVC aqui com dificuldade, ou ter pelo menos pra onde encaminhar pra um 'fono' (E3)*

Percebe-se que a contribuição do profissional fonoaudiólogo, segundo a fala do entrevistado, não seria diretamente na reabilitação da lesão de pele, mas na reabilitação de danos associados com outro processo patológico. Nesse caso, esse profissional não precisaria atuar diretamente no setor especializado em lesões de pele, mas poderia atuar na atenção básica ou em outro serviço de apoio para onde fosse possível “encaminhar”. Fica a descrição da necessidade do fonoaudiólogo atuando em algum espaço da rede e de que esse profissional seja conhecido

por esta equipe, a ponto de acreditarem que as demandas dos usuários estão sendo supridas. Também é possível associar essa fala à interferência no cuidado integral ao usuário com lesão de pele, englobando também funções corpóreas, fisiológicas e sociais, aparentemente não associadas à lesão de pele em si, como a fala, a deglutição, a audição, objetos de trabalho do fonoaudiólogo.

Na subcategoria “saber integralidade” pode-se notar um direcionamento para centralizar o cuidado no usuário, pois nota-se uma compreensão coletiva das necessidades dos usuários, elemento discutido por D’amour e Oandasan (2005) como necessário à interprofissionalidade.

### 5.1.2 Educação interprofissional: o “trabalhar junto”

Quando questionados sobre o que fazer enquanto não existe a atuação de outros profissionais diretamente no setor, os profissionais relatam os seus esforços para suprir esta necessidade, como demonstra a fala a seguir. Esse esforço e essa apropriação dos discursos de outros profissionais que não atuam mais no setor ou que nunca atuaram são resultantes de um processo de “**educação interprofissional**”, desenvolvida no cotidiano de trabalho, no qual os profissionais agregam saberes dos discursos e das práticas de outros profissionais. Lembramos que a educação interprofissional é resultante da interprofissionalidade, que consiste em um conjunto de processos e determinantes que influenciam a primeira (D’AMOUR; OANDASAN, 2005). Nesse caso, pode-se perceber sinais de educação interprofissional, o que nos faz inferir que há interprofissionalidade acontecendo de alguma maneira. Cabe mencionar que são experiências sutis de educação interprofissional, por vezes não percebida como tal pelos profissionais.

*A parte de explicar pro paciente o que é esse problema, é do vascular né. Mas agora a gente faz o que pode, a gente explica a lesão, fala que é um problema crônico, que ele pode melhorar (...) é orientar também faz parte do nosso trabalho também (E10).*

*muitas vezes nós da enfermagem acabamos sendo... assim, trabalho de psicóloga, de ficar ouvindo, né, de dar um apoio... oferecendo o nosso, o nosso, a nossa escuta, né. Isso já adianta bastante (E4).*

*se eu não fizer [orientação de alimentação, caminhadas] ai vai ser pior ainda, pelo menos, assim, eu tô fazendo a minha parte (...) acho que é obrigação da gente tu ver o paciente como um todo e não como uma perna, só uma lesão (E7)*

Fato relacionado ao estágio embrionário da experiência é que as práticas e esses saberes aprendidos continuam sendo atribuídos a esses profissionais, como se aqueles que aprendem

estivessem interpretando um papel que é de outra pessoa, como exemplificado na segunda fala, mas que precisa ser feito para poder realizar o cuidado integral. Pode-se assinalar que as práticas mencionadas nas falas anteriores (E10; E4; E7), como a escuta ou as orientações de saúde, são atribuídas culturalmente ao campo da saúde, e não aos núcleos profissionais específicos. Assim, não seriam consideradas como experiências de educação interprofissional. Entretanto, fica claro o estranhamento dos entrevistados, em relação a essas práticas e próprio cotidiano e rol de atribuições, ficando marcado pela percepção de interpretação do papel do outro, pois essas atribuições permanecem sendo do outro. Isso faz pensar que nesse contexto de pesquisa, são consideradas práticas advindas do aprendizado com outros profissionais, ou seja, experiências de educação interprofissional. Pensa-se que a educação interprofissional parte da percepção dos sujeitos inicialmente, se um profissional aprende a realizar uma atribuição com profissionais de outras categorias, tendo suas particularidades profissionais expressas nesse processo pedagógico, consiste em educação interprofissional, mesmo que a atribuição seja considerada inerente à atuação do profissional que aprende.

O aprendizado desses saberes é atribuído tanto ao convívio com outros profissionais, quanto às experiências na Atenção Básica (semelhante a uma das falas da E 24 discutidas na categoria ‘saber integralidade’), conotando que esse nível de atenção pode ser permeável às relações de educação interprofissional e à visão integral dos usuários. Reitera-se que no setor estudado atuam profissionais de enfermagem e uma equipe de apoio, como porteiro, secretário e higienizador, podendo acessar sob a demanda dos profissionais de enfermagem, o atendimento de um (uma) assistente social. Portanto, os profissionais da enfermagem convivem e discutem entre si sobre a implementação de cuidados sem ter acesso formal a outros profissionais. Cabe destacar que quando questionados como os profissionais aprenderam esses saberes, eles pouco atribuíram às capacitações ou aos cursos, mas aos espaços de trabalho.

A partir da colaboração e da educação interprofissional, esses saberes passam a ser considerados “saberes de campo”, atribuídos a um campo comum a todos os profissionais (ELLERY, 2018; CAMPOS, 2000), sendo todos esses corresponsáveis pela implementação desses saberes na prática colaborativa.

*Ah, eu aprendi [saberes sobre nutrição para orientar] na básica também porque são, né, a gente trabalha muito com diabéticos, né, e sempre assim. Claro, que não dou, normalmente tu não dá uma orientação tipo de nutricionista, né, claro que eles também tem que ter o acompanhamento médico (E9)*

*Eu venho da unidade básica, e lá na unidade básica nós tínhamos os diabéticos e nós tínhamos lá os hipertensos que tinha a mesma função né. Tu fala, tu explica. Tinha nutricionista, que de vez enquanto ela explicava um pouco pra gente (...) isso foi ao longo lá na unidade básica que eu fui aprendendo algumas coisas. Lá tem um grupo*



*de hipertensos, um grupo de “hiperdia”, com diabéticos, que é feito uma vez por mês o encontro (...) (E7)*

*Ao longo este período tivemos alguns cursos sobre feridas, eu mesma em congresso, fui um, mas curso de feridas a gente sempre ia, a enfermeira nos liberava pra ir, sabia onde tinha, definia tantos podem ir (...). Mas a nossa maior experiência é aqui o nosso fazer do dia a dia, daí tu passa, como eu te falei, de você gostar do que você faz, você já olha, você já conhece (E10)*

Na fala a seguir, percebe-se a relevância que é dada para a presença de diversos profissionais na equipe para a efetivação da integralidade. Fica marcada a presença e a interação como algo fundamental: estar presente enquanto o outro atua no seu núcleo profissional para que a educação interprofissional aconteça. A demanda da entrevistada exemplifica o que D’amour et al. (2008) chama de “conhecimento mútuo”, onde “os profissionais devem conhecer uns aos outros pessoalmente e profissionalmente”, porém isso se torna impossível sem o encontro, a presença e a interação. A entrevistada conota reconhecer os próprios limites da profissão, o que segundo Oliveira et al. (2016), possibilita a aprendizagem conjunta.

*Aí eu vi o quanto é importante ter outros profissionais, o quanto a gente aprende. (...) E aí se tu não fosse uma equipe que tivesse trabalhado junto mesmo, de acompanhar as orientações que são dadas, a gente não ia saber o que fazer agora sem eles. Então, assim, faz diferença tu trabalhar junto com outros profissionais, a gente não substitui (...) a gente consegue ir até uma parte, mas essa parte faz toda a diferença pros pacientes. E isso a gente só aprende junto né, na convivência, do que que funciona da tática do outro colega que costuma orientar aquilo (E15)<sup>15</sup>*

Há um destaque também para o trecho em que a participante da pesquisa diz que mesmo com todos os esforços, “não substitui” o outro profissional, como em outras falas que enfatizam que suas orientações não excluem a necessidade do outro profissional. Outro ponto que converge com a proposta da interprofissionalidade (ELLERY, 2018; D’AMOUR; OANDASAN, 2005), que não tem intenção de compactar os saberes e as práticas em alguns profissionais, mas de difundir saberes e práticas para tornar o cuidado em saúde mais efetivo, de modo que as práticas de um profissional colaborem com as práticas dos outros. A partir dessa última fala, pode-se dizer que se trata de ‘trabalhar junto’.

Os processos de trabalho precisam possibilitar que se construa essa ‘cultura da relação’. Por exemplo, o relato do entrevistado que trouxe a última fala apresenta a experiência de educação interprofissional em um espaço formal de trabalho em que profissionais, de diferentes áreas e especialidades, realizam atendimentos domiciliares conjuntos. Tratava-se de uma equipe e de um processo de trabalho constituído para produzir interprofissionalidade. Portanto,

---

<sup>15</sup> É importante destacar que esta fala se contextualiza em um relato em que o profissional estava lembrando de outra equipe em que trabalha, não da equipe estudada, porém a fala foi considerada pela relevância para o estudo e por ter emergido no momento da entrevista.

mesmo que os processos relacionais dos profissionais sejam completamente subjetivos, é necessária objetividade e formalidade no que tange possibilitar que os encontros aconteçam.

Em dado momento da observação em campo, foram realizados acordos com os estagiários de fisioterapia para a realização de atividades com os usuários com lesões de pele. Esses profissionais e estudantes frequentam o serviço realizando atividades de estágio periodicamente, porém com frequência irregular, restrito aos períodos letivos. Cabe mencionar a relevância da educação interprofissional no processo formativo dos fisioterapeutas, bem como dos enfermeiros, devido à relação e apreciação do trabalho de outra categoria de trabalho na saúde. Frente o relato de uma usuária que apresenta atrofia no tornozelo, a enfermeira informa que a equipe de fisioterapeutas estará na unidade na próxima semana e orienta a realização de exercícios durante cinco minutos várias vezes ao dia, demonstrando no corpo da paciente e em si o movimento correto a ser realizado. Esse ato demonstra o acoplamento de saberes e a ressignificação de práticas vividas pela enfermeira ao passo que observa e participa dos atos de cuidado dos fisioterapeutas e estudantes de fisioterapia.

Outra experiência de educação interprofissional foi de uma enfermeira que ao mencionar que quando havia médico vascular no serviço, ele atendia a parte vascular e a enfermeira atendia a ferida, referindo que “ele aprendeu muito comigo e eu aprendi muito com ele” (sic).

Ao considerar que toda experiência no mundo tem um caráter pragmático, de mudança do *modus operandis*, seguimos este estudo com a análise das práticas na produção de interprofissionalidade.

## 5.2 PRÁTICAS

As práticas consistem nos processos pragmáticos envolvidos na produção de interprofissionalidade. Essa categoria analisa a corporificação dos saberes construídos, socializados e integrados para a produção de interprofissionalidade e, conseqüentemente, de práticas colaborativas. Essa corporificação se apresenta por meio de recursos linguísticos, expressos em enunciados, e recursos práticos, expressos em visibilidades. Ceccim et al. (2014, p. 7) conferem aos enunciados o caráter de prática ética e às visibilidades, os discursos corpóreos, de prática estética. Ressalta-se que essas práticas ético-estéticas são coletivas, e delas emerge uma “política do conhecimento (...) desencarnado da ação”.

Parte-se deste pressuposto para analisar as seguintes subcategorias: **trabalho em equipe; comunicação; rede de atenção.**

### 5.2.1 Trabalho em equipe: a experiência interacional

A subcategoria “**trabalho em equipe**” foi analisada a partir de práticas em que participam profissionais de diversas categorias, que possibilitassem ou que caracterizassem as práticas colaborativas interprofissionais. Reitera-se que no serviço que atende usuários com lesões de pele trabalham: uma enfermeira e seis técnicas de enfermagem. Há ainda outros serviços realizados no setor: uma higienizadora; um secretário; um porteiro; uma assistente social e uma enfermeira coordenadora. Também fazia parte da equipe um médico vascular, que no momento da pesquisa havia se desligado do serviço e não havia sido substituído. De forma esporádica, atuam no setor uma professora de enfermagem e uma professora de fisioterapia e estudantes de ambos os cursos, ao longo dos períodos letivos. De modo geral, as práticas se concentram na equipe de enfermagem, que também configura um trabalho em equipe, porém não interprofissional, considerando que um pressuposto para isso é o trabalho de profissionais de diferentes categorias. Portanto, a colaboração também pode ser vista entre pares da mesma categoria, como é observado em estudo, segundo Souza et al. (2016), isso ocorre porque as práticas colaborativas possibilitam a construção de consensos e a complementariedade da dimensão técnica das ações de cuidado. Como pôde ser observado, o trabalho em equipe com potência para a interprofissionalidade fica limitado por se tratar de uma equipe na qual o cuidado de saúde é realizado quase exclusivamente pelos profissionais de enfermagem.

*Mas o que eu mais converso é com as enfermeiras mesmo que fica assim, a parte das lesões acaba ficando mais com a enfermagem, não adianta, ou médicos, eles não e envolvem muito né, mas são eles que prescrevem antibiótico, então a gente tem que ter uma relação com eles né. E nutricionista e outros eu nem falo, eu só peço pro posto encaminhar, não tenho nenhum acesso assim, a gente não tem essa rede, isso não existe (...) (E15)*

Das experiências de “trabalho em equipe” relatadas e observadas, pode-se destacar a experiência com o serviço de fisioterapia. O atendimento de fisioterapia do setor é realizado pela professora e pelos estudantes e teve início sob a demanda da enfermeira e do médico do serviço de atenção às lesões de pele, conforme fala a seguir:

*Veio aqui no serviço a enfermeira (...) e um médico que tinha ali na época (...) perguntar se a fisioterapia também não podia trabalhar ali nos curativos (...), que*

*todos os pacientes, quase todos têm uma dificuldade de movimentar o tornozelo e acabam ficando na ponta do pé pra caminhar, caminhando errado (...). Daí comecei lá, acho que eu ia duas vezes por semana, mais ou menos (...). Acho que eu fiquei um ano fazendo isso, e aí uma das professora disse "ah quem sabe algum aluno começa te acompanhar, pode ser?" (...) aí no outro ano a gente já pensou a proposta diferente, vamos fazer com que os alunos enxerguem essa necessidade e comecem a atender no curativo, e é assim que a gente tá hoje (E15).*

O trabalho realizado pela profissional e estudantes de fisioterapia acontece ao longo do atendimento de enfermagem, na presença da enfermeira e dos técnicos. Em dado momento da observação, chego à sala de curativos e observo a enfermeira explicando sobre o curativo que está realizando para os estudantes de fisioterapia. Posteriormente, a professora orienta os alunos e estes começam a realizar exercício. A enfermeira acompanha a realização da fisioterapia por um tempo e, em seguida, vai realizar outras atividades. Uma estudante ensina exercícios para o paciente realizar em casa e para manter o pé em formato anatômico na colocação do curativo.

Esse fato presenciado durante a coleta de dados é uma demonstração de trabalho em equipe (e interprofissional). Tem a potência para a educação interprofissional, como já analisado, e para as práticas colaborativas, pois, tanto os estudantes de fisioterapia aprendem sobre a cicatrização das lesões de pele, quanto as profissionais da enfermagem podem aprender e adaptar em suas práticas exercícios que colaborem com o trabalho dos profissionais da fisioterapia.

Portanto, considera-se essa situação uma prática envolvida na produção de interprofissionalidade. Esse relato reitera o que foi tratado na análise da categoria saberes, quanto à produção cognitiva de interprofissionalidade e à presença do outro com quem se possa produzir acoplamentos. Pontos desfavoráveis à produção de interprofissionalidade nesse encontro entre fisioterapia e enfermagem são: a ausência de espaços de discussão dos casos com todos os profissionais; a rotatividade de profissionais, por ser uma atividade realizada por estudantes; e a informalidade desse processo, que é restrito ao período letivo dos estudantes, como foi manifestado pela entrevistada, leia-se:

*Daí tem o pessoal da fisioterapia que vem né, com a professora, mas teoricamente eles não fazem parte da equipe, quando as aulas acabam, também acaba o serviço. Retorna quando retornam as aulas (E3).*

Outro serviço que a equipe de enfermagem tem acesso é o serviço social. Uma assistente social, que é referência para os serviços oferecidos em todo o complexo, trabalha em uma sala no setor onde funciona o serviço de lesões de pele. Os entrevistados sugerem a dificuldade de acessar o serviço social no município no geral e trazem nas suas falas a potencialidade que existe em articular o cuidado às lesões de pele ao trabalho da assistente social. Lembrando que

a questão social foi um fator apontado pelos entrevistados como determinante na melhora das lesões de pele. Segundo os entrevistados, a profissional assistente social, que também foi entrevistada, fica em sua sala à disposição para ser acionada quando os profissionais da enfermagem perceberem alguma situação que requer a sua intervenção. Notou-se um caráter de encaminhamento nesse processo, o que não configura um processo potente em produzir interprofissionalidade, caracteriza-se um processo multiprofissional.

Em um relato (abaixo), uma das entrevistadas sugere a presença da assistente social no setor como uma proposta potente de produzir interprofissionalidade e atingir resolutividade. Indica-se a partir da fala que os diferentes profissionais estejam presentes nos espaços de cuidado, “vendo pacientes, discutindo os casos”. Mais uma vez, a presença do profissional junto ao espaço de cuidado, aos outros membros da equipe e aos usuários, fica em ênfase como produtora de interprofissionalidade. A sugestão parte de experiências anteriores, na qual havia essa cultura da relação no trabalho em equipe. A entrevistada também aponta que esse problema não é apenas situação deste setor, mas que nos serviços de atenção básica, o acesso ao assistente social também é difícil.

*(...) ela nem era do meu setor, mas ela vinha umas duas manhãs aqui e ficava aqui comigo vendo pacientes, discutindo os casos, né, então era muito bom. Hoje em dia não tem isso. Nas unidades também não, né. Assistente social nas unidades não existe (...)* (E3).

Outras possibilidades de práticas que suscitam a interprofissionalidade são desenvolvidas pela higienizadora, pelo porteiro e pelo secretário. São profissionais que não atuam diretamente no cuidado aos usuários, entretanto, a partir das vivências em equipe, realizam práticas colaborativas. Fica em evidência que as suas práticas de escuta e apoio em saúde mental, bem como de vinculação com os usuários, mesmo não fazendo parte das suas atribuições originais, são de extrema importância no setor. Leia-se:

*Antes, quando, no começo quando eu vim pra cá, eles nem falavam muito, mas ai eu comecei a fazer amizade com eles, comecei a sentar do lado deles, sabe? Conversava, dava, assim, um apoio ‘se vai melhorar, vai melhorar, Deus vai ajudar, vai melhorar, vamos orar, né’, aí uns dizia, ‘vamos reza, então reza por mim, então’, sabe? Ai eu comecei a fazer amizade, assim com eles, agora. Tem essa amizade grande que a gente tempo eles, bah... É legal aqui, eu gosto daqui* (E1).

*O meu dia a dia é isso aqui, é gente passando pra lá e pra cá, é bom dia, boa tarde, boa noite, é até logo, é ‘como é que o senhor tá?’. As vezes eles vêm aqui, sentam, às vezes, eu dou uma de, como é que se diz, é, eu dou uma de analista, de vez em quando aqui. Chegam aqui sentam, escuto, as vezes a gente dá uma opinião, claro não aquela coisa profissional, mas aquela coisa de amizade (...) e vai conhecendo vários tipos de pessoas, a gente vai vendo como que é o dia a dia da humanidade. Uns tratam de um jeito, ninguém é ruim, mas tem aqueles que são mais brabo, tem aqueles que são médio, tem aqueles que são alegre, tem aqueles que são triste, tem aqueles que vêm aqui só por vim, tem aqueles que vêm aqui porque precisam, então aqui se encontra todo tipo de pessoa (...) então a gente vai aprendendo, e com os anos a gente descobre*

*como tratar um e outro, mas sempre deixando eles no mesmo patamar, todos eles no mesmo patamar, pra não elevar demais nenhum e não rebaixar demais o outro (E11)*

Ao longo das observações, foi possível perceber a vinculação que os usuários têm com os profissionais. Tratando-se pelos nomes e conversando assuntos que cabem a pessoas que se conhecem. Esse vínculo importa na construção de relação de pertencimento, a internalização (D'AMOUR et al, 2005). Ambos os profissionais consideram a sua função importante e necessária para o serviço, e acreditam que trazem benefício aos usuários com suas práticas. Para que esses profissionais realizem essas práticas de vinculação e de escuta, inicialmente não previstas no rol de atividades do porteiro e da higienizadora, eles precisam se apropriar desse papel de escuta, construindo-se como sujeitos de práticas de cuidado, que talvez outro espaço de trabalho não suscitaria. Essas falas refletem exemplos de práticas interprofissionais.

Esses relatos nos fazem pensar sobre o que aconteceu para que essas práticas fossem possíveis? Mais uma vez atribuímos à condição da presença, da vivência ativa em meio aos usuários, aos problemas de saúde. Nesse caso, não requer a presença de outros profissionais, porque a própria abertura ao outro, as suas vivências e o ato de escutar são atitudes humanas, e não necessariamente profissionais, mas tem a necessidade de serem desenvolvidas, aprendidas, acopladas, conforme a fala abaixo demonstra. Este excerto da pesquisa poderia ser discutido na categoria saberes também, entretanto, decidimos colocá-lo na categoria práticas, pois acreditava-se importante valorizar o ato dos profissionais citados em parar 'seus afazeres' para abrir-se à escuta do outro.

*Então é aquilo, a gente vai levando, vai conversando, vai vendo, ajuda da maneira que dá. As vezes a gente acha que uma conversa não vale nada, mas pra pessoa que tá ouvindo e que tá conversando, as vezes a que tá falando, porque a maioria das vezes a gente mais escuta do que fala. Então só de escutar a pessoa, a pessoa já se sente grata de ter alguém pra tá ali, 'pô ele deixou o tempo dele, que ele podia tá sei lá escrevendo, fazendo alguma coisa, ou lendo um livro, ele deixou pra me escutar'. Então a pessoa se sente grata dessa maneira aí. E é assim que eu vou levando, a minha vida eu vou levando assim, voou mais aprendendo do que ensinando (E11)*

D'amour e Oandasan (2005) trazem a participação dos usuários como elemento necessário à colaboração, sendo as suas necessidades balizadoras da interação entre os profissionais. Segundo as autoras, a participação no próprio cuidado e na tomada de decisões dos usuários depende do seu interesse em participar e das suas condições. Os profissionais relatam integrar os saberes técnicos com a percepção dos usuários quanto à sua terapia. Essa integração de saberes demonstra, mais uma vez, a centralidade nas necessidades dos usuários. Obtém-se também das falas que a tomada de decisões quanto às terapias também levam em

conta os saberes dos diversos profissionais (técnicos e auxiliares de enfermagem) que atuam no setor, ficando a cargo do profissional enfermeiro tomar a decisão final.

*Hã, isso não é engessado, também, fechado, claro que a troca de cobertura, ou alguma alteração nunca é da nossa cabeça (...) o que que a gente olha, assim, o paciente sempre dá um feedback (...). Aí no próximo curativo o paciente vem e diz: “Bah, doeu muito e tal, me incomodou e tal”, ok, já é uma situação que a gente vai já tem um olhar pra de repente mudar, né? A questão que o paciente refere: “aí dou muito... ah, teve muito exsudato...”, alguma coisa que não ficou bem, a gente já vai ter que ter um olhar... provavelmente uma mudança ali. (...) Hã, isso a gente sempre conversa com (...) a enfermeira da unidade, sempre, mesmo que a gente já consiga ter um olhar (...). (E4)*

*[se é levado em conta o que o paciente fala sobre a cobertura] Sim, porque a mesma cobertura que pode ter melhorado a lesão, eles não gostam daquele produto e reclamam e pedem pra trocar, mesmo com a melhora, por algum incômodo que eles percebem (...) e eles realmente não aceitam, daí tem que trocar por outro mesmo que esse outro não faça tão bem. (E7)*

Além do espaço para a percepção e os saberes dos usuários, também há ênfase sobre as suas ações. Para os profissionais entrevistados, os usuários deveriam participar mais ativamente no seu processo de cuidado, com a prática de exercícios físicos, alimentação saudável e controle das comorbidades. Nesse sentido, percebe-se a construção de um saber que valoriza a participação dos usuários e que os responsabiliza-os pela evolução do seu problema de saúde. Trata-se de uma participação baseada nos parâmetros do profissional que não necessariamente são bem recebidos pelos usuários.

*Eu só queria que os pacientes ajudassem um pouco mais, mas né, tem todo mundo consegue entender a parte deles em casa, dos exercícios, do bom pensamento, das caminhadas, do descanso. Tem alguns que é meio decepcionante, mas é ele com e ferida dele, eu não posso auxiliar, naqueles que não permitem que a gente.. que acham que só a gente fazendo o curativo é que vai melhorar, não enxergam o lado deles.. é a única parte triste daqui (...) Cinquenta por cento é nosso, cinquenta é deles, eles tem que fazer a parte deles. Eles têm que fazer uma dieta, tem que fazer uma caminhada, tem que mexer aquele corpo, alguma grande maioria tem que emagrecer muito, estão acima do peso, né, sem falar na diabetes que atrapalha horrores né (E7).*

Para os profissionais entrevistados, os saberes e as contribuições dos usuários devem ser valorizados, porém, para isso é necessário o enfrentamento de uma cultura que faz do usuário um sujeito “expectante”, que assume uma postura passiva. Nesse excerto pode-se pensar as relações de poder entre profissionais e usuários. Colocando essa análise na dimensão sistêmica (macro) das práticas colaborativas, percebemos a precarização dos processos e dos recursos e os burocratismos como elementos naturalizados no sistema de saúde brasileiro, expresso no trecho “não tem, não tem”, em que a entrevistada ilustra a conformação dos usuários diante da falta de recursos.

*Eu ainda acho nosso usuário muito expectante. Ele é absolutamente conduzido pelo sistema, ele é absorvido pelo sistema, “não tem, não tem”, ele não tem por quê, é difícil o usuário que consegue perguntar, consegue explorar e consegue participar. O que eu vejo de bom é que quando esse usuário raro, que pergunta sobre, ele não é tratado assim, via de regra, ele não é tratado como o chato que quer encher o saco (E2).*

Através das falas, é possível perceber a expectativa dos profissionais quanto à autonomia dos usuários em realizar seu autocuidado, bem como, participar dos espaços de controle social. Também, lê-se certa frustração quando não existe essa participação, mesmo havendo espaços reservados para isso e os profissionais estarem receptivos para as suas contribuições. Os sentimentos absorvidos dessas falas serão melhor explorados na análise da categoria “afetos”.

### **5.2.2 Comunicação: paradoxo entre formalização e informalidade**

Essa subcategoria poderia ser analisada sob a ótica saberes envolvidos na produção de interprofissionalidade, entretanto consideramos pertinente analisar na perspectiva das práticas comunicativas, potentes para a educação interprofissional e para as práticas colaborativas.

A equipe participante da pesquisa realiza reuniões esporádicas e considera o espaço do café ou o lanche o ambiente de troca de informações, os profissionais trazem a prerrogativa que esse espaço informal dispensa a necessidade de reuniões periódicas. Destaca-se a potência desse espaço informal para a criação de vínculo entre os profissionais, sensação de pertencimento, criação de confiança. As demandas dessas conversas partem do cotidiano, porém dificilmente chegam a um plano terapêutico ou a consolidação de prioridades. Cabe destacar que a formalização de reuniões não é a única ferramenta necessária para a construção de um espaço interprofissional. Outros indicadores da interprofissionalidade também precisam ser contemplados, como a governança, o compartilhamento de objetivos e a sensação de pertencimento (D’AMOUR et al., 2008).

Nas falas abaixo, os entrevistados comentam as reuniões informais:

*Nesse horário que a gente tem, assim, de manhã, a gente troca muita informação, assim, que as gurias me passam de pacientes, nesse horário, como que tu viu agora, falamos de um paciente e tal. (E3)*

*(...) então, tem uma interação ali inicial né (...) a gente sempre comenta alguma coisa, assim, de paciente, coisas do trabalho, a gente sempre tá tendo esse feedback, assim, de comentar uma colega com a outra: “aí paciente tá lá, viu que melhorou, ah ‘fulano de tal’ tá internado”, coisas assim, a gente tá sempre conversando né, trazendo assim bem para nossa rotina né, questões até, assim, as vezes até pessoais, tipo assim, “tá*



*com problema, tá com isso, tá com aquilo”, a gente tem um olhar mas também é delicado assim, vamos se dizer, por uma pessoa ou por outra, né. (E4).*

Pelo menos dois dos entrevistados consideram que seria importante ter reuniões estruturadas, seja a partir de expectativas em relação à potência das reuniões ou com base em experiências passadas. As falas a seguir exemplificam isso:

*Acho que tem uma coisa básica que não acontece aqui, que são as reuniões, de se olhar de se conhecer, conversar. [As discussões que acontecem no café], isso não é reunião de equipe. Acho legal de ter esse espaço instituído, bem informal, (...) mas não é isso (E24).*

*(...) tirava meia hora do atendimento, fazia reuniões, a gente tinha possibilidade de colocar o que tava de errado (...) falar do tratamento, a vezes a gente observava quando vinham muitas infecções. Todas essas coisas a gente falava nas reuniões, e era definidos parâmetros pra gente melhorar (...) (E10).*

O destaque fica para a proposição de que as reuniões possibilitam as pessoas se olharem, se conhecerem, o que abre caminho para o “conhecimento mútuo” e a “confiança” (D’AMOUR et al., 2008). Os espaços informais também possibilitam isso, como exemplificado na fala do E4, e também compõe a produção de interprofissionalidade. Durante as observações, ao participar dessas interações no café, foram identificados alguns momentos de interação profissional através de comentários de casos de usuários, porém a maioria dos diálogos versavam sobre assuntos da vida pessoal e a interação amigável entre os trabalhadores. Para o E24, como para D’amour e Oandasan (2005), não basta a convivência em um nível pessoal, é necessário discutir objetivos, conhecer os valores pelo qual o outro trabalha. Considera-se também que neste caso os encontros informais são limitados aos profissionais de enfermagem, o que restringe ainda mais a produção de interprofissionalidade.

As relações profissionais e o seu potencial para ampliar uma cultura da integralidade ou a ideia do trabalho em equipe pode transitar por esses espaços formais e informais, nos quais a comunicação basicamente trata de ensinar, aprender e produzir saúde nas relações do cotidiano.

As outras formas de comunicação dentro do serviço são: o prontuário físico; os “papezinhos”; e a comunicação oral. O prontuário físico é utilizado como ferramenta de registro da entrada do paciente no serviço. Nessa ocasião, o médico ou a enfermeira realiza uma evolução no prontuário do paciente, os demais registros consistem nas evoluções das avaliações médicas consecutivas. Os prontuários estão armazenados em uma caixa organizadora em uma das salas de curativos. Não observei os profissionais acessarem os prontuários no período de coleta de dados da pesquisa. Os prontuários são organizados pela letra inicial dos nomes, contendo uma aba que indica o nome “Maria”, acredita-se que isso ocorra devido à alta frequência de “Marias” no serviço. Há registros médicos pouco legíveis e registros das

enfermeiras, com mais legibilidade, caracterizando as lesões de pele. Segundo a enfermeira, não são realizados registros dos procedimentos a cada curativo realizado, “apenas as intercorrências”. Durante as observações, não houve registro no prontuário, com exceção de dois usuários que estavam sendo atendidos pela primeira vez, para os quais foi preenchida uma ficha com seus dados pessoais, comorbidades, e informações da lesão de pele.

A evolução da lesão de pele não é registrada no prontuário, é descrita em fichas específicas que os usuários levam consigo, os chamados “papeizinhos”, sem a permanência de arquivo. Essas fichas são de aproximadamente 15x10cm contendo as informações: nome do usuário; frequência; número de pernas com lesões de pele; produto que está sendo utilizado; se é aplicada compressão; data; nome do profissional; e data da realização dos curativos.

*Então, nada mais é que uma prescrição mesmo, que a gente vai... que é uma comunicação interna... né, entre os profissionais, é... pra todo mundo fazer a mesma coisa, falar a mesma língua, né, se não... porque aqui é um trabalho de continuidade, né, então não dá para... “ah, eu vou fazer assim”, a colega na próxima vez vai fazer de outra forma que ela tirou da cabeça dela, né (E4).*

*Os pacientes têm prontuário, que hoje em dia ainda de papel, então tem um prontuário de papel, que fica num arquivo, então paciente que entra no serviço, é feito uma evolução, vê histórico de vida, medicação que usa, doenças prévias, quando a gente tava com médico. Daí no dia do atendimento médico, o médico evolui ali se pediu algum exame, se tinha receita, se tinha prescrito alguma medicação... então, é o prontuário de papel, esse papelzinho branco que a gente vai colocar o tipo de cobertura e o que tá usando na lesão, e comunicação verbal que é... conversar com paciente. (...) Então, essa interação, essa conversa com o paciente, e outra que a gente faz direto é entre um colega e outro (E4).*

*(...) tem os prontuários, mas a gente não usa, a gente usa realmente os papeizinhos, né, que ali tu anota tudo que tu faz, e também o paciente em si sabe te dizer se tu fica com alguma dúvida, eles sabem bem certinho o que foi usado, o colega vem e olha (E7)*

Existe um sistema de informação voltado ao tratamento que está sendo realizado (por meio dos “papeizinhos”), entretanto não existe o registro da informação quanto à evolução da lesão, o que limita a análise da adequabilidade da terapia as orientações e abordagens interprofissionais. Assim, as orientações, as práticas e os saberes envolvidos no cuidado integral não são reconhecidos como elemento terapêutico formal e podem não ter continuidade com a troca do profissional. Em última análise, seria interessante o registro por diferentes métodos, como a fotografia, a evolução em prontuário compartilhado etc.

No caso de um profissional que há algum tempo não vê a lesão ser encarregado de realizar o curativo, ele provavelmente precisará acessar as informações da terapia, dos desfechos, da evolução da lesão por outras vias não formais. Segundo os entrevistados, é realizado um “rodízio” entre os profissionais para que os usuários não realizem curativo apenas com um profissional e, portanto, fiquem desassistidos na ausência deste profissional que seria

o único a conhecer a sua lesão. Além disso, entende-se que por vezes os profissionais não têm acesso ao desfecho das próprias estratégias interventivas.

*Aí é uma situação tem um passo maior porque daí sempre fez com aquela profissional, aí chega num determinado dia, a profissional não tá, vai fazer com outra, ninguém conhece o paciente, nunca conversou com o paciente, nunca fez o curativo do paciente, entende? Então, isso gente tem um olhar que é um ponto negativo (E4).*

*se eu não vejo ele há muito tempo, normalmente eu pergunto pra última pessoa que fez, como é que tá a ferida, né, a gente tem isso né (...) Peço então a opinião... a avaliação dela, da pessoa que fez por último ou até mesmo da [enfermeira]... entendeu? Que normalmente a gente tem o... ali o papelzinho onde vai tudo que a gente faz, tudo que a gente faz ali no curativo (E9).*

Arruda e Moreira (2017) obtiveram resultados semelhantes, tendo as reuniões informais nos corredores, nos cafés, sido apontadas como espaços importantes de troca, na solução de problemas pontuais e urgentes. O recurso da oralidade está presente em todos os serviços de saúde. Tem um papel de protagonismo quando pensamos que grande parte das necessidades dos usuários são captadas pela oralidade e grande parte das intervenções também são transmitidas por ela, através de orientações. A comunicação entre os profissionais culturalmente é predominantemente oral, tendo a comunicação escrita uma função mais voltada ao registro legal. Entretanto, o registro formal possibilita o compartilhamento de metas e objetivos com a prerrogativa de que ele pode ser revisitado a qualquer momento e por qualquer profissional envolvido no processo de cuidado. Pode-se observar um pensamento a respeito disso na fala a seguir:

*Existe todo um registro e um cuidado para ter esse registro, que é uma tarefa administrativa, porque ele também pode demandar questões judiciais e outras tantas, então existe uma necessidade de fazer um registro, muito além da sistematização da assistência, muito além, né, de evidenciar que aquela pessoa foi atendida, evidenciar o horário que ela foi atendida, evidenciar o encaminhamento, (...). Em todos os serviços eu percebo, e em especial aqui. Então existe esse tempo e ele está cada vez maior, porque são vários registros, e às vezes esse trabalho se sobrepõe, é retrabalho, né, então tu tem que registrar em tal sistema, em tal sistema, em tal sistema, ou às vezes o sistema, como o pessoal diz, pendura, né, ele não é tecnologicamente muito viável, então às vezes as instalações não estão interessantes, aí a internet não funciona bem (...) então é um retrabalho violento (E7)*

Na sequência, serão analisados os dados da pesquisa quanto à rede de atenção à saúde, o que reitera a discussão analisada na subcategoria “comunicação”, através do paradoxo formalização x informalidade.

### 5.2.3 A relação com a rede de atenção à saúde

As redes de atenção à saúde são previstas e consideradas potentes em produzir práticas colaborativas na concepção de D'amour e Oandasan (2005). Componentes da dimensão institucional (meso) e sistêmica (macro) estão contidas do indicador da formalização, bem como os protocolos e as linhas de cuidado. Nas manifestações relacionadas à rede de atenção à saúde ou ao acesso aos profissionais apontados como necessários no cuidado aos usuários com lesão de pele, os entrevistados trazem o relato da falta de uma estrutura organizacional e de profissionais suficientes para as demandas do município.

*E nutricionista e outros eu nem falo, eu só peço pro posto encaminhar, não tenho nenhum acesso assim, a gente não tem essa rede, isso não existe (...) (E3)*

*A gente orienta a ir no seu Posto, né, e de lá conseguir esse atendimento, que é a única forma... o que acontece daí casos assim de urgência daí... pessoa veio com febre, ou tá com infecção na lesão ou alguma coisa assim que foi avaliado, aí a enfermeira faz um encaminhamento pro hospital, pra urgência, pro paciente ir lá passar por uma avaliação de urgência né, no hospital, ou no pronto atendimento, mas outras situações, o paciente é orientado a ir na sua unidade de saúde (E4)*

Quando esgotam as possibilidades de intervenção da equipe que atua no setor, quanto às orientações nutricionais, escuta psicológica e/ou orientações sobre exercícios físicos, os profissionais realizam encaminhamentos para os serviços de atenção básica, conforme observado na análise da comunicação. Por vezes, isso ocorre através de cartas de encaminhamento, nas quais os usuários são orientados a buscar atendimento por conta própria. Percebe-se, portanto, certo grau de formalização da rede de atenção à saúde, em um nível sistêmico, pois os fluxos e os locais de atendimento para cada necessidade já estão constituídos como pressupostos naturalizados pelos saberes prévios dos profissionais acerca da estrutura das redes de atenção à saúde e pela constituição de serviços no município.

Existe certo grau de formalidade baseado nos consensos sobre o que é uma rede de saúde. Portanto, se um usuário precisa de acompanhamento clínico porque é diabético, há um acordo de que ele deve ser atendido em um serviço de atenção básica. Outro acordo é sobre a vinculação dos usuários referida à atenção básica e o caráter de atenção secundária dado ao serviço de lesões de pele. Entretanto, os usuários apresentam maior frequência e acesso mais fácil no serviço de atenção secundária. As falas abaixo exemplificam a compreensão de rede, que foi observada sob a ótica de equipe.

*(...) é do território, é lá [na Atenção Básica] que tá a rede, é lá que tá a FAS, a SMED, quando é criança, o Conselho Tutelar. E tem que se dar na atenção básica sim, a gente é mais um ponto nessa rede de atenção (E24)*

*O território lá, cada gerência distrital, tem a sua gerência de assistência social, de saúde mental, eles têm que entrar nessa rede. É difícil, é, mas muita gente desconhece isso, até os profissionais que aqui trabalham. (...) a gente não tem psicólogo na equipe, então esse usuário tem que ingressar nessa rede, via sua unidade de saúde. (...) mas a gente indicando, referenciando. Não é só atender a úlcera e vai embora. Esse é um papel de todos os serviços especializados (...) (E24).*

Destaca-se que para a entrevistada é também papel do serviço especializado ter aquele olhar integral discutido anteriormente, mesmo que não disponha de profissionais atuando no setor, desde que se possa encaminhar para outro serviço da rede.

A queixa da E3 quando diz “a gente não tem essa rede”, não se refere a inexistência de serviços de níveis de atenção diferentes e que sejam referência. Entende-se que se trata de uma queixa quanto aos sistemas de comunicação e de acesso aos serviços, que são informais, divergindo dos pressupostos de D’amour e Oandasan (2005).

Em dado momento do período de coleta de dados, uma profissional farmacêutica do serviço de urgência psiquiátrica chegou no setor estudado solicitando a avaliação de lesões de pele de uma usuária do seu setor de trabalho. A enfermeira deslocou-se até esse serviço, avaliou as lesões prescreveu os cuidados e forneceu os materiais para a realização dos curativos. Todo o atendimento foi realizado com a presença da equipe do serviço de urgência psiquiátrica.

Tratava-se de uma demanda de cuidado integral, que vai além dos serviços prestados pelo serviço especializado em saúde mental. Essa relação apresenta grande potência interprofissional, pois possibilitou que ambos os profissionais aprendessem sobre as áreas diferentes as de sua atuação, diante de um cenário inesperado e inovador, assim, corroborando com a afirmação de D’amour et al. (2008) de que “a colaboração gera ações inovadoras”. A situação vivenciada na coleta dos dados, novamente ressalta que a centralidade nas necessidades dos usuários integralmente, contribui para a diminuição do sofrimento psíquico e físico desse usuário, inclusive pelo tratamento da dor e do desconforto das lesões autoprovocadas.

Entretanto, fica o questionamento: e se o serviço de urgência psiquiátrica ficasse em outra localidade, como aconteceria esse sistema logístico? A partir da observação e das falas, foram identificadas duas formas principais de comunicação com outros serviços que não funcionam na mesma localidade: mensagens por aplicativo de comunicação e cartas de encaminhamento.

*Eu não consigo interagir muito, assim, com as gurias [profissional que atuam em outros setores], fisicamente, no mesmo espaço, a gente fala muito pelo whatsapp, então, assim, várias gurias a gente né, se conhece muito, mas a gente nunca se viu, né, porque a gente fala quase só pelo what app (E3)*

*O Whatsapp (...) é o que mais a gente se fala, assim, e-mail a gente quase não e comunica. Assim, a gerência manda coisas pra gente por e-mail, mas assim, em termos de conversar com as unidades, com os serviços, é o whatsapp, ou a referência contra-referência. (...) não tem uma tarde que eu não responda alguém de colega, ou algum médico, mas principalmente, a enfermeira, (...) que a gente já se conhece mais, tem mais troca, assim (...). Eu diria que hoje em dia a forma oficial seria o whatsapp (...). Eu acho que é por aí, acho que tá muito certo, tem como mandar as fotos, eu respondo (E3).*

Foram observados vários episódios em que a comunicação por aplicativo de comunicação aconteceu, através do envio de imagens, fotografias, sugestões de tratamento, avaliação da evolução das lesões. Os aplicativos de comunicação já haviam sido observados em pesquisa anterior (ARRUDA; MOREIRA, 2018) como um recurso que facilita a troca de informações e a interação entre os profissionais. Esse método informal, considerado pela entrevistada como “a forma oficial” de comunicação com outros serviços, facilita a troca de informações com agilidade e possibilita a interação interprofissional, principalmente, com os serviços de atenção básica. Para Arruda e Moreira (2017), as trocas informais estabelecem e reforçam as relações interpessoais, o respeito mútuo, a confiança no outro, o que, para eles, favorece o trabalho colaborativo de algum modo.

Entretanto, conforme observado nas falas, essas comunicações informais apresentam alguns pontos que limitam a produção de interprofissionalidade: acontecem prioritariamente com profissionais de enfermagem e médicos que conhecem a entrevistada; não se dá na experiência da relação, do conhecimento mútuo, o que limita a potência de trocas; e acontece por fluxo de uma via, os profissionais especializados em lesões de pele transmitem informações, prestam “consultoria” para os demais profissionais, o que quer dizer que nem todos os profissionais se beneficiam dessa interação.

Não quer dizer que toda relação interprofissional precisa ser equilibrada e de duas vias, mas observou-se que a via de acesso dos profissionais de atenção básica aos de atenção especializada em lesões de pele é de fato a “forma oficial”. O acesso contrário pareceu ser mais dificultado, sendo a principal forma de comunicação a descrição de cartas e contra-referências para a atenção básica e as informações a serem disponibilizadas pelos usuários. Essa comunicação, do pedido de encaminhamento para outro especialista ou de prescrição de antibióticos, não configura uma relação interprofissional, por não ter potência de aprendizado e de ressignificação, negociação e objetivos etc.

*Outra situação que acontece por exemplo, assim, eu preciso que esse paciente, hã, seja encaminhado pra uma nutricionista, ou um psicólogo, ou pra uma cirurgia bariátrica né, então, muitas vezes eu faço o encaminhamento pedindo pro posto de saúde essa, porque o posto de saúde que coordena o atendimento desse paciente né? (...) Eu só peguei ali a lesão, o resto é com eles [equipe de atenção básica], então eu*

*faço uma cartinha (...)... tem aquele documento de referência e contra-referência, não sei se tu já viu, que a gente se fala por ali, ou eu escrevo atrás, ou então eu já pego o whatsapp da enfermeira e já passo pra ela as coisas, né, as orientações. (...) Por exemplo, preciso também de um antibiótico, o paciente tá, com uma lesão muito contaminada, né, seria indicado usar antibiótico, eu não tenho médico, faço uma cartinha, peço pro médico de lá prescrever... (...) Então, a minha rede de apoio, vamos dizer, em relação com as unidades básicas, seria mais nesse sentido: consultorias, né, e de pedir pra eles encaminhar pra algum especialista e tal, né, ou prescrever algum antibiótico e, então assim, mais é isso, não tem muita conversa, assim, a gente até tentou uma época fazer reunião de enfermeiros aqui, tem até, mas não deu muito certo. (E3).*

A comunicação com o setor terciário acontece da mesma maneira, por meio de encaminhamentos/cartas escritos, e não caracteriza uma relação interprofissional, conforme exemplificado no escrito abaixo.

*(...) se o paciente precisa ser encaminhado pro hospital, que a enfermeira vai fazer uma cartinha, um encaminhamento, ela vai colocar os valores ali, foi verificada a pressão, o HGT tal... tem uma alteração, e, que sinaliza essa precisão do atendimento de urgência (E4)*

O acesso aos outros serviços da rede de atenção, conforme observado a partir da comunicação, é considerado formal e informal ao mesmo tempo, isso porque os métodos de acesso aos serviços apresentados pelos entrevistados divergiram entre si. Conforme observado e reiterado nas falas abaixo, os entrevistados relataram a possibilidade de encaminhamentos por escrito da enfermeira para o serviço de atenção básica de referência do usuário. Outros relataram que o acesso à rede pode acontecer à distância, por comunicação através de aplicativos, no mesmo formato de “consultorias”. Outros entrevistados trouxeram que o usuário é o responsável por acessar a rede, assim, os profissionais orientam, porém, ficando sob seu critério buscar o acesso, entender como funciona a marcação de consultas, entrar em filas de espera etc. O “receituário”, citado na primeira fala, refere-se ao encaminhamento escrito.

*(...) é muito mais fácil ela chegar no posto, entregar aquele receituário pra enfermeira e a enfermeira pedir pro médico, do que ela conseguir uma consulta, porque isso é muito complexo, são pouco. Aí tu vai botar esse paciente de novo numa fila enorme, não precisa muitas vezes disso. Uma pode ir pra outra, facilitando né. (...) Quando a pessoa lá do outro lado tem boa vontade né (E7).*

*(...) aí também tem toda uma lógica: tira foto, manda para ela, espera um segundo, ela dá uma olhada e aí diz “ah não, já usa esse...”, então tem uma “teleorientação” (risos). Ela está por trás do cuidado sim, mas não efetivamente à frente da prestação desse cuidado. Existe interação, mas como eu te disse, acho que alguns setores estão muito circunscritos, poderia ter muito mais abrangência e uma mistura boa que não rola sempre (E2).*

*(...) E aqui a gente procura incentivar “vão, né, vai, tem que ir, tem que fazer um acompanhamento, mesmo tu “tando” aqui. Aqui tu tá tratando da ferida. Não tá tratando, né, a tua diabetes a tua hipertensão, enfim, então tem que ter um*

*acompanhamento, porque o teu problema é vascular, então tu tem que tratar o restante né que também é importante” (E9)*

Na sequência analisaremos a categoria que trata da produção subjetiva apresentada nos dados de pesquisa coletados.

### 5.3 AFETOS

A categoria “Afetos” surgiu com base na contribuição de Ana Ecilda Ellery para o conceito de interprofissionalidade, que descreve que os desejos e os afetos dos profissionais funcionam como “engrenagens” para o trabalho interprofissional. Trata-se das relações de poder, da amorosidade, da confiança, do ciúme, mobilizando sentimentos conciliatórios ou contraditórios em relação à interprofissionalidade (ELLERY, 2012). A categoria “afetos” poderia ser apresentada antes das categorias “saberes” e “práticas”, pois no trabalho e na vida, os afetos antecedem os processos cognitivos e pragmáticos.

Considerando as falas dos profissionais e a experiência observacional, foram analisadas as seguintes subcategorias, ao se tratar dos afetos e da produção simbólica de interprofissionalidade: produção afetiva positiva; e desmotivação.

#### 5.3.1 Produção afetiva positiva: pertencimento, amorosidade e desejo

Até o momento, as relações interpessoais foram colocadas como “condição de possibilidade” de desenvolver saberes e práticas interprofissionais. Nesse caso, conforme apontado por Ellery (2012), a amorosidade entre os profissionais, a confiança e respeito mútuo, e conforme D’amour et al. (2008), a sensação de pertencimento, são elementos subjetivos essenciais para o desenvolvimento de interprofissionalidade.

Durante a experiência observacional, os profissionais apresentaram boa convivência e relataram isso nas entrevistas. Nas falas foram identificados alguns sentimentos que compõem a questão subjetiva, destacam-se: admiração pelo trabalho dos outros; sensação de pertencimento; percepção de que seu trabalho é admirado; confiança mútua.

*(...) e os técnicos, são super bons, assim, eu gosto muito da minha equipe, assim, (...) porque as gurias são boas tecnicamente, e elas são queridas com os pacientes, é difícil elas perderem a paciência ou serem grosseiras. (E3).*



*... a comunicação das guria comigo é... como se eu fosse uma delas, entendeu? Que elas não me tratam, assim, (...) é da limpeza, entendeu? Que nos outros setor, assim, se tu entra, qualquer setor aqui que, se tu entra, a fulana da limpeza é da limpeza... Aqui não (...) É bem, me tratam bem.. Como se eu fosse uma delas mesmo (E1).*

*Quando eu não tô, elas sentem a minha falta (E7).*

*(...) é uma troca de trabalho mesmo, né, de conhecimento, porque é muito legal, mas isso vem crescendo, né, a partir desse marco que talvez eles tenham me enxergado como uma pessoa com quem eles podiam contar (...) (E2)*

Os afetos apresentados nas falas possibilitam o estabelecimento de relações e convida os profissionais para estarem “presentes”. Trata-se da construção de conexões entre as pessoas, sendo que essas conexões não existem sem que existam os sentimentos de pertencimento, confiança e admiração. A condicionalidade que os afetos geram na produção de interprofissionalidade é observada nas falas que suscitam a dependência no “interesse” do outro, para que a experiência relacional aconteça, conforme as falas a seguir. Essa condição demonstra que as relações não se estabelecem facilmente e, mesmo não se aprofundando sobre o que dificulta a sua realização, pode estar associada à ausência dos fatores afetivos citados anteriormente. Destaca-se, ainda, que as intenções são também compreendidas como produção afetiva envolvida na interprofissionalidade, o compartilhamento de objetivos e de valores é um dos seus indicadores (D’AMOUR et al., 2008).

*(...) depende muito dos profissionais que estão lá do outro lado, assim, né, eu tenho unidades que a gente tem uma ótima relação, né, as gurias conversam comigo, me mandam fotos, eu dou material e tal, tem outras unidades que nunca mandam ninguém, não tem nenhum interesse assim né, depende muito das equipes (E3).*

*funciona, assim, essas parcerias, as vezes a gente quer fazer, as vezes não tem abertura, as vezes depende da abertura de tu conhecer o profissional pra poder ter essa troca. Mas depende sempre dos profissionais, (...) que atuam na ponta, que veem a necessidade de trabalhar junto, do que o serviço que foi estruturado pra fazer esse tipo de atendimento (...) é muito mais transversal (...) (E15).*

O ‘depende dos profissionais que estão lá do outro lado’ já conota o distanciamento entre os sujeitos envolvidos nesse processo, requerendo a articulação virtual para a conexão entre os profissionais. Essa fala é argumento para a defesa da corporalidade, da presença, como elementos produtores de interprofissionalidade. Outro excerto que tem destaque é o da dependência “de tu conhecer o profissional,” o que compromete a pluralidade de profissionais requerida na interprofissionalidade.

Outro sentimento que condiciona as relações é a autopercepção enquanto profissional. Ou seja, trata-se de: ser aceito pelo grupo; querer relacionar-se; e acreditar que tem potencial para contribuir. Para isso, os profissionais precisam ter a percepção de que seu trabalho é importante, traz bons resultados, sua internalização na equipe não se trata apenas do

pertencimento ao grupo social, mas também é ator no processo de trabalho. Foram analisadas as falas que tratam dos sucessos obtidos no trabalho e foi possível perceber que os resultados de saúde positivos geram uma autopercepção positiva, seja na melhora da lesão de pele ou na melhora da condição geral do usuário, com diminuição da dor e/ou melhora na qualidade de vida. O “eu contribuo” abre espaço para a interprofissionalidade, e para considerar seus saberes e as suas práticas válidas para o grupo. Essa fala trata do indivíduo, tanto quanto, trata dos outros, afinal se contribuo, contribuo com algo.

*Mas por outro lado, quando eu vejo uma ferida que fecha, né, uma ferida, um paciente que tava há tempo com aquilo ali, né e melhorou, ou melhorou pelo menos a dor, eu já fico muito feliz. Então, tem esse outro lado, assim que daí estimula a gente, a ir pra frente, estudar a ir conhecer mais, e é isso (E3).*

*É bom eu gosto, eu gosto de trabalhar assim. Eu gosto de ajuda as pessoas sabe? Eu gosto assim de. Me sentir útil pra quem. Se acha assim quem não tem mais jeito sabe? (E1).*

*Eu amo isso que eu faço (...). Eu amo isso aqui, gosto muito do que eu faço. (...) Eu gosto, eu contribuo (E10).*

*Os pacientes gostam, se sentem melhor, reduzem as dores, porque eles tinham dores nas pernas, porque eles estavam caminhando mal. (...). Então, assim os pacientes que a gente atende, olha, grande maioria, traz relatos positivos assim (...). Algumas vezes isso importa diretamente na úlcera, na lesão ali na ferida, que também contribui pra melhorar mais rápido né (E15).*

Uma das produções afetivas com maior potencial mobilizador é a produção do “desejo”. Ele permite projetar no horizonte as múltiplas possibilidades que uma equipe interprofissional pode ser. Os desejos dos profissionais entrevistados versam sobre a atuação de outros profissionais no setor, considerando a percepção deles quanto à falta desses profissionais já descrita na categoria “saberes”. Mesmo com a atuação autoproduzida de acoplamento de práticas e saberes, os entrevistados desejam a presença desses profissionais atuando no serviço, percebem a sua ausência, e essa falta é condicionante direto à interprofissionalidade.

Outro desejo está relacionado à diluição de fronteiras que isolam saberes e práticas, através da difusão de competências para todos os membros da equipe, exemplificadas pela E3 (abaixo) acerca da avaliação da carteira de vacinas, da realização de visitas domiciliares e de grupos. Na mesma fala, a entrevistada indiretamente revela que deseja as práticas colaborativas. O desejo da interprofissionalidade também é observado na terceira fala abaixo, em que a entrevistada revela que almeja um serviço que “andasse junto”, o que leva entender que há o desejo de que todos os profissionais seguissem os mesmos objetivos, pressuposto para a interprofissionalidade. Pode-se interpretar também o desejo de que os profissionais andem “junto” literalmente, próximos, em presença, conforme já discutido. Outro fator que essa

profissional aponta é a necessidade de gostar do que faz, sendo esse um fator preponderante na figura do serviço ideal para ela.

Outros profissionais relatam o desejo voltado aos equipamentos e a estrutura do serviço, como: sala de ginástica; equipamento para realização de ecografia, local e equipamento para realização de procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos.

*(...) Eu trabalhei numa unidade era o sonho de consumo (...) tinha uma equipe que tinha assistente social, tinha psicólogo, tinha pediatra, tinha gineco, tinha clínico, (...) tinha os técnicos (...) tinha dentista e tinha nutri (...) então nas campanhas de vacina todo mundo conhecia carteira de vacina, o nutricionista ficava lá vendo carteira, o nutricionista sabia de vacina, o assistente social conhecia carteira de vacina, era muito legal. E a gente fazia grupo de mulheres, a gente fazia VD, assim ó, muita VD, ou eu ia com a assistente social, ou ia com a nutricionista, outro dia eu ia com o médico (E3).*

*(...) teria que ter uma salinha de ginástica ali do lado. Teria que ter uma nutricionista, regular, a cada quinze dias pesando esses pacientes e a psicóloga. Teria que ter alguém pra conversar com eles (E7)*

*Acho que o ideal é um serviço assim, que andasse tudo junto, né, que andasse a higiene, a dedicação do profissional, de todo mundo tivesse o mesmo olhar pro paciente, pro serviço, o que diferencia. E ideal seria que o profissional gostasse de fazer, (...) O ideal é alguém que goste de gente, com todas as dificuldades que todo ser humano tem (E10)*

*Tinha que ter hã... ecografias pra fazer aqui na hora, tipo... paciente que precisa já iria ali, já faria. Tinha que ter cirurgias, os pacientes que precisam de cirurgias né, já fazer e não ficar como ficam, ai passa de uma pra outra, ai vem o vascular, e ai vai ser encaminhado pra cirurgia, leva anos, a eco leva dois, três anos pra fazer isso. Tinha que ser uma coisa... imediato (E9).*

A produção do desejo parte das articulações feitas no coletivo, das vivências e das relações. A entrevistada em questão, deseja condições de trabalho baseada em suas experiências anteriores, em comparação à experiência atual. Vai além de ter objetivos e metas, o desejo exprime certo grau simbólico, sobre o qual é possível pensar a forma como o ser humano se insere no mundo, além de estar em constante ambivalência com a realidade vivida.

### **5.3.2 ‘Desmontivação’: ‘Capitaloceno’ da saúde brasileira**

Em um primeiro momento, parece que estamos escrevendo em outra língua, mas ‘desmontivação’ é um neologismo que une as duas produções afetivas dos profissionais mais presentes nas suas falas: desmonte e desmotivação. Por desmonte, trata-se da desconstrução do sistema de saúde brasileiro, com a precarização do financiamento, do trabalho em saúde, do acesso, dos princípios do SUS. Dentre outros motivos que geram o desmonte do SUS e que

resultam dele, as falas dos profissionais discorrem sobre a falta de profissionais (visto que esse também é mote do desejo dos profissionais, portanto é um afeto positivo e negativo).

Não se trata da falta de contratações de funcionários apenas, mas também da falta de substituição dos profissionais que se aposentam. Por isso, a ocorrência da fala “tinha... e não tem mais”, é característica do desmonte, pois estava “montado”, havia a possibilidade de produzir interprofissionalidade, porém, foi “desmontado”.

*Desde que cheguei aqui, muitos profissionais já se aposentaram e não existe ninguém no lugar deles, isso é bem complicado, então eu digo que isso é uma ação de desmonte porque na realidade não tem uma mudança na legislação, até perguntei como funcionava e eles só podem repor o trabalhador, pelo menos para a prefeitura municipal, se ele se exonerar. Se ele se aposentar, como ele ainda é um “custo”, entre aspas para a prefeitura, (...) se tu tens um número próximo, não está no ideal preconizado, mas se tu tens um número próximo desse ideal, o que aqui, como estatutária, eu vejo que está longe do ideal, e há momentos em que está muito longe e isso repercute no serviço, com certeza, a oferta de serviço, né? (E2).*

*(...) tem um desmonte dos setores, então faltam muitas pessoas. Então muitas vezes esses profissionais que poderiam estar fazendo essa linha mais transdisciplinar, estão fazendo a rotina do dia-a-dia exclusivamente, sabe, não que não façam, ok, mas não tem braço para fazer essa interação com os outros serviços. (E2).*

*(...) acho que de três anos pra cá metade da equipe [de atenção domiciliar] se aposentou, então a gente tinha assistente social e não tem mais, a gente tinha uma nutricionista e não tem mais, a gente tinha uma técnica de enfermagem que acompanhava a equipe e não tem mais. Tinha mais um médico que acompanhava a equipe e não tem mais. Tinha uma fono que participava da equipe e não tem mais (...) e a gente continua com os pacientes com disfagia que precisam de orientação, os pacientes emagrecidos que precisam de orientação, que usam sonda que precisam de orientação (E15).*

D'amour e Oandasan (2005) incluem na dimensão sistêmica da interprofissionalidade, a política de trabalho na saúde, a organização do sistema de saúde como um todo, fazendo desses problemas condicionantes à interprofissionalidade.

*Eu acho que é por falta de interesse mesmo, interesse que o serviço se perpetue nesse formato. A gente vê que as unidades básicas mudaram o formato, elas eram tudo unidade básica com servidores estatutários e hoje todas que são compostas, são compostas por [fundação] no formato de ESF, então não é só o formato ESF que mudou, o regime dos profissionais também mudou, ninguém é mais estatutário na ESF, todo mundo é contratado via CLT através [da Fundação]. Então isso é diferente, isso é uma "terceirização" (E15).*

*A minha perspectiva não é boa em questão das especialidades também, que eu vejo que não tão sendo repostos. E a tendência parece que é terceirizar, parece que é mais fácil pagar uma consulta pra alguém do que ter um servidor atendendo aquela demanda. (...) que continuidade tu tem no serviço, que conhecimento de comunidade tu tem? Acho que essas coisas se perdem com a terceirização com essa falta de continuidade sabe? (...) Pelo menos aqui no posto, nos últimos cinco anos, já circula quase a metade das pessoas (E15).*

*Nós que estamos aqui dentro conseguimos ver o que tá acontecendo, que eles querem eliminar o serviço público pra ter o serviço privado (...) que tem uma desvalorização*

*do serviço prestado pelo profissional que é imensa, então não tem motivação. (...)  
(E10).*

Outra percepção dos profissionais, expressa nas falas da E24, quanto ao desmonte, é a falta de perspectivas para o serviço, exemplificada pela ausência de mudanças positivas no serviço e sistema de saúde e pelo desconhecimento do futuro.

*Eu fiquei 10 anos e eu vi muitas coisas evoluírem, mas muitas coisas não evoluírem, ficar na mesma, eu acho que eu me enchi o saco, um pouco, de não ver a coisa se resolvendo, por anos e anos (E24).*

*Então, urgente tem que decidir o que vai ser feito com esse [serviço], mas tem que decidir o que. Vai encher de equipe de saúde da família? Vão priorizar os exames? Vai continuar tendo especialidade, não vai ter, vai ser tudo referenciado pro hospital? Não há plano para o [serviço] como um todo (E24).*

*Hoje a gente sente, (...) que a gente não sabe do planejamento pra nós, assim do serviço, por exemplo, o fato de eles não reporem RH aqui, eu vou subentender que esse serviço não há interesse que continue, eu estou subentendendo ninguém me disse isso. Quando eu pergunto pra minha gestora, ela também não sabe responder, mas os fatos mostram que tá havendo um sucateamento, né uma diminuição proposital das coisas (E24).*

Durante a coleta de dados, houve episódios em que os trabalhadores paralisaram suas atividades em formato de greve para tensionar decisões que estavam para ser tomadas no poder legislativo a respeito dos planos de carreira. Esse momento de luta política e de tensionamento pode ter direcionado as falas durante as entrevistas, porém, torna-se um dado importante, se pensarmos que além da falta de contratações, da privatização, da falta de planejamento, também há a precarização salarial dos trabalhadores.

Além dos profissionais que “tinha... e não tem mais”, alguns processos e atividades também foram perdidos ao longo do tempo. Algumas das atividades mencionadas eram desenvolvidas no serviço de lesões de pele e outras em outros serviços, o que possibilitava a relação interprofissional, destacam-se, o acompanhamento epidemiológico e atividades de promoção e prevenção de saúde.

*Quando tinha mais gente, era outra proposta, a gente conseguia promover mais coisas. Por ter mais gente, a gente contribuiu pro grupo de ervas que a gente construiu com os pacientes, tinha grupo que ensinava a fazer culinária saudável, essas coisas com promoção de saúde, a gente conseguia fazer muito mais (E15)*

*(...) fazia pastas com tudo, tinha os mapa, bem bacana sabe, agora já não temos isso sabe. Tínhamos no mural o nome de todos os pacientes e o que eles usavam, se era só curativo, se era botar, o dia que eles vinham. Nós tinha tudo marcadinho, quantos vinham por dia, quantos era bota, quantos era só o curativo, qual dia eles passaram pelo vascular, qual dia eles foram atendidos pela enfermeira, consulta de enfermagem, era tudo no mapa assim, depois se perdeu também (...) Eu senti bastante quando se perdia essas coisas de controle (E10).*

*A gente tinha um grupo de úlcera. A gente chegou a fazer festa de natal pros pacientes (...) (E10)*

Algumas das atividades citadas deixaram de ser desenvolvidas devido à diminuição das equipes e à falta de iniciativa dos profissionais. Associa-se a fatores, que evidenciaram que as atividades não eram mais válidas para aquele contexto, resultando na restrição de ações. A mudança na iniciativa conota a desmotivação em realizar o trabalho, o que coloca em evidência o sofrimento dos trabalhadores. A desmotivação no trabalho no setor estudado está intimamente ligada à cronicidade dos problemas de saúde enfrentados e aos múltiplos condicionantes envolvidos nesse fato de saúde, apresentados na análise da categoria “saberes”. A falta de profissionais de diferentes categorias diminui a resolutividade da atenção à saúde.

*Sabe, por que as vezes, assim, não dá nem vontade de vir trabalhar. Tu levanta de manhã, assim, tu lembra, tu vai atender todos os mesmos pacientes, os mesmos problemas, né, as feridas não melhoram muito, é difícil, sabe, dá um desânimo (E3).*

*(...) tem pacientes aqui que vão ficar aqui até morrer né. Porque, assim, são lesões muito antigas, que a gente precisa só fazer um cuidado paliativo pra que não piorem, não infectem, não percam a perna, mas é um paciente que nunca vai dar alta. (...) E a gente tem que ter isso na mente porque realmente tem alguns que nunca vão melhorar (E3).*

*A gente não pode gerar uma ansiedade de... “aí vamo fecha, vamo fecha... e vamo dar alta pra esse paciente” (...) porque tem uma coisa assim da gente, enquanto profissional, querer que o paciente... a cura né? Essa coisa da cura... “aí, melhorou, fechou, beleza, tá curado, deu, agora vai seguir a vida”... só que os nossos pacientes são crônicos (E4).*

*Eu tenho a sensação, quando os pacientes, principalmente quando os pacientes voltam, que eles cicatrizam, vão embora e depois voltam, eu fico com uma sensação de que “poxa, que que eu tô fazendo aqui?”, ou então, assim, a ferida tá linda, maravilhosa daí eles vão na outra semana eles voltam, né, daí... as vezes eu “poxa, será que o meu trabalho não é importante?”, porque... poxa a gente faz... tudo né, e aí quando volta é uma decepção, eu me decepçiono, entendeu (E9).*

*(...) o curativo, vamos dizer assim, a gente podia ser mais resolutivo e ter mais rotatividade, mas bom, no momento a gente tá sem o vascular, a gente não tem acesso a um exame de eco doppler que poderia resolver. Então, tudo isso a gestão indiretamente vai nos sufocando (...) (E24)*

*Como processo de trabalho, eu vou te dizer assim, acho que todos estão muito sobrecarregados, porque tem todo uma é... E acho que o mundo do trabalho está assim, não é uma particularidade dos serviços de saúde, né (E2)*

Essa sensação de sufocamento relatada pela E24 é percebida nas outras falas também, que mencionam sobrecarga de trabalho e pouca resolutividade, o que acarreta a permanência dos usuários no serviço. Cabe mencionar que os usuários comparecem ao serviço para a realização de curativos de uma a três vezes na semana, conforme o quadro clínico. A baixa resolutividade está relacionada à participação dos usuários, conforme as falas dos profissionais. Segundo eles, por se tratar de um problema de saúde com múltiplos determinantes, os usuários

precisariam realizar atividades de prevenção terciária e terapêuticas de forma regular, como o controle de comorbidade (diabetes, hipertensão, obesidade), prática de exercícios físicos, cuidados alimentares. Reitera-se que a participação dos usuários foi mencionada como necessária ao cuidado de saúde na análise da categoria “práticas”. Os motivos e condições pelos quais os usuários não realizam as atividades orientadas pela equipe não foram abordados na pesquisa.

*(...) aí o paciente não cuida direito em casa, não troca os apósitos, aí continua fumando, aí sabe, vai te dando um desânimo assim, “meu Deus do céu”. Precisava de algum aqui também que nos desse um up com a equipe que nos levantasse o astral que trabalhasse conosco, assim, essas questões (E3).*

*(...) eu só queria que os pacientes ajudassem um pouco mais, mas né, tem todo mundo consegue entender a parte deles em casa, dos exercícios, do bom pensamento, das caminhadas, do descanso. Tem alguns que é meio decepcionante, mas é ele com e ferida dele, eu não posso auxiliar, naqueles que não permitem que a gente.. que acham que só a gente fazendo o curativo é que vai melhorar, não enxergam o lado deles.. é a única parte triste daqui (E7).*

Outro ponto destacado pelos profissionais que trazem sofrimento no trabalho é o fato de não terem as condições para realizarem o trabalho de promoção de saúde e prevenção de agravos. Essas atribuições, muitas vezes associadas à atenção primária, são percebidas como atribuições de todos os profissionais da saúde, o que já conota que elas são mais permeáveis à interprofissionalidade. Não realizar essas atividades de forma clara e formal, traz o sentimento de incompletude para os profissionais. Esse sentimento modifica a autopercepção de valor e potência. A produção afetiva relacionada à autopercepção, discutida na subcategoria “Produção afetiva positiva”, é mobilizadora de internalização, de sensação de pertencimento ao grupo e de autovalorização a ponto de fazer com que o sujeito compreenda-se como ator no trabalho em equipe, modificando o sistema de trabalho e de relações.

*Porque aqui a gente trabalha só tratando a doença, e a gente quase não faz nada de prevenção e de promoção. Eu sinto muita falta disso, e eu acho que pra fazer promoção de saúde eu preciso de uma equipe multidisciplinar, porque não é só o meu trabalho ali de enfermeiro fazendo os curativos, eu preciso de alguém que me ajude a fazer um grupo de caminhada, a fazer uma grupo de obesos lá, a aprender a fazer comidinhas mais saudáveis, né, eu preciso de outras coisas, porque é isso que vai complementar o meu trabalho (E3).*

*Tu tem que fazer o mínimo, tu tá sempre correndo atrás do que tem que ser feito e não sobra o tempo que tu gostaria pra fazer esse outro lado que é pouco incentivado, assim, de promover, e que é tão importante (E10).*

Acreditar que o próprio trabalho não está sendo bem realizado prejudica a noção de intervenção no serviço onde atua. E9 questiona se o seu trabalho é importante e se realmente pode contribuir para a atenção à saúde das pessoas que frequentam o serviço. Essas

manifestações de desmotivação no trabalho em saúde são resultado do sofrimento, assim como, são geradoras do sofrimento. E3 sugere a necessidade de psicoterapia aos profissionais. a E1, por sua vez, cogita a possibilidade de nunca darem atenção às demandas de saúde do trabalhador da saúde.

*(...) Eu queria muito que tivesse um psicólogo, assim, pra nós, sabe, que fizesse uma abordagem com a gente, porque a gente, as vezes entra num desânimo coletivo, que é difícil sair (E3).*

*Um vez eu tinha essa preocupação, porque que nunca ninguém pensava em quem trabalha, sabe, né ver o que que acontece com a pessoa que trabalha, sabe. Tem muitos profissionais que adoecem, adoecem da cabeça, adoecem o corpo, e começam a trabalhar tanto que esquecem de si, acontece. Então sempre tive essa preocupação que ninguém tinha esse olhar para o profissional, sempre fazem um serviço direcionado ao paciente ao usuário, mas a gente tem esse lado de dentro aqui, que a gente adquire doenças profissionais, eu mesma tenho muitas dores (...) a gente sai baleado da missão (...) a gente faz vaquinha aqui porque a dor de ver o próximo sem eira nem beira acontece né (...) então tem essas dores emocionais (E10)*

Na fala da E24, citada anteriormente,“(...) então, tudo isso a gestão indiretamente vai nos sufocando (...)”, percebe-se a relação entre os profissionais e a gestão. As falas dos profissionais conotam um distanciamento entre a gestão e o serviço estudado.

*Eu sinto que a gestão como um todo, incluindo esta gerência, ela não entende esse serviço, ela não conhece o que a gente faz aqui, ela não se interessa e não entende que, atualmente, o carro chefe, se a gente for pensar só a questão financeira orçamentária, o local onde que mais traz recursos para esse posto aqui, pra esse centro de saúde é a parte da ostomia, né (E24).*

*Não nos é passado nada assim, qual é a ideia, qual é a proposta, como que pensaram a saúde a partir de agora, não, não nos é passado nada em nenhum momento, a gente só vai percebendo assim, e a eu tiro as minhas conclusões, já que ninguém me explica nada (E15).*

*Troca governo, fica lá engavetado [projetos para a contratação de equipe multiprofissional], os profissionais nem estão mais aqui e o projeto que tinha se perdeu (E10).*

Com base nos relatos dos profissionais, observou-se certo distanciamento que começa pelas disputas de poder, por direitos trabalhistas (E2) e por recursos (E24).

*Então o que eu percebi: que eles atuavam de maneira interdisciplinar e transdisciplinar em algum período, e que com a absoluta guerra, prefeitura e servidores, isso foi arrefecendo, o pessoal foi deixando de trabalhar tanto em grupos, mas cuidando da sua trajetória junto à prefeitura. E ao mesmo tempo, a negativa da prefeitura é um balde de água fria em qualquer ação (E2).*

O sufocamento referido na E24 se assemelha com o arrefecimento dos movimentos colaborativos citado na E2. Dessa relação, parte o sentimento de desvalorização do trabalho, sob a ótica de atuarem em um serviço invisível para os gestores, que só funciona porque os profissionais “bancam” e “brigam” pela manutenção do serviço. O sentimento de “abandono”



reforça a condição de expectante dos profissionais, sem espaço para a participação nas vias decisórias sobre o futuro do serviço e a produção de saúde.

*eu queria mesmo que fosse melhor valorizado esse setor, (...) esse serviço e a gente tá abandonado assim. Nos sentimos abandonados, né, tanto que, assim, (...), a minha chefe vai ali, vê como que tá, porque ela tá aqui a pouco tempo e ela se interessa, mas antes dela vir, ninguém vinha ali me perguntar se tava tudo bem, se eu tava trabalhando (...). E existe um pouco de preconceito também, em relação ao nosso trabalho, porque as feridas, elas têm cheiro, né, os pacientes as vezes vem com um odor bem forte da bota. A bota em si ela já dá um certo odor, então, assim, existe um pouco de preconceito, também, né. Então, tudo isso acaba, assim, a gente fica meio chateado as vezes, assim (E3).*

*Na verdade, esse serviço e esses serviços que existem de úlceras venosas, existem porque a gente briga, banca e tal, senão já tinha até fechado, né (E3).*

O sofrimento, o desmonte do SUS, o sentimento de desvalorização e o desânimo caracterizam uma produção afetiva densa e muito mobilizadora, tanto para buscar alternativas melhores, quanto para arrefecer as estratégias de mudança. Por isso, são colocados aqui como afetos relacionados à produção de interprofissionalidade.

Os dados coletados em campo apresentaram-se potentes para uma análise aprofundada da interprofissionalidade nesse contexto vivo. Os elementos que mais chamaram a atenção da autora serão analisados e discutidos a seguir.

## **6 DISCUSSÃO**

Os resultados da revisão integrativa e da pesquisa de campo foram analisados levando em consideração as três dimensões da interprofissionalidade descritas por D'amour e Oandasan (2005): macro (sistêmica); meso (organizacional); e micro (interacional), com foco nas práticas colaborativas/interprofissionais. As falas e as experiências observacionais suscitaram uma análise voltada para a produção dos sujeitos e dos coletivos no âmbito da interprofissionalidade.

Na definição de interprofissionalidade, D'amour e Oandasan (2005) identificam três dimensões: a dimensão sistêmica; a dimensão institucional; e a dimensão interacional. Ellery (2012) divide a dimensão interacional em duas dimensões: a coletiva, que trata da organização dos profissionais como grupo de trabalho; e a subjetiva, que diz respeito à identificação dos profissionais com o modelo assistencial, à capacidade de lidar com as frustrações e à afetividade. Ambas as dimensões são atravessadas por processos pragmáticos, cognitivos e simbólicos, conforme apresentado por Ellery (2012) e analisado neste trabalho.

A análise dos resultados e da experiência vivida no campo de pesquisa suscitaram a discussão quanto aos desafios que o desenvolvimento da interprofissionalidade traz para o SUS, no nível sistêmico; a compreensão da formalização e da informalidade como produtores de interprofissionalidade, paradoxalmente, na dimensão institucional; a associação da interprofissionalidade com as políticas cognitivas da autopoiese, da enação e da simpoiese, como uma forma de pensar a interprofissionalidade como uma política cognitiva, teoricamente, estendendo-se para a prática; e a análise sobre a potencialidade e a necessidade que o trabalho e a educação interprofissional tem de ressignificar a especialidade e o especialista como ente e sujeito interprofissional.

#### 6.1 DESAFIOS PARA O SUS NO DESENVOLVIMENTO DA INTERPROFISSIONALIDADE: A DIMENSÃO SISTÊMICA

A dimensão sistêmica consiste nos movimentos culturais e históricos, e deve ser analisada também sob a ótica da normatização e da legislação. Desde o início da coleta de dados, observou-se um importante problema que diz respeito à dimensão sistêmica: a falta de profissionais no contexto analisado. Esperava-se encontrar profissionais de diferentes categorias atuando no setor, seja de forma interprofissional ou não. Entretanto, o acesso restrito a profissionais de diferentes categorias redirecionou a discussão desta pesquisa.

Esse foi um dos problemas relatados pelos entrevistados, dentre outras barreiras ao desenvolvimento da interprofissionalidade. Apresentou-se, ainda, uma situação de desmonte do SUS, o que acarreta limitações em todos os processos de produção de interprofissionalidade (cognitivos, pragmáticos e afetivos). Os problemas apontados foram: a falta de profissionais de diferentes categorias; a falta de reposição de profissionais que se aposentam ou que saem do setor; a falta de perspectivas quanto aos planos para o setor, tratando-se de projetos e de financiamento; a desvalorização salarial do funcionalismo da saúde; os múltiplos formatos de contratação de profissionais, o que causa diferenças nos direitos adquiridos pelos trabalhadores.

A falta de multiplicidade de profissionais dificulta o desenvolvimento da interprofissionalidade. Porém, sinaliza-se que não impede a interprofissionalidade, considerando que há, inerente à Rede de Atenção à Saúde, diferentes profissionais que são referência para os demais. Um exemplo está na atuação de uma bibliotecária no mesmo prédio onde funciona o setor estudado, a profissional poderia realizar atividade terapêutica junto aos

usuários com lesões de pele. Entretanto, por vezes, a pertinência da atuação de uma bibliotecária na saúde é questionada apenas pela falta de conhecimento sobre a área da saúde.

O reduzido contingente de profissionais está relacionado aos projetos trabalhistas e de contratação de pessoal. Ao longo dos anos, os profissionais se aposentam ou saem do serviço por quaisquer motivos, porém, segundo os entrevistados, não são contratados outros profissionais para substituir os anteriores. Esse fato leva à sobrecarga de trabalho aos que permanecem no serviço, além do sentimento de abandono. Sentimento esse também vivido pela falta de perspectivas quanto aos projetos para o futuro do setor.

Os diferentes formatos de contratação, a redução de direitos trabalhistas, bem como a terceirização de setores fazem parte do movimento dos últimos anos que tem por mote principal a restrição no financiamento com o funcionalismo público. Anteriormente, os profissionais eram contratados por concursos públicos, atualmente grande parte do funcionalismo passa por um processo de privatização, e as contratações têm ocorrido por meio de Fundações, ou Organizações Sociais e pela terceirização dos serviços especializados. No caso estudado, a atenção básica é gerenciada e operada por uma fundação. São esses os fatos considerados promotores e resultantes da precarização do trabalho em saúde e do desmonte do SUS.

O desmonte do SUS foi abordado largamente por diversos autores (CAMPOS; VIANA; SOARES, 2015; PAIM, 2018; CAMPOS, 2018), que apontam os principais elementos relacionados: valores dominantes da sociedade contraditórios aos princípios do SUS; resistência dos profissionais da saúde; interesses ligados às operadoras de planos de saúde e à indústria farmacêutica; predomínio da doutrina do neoliberalismo; subfinanciamento crônico, dentre outros (PAIM, 2018).

No serviço estudado, o panorama converge com alguns desses sinais de desmonte do SUS e precarização do trabalho em saúde. Esta se refere a mudanças em relação ao mercado de trabalho, às condições de trabalho, aos direitos trabalhistas e às múltiplas relações contratuais, o que dificulta a atuação sindical (PIRES, 2009). A falta de contratação de profissionais, a terceirização da contratação, inclusive da própria gestão e os múltiplos regimes contratuais estão intimamente ligados às esferas econômicas e de planejamento do SUS, bem como com a esfera ideológica.

A ideologia expressa nesses fatos do contexto de pesquisa é analisada pelos profissionais entrevistados, que manifestam pensar que para os agentes decisórios, o serviço prestado não tem importância. Esse pensamento é compartilhado por quaisquer pessoas que convivem com situação de precarização do trabalho. Por outro lado, os profissionais consideram seu trabalho importante, o que seria mote para a criação de relações de interprofissionalidade.

A interação entre profissionais e gestores é necessária para que ocorra a mobilização do poder dos líderes para direcionar recursos, organizar o sistema logístico e implementar inovações (D'AMOUR; OANDASAN, 2005). Portanto, a relação hierárquica entre a gestão e os profissionais condiciona à realização da interprofissionalidade, começando pelo fato que dificulta a “governança”, indicador da interprofissionalidade (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

O desconhecimento quanto aos planos para o serviço traz o sentimento de insegurança para os profissionais, o que aumenta o sofrimento no trabalho. O ato de “subentender” aquilo que os gestores não esclarecem possibilita que se chegue a infinitas constatações, o que contribui para esse sofrimento e para o desgaste físico e mental dos trabalhadores. Conforme mencionado no Capítulo 3.2.2, o sofrimento no trabalho, mesmo sendo um fato coletivo, é vivenciado individualmente (DEJOURS, 1992), o que enfatiza as falas das entrevistas individuais, mesmo que no dia a dia de trabalho não se pôde analisar o grau de sofrimento dos trabalhadores.

A demanda dos entrevistados quanto à implicação da gestão trata da visibilidade que o serviço tem na agenda dos gestores, o que é anterior à proposta da governança trazida por D'amour et al (2008), que vai além e prevê uma liderança que democratize os espaços decisórios e, portanto, possibilite o debate aberto sobre os planos para o serviço.

A relação com os gestores apresentou um nó crítico na solução do problema da interprofissionalidade. Para Valadão, Lins e Carvalho (2017), a verticalização das ações dos gestores são problemas bioéticos no cotidiano de trabalho. Isso demonstra a perda da possibilidade do interprofissional, quando não se tem o apoio dos gestores ou se forem estabelecidas relações predominantemente tensionais e de conflito entre profissionais e gestores, como é no caso estudado, em que ambos estão em disputas devido às paralizações, greves e redução dos direitos trabalhistas. É pertinente o questionamento sobre se o apoio efetivo da gestão é uma potencialidade para a interprofissionalidade. O estudo não deu conta dessa questão, pois não analisou relações ditas exitosas de colaboração entre trabalhadores e gestores.

Essa análise permite associar a precarização do trabalho e o desmonte do SUS como barreiras para o desenvolvimento da interprofissionalidade. Cabe aos agentes decisórios (gestores, governadores em todas as esferas de governo, profissionais, a sociedade organizada, gestores de instituições de ensino) pensar mecanismos de valorização do trabalho e do trabalhador, bem como do SUS como um todo. Destaca-se também a interprofissionalidade

como uma pauta importante nas agendas das políticas educacionais e trabalhistas, assim como, dos governos que têm grande parte do poder decisório sobre o trabalho na saúde.

Esses fatores são todos contingentes da dimensão sistêmica de organização do trabalho em saúde e do pensamento sobre saúde. Entretanto, de todos os fatores, a formação dos profissionais é um dos mais importantes, conforme observado na análise integrativa da literatura descrito no Apêndice 1. A formação é o ponto de partida para a produção de práticas interprofissionais, e atualmente uma das principais dificuldades devido ao modelo da formação profissional, fragmentado em categorias que aprendem isoladamente (MULLER et al. 2020). O sistema educacional precisa ser concordante ao ideal interprofissional, voltado para o SUS, com a promoção de atividades acadêmicas e formativas que possibilitem a participação de estudantes de diversas categorias e áreas do conhecimento em diversos contextos. A formação profissional, através das residências multiprofissionais, é uma boa ferramenta para formar profissionais aptos para o trabalho interprofissional, a partir das vivências nos campos de atuação como maneira de adquirir conhecimento de acordo com as necessidades da população para, assim, atingir a integralidade do cuidado (MULLER et al. 2020).

A inclusão da Educação Interprofissional e de atividades interdisciplinares fazem com que os alunos conheçam as outras profissões e promovam formação convergente. A EIP se apresenta como uma possibilidade de conhecer o cenário complexo da saúde e proporciona aos alunos uma visão do contexto dos locais de trabalho e do SUS, possibilitando o vínculo entre os alunos e serviços nas soluções compartilhadas. Os projetos de extensão e indutoras de mudanças na formação nas universidades, como PET-Redes e VER-SUS, são importantes ferramentas para desenvolver a educação interprofissional, transformando o modelo de ensino instituído e a formação de profissionais com facilidade na interação profissional. São estratégias bem-sucedidas, porém desenvolvidas ainda de forma incipiente no Brasil, o que é um desafio (MULLER et al, 2020).

Desse modo, o incentivo aos programas de residência multiprofissional, programas de extensão como PET-Saúde, PRÓ-Saúde, VER-SUS são estratégias para qualificar a formação de profissionais para a interprofissionalidade. Cabe destacar que nesse incentivo está o redirecionamento da política de formação em saúde no Brasil, o qual inclui: o financiamento de bolsas para estudantes, professores, profissionais residentes e preceptores, bem como a sua formação para a interprofissionalidade; e a inclusão da interprofissionalidade e da EIP nos Projetos Político Pedagógicos (PPP) e nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos programas de graduação e pós-graduação.

Tratando-se da dimensão sistêmica, sugere-se um engajamento do SUS e propõem-se um desafio para este. São necessárias discussões quanto à cultura do trabalho, predominantemente fragmentado; à política do mercado de trabalho que favorece a individualização; à política trabalhista, que tem reduzido direitos trabalhistas e desvalorizado o trabalhar; à proposição de novo desenho para a formação da saúde que integre categorias diferentes nas experiências de ensino e acolham essas demandas de transformação na cultura do trabalho; à mobilização dos órgãos reguladores das profissões em defesa da interprofissionalidade; e à defesa do SUS.

## 6.2 O PARADOXO DA FORMALIZAÇÃO E A INFORMALIDADE: DESAFIOS E PROPOSIÇÕES NA DIMENSÃO INSTITUCIONAL DA INTERPROFISSIONALIDADE

A formalização é defendida por D'amour e Oandasan (2005) como indicador da interprofissionalidade. Entretanto, a análise proveniente do campo de pesquisa mostrou um predomínio das experiências informais como produtora de interprofissionalidade. Discutiremos essa associação paradoxal entre formalização e informalidade na produção de interprofissionalidade nas instituições.

Conforme apresentado na conceituação da interprofissionalidade, a formalização é um dos quatro indicadores que compõem o seu modelo teórico (D'AMOUR et al., 2005; D'AMOUR et al., 2008; ELLERY, 2012). Consiste na extensão dos procedimentos, a distribuição e o compartilhamento de responsabilidades e expressam os objetivos e formas de agir documentados e normatizados em uma Organização. Essa dimensão é constituída de dois indicadores: 1) as ferramentas de formalização, que tem o potencial de clarificar as responsabilidades dos membros da equipe e negociar quais as responsabilidades são compartilhadas (exemplos: acordos interorganizacionais, protocolos, sistemas de informação etc.); 2) e a troca de informação, que se refere à existência de uma 'infraestrutura' de informação, bem como seu uso apropriado (exemplos: sistemas de informação, processos e espaços de comunicação etc.) (D'AMOUR et al., 2008).

A formalização é importante para que o profissional possa ter clareza do que é esperado dele e o que ele pode esperar dos outros. Isso diminui a incerteza frente ao trabalho com um profissional desconhecido e constrói possibilidade de direcionamento das ações seguintes, por ser um importante aspecto no estabelecimento de relações de confiança. A colaboração é mais influenciada pelo consenso que emerge dos mecanismos de formalização do que pelo grau de

formalização (D'AMOUR et al, 2008), por isso, a construção conjunta e democrática desses mecanismos é essencial para que a formalização produza interprofissionalidade.

A partir da análise dos dados, foi possível constatar certo grau de formalização das estruturas organizacionais, caracterizada pela constituição da rede de atenção à saúde, com destaque para a compreensão que os profissionais têm da sua estrutura (Atenção Básica como porta de entrada prioritária e coordenadora do cuidado); das estruturas de comunicação e troca de informações formais, como as referências e contra-referências, os prontuários clínicos, os formulários de registro dos dados clínicos dos usuários etc.

Há também a formalização no nível sistêmico, pois os fluxos e os locais de atendimento para cada necessidade já estão constituídos como pressupostos naturalizados pelos saberes prévios dos profissionais em relação à estrutura da rede de atenção à saúde e à constituição de serviços no município. O acesso aos outros serviços da rede de atenção, conforme observado a partir da comunicação, é considerado formal e informal ao mesmo tempo, isso porque além dos métodos de acesso aos serviços apresentados pelos entrevistados divergirem entre si, pode-se notar um grau de formalidade atribuído às práticas habituais, como aos contatos por aplicativo de celular.

Esse grau de formalidade está baseado nos consensos sobre o que é uma rede de saúde. Por exemplo: se um usuário precisa de acompanhamento clínico porque é diabético, há um acordo, que atravessa a própria formalidade, de que ele deve ser atendido em um serviço de atenção básica. Isso porque se trata de um processo tradicionalmente vinculado a esse serviço. Outro acordo é sobre o estado de vinculação dos usuários com a atenção básica associado ao fato de serem cadastrados nos serviços que atuam nesse nível de atenção. Mesmo assim, os usuários apresentam maior frequência e acesso mais fácil no serviço de atenção secundária, que seria o que atende os usuários com lesões de pele.

A revisão integrativa também traz a formalização como indicador predominante nos elementos facilitadores da interprofissionalidade. Os artigos apontam que para a existência do trabalho interprofissional é necessária a integração entre as equipes e o cuidado integral ao usuário, o que acarreta mudanças nos processos de trabalho, trazendo maior resolutividade, organização de fluxos de trabalho, comunicação interprofissional e espaço de cogestão. Dentre as dificuldades, foram apontadas a escassez de ferramentas de organização do trabalho e de gestão que produzam interprofissionalidade, a falta de informatização, a falta de tempo para discussões interprofissionais e a necessidade contínua de um trabalho técnico-assistencial. Também foi apontada a burocratização dos processos como uma dificuldade para o desenvolvimento do trabalho interprofissional (MULLER et al 2020).

Quanto à formalização na formação dos profissionais, os dados revelam que a inclusão da EIP deve ser trabalhada ao longo dos cursos para serem efetivas, pois, ao ser introduzida nos PPP, permite desenvolver competência para trabalho colaborativo e organiza para o trabalho em equipe. A avaliação dos Currículos permite ver as fragilidades e estimular mudanças. Verificou-se que a inclusão da EIP no currículo estimula a realização de pesquisas, provoca mudanças metodológicas que mostrarão a integração da teoria com a prática. Nos currículos estudados nos artigos, os que sofreram mudanças para a inclusão da EIP, são entendidos pelos seus autores como promotores de uma formação mais concreta e efetiva de profissionais voltados para a atuação interprofissional (MULLER et al., 2020).

O acesso aos serviços que compõem uma rede de atenção não tem forma única para acontecer, mesmo quando formalizado. Mendes (2011) chama a formalização dos sistemas de acesso aos componentes de uma rede de saúde de “sistemas logísticos”. Para o autor, a comunicação e os acesso deveriam acontecer por esses sistemas, tendo como exemplo o prontuário clínico, o cartão de identificação dos usuários, os sistemas de regulação e de transporte. Essa é uma proposta ligada ao conceito de integração vertical, que combina diferentes unidades produtivas, previamente autônomas, mas que produzem insumos de uma para a outra, criando uma aliança interorganizacional (MENDES, 2011).

Tanto os serviços da atenção básica, quanto da atenção especializada, produzem resultados de trabalho que são de interesse para a efetivação do trabalho do outro nível de atenção. Por isso a necessidade de sistemas logísticos ou de formalização das relações entre os serviços. D’amour e Oandasan (2005) sequer mencionam processos informais como produtores de práticas colaborativas, diferentemente da educação interprofissional. Notou-se no processo de pesquisa a carência de sistema logístico de comunicação e de regulação do acesso, evidenciados na informalidade da troca de informações, na inexistência de prontuário compartilhado entre os serviços, na existência de fluxos e contrafluxos pouco claros e documentados. Portanto, considera-se essa falta de formalidade nos sistemas logísticos da rede de atenção um empecilho para a produção de interprofissionalidade.

Em síntese, a formalização dos processos organizacionais tem sido descrita na literatura, associada à interprofissionalidade, e foi observada em certo grau no contexto de estudo. Por outro lado, observou-se no campo de pesquisa a informalidade na organização dos processos, com a priorização de comunicação por aplicativos de comunicação, as “reuniões” nos cafés e intervalos, a comunicação oral, entre outros processos. Para os entrevistados, os encontros informais nos intervalos do trabalho dão conta do quesito “reunião”. As demandas dessas conversas partem do cotidiano, porém, dificilmente chegam a um plano terapêutico ou à



consolidação de prioridades. Destaca-se a potência desse espaço informal para a criação de vínculo entre os profissionais, sensação de pertencimento, criação de confiança. Os encontros (seja em reuniões formais ou em cafés) possibilitam as pessoas se olharem, se conhecerem, o que abre caminho para o “conhecimento mútuo” e a “confiança”, apontados por D’amour et al. (2008) como indicadores da interprofissionalidade.

Há potencialidade nos espaços informais para a produção de interprofissionalidade, pois eles possibilitam essa interação produtora de “conhecimento mútuo”. Arruda e Moreira (2017) obtiveram resultados semelhantes, tendo as reuniões informais nos corredores, nos cafés, sido apontadas como espaços importantes de troca, na solução de problemas pontuais e urgentes.

Entretanto, para uma das entrevistadas, como para D’amour e Oandasan (2005), não basta a convivência em um nível pessoal, é necessário discutir objetivos, conhecer os valores pelo qual o outro trabalha. Considera-se também que no contexto estudado, os encontros informais são limitados aos profissionais de enfermagem, o que restringe ainda mais a produção de interprofissionalidade. Mesmo assim, formalização de reuniões não é a única ferramenta necessária à construção de um espaço interprofissional. Conforme mencionado anteriormente, outros indicadores da interprofissionalidade também precisam ser contemplados, como a governança, o compartilhamento de objetivos e a sensação de pertencimento (D’AMOUR et al., 2008).

O recurso da oralidade está presente em todos os serviços de saúde. Tem um papel de protagonismo quando pensamos que grande parte das necessidades dos usuários são captadas pela oralidade e grande parte das intervenções também são transmitidas por ela, em orientações. A comunicação entre os profissionais culturalmente é predominantemente oral, tendo a comunicação escrita uma função mais voltada ao registro legal. Entretanto, o registro formal possibilita o compartilhamento de metas e objetivos com a prerrogativa de que ele pode ser revisitado a qualquer momento e por qualquer profissional envolvido no processo de cuidado.

Os aplicativos de comunicação já haviam sido observados em pesquisa anterior (ARRUDA; MOREIRA, 2018) como um recurso que facilita a troca de informações e a interação entre os profissionais. Esse método informal, considerado pela entrevistada como “a forma oficial” de comunicação com outros serviços, facilita a troca de informações com agilidade, possibilita a interação interprofissional, principalmente com os serviços de atenção básica. Para Arruda e Moreira (2017), as trocas informais estabelecem e reforçam as relações interpessoais, o respeito mútuo, a confiança no outro, o que favorece o trabalho colaborativo de algum modo.

Entretanto, conforme observado nas falas, essas comunicações informais apresentam alguns pontos que limitam a produção de interprofissionalidade: acontecem prioritariamente com profissionais de enfermagem e médicos que conhecem a entrevistada; não se dá na experiência da relação, do conhecimento mútuo, o que limita a potência de trocas; e acontece por um fluxo de uma via, os profissionais especializados em lesões de pele transmitem informações, prestam “consultoria” para os demais profissionais, o que quer dizer que nem todos os profissionais se beneficiam dessa interação. Não quer dizer que toda relação interprofissional precisa ser equilibrada e de duas vias, mas observou-se que a via de acesso dos profissionais de atenção básica aos de atenção especializada em lesões de pele é de fato a “forma oficial”.

Outro processo informal que, neste caso, limita as práticas interprofissionais, é a forma de comunicação interna, através da ferramenta dos “papeizinhos”. Esse processo limita a análise da adequabilidade da terapia, tão pouco das orientações e abordagens interprofissionais, pois não possibilitam uma análise da continuidade do atendimento, já que os registros anteriores são descartados. Assim, as orientações, as práticas e os saberes envolvidos no cuidado integral não são reconhecidos como elemento terapêutico formal e podem não ter continuidade com a troca do profissional. Em última análise, seria interessante o registro por diferentes métodos, como a fotografia, a evolução em prontuário compartilhado etc.

As relações profissionais e o seu potencial para ampliar uma cultura da integralidade ou a ideia do trabalho em equipe podem transitar por esses espaços formais e informais, onde a comunicação basicamente se trata de ensinar, aprender e produzir saúde nas relações do cotidiano. Para os Schweickardt et al. (2015, p. 30),

[...] não se muda uma cultura, mas o que fazemos é abrir a possibilidade da imensidão e estabelecer *coletivos de construção do olhar*. Uma cultura pode se ressingularizar por força da conversa, da troca, da interação, do desejo pela imensidão e pela aceitação do desaprender/reaprender, desaprender/construir. [destaque da autora]

As equipes profissionais encontram-se nesse paradoxo. Através dos processos comunicativos se constrói a cultura do fazer em saúde, legitimam-se práticas, ideologias e infere-se diretamente sobre a saúde enquanto conceito, saber e estado para dado povo, em determinado tempo e lugar. Por meio da comunicação, os profissionais se relacionam e, como os diversos sujeitos dessa cultura, estabelecem o que é aceitável ou não no pensar e agir em saúde. Essa racionalidade parte do movimento, das relações e dos coletivos. Consiste na construção autônoma e interna ao grupo de uma racionalidade que emerge naturalmente do estado de ser grupo e de agir em grupo, e que resulta na subjetivação do próprio grupo. Para

que isso aconteça é preciso relacionar-se formal e informalmente, por isso há uma ambiguidade entre a formalidade defendida por D'amour e os outros autores (2008; 2005), e a informalidade observada no cenário de pesquisa.

As relações sofrem mudanças e assumem novas formas à medida que se acrescentam diferentes instrumentos, métodos e técnicas de representação e de interpretação. Novas formas de pensar e agir interferem direta e indiretamente no resultado final. A força da conversa, da interação e da troca é propulsora de energia 'ressignificativa', do desejo por ampliar os olhares e saber conviver com as rupturas das construções antigas, sejam elas coletivas ou individuais.

A defesa da formalização está na "condição da possibilidade" de ressignificação, na certeza de que haverá reservas de tempo, de lugar e de diversidade de pessoas que possibilitem a abertura à imensidão e às transformações estruturais necessárias à interprofissionalidade. Trata-se de um posicionamento ético-político frente as arbitrariedades do mundo do trabalho, que tendem a valorizar a produtividade às custas da fragmentação. Reitera-se que formalização não quer dizer burocratização.

Ao considerar o paradoxo da formalização e a informalidade, a comunicação com outros serviços acontece de forma restrita, sendo facilitado aos serviços que atuam no mesmo prédio. Campos (2018) argumenta que o trabalho em saúde não funciona em linhas mecanizadas de produção, o que exige que as equipes possam operar tanto com normas e protocolos, quanto com a variação de procedimentos e condutas, conforme cada caso e contexto. Portanto, há a necessidade de um equilíbrio entre formalização e informalidade.

As relações humanas estão transitando cada vez mais para a virtualidade, através da comunicação por aplicativos, prontuários clínicos, e referências e contra-referências. As pessoas 'se conhecem' e trabalham 'colaborativamente' de longa data, porém nunca se encontraram pessoalmente. A questão que recai é se os encontros virtuais produzem interprofissionalidade. Definitivamente, a presente pesquisa não superou essa questão. Por isso, até o momento, defende-se as relações reais, presenciais, que possibilitem a interpretação de saberes, valores, práticas éticas presentes nos enunciados corpóreos e linguísticos. A formalização de processos, como dito anteriormente, é defendida por trazer a "condição de possibilidade" dessas relações interprofissionais. Compreende-se, também, a relevância dos métodos informais, os quais impedem que essa formalização seja bloqueio para a criatividade, que é necessária para a emergências de acoplamentos, diante das rupturas da vida diária.

A presença e a corporalidade são defendidas com base em pressupostos teóricos que trazem a experiência relacional para a produção de acoplamentos estruturais, ou seja, para a mudança dessa mesma corporalidade, mais voltada para a interprofissionalidade e a

colaboração. Os processos cognitivos e pragmáticos aqui apresentados iniciam no operar de si e das realidades, corporificado, concretado nas experimentações dos modos de saber e de operar. Eles se estendem da vida posta em ato, do pensamento “enatuado” (VARELA; THOMPSON; ROSCH, 2003).

Em relação ao paradoxo formalização – informalidade, a partir da teoria enativa, o aprendizado é potente exatamente por tratar de um campo de possibilidades, e por isso não poderia ser completamente planejado. Assim, as respostas aos colapsos são totalmente subjetivas e inesperadas, o que legitima as estruturas informais de trabalho em equipe. Porém, ao mesmo tempo, sem o espaço para a experiência interacional, a possibilidade de acontecer uma ruptura é mínima. Para Gavillon (2019, p. 46) “é possível estruturar um espaço para a experiência, mas não se pode prever seu resultado, ele depende inerentemente do imprevisto e da ação no momento presente”. A partir desse trecho, reiteramos que a formalização é necessária como “condicionante de possibilidade” para a interprofissionalidade (ex.: com a garantia de espaços compartilhados entre os profissionais) e é aceitável dentro dos marcos teóricos apresentados, porém, não supera a subjetividade e a informalidade da experiência interacional. Em suma, a formalização é uma ferramenta que possibilita os encontros e, portanto, os colapsos e os acoplamentos no sistema.

### 6.3 TORNANDO A INTERPROFISSIONALIDADE UMA POLÍTICA COGNITIVA

A análise da dimensão interacional da interprofissionalidade partiu das produções subjetivas obtidas durante a pesquisa da literatura e de campo, e sugerem discutir a teorização da interprofissionalidade. Na sequência, os dados obtidos são associados às políticas cognitivas, que versam acerca do pensamento complexo, com o intuito de pensar a interprofissionalidade como tal. Recordar-se que as políticas cognitivas são modos de entender o mundo, estar no mundo e de estabelecer relações, considerando que a explicação sobre o funcionamento da cognição guia as ações concretas (GAVILLON; BAUM; MARASCHIN, 2017). Desse ponto de vista, conhecer é equivalente a viver e a agir (GAVILLON, 2019; ROCCIO et al., 2018). A interprofissionalidade aproxima-se da ideia de política cognitiva, pois ela gera rupturas, acoplamentos e ressignificações no âmbito cognitivo e, a partir disso, guia as ações, ou seja, transforma a corporeidade dos sujeitos que trabalham ou aprendem interprofissionalmente.

Alguns sinais de interprofissionalidade observados na pesquisa de campo são: a educação interprofissional, observada na prática e analisada na revisão integrativa; a adequação

das abordagens para suprir a falta de profissionais; e a percepção dos problemas de saúde de forma integral. Essa produção cognitiva que se estende à ação (como toda produção cognitiva) suscita a ideia de produção de si enquanto sujeito de interprofissionalidade. Relacionamos a produção de si, evidenciada pelos profissionais, à teoria dos sistemas autopoieticos (MATURANA; VARELA, 2001). Assim, os saberes envolvidos na produção de interprofissionalidade são provenientes do acoplamento entre os sujeitos e o ambiente, ou então, os sujeitos que compõem esse ambiente.

O acoplamento é a relação de correspondência que os seres estabelecem com outros seres e elementos que compõem o meio. Por exemplo: um profissional que realiza a sua atividade laboral está em constante acoplamento com os demais profissionais que trabalham com ele, com os clientes, se for o caso, com a legislação vigente e as políticas que regem a sua atuação, com as máquinas e equipamentos utilizados na atividade, com as comunicações que recebe e emite etc.; e todos esses acoplamentos geram um aprendizado, moldam a sua forma de ser profissional, o produzem como ser. O acoplamento é sempre corporal, e quando se aprende, ocorre uma transformação dessa corporalidade, uma mudança estrutural, o que significa produzir um novo corpo (GAVILLON, 2019).

E é essa a produção de si para a interprofissionalidade, trata-se de autoproduzir múltiplos corpos a partir da interação com outros corpos. Para Gavillon (2019), essa visão se opõe à metáfora das teorias como lentes de óculos, então, se opõem à ideia de que cada profissional traz um olhar de acordo com a sua área de atuação, assemelhando-se a ideia da multiprofissionalidade (LUZ, 2001). Pensar a interprofissionalidade a partir da autopoiese e das demais políticas cognitivas significa compreender que todo o corpo está implicado com os diferentes acoplamentos que acontecem no ato de trabalhar e aprender em saúde, independentemente da sua área de atuação. Então, todos os profissionais interpretam e atuam sobre a situação de saúde e seus múltiplos determinantes.

Enfatiza-se a relação entre os sujeitos como processo estruturante de um sistema autopoietico, A partir desse pensamento, há responsabilidade implicada nas ações de cada sujeito e na interação, o que “compreende que as relações são constituídas coletivamente, e os saberes são legitimados socialmente” (ROCCIO et al., 2018, p. 173).

As entrevistas destacaram que a partir da experiência de presenciar a ação do outro, acontece o aprendizado de condutas e mudança de práticas e posturas. Portanto, há a transformação da corporalidade (o acoplamento estrutural) dos profissionais que passam a agir diferentemente do modo como agiam anteriormente frente um problema de saúde, expandindo os seus objetos de atuação e suas zonas de condutas. Esse processo autopoietico da

interprofissionalidade é associado à máxima “ser-fazer-conhecer”, pois envolve a transformação do “ser” estruturalmente, o que é revelado no “fazer” e motivado pelo “conhecer”.

Em síntese, os saberes envolvidos na produção de interprofissionalidade no cuidado de saúde podem ser relacionados a processos cognitivos autopoieticos, fruto das relações entre os profissionais. Essas relações, ou então esses acoplamentos, modificam os profissionais estruturalmente, ou seja, geram aprendizagens, além de serem ponto de partida da interprofissionalidade. O destaque fica para as experiências de educação interprofissional relatadas pelos entrevistados e analisadas na revisão integrativa (MULLER et al., 2020). Ressalta-se, ainda, que essa abordagem da autopoiese aproxima-se mais do pensamento simpoietico (que abrange a autopoiese) do que da ideia original da autopoiese descrita por Maturana e Varela.

Enfatiza-se a experiência como fator preponderante na produção de práticas. A corporalidade dos profissionais é transformada através da experiência da escuta ou da experiência observacional do outro. Torna-se um corpo orientado a certas práticas, em outro corpo que acopla. Por exemplo, a prática da escuta e do aconselhamento, como no caso dos profissionais que enfrentam o sofrimento psíquico dos usuários, ou, como nos exemplos anteriores, acopla orientações e práticas terapêuticas, anteriormente estranhas às suas.

Assim, quando observadas as ações dos profissionais que realizam práticas de forma colaborativa, pode haver a participação de um sujeito que os “ensine” ou, além mesmo, essas práticas podem surgir do enfrentamento dos problemas da vida diária. No primeiro caso, percebe-se que as práticas não são idênticas às daqueles com as quais aprenderam. Tanto a experiência interacional com outro sujeito (profissional ou usuário), quanto os problemas e os conflitos vivenciados no cotidiano, geram acoplamentos e são chamados de situações de colapso, ou do inglês *brake down*.

As construções de si e do mundo são concomitantes, ou seja, a produção do sujeito interprofissional é enatuada, acontece em ato. Requer um colapso vivenciado e operado na experiência presente que gera novas formas de produzir a si e o mundo. No caso do trabalho em equipe, o colapso pode ser um novo problema no sistema de atenção ou de saúde dos usuários; também pode ser presenciar uma prática terapêutica até então desconhecida; ou se deparar com uma demanda nova de trabalho.

A apropriação de saberes atribuídos a outros profissionais é uma forma de acoplamento enativo. Destacam-se os seguintes exemplos: a ação da farmacêutica de ir até o serviço de lesões de pele; o deslocamento da enfermeira para outro serviço, a fim de realizar atendimento; e o

papel de escuta que o porteiro e a higienizadora cumprem a partir da demanda dos usuários. Todos esses são exemplos observados na pesquisa do pensamento enatuado, da corporeidade transformada pelos colapsos da experiência presente.

Vale mencionar que a aprendizagem não é necessariamente o aumento da possibilidade de ação, pode também ser a restrição da ação, ao perceber-se a sua ineficácia em certo domínio (GAVILLON, 2019). Portanto, as práticas na produção de interprofissionalidade são acopladas a partir das experiências sensório-motora-afetivas, em relações que podem ocorrer formal, informal, presencial ou virtualmente como ponto de partida para inferir sobre a cultura e sobre a saúde, retroalimentado positiva ou negativamente.

Nas categorias “saberes” e “práticas”, observaram-se as relações entre os profissionais e os acoplamentos de forma mais pragmática, caracterizada pela presença, pela comunicação, pelo encontro entre as pessoas como forma de produzir e reproduzir os sujeitos, ressignificando a sua subjetividade. Enquanto isso, na categoria “afetos”, as relações são apresentadas em uma perspectiva subjetiva-objetiva.

A produção simbólica observada na pesquisa é geradora de simpoiese, conforme conceituado no Capítulo 3.3.1 como uma abordagem da cognição focada nas relações (GAVILLON, 2019), pois orienta a experiência relacional, é produtora de interação e parentalidade entre os profissionais que se percebem internalizados ao grupo. A internalização é um indicador de interprofissionalidade observado por D’amour et al (2008). A partir do compartilhamento de afetos, os profissionais criam redes de significação que transformam os sentidos do trabalho e a cultura em saúde. Isso é observado nas falas em que os profissionais manifestam sentir-se parte de uma equipe, de um coletivo, além de acreditarem que aqueles que compõem esse grupo buscam um fim comum. Ficou em evidência também a percepção de que o próprio trabalho é importante, tanto para a equipe quanto para os usuários.

Outra manifestação importante, é tratar a interprofissionalidade como objeto de desejo. Percebe-se uma abertura às relações, às conexões, na perspectiva simpoietica em que há a diluição de fronteiras, a horizontalidade na produção de sentidos e das relações de poder. O desejo é um acoplamento estrutural, produzido a partir dos colapsos de ideias e de estruturas, e incorporados nas formas de como as pessoas operam a realidade na busca por esses desejos. A manifestação do desejo de forma oral já é uma forma de enaturar o pensamento, de pôr em ação. Portanto, em algum momento houve uma ruptura, ou múltiplas rupturas, onde o isolamento e a fragmentação das práticas geraram um colapso nas estruturas cognitivas dos profissionais e, a partir da relação com esse fator desconcertante, foi gerado o desejo, na busca pelo retorno da estabilidade, corporificado nas relações entre as pessoas.

Conforme já mencionado anteriormente, a interprofissionalidade versa sobre a produção de si para a produção de coletivos, para a produção de si, de forma circular. Os afetos, ou seja, a produção subjetiva, são “condição de possibilidade” para a interprofissionalidade. Os profissionais manifestaram isso ao dizer que há uma dependência na individualidade dos profissionais para a produção de interprofissionalidade. Por isso, na interprofissionalidade, a produção afetiva precede a pragmática e a cognitiva, porque não existe interprofissionalidade sem a intencionalidade e sem a produção de conexões/relações entre as pessoas.

No Capítulo 5.3.2, procurou-se exprimir alguns dos poucos resultados desse “sistema planetário”, o Capitaloceno, no trabalho em saúde. Essas manifestações se assemelham à ideia de Capitaloceno, descrita por Haraway (2016), situada na discussão dos impactos ambientais do capitalismo. Os dados da pesquisa exprimem mudanças geradas pelo capitalismo na sociedade atual, e mais ainda, pelo neoliberalismo, com a precarização e o sofrimento no trabalho, com os sistemas de organização baseados na hierarquização da gestão e com a fragmentação do trabalho.

Em relação ao trabalho em saúde, a simpoiese, juntamente a autopoiese e a enação, suscitam a criação de coletivos em rede, responsabilizados e mobilizados para o enfrentamento das rupturas, nos sistemas de valores e de produção de saúde. A produção afetiva dos profissionais demonstrou essa potência para a criação das redes simpoieticas, e, portanto, interprofissionais. Isso ocorre porque as carências, as desmotivações, o desmonte do sistema, os tempos difíceis suscitam a criação de parentalidade.

Em semelhança a Haraway (2016), trazemos a simpoiese como proposta de enfrentamento dos tempos difíceis, do “capitaloceno” da saúde. Sendo a diluição de fronteiras, de estruturas hierárquicas, a possibilidade de “produzircom”, de criar padrões em resposta aos padrões criados. Ou seja, a interprofissionalidade simpoietica seria uma forma de enfrentamento dos desafios discutidos no Capítulo 6.1 e ela mesma é condicionada por esses desafios ciclicamente.

Como ponto de partida para a sua operacionalização, sugerimos a criação de parentalidade e de redes de responsabilidades, como estratégias iniciais para pensar a interprofissionalidade a partir de hoje, de forma independente das categorias profissionais e das posições na hierarquia organizacional. Enfim, a simpoiese insere-se nesse trabalho, como fechamento (ou então abertura) para a análise dos saberes, das práticas e dos afetos na interprofissionalidade, como proposta para operacionalizar a transformação da realidade objetiva pela interprofissionalidade.



A definição de simpoiese se aproxima da interprofissionalidade facilmente, e por isso, se propõem a pensar os sistemas de trabalho em saúde, a partir de uma produção coletiva, situada espacial e temporalmente, onde os indivíduos não são bem definidos, mas estão em constante tornar-se-com os demais, onde os processos de controle não horizontalizados. A proposta de Haraway é ousada se analisada na sociedade atual, e se pensarmos na conjuntura do trabalho em saúde, é mais ousada ainda, pois faz pensar na diluição das relações hierárquicas entre os profissionais e das cartelas de atribuições designadas a cada categoria.

#### 6.4 RESSIGNIFICAÇÃO DA ESPECIALIDADE: A INTERPROFISSIONALIDADE E A ABERTURA DOS HORIZONTES

A autoprodução inserida no mundo a partir da convivência com o outro ou então da ausência do outro, conforme observado na pesquisa, modifica o modo de operar a realidade. Acontece, a partir disso, a coprodução do mundo ao mesmo tempo que o “eu” é modificado. Também gera a ressignificação da identidade profissional, que é acrescida de múltiplas identidades enatuadas na produção do cuidado em saúde, interligadas em rede, simpoieticamente.

A partir da análise das políticas cognitivas, percebe-se a ressignificação da especialidade e do especialista em um contexto interprofissional. Esse sujeito que é visto como detentor de conhecimentos de práticas exclusivos e restritos a um certo fragmento do complexo de saúde do ser humano, passa a expandir os horizontes da sua atuação e dos seus saberes a partir do trabalho e da educação interprofissional. Isso é evidenciado tanto na literatura, quanto no campo de estudo, tendo como mote de ressignificação a produção simbólica, ou seja, os sentimentos, as competências e as habilidades, desenvolvidas na experiência de trabalho e de aprendizagem.

A literatura discorre sobre a necessidade de desenvolver habilidades de comunicação, cooperação, colaboração, disponibilidade de aprendizagem, competência emocional, competência gerencial. Essas habilidades, se desenvolvidas desde o início da formação, são bem assimiladas pelos estudantes, pois nessa etapa estão muito disponíveis à aprendizagem, o que favorece o trabalho em equipe, reduz conflitos, melhoram o respeito e os acordos em equipe. As habilidades de cooperação, colaboração interprofissional e as competências emocionais melhoram a sistematização dos processos de trabalho e prática interprofissional (MULLER J et al, 2020).

Essas competências são observadas na pesquisa de campo. Há a convergência com a proposta da interprofissionalidade, quando considerada a produção de saberes intersetoriais, que enxergam os sujeitos e o evento de saúde para além do fisiológico. O discurso da questão social como determinante da saúde presente nas falas, é um discurso ético-político que se posiciona a favor dos usuários como sujeitos centrais do processo de cuidado. E com isso, nota-se a “ampliação dos horizontes” desses profissionais (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016) e o compartilhamento de valores. Reitera-se que objetivos e valores comuns e a centralidade nos usuários são indicadores de colaboração (D'AMOUR et al., 2008). Entretanto, as falas não trazem referência a processos de negociação de objetivos, colocados por D'Amour et al (2008) como necessários à colaboração. A centralidade do cuidado no usuário e nas suas necessidades é defendida por Agreli, Peduzzi e Silva (2016), que dizem que à medida que isso acontece, há um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo, além da própria atuação profissional, sendo este deslocamento um componente de mudança do modelo de atenção à saúde, voltado à perspectiva da integralidade.

Mesmo assim, há falas,, como a proferida pela entrevistada que diz que o foco do serviço é a lesão de pele, mesmo desenvolvendo práticas integralizadoras, demonstram que os profissionais podem não perceber que desenvolvem a interprofissionalidade e a integralidade nas suas práticas diárias.

O estudo do trabalho em equipe e da interprofissionalidade no nível de atenção secundário compreende a especificidade do cuidado especializado, o tempo de contato com os usuários, a priorização dos atendimentos individualizados, as formas de encaminhamento, os objetivos das estratégias de cuidado, entre outras dimensões. Sendo ele [o especialista] o portador de um saber focado em um objeto de estudo; para que produza interprofissionalidade, é necessária uma mudança paradigmática para a possibilidade de abrir-se novamente para saberes mais generalistas e, ao mesmo tempo, ser capaz de transitar por diversas áreas e ter sua área transitada por diversos profissionais.

Isso tudo muda os sentidos da especialidade e do especialista, porém não exclui a necessidade da especialidade. Um exemplo pode ser dado quanto às orientações nutricionais que os profissionais fornecem. Mesmo a equipe de enfermagem realizando orientações, as entrevistadas manifestam a importância de ter um profissional nutricionista atuando no setor, a fim de realizar um trabalho individualizado. A relação interprofissional com uma nutricionista, não só aumentaria o grau de resolutividade dos projetos terapêuticos, como aproximaria as áreas de atuação da nutrição, da enfermagem, da dermatologia e da medicina vascular. Seria também a possibilidade de abrir mais um campo de atuação para a área da nutrição.

Destaca-se, ainda, a potência formativa do apoio matricial, pelo desenvolvimento recíproco de saberes e habilidades, convergente com a ideia de educação interprofissional. Oliveira e Campo (2015) recomendam os seguintes aspectos de uma metodologia para o Apoio Matricial: a) a personalização das relações interprofissionais, com contato pessoal entre os profissionais e não apenas o fluxo burocrático; b) o contrato sobre o modo como se organizará as relações interprofissionais; c) a definição da responsabilidade pelo caso; d) a cogestão e a construção compartilhada do cuidado como estratégia de trabalho interprofissional; e) e o apoio matricial como educação permanente e reconstrução de si mesmo.

Observa-se que essa abertura do campo de visão é relacionada pelos entrevistados às experiências de trabalho e aos conhecimentos relacionados ao nível de atenção da atenção básica, que tem a proposta de ser mais generalista, por isso são considerados dispositivos de produção de interprofissionalidade.

Para produzir interprofissionalidade no espaço de cuidado à saúde especializado, é necessário ressignificar o sentido dado à especialidade e ao profissional especialista. Para isso, reitera-se as sugestões da revisão integrativa (MULLER et al., 2020), que reforçam a Educação Interprofissional como projeto de formação de profissionais e como forma de qualificar a especialidade pelo conhecimento integral do seu objeto de trabalho especializado. Considera-se que esse ponto trata de questões delicadas no mercado de trabalho dentro do sistema de trabalho atual.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interprofissionalidade é um desafio que deve estar engajado no trabalho em saúde e na formação de profissionais da saúde. Isso porque tem a proposta de enfrentar importantes problemas vivenciados nas últimas décadas, como a fragmentação da atenção em saúde, o sofrimento no trabalho, a falta de resolutividade desta atenção, entre outros. Esse trabalho buscou analisar a interprofissionalidade a partir dos saberes, das práticas e dos afetos de profissionais de um serviço especializado na atenção a usuários com lesões de pele. É apresentado como fonte de pesquisa para a história e teoria da interprofissionalidade, e dá continuidade às discussões quanto à sua operacionalização no sistema de saúde e nas instituições.

O presente estudo sugere uma releitura da teoria da interprofissionalidade e pode impactar na forma de pensar e operar no âmbito do SUS, das instituições e das relações. Colocamos a associação entre a interprofissionalidade e as políticas cognitivas, principalmente, a teoria da simpoiese (HARAWAY, 2016), como principal contribuição deste trabalho, pelo seu ineditismo nos estudos da saúde coletiva e pela sua implicação com questões da sociedade contemporânea. Definitivamente, a ideia não é superar a questão da interprofissionalidade, mas trazer diferentes eituras para a análise desse tema de estudo tão complexo.

A interprofissionalidade, aqui, é tida como uma produção de si, concomitante à produção do meio, que ocorre a partir de acoplamentos gerados por meio de colapsos na rede de significados. Se partíssemos do pensamento simpoietico para pensar o trabalho em saúde, a interprofissionalidade já seria um processo inerente ao existir do trabalhador. Por isso da sua relevância para esse estudo.

Constatou-se que a interprofissionalidade ainda é um grande desafio para o SUS, principalmente por envolver diversos setores da sociedade, em um âmbito sistêmico, como o sistema trabalhista e de ensino. As estruturas organizacionais também acarretam dificuldades, porém, são de mais fácil manejo, sendo incumbidas às instituições a sua reflexão. Entretanto, dentro dessa dimensão está o paradoxo da formalização e da informalidade, o que acarreta complexidade nessa tarefa.

Uma das principais dificuldades do estudo foi a falta de profissionais de diferentes categorias no campo de pesquisa o que se tornou um dos principais objetos de estudo. O trabalho em questão apresenta parte da experiência de pesquisa, e como a pesquisadora se reinventou a cada dia de coleta de dados, a cada nova leitura e ao longo da escrita. E é disso

que se trata a interprofissionalidade, de se reinventar, criar novos sentidos e novas formas de ser, estar e produzir o mundo.

**REFERÊNCIAS**

- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, Dec. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, p. 5-20, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812319972101702014>.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade* v.14, n.3, p.30-50, set-dez 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902005000300004>.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, Dec. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200003>.
- ALVAREZ, A. M. S.; PHILIPPI JR., A.; ALVARENGA, A. T. O pensamento complexo e desafios aos processos investigativos. *Revista brasileira de ciências ambientais*, São Paulo, n. 18, p. 67-76, 2010. Disponível em: <[http://www.rbciamb.com.br/images/online/RBCIAMB-N18-Dez-2010-Materia07\\_artigos262.pdf](http://www.rbciamb.com.br/images/online/RBCIAMB-N18-Dez-2010-Materia07_artigos262.pdf)>. Acesso em: 19 de Abril de 2020.
- ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822013000200023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000200023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 de Abril de 2020.
- ARRUDA, L. S. MOREIRA, C. O. F. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface – Comunicação Saúde Educação*, 2018; 22(64):199-210. DOI: 10.1590/1807-57622016.0613
- BALDWIN JR, DC. Some historical notes on interdisciplinary and interprofessional education and practice in health care in the USA. *Journal of Interprofessional Care*; 21(S1): 23 – 37, October 2007. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820701594728>.
- BARR, H. Interprofessional education: the genesis of a global movement; Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE), Jun. 2015.
- BAUM, C.; KROEFF, R. F. S. Enação: conceitos introdutórios e contribuições contemporâneas. *Rev. Polis Psique*, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 207-236, ago. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.77979>
- BONET, O. Equipe de saúde como um sistema cibernético. In. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos – Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010.*

BOTELHO, L. L. R., CUNHA, C. C. de A., MACEDO, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão E Sociedade*, 5(11), 121-136. DOI: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4279, 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). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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). Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica n. 3/2020-DESF/SAPS/MS. Assunto: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, 2020.

BORGES, M.J.L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 147-156, Jan. 2012. DOI: [10.1590/1413-81232015209.13552014](https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.13552014).

CAMPOS, G.W.S O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, Oct. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400029>..

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.5, n.2, pp.219-230, Rio de Janeiro, 2000. ISSN 1413-8123. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

CAMPOS, C. M. S.; VIANA, N.; SOARES, C. B.. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. *Saude soc.*, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 82-91, June 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902015s01007>.

CAMPOS, G. W. S.. SUS: o que e como fazer?. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>.

CECCIM, R. B. et al. Círculos em Redes: da construção metodológica à investigação em saúde como pesquisa-formação, Forum Sociológico [Online], 24 | 2014, URL <http://sociologico.revues.org/1111> ; DOI : 10.4000/sociologico.1111

CECCIM, R. B. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In TOASSI, R. F. C (org.). Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? - 1. ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/183942/001064798.pdf?sequence=1&isallowed=y>. Acesso em: 19 de Abril de 2020.

CECCIM, R. B. et al (org.). EnSiQlopedia das residências em saúde [recurso eletrônico] – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/EnSiQlopedia-das-Residencias-em-Saude>. Acesso em: 19 de Abril de 2020.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, Sept. 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>

CIHC. A National Interprofessionnel Competency Framework. Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010. Disponível em: [https://www.academia.edu/25496437/A\\_National\\_Interprofessional\\_Competency\\_Framework\\_k](https://www.academia.edu/25496437/A_National_Interprofessional_Competency_Framework_k). Acesso em: 19 de Abril de 2020

D'AMOUR, D. et al. Comparative study of interorganizational collaboration in four health regions and its effects: the case os perinatal services. Relatório de Pesquisa (R04-07) Université de Montréal, ago. 2004.

D'AMOUR, D et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. Journal of Interprofessional Care, Supplement 1: 116 – 131, May 2005. DOI: 10.1080/13561820500082529.

D'AMOUR, D., OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. Journal of Interprofessional Care, Supplement 1: 8 – 20, May 2005. DOI: 10.1080/13561820500081604

D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations, BMC Health Services Research 2008, 8:188. DOI: 10.1186/1472-6963-8-188.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho. Estudo de Psicopatologia do Trabalho. Editora Cortez: São Paulo, 1992.

DUARTE, E. R. M. Pesquisas integradas sobre organização do trabalho e integralidade nos serviços: novas tecnologias no cuidado ao usuário com lesão de pele na rede de atenção à saúde no estado do Rio Grande do Sul (projeto de pesquisa). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem, 2016.



ELLERY, A.E. L. Interprofissionalidade na estratégia saúde da família : condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. 2012. 256 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2012.

ELLERY, A. C. L. Interprofissionalidade. In: CECCIM, R. B. et al (org.). EnSiQlopedia das residências em saúde [recurso eletrônico] – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 7. Ed. São Paulo: Editora Forense Universitária, 2011.

FRENK, J et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* 376(9756): 1923-1958, 2010. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5).

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência a saúde: a organização das linhas de cuidado. In: *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*; HUCITEC, 2004 - 2a. edição; São Paulo, SP.

FURTADO, J. P. Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68439/41218>. Acesso em: 19 de Abril de 2020.

GAVILLON, P. Q. Teorias cognitivas não representacionistas e relações de ensino e aprendizagem : autopoiese, enação, simpoiese e enação autopoietica [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, 2019.

GAVILLON, P., BAUM, C., MARASCHIN, C. Dos modelos às políticas: O papel da representação nas Ciências Cognitivas. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal, v. 22, n. 2, p. 144-151, jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170015>.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T (org.). Métodos de Pesquisa. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS. Curso de Graduação Tecnológica Planejamento e Gestão do Desenvolvimento Rural, Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. orgs. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2. ed. 2012. ISBN 978-85-7541349-4. Disponível em: SciELO Books.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* – Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010.

GREEN, C. The making of the interprofessional arena in the United Kingdom: a social and political history. *Journal of Interprofessional Care*; 28(2): 116–122, 2014. DOI: 10.3109/13561820.2013.867840

HARAWAY, D. J. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. Originalmente publicado em *Feminist studies*, 14 (3), 1988. Tradução de Mariza Corrêa. *Cadernos Pagu* (5): 07-41, 1995. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>. Acesso em: 19 de Abril de 2020.

HARAWAY, D. J. *Staying with the trouble - making kin in the Chthulucene*. Durham e Londres: Duke University Press, 2016.

IPEC. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C., 2011. Disponível em: [https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/ccrpt05-10-11.pdf?sfvrsn=77937f97\\_2](https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/ccrpt05-10-11.pdf?sfvrsn=77937f97_2). Acesso em: 19 de Abril de 2020.

KURCGANT, Paulina. Legislação do exercício de enfermagem no Brasil. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 29, n. 1, p. 88-98, 1976. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-716719760001000010>.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saude soc.*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, June 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, Oct. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* / Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Em: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* / Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 8. Edição, 2009.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 173-186, Mar. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100016>.

MATURANA, H.; VARELA, F. *De máquinas e seres vivos – autopoiese a organização do vivo*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MATURANA, H.; VARELA, F. *Árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo : Palas Athena, 2001.

MACMILLAN, K. REEVES, S. Editorial: Interprofessional education and collaboration: the need for a socio-historical framing. *Journal of Interprofessional Care*; 28(2): 89–91, 2014. DOI: 10.3109/13561820.2014.885335.

MELLO, Guilherme Arantes; DEMARZO, Marcelo; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1139-1150, Dec. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-59702019000400006>.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp.2297-2305. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 19 de Abril de 2020.

MINAYO, M. C. S. Da inteligência parcial ao pensamento complexo: desafios da ciência e da sociedade contemporânea, Política e Sociedade – Florianópolis – Vol. 10, n. 19, out. 2011. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-7984.2011v10n19p41>

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAES, R. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, 22(37):7-32, 1999. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod\\_resource/content/1/Roque-Moraes\\_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf). Acesso em: 19 de Abril de 2020.

MORIN, E. Introdução ao pensamento complexo. 5. Ed, Porto Alegre: Sulina, 2015.

MÜLLER, J.L. A prática interprofissional e a formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. *Residência Multiprofissional Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Trabalho de Conclusão de Curso)*, Porto Alegre, 2020.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. orgs. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2. ed. 2012. ISBN 978-85-7541349-4. Disponível em: SciELO Books.

OLIVEIRA, R. C. M. (Entre)Linhas de uma pesquisa: o Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. *Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos*, vol. 2, nº 4, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/educajovenseadultos/article/view/1059>. Acesso em: 19 de Abril de 2020.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. Enferm., UERJ*, Rio de Janeiro, 16(4):569-76, out./dez., 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-16162>. Acesso em 19 de Abril de 2020.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções; *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1):229-238, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232014201.21152013

OLIVEIRA, C. M. et al. A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1005-1014, Dec. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0660>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. *Redes de profissões de saúde. Enfermagem e obstetrícia. Recursos humanos para a saúde*. Genebra, Suíça, 2010. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3019:marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844). Acesso em: 19 de Abril de 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, Dec. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica, Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, Mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, Feb. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde (website)*. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traequ.html>. Acesso em: 19 de Abril de 2020.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200015>.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários, *Rev Esc Enferm USP*; 47(4):977-83, 2013. DOI: 10.1590/S0080-623420130000400029

PEDUZZI, M. Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In TOASSI, R. F. C (org.). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* - 1. ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

PEREIRA, I. B.; RAMOS M. N. Educação profissional em saúde[online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em saúde collection. 120 p. ISBN 978-85-7541-318-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

PIRES, D. E. Precarização do trabalho em saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Todos os direitos reservados. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Manginhos - Rio de Janeiro – RJ, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html>. Acesso em: 19 de Abril de 2020.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. Interface (Botucatu). 2016; 20(56):185-96. DOI: 10.1590/1807-57622014.0092.

ROCCIO, D. et al. Processo de conhecer e a produção de realidades: reflexões para a atuação em psicologia. Ayuv, Rev. Psicol., v. 04, n. 02, p. 160-176, 2018. DOI: Sem doi.

ROCHA, F. A. A.; BARRETO, I. C. H. C.; MOREIRA, A. E. M. M. Colaboração interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família; Interface: comunicação, saúde, educação; 20(57):415-26, 2016. DOI: 10.1590/1807-57622015.0370

SCHWANDT, T. A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. et al. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Tradução: Sandra Regina Netz. - Porto Alegre: Artmed, 2006.

SCHWEICKARDT J. C. et al. Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas – 1. ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-saude-amazonia/educacao-permanente-em-gestao-regionalizada-da-saude>. Acesso em: 19 de Abril de 2020.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. orgs. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2. ed. 2012. ISBN 978-85-7541349-4. Disponível em: SciELO Books.

SOUZA, G. C. et al. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional?. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 642-649, Aug. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>.

TESSES, C. D.; NETO, P. P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. Ciência & Saúde Coletiva, 22(3):941-951, 2017. DOI: 10.1590/141381232017223.18842016

UCHOA, E.; ROZEMBERG, B.; PORTO, M. F. S. Entre a fragmentação e a integração: saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos. Informe Epidemiológico do SUS 2002; 11(3) : 115 - 128. Disponível em: [http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Saude%20e%20qualidade%20de%20vida\\_Brani\\_2002.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Saude%20e%20qualidade%20de%20vida_Brani_2002.pdf). Acesso em> 19 de Abril de 2020.

VALADAO, P. A. S.; LINS, L.; CARVALHO, F. M. Problemas bioéticos no cotidiano do trabalho de profissionais de equipes de saúde da família. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 725-744, Dec. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00080>.

VARELA, F. J. Conhecer: ciência cognitivas tendências e perspectivas. Porto Alegre: Instituto Piaget, 1994

VARELA, F. J., THOMPSON, E., ROSCH, E. A Mente Incorporada: Ciências Cognitivas e Experiência Humana. Porto Alegre, RS: ArtMed, 2003.

WERNECK FILHO, B. D. Construcionismo social: alternativa teórica para práticas em psicoterapia. Psychiatry on line Brasil, n. 8, v. 17, Ago. 2012. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano12/pcl0812.php>. Acesso em: 19 de Abril de 2020.

## APÊNDICE

APÊNDICE 1 – Artigo científico elaborado a partir dos resultados da Revisão Integrativa Sistemática da literatura.

Este artigo de revisão será submetido à REVISTA SAÚDE EM REDES, entretanto neste momento está passando por revisões para ser encaminhado dentro das normas da revista. A Saúde em Redes é uma publicação quadrimestral e está organizada em plataforma online, de acesso livre, colaborando com os objetivos da Rede UNIDA na disseminação de conhecimentos e tecnologias no campo da saúde e da educação. É mais um espaço para estabelecer parcerias, vínculos, relações com pessoas, projetos e instituições comprometidos com a renovação permanente na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e na construção de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania.

São objetivo e escopo do periódico: contribuir para o ensino, a formação e o desenvolvimento dos profissionais em saúde, apoiando a disseminação do conhecimento e de práticas e vivências no campo de cuidado em saúde; contribuir para o desenvolvimento do ensino das profissões da saúde e a inovação das práticas pedagógicas no cotidiano da formação; apoiar a construção e implementação de novas relações de poder e saber entre academia, serviços e população; promover alternativas tecnológicas inovadoras nos campos do ensino, extensão, serviços e participação social em saúde, envolvendo o trabalho conjunto de dirigentes, professores e estudantes, gestores e profissionais de saúde e movimentos sociais; realizar e disseminação pela publicação de estudos, pesquisas e divulgar as informações e os conhecimentos produzidos; contribuir para a disseminação de conhecimentos e tecnologias no campo da saúde e da educação.



## ARTIGO DE REVISÃO

### A PRÁTICA INTERPROFISSIONAL E A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

### INTERPROFESSIONAL PRACTICE AND TRAINING OF HEALTH PROFESSIONALS: AN INTEGRATIVE REVIEW

Janine Luisa Muller – Especialista em Residência Multiprofissional, Enfermeira, EEUFRGS, [nine\\_luisa@hotmail.com](mailto:nine_luisa@hotmail.com)

Natália Brustulin- Mestranda em Saúde Coletiva, Enfermeira, PPGSCOL – UFRGS, [nbrustulin@gmail.com](mailto:nbrustulin@gmail.com)

Potiguara de Oliveira Paz - Dr. Enfermagem PPGENF- UFRGS, Enfermeiro [potiguarapaz@yahoo.com.br](mailto:potiguarapaz@yahoo.com.br),

Êrica Rosalba Mallmann Duarte. – Dra Engenharia de Produção, Enfermeira, PPGSCOL- UFRGS [ermduarte@gmail.com](mailto:ermduarte@gmail.com)

#### RESUMO:

Objetivo: Conhecer o que vêm sendo escrito sobre à vivência prática e de formação, na atenção primária brasileira, sobre interprofissionalidade. Método: Revisão integrativa de literatura a partir das bases de dados LILACS, BDENF e BBO. Os descritores utilizados foram "educação interprofissional", "relações interprofissionais", "comportamento cooperativo", "equipe de saúde" e "educação profissional" combinados com o operador booleano `AND`. O período de busca foi Janeiro de 2015 a dezembro de 2019. Resultados: Foram selecionados 31 artigos, sendo as vivências nas práticas e na formação. Conclusão: O trabalho colaborativo interprofissional rompe o ensino e a prática instituída em nossa realidade e busca novos modos de atenção e formação em saúde. Para essas mudanças novas iniciativas curriculares devem ser pensadas e pelo que se constatou o processo de ensino colaborativo deve ser feito do início ao final da formação. E nos serviços a realização de espaços de diálogo e reflexão precisa ser estabelecido e não por decisões legais, mas por espaços de integração e compartilhamento. As experiências apresentadas mostram muitas iniciativas e avaliações positivas e apontando as fragilidades portanto já temos alguns caminhos. Este novo modo com lógicas colaborativas certamente fortalece o SUS, as universidades, estudantes e usuários. Fortalecem um país.



**DESCRITORES:** Educação interprofissional, relações Interprofissionais, comportamento cooperativo, práticas interdisciplinares, relações interdisciplinares, equipe de saúde.

**SUMMARY:**

Objective: To know what has been written about practical experience and training, in Brazilian primary care, about interprofessionality. Method: Integrative literature review from LILACS, BDNF and BBO databases. The descriptors used were "interprofessional education", "interprofessional relationships", "cooperative behavior", "health team" and "professional education" combined with the Boolean operator 'AND'. The search period was January 2015 to December 2019. Results: Thirty-one articles were selected, and the experiences in practice and training were selected. Conclusion: Interprofessional collaborative work breaks the teaching and practice instituted in our reality and seeks new modes of health care and training. For these changes new curricular initiatives must be thought of and from what was found the collaborative teaching process should be done from the beginning to the end of the training. And in services the realization of spaces for dialogue and reflection needs to be established not by legal decisions, but by spaces of integration and sharing. The experiences presented show many positive initiatives and evaluations and pointing out the weaknesses so we already have some paths. This new mode with collaborative logics certainly strengthens the SUS, universities, students and users. Strengthen a country

**KEYWORDS:** Interprofessional education; interprofessional relations; cooperative behavior; interdisciplinary practices; interdisciplinary relations; health team.

## **INTRODUÇÃO**

O Sistema Único de Saúde - SUS, no Brasil, veio de um movimento de sanitarista na década de 1970. Eles buscavam pensar soluções para problemas da população brasileira, visando atender o direito universal de terem saúde. Em 1990, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde <sup>1</sup> foi iniciado o detalhamento do funcionamento do SUS. Seus preceitos são: universalidades; equidade; integralidade; regionalização e hierarquização; resolubilidade; descentralização; participação dos cidadãos, e a complementariedade pelo setor privado. Preceitos bastante desafiadores tanto para gestores, como para os profissionais envolvidos na implantação e principalmente na manutenção do sistema.

O preparo desses profissionais para o sistema voltados a uma assistência de saúde humanizada e integral fez com que em 2001, o Ministério da Educação (MEC), publicasse a Resolução das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição <sup>2</sup>.

Passados nove anos a OMS e seus parceiros têm considerado a colaboração interprofissional na formação e na atuação prática dos profissionais de saúde, uma estratégia inovadora que pode desempenhar um papel importante na redução da crise mundial, uma vez que essa força de trabalho está sendo desafiada a prestar cada vez mais serviços frente a problemas de saúde cada vez mais complexos <sup>3</sup>.

Um estudo <sup>4</sup> relata que currículos ainda se mantêm no modelo tradicional de ensino, com pouca qualificação nas orientações pedagógicas inovadoras, portanto ainda encontra-se lacunas nas articulações entre formação, necessidades de saúde e demandas do SUS, apontando para o desafio da necessidade de se realizar mais estudos de análise neste tema.

Diante desse desafio e da relevância do tema tanto para academia como para os serviços de saúde tem-se como questão norteadora desta revisão, investigar 'Qual tem sido a vivência interprofissional tanto na prática como na formação acadêmica, dos profissionais de saúde no Brasil?' O objetivo deste estudo é o de conhecer o que vêm sendo escrito sobre a vivência prática e a formação, na atenção básica brasileira, do trabalho colaborativo interprofissional.

## **MÉTODOS**

A metodologia utilizada foi uma revisão integrativa da literatura <sup>5</sup>. Sendo que o recorte temporal privilegiou o período que sucedeu a aprovação das DCN e o período de busca dos artigos foram os publicados nos últimos 5 anos. Os descritores utilizados foram: educação interprofissional, relações interprofissionais, comportamento cooperativo, equipe de saúde, educação profissional. Foi utilizado a combinação dos descritores por meio do operador booleano "AND". Após a seleção dois dos autores fizeram a revisão na íntegra dos textos para seguir com os filtros. Os filtros utilizados foram: bases de dados LILACS (Latino-americanas de Informação Bibliográfica em Ciências da Saúde), BDENF (Bibliográficas Especializadas na área de Enfermagem) e BBO-Odonto (Bibliografia Brasileira de Odontologia); artigo com texto completo e com experiências brasileiras na atenção básica.

Essa revisão tem a intenção de fortalecer o tema da interprofissionalidade e divulgar as vivências que profissionais da saúde, sejam na academia ou nos serviços estão experienciando. A seguir está apresentado dois quadros que mostram os resultados das buscas.

## **RESULTADOS**

O Quadro 1 apresenta os 31 artigos selecionados e o percurso realizado para chegar até eles. Na primeira coluna estão escritos todos os descritores e suas combinações para as buscas, na segunda coluna encontramos os 15.385 artigos encontrados à partir de cada combinação entre os descritores nos anos de 2015 a 2019. Na terceira coluna estão os 680 artigos selecionados por terem o texto completo, dentro das bases de dados escolhidas para essa revisão e que apresentaram experiências brasileiras. Na terceira coluna foram separados os 70 artigos, para chegar a eles foi realizado uma leitura na íntegra dos artigos anteriores. Foram excluídos os que não atenderam a questão norteadora, as experiências de apenas uma profissão, teses, editoriais, ensaios e relatórios em geral. Na quarta coluna estão os 39 que estavam repetidos.

A partir da seleção dos 31 artigos os mesmos foram apresentados no Quadro- 2 por título, nome dos autores, objetivo da pesquisa e as conclusões a que chegaram. As experiências foram na sua totalidade a partir de estudos de universidades públicas federais ou estaduais e de serviços das redes municipais. Sete dos artigos foram escritos por dois autores e os demais por mais de três, percebendo-se que existem muitos grupos pesquisando sobre a temática. Os textos apresentaram muitas contribuições e riquezas sobre o tema interprofissionalidade, educação interprofissional e trabalho colaborativo e para termos uma maior clareza do que foi encontrado nas pesquisas fizemos uma separação em 3 grupos que serão apresentados nas discussões a seguir.

## **DISCUSSÃO**

Os textos foram separados em três grupos que serão apresentados junto com uma discussão de literatura. O primeiro grupo buscou agrupar os conhecimentos adquiridos nas investigações respondendo a seguinte indagação:

Grupo 1- Como estudantes, docentes e profissionais da saúde tem percebido positivamente a adoção de trabalho colaborativo na prática e na formação interprofissional na rede de atenção básica brasileira?

As investigações mostram, nos artigos, que houve avanços no trabalho colaborativo interprofissional, nas práticas e na criação de diálogos e consenso, aproximando os cursos e serviços, a partir do desenvolvimento e utilização de metodologias de ensino ativas e inovadoras voltadas a prática, apresentando uma visão positiva, ampliando conhecimento e estreitando laços entre universidade e comunidade (A1,A2, A22, A23, A26, A29, A30). A literatura já vem expressando que tem sido crescente nos últimos anos o interesse pela EIP em todo o mundo por limitações dos modelos utilizados que além de não atender os problemas de saúde atuais estão se defrontando com novas e complexas situações de saúde e no Brasil os serviços de saúde têm apresentado demandas para formação que não podem ser negligenciadas <sup>36,37,38</sup>.

Os ingressantes dos cursos apresentaram alta disponibilidade para o aprendizado e de desenvolvimento de habilidades de colaboração ao trabalho (A14) Estudantes aprendem sobre e com os estudantes de outros cursos compartilhando práticas e saberes e é uma estratégia potente para estudantes se relacionarem com os serviços mesmo(A3, A9), mesmos que as ações interprofissionais já estejam em todas as atividades acadêmicas (A10). Não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos mas sim indivíduos que em colaboração buscam saber mais <sup>39</sup>.

O trabalho colaborativo interprofissional é um bom caminho para à docência comprometida com à formação e consolidação do SUS e à Atenção Básica é um bom contexto para essa prática (A6,A18, A26) à EIP tem potencialidade de intervenção comum e possibilita uma clínica que valoriza os usuários (A8) além de organizar o processo de trabalho (A15). A Lei Orgânica de saúde refere que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País <sup>1</sup>.

Apareceram nos textos formas de desenvolvimento de ensino que promovem o trabalho em cooperação interprofissional que são as Residências Multiprofissionais e as atividades de extensão universitárias e aquelas em parceria com Ministério da Saúde tais como PRÓ/PET Saúde, VER-SUS, Programa Mais Médicos(A5,A8, A9, A13, A15, A19, A20, A21, A22, A25). Ao observar atividades em cursos de Residência Multiprofissionais constata-se que fortalecem as práticas colaborativas, as políticas pedagógicas e o próprio processo de trabalho, além de melhorar os resultados para à saúde da população, centrada no usuário, desenvolvendo habilidades cooperativas e mudando a atitude do estudante ou profissional com vistas a integralidade (A13, A18, A19, A20. A21). Nas atividades de extensão acadêmicas observaram desenvolvimento de competências e habilidades necessárias ao trabalho interprofissional tais

como: liderança, tomada de decisão, comunicação, diálogo, acolhimento (A22, A26, A27, A29). O trabalho colaborativo com envolvimento de grupos diferentes provoca mudanças de atitudes, idéias e de modelos de atenção (A26) Um estudo refere que a interprofissionalidade é uma estratégia potente para a formação em saúde, com destaque para as residências multiprofissionais, por considerar a integração dos diferentes núcleos profissionais para a criação de uma estratégia integradora <sup>40</sup> e, nesse sentido, o PET-Saúde constitui-se também outra estratégia que induz mudanças tanto no processo de formação profissional como nos serviços <sup>41,42</sup>.

O segundo grupo investiga as fragilidades apresentadas nos textos com à segunda indagação.

Grupo 2 - Como os estudantes, docentes e profissionais da saúde tem percebido as fragilidades na adoção de trabalho colaborativo na prática e na formação interprofissional na rede de atenção básica brasileira?

O que foi encontrado quando as pesquisas foram realizadas é que o trabalho colaborativo tanto na prática como na formação ainda é incipiente no Brasil e precisa de investimentos tanto da academia, como dos serviços e dos profissionais (A16,A29) é referem que é um desafio tanto para as equipes de assistência como para a rede de atenção pois ambos demonstram resistência na sua execução (A7, A8, A10, A16). O conceito de interprofissionalidade deve ser aprofundado e absorvido pelas áreas de educação e saúde, pois é desta forma que haverá certo avanço para a integração entre os profissionais na educação e no trabalho, ainda que se reconheçam as dificuldades e os desafios que estão postos <sup>43</sup>. Existem notórias lacunas no desenvolvimento de práticas e nas formações colaborativas interprofissionais na experiência brasileira e entre os motivos apontados temos: fragilidade nas relações entre universidades e serviços, falta de direcionamento adequado das gestões para as práticas colaborativas, sem estruturas e materiais, e sem formação de seus profissionais, trabalho fragmentados e de baixa coesão que não atende atividades colaborativas (A1,A2, A3, A4,A12, A25 ). Na formação existe o despreparo pedagógico de docentes e poucos em projetos desafiadores e maioria do gênero feminino, pouca disponibilidade dos alunos, burocracia universitária, pouca comunicação entre professores (A25, A26). Tensão entre lógica profissional tradicional e colaborativa (A28) precisando mais ênfase nas relações interpessoais e subjetivas dos profissionais(A31). As diversas iniciativas que tem sido realizada para inclusão de educação interprofissional em todo o mundo são sucessivas idas e vindas, erros e acertos. O

convite então é para pensar o contexto da formação em saúde, entendendo a EIP como debate que se soma aos acúmulos históricos na reorientação na formação e no trabalho em saúde <sup>43</sup>.

O terceiro e último grupo foi uma síntese da contribuição de todos os artigos e que mereciam um destaque.

### Grupo 3 - Contribuição dos textos dos artigos

Os profissionais ao atuarem no seu dia a dia são excelentes professores e para isso eles sugerem fortalecimento das preceptorias com capacitações e mais valorização dos profissionais (A2, A13). Os docentes no processo ensino-aprendizado de EIP são bons mediadores (A3) então devemos estimular que mais professores entrem nestes grupos. Os estudantes durante seu aprendizado são excelentes elos entre a equipe e os usuários, e trazem uma nova forma de fazer saúde pois “trouxeram bolo no meu aniversário” (sic de um usuário) e “ela disse que ia me acompanhar no parto, e foi” (sic de uma usuária). Para os usuários os profissionais não têm tempo para fazer todas as atividades, para explicar o que eles precisam e eles (os usuários) tem medo que os estudantes se formarem e ao entrarem no mercado fiquem iguais (A21). Os Enfermeiros foram vistos como os profissionais de nível superior mais inclinados a prática colaborativa (A5,A27)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se pelos relatos que o trabalho colaborativo interprofissional rompe o ensino e a prática instituído em nossa realidade e busca novos modos de atenção e formação em saúde. Para essas mudanças novas iniciativas curriculares devem ser pensadas e pelo que se constatou o processo de ensino colaborativo deve ser feito do início ao final da formação. E nos serviços a realização de espaços de diálogo e reflexão precisa ser estabelecido e não por decisões legais, mas por espaços de integração e compartilhamento. As experiências apresentadas mostram muitas iniciativas e avaliações positivas e apontando as fragilidades portanto já temos alguns caminhos. Este novo modo com lógicas colaborativas certamente fortalece o SUS, as universidades, estudantes e usuários. Fortalecem um país.

## REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, setembro, 1990.
- 2 BRASIL, Conselho Nacional de educação. Câmara de educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. 2001. Disponível em:  
[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133\\_01.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf). Acesso em: 07 de outubro de 2019
- 3 Organização Mundial da Saúde. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa** [Internet]. Genebra: OMS; 2010. Disponível em:  
[http://www.fnepas.org.br/oms\\_traduzido\\_2010.pdf](http://www.fnepas.org.br/oms_traduzido_2010.pdf). Acesso em: 11 de janeiro de 2020
- 4 COSTA, Marcelo Viana da, et al. **Educação Interprofissional em Saúde**. SEDIS-UFRN. Natal. 2018. Disponível em:  
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Educacao-Interprofissional-em-Saude.pdf>. Acesso em: 20/01/2020
- 5 ERCOLE, Flávia Falci et al. **Revisão integrativa versus revisão sistemática**. Revista Mineira de Enfermagem. v. 18, n.1, p. 1-260, 2014. Disponível em:  
<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904> acesso em 07/10/2019
- 6 Costa Marcelo Viana da, Azevedo George Dantas, Vilar Maria José Pereira. **Aspectos institucionais para a adoção da Educação Interprofissional na formação em enfermagem e medicina**. Saúde debate [Internet]. 2019 Aug [cited 2020 Apr 20] ; 43(spe1 ): 64-76. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000500064&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500064&lng=en). Epub Sep 16, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s105>.
- 7BRAVO, Victória Ângela Adami et al. **Produzindo pesquisa, formação, saúde e educação na integração ensino, serviço e comunidade**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1481-1491, 2018. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000501481&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501481&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 de janeiro de 2020
- 8 SANTOS, Lucas Cardoso dos; et al. **A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1601-1611, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601601&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601601&lng=en&nrm=iso). Acesso em 10 de Janeiro de 2020.
- 9 BISPO Júnior José Patrício, Moreira Diane Costa. **Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas**. Physis [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 20] ; 28(3 ): e280310. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312018000300605&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000300605&lng=en). Epub Oct 08, 2018. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280310>.

- 10 FREIRE FILHO, José Rodrigues et al. **Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 26, e3018, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100334&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100334&lng=en&nrm=iso). Acesso em 11 de janeiro de 2020.
- 11 FREITAS, Maria Aparecida de Oliveira et al., **Educação Interprofissional na pós-graduação stricto sensu: o olhar dos egressos**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1647-1659, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601647&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601647&lng=en&nrm=iso). Acesso em 10 de Janeiro de 2020.
- 12 PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. **A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1535-1547, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601535&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601535&lng=en&nrm=iso). Acesso em 10 de Janeiro de 2020.
- 13 CAPOZZOLO, Angela Aparecida et al. **Formação interprofissional e produção do cuidado: análise de uma experiência**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1675-1684, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601675&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601675&lng=en&nrm=iso). Acesso em 11 de Janeiro de 2020.
- 14 AMARAL, Vitória Ferreira do et al. **Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS - Sobral, CE, Brasil**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1787-1797, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601787&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601787&lng=en&nrm=iso). Acesso em 11 de Janeiro de 2020
- 15 BATISTA, Nildo Alves et al. **Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1705-1715, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601705&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601705&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 de Janeiro de 2020.
- 16 ELY, Luciane Ines; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. **Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1563-1575, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601563&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601563&lng=en&nrm=iso). Acesso em 10 de Janeiro de 2020.
- 17 LAGO Luana Pinho de Mesquita, Matumoto Silvia, Silva Simone Santana da, Mestriner Soraya Fernandes, Mishima Silvana Martins. **A análise de práticas profissionais como dispositivo para a formação na residência multiprofissional**. Interface (Botucatu) [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 20] ; 22(Suppl 2 ): 1625-1634. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601625&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601625&lng=en). <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0687>.
- 18 ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares et al. **O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da**



**Família.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1309-1323, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000501309&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501309&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 de Janeiro de 2020.

19 NUTO, Sharmênia de Araújo Soares et al. **Avaliação da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional de Estudantes de Ciências da Saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 50-57, Janeiro, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022017000100050&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000100050&lng=en&nrm=iso). Acesso em 11 de janeiro de 2020.

20 BONES Ana Amélia Nascimento da Silva Bones et al. **Residência multiprofissional tecendo práticas interdisciplinares na prevenção da violência.** ABCS Health Sci. 2015; 40(3):343-347 Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/issue/view/82> Acesso em 11 de abril de 2020

21 SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da et al. **Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde.** Revista da escola de enfermagem da USP, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 16-24, Dezembro, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000800016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 de janeiro de 2020.

SILVA, Michelle Almeida; et al. **Competências emocionais como dispositivo para Integralização do cuidado em saúde: contribuições para o trabalho interprofissional** Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina, v. 10, n. 2, p. 226-239, agosto, 2019. Disponível em: file:///D:/Users/Casa%20do%20Computador/Downloads/31997-185091-1-PB.pdf. Acesso em: 11 de janeiro de 2020.

22 CASANOVA, Isis Alexandrina; et al. **A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1325-1337, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000501325&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501325&lng=en&nrm=iso). Acesso em 11 de janeiro de 2020.

23 PEREGO, Maira Gabriela. **Aprendizagens compartilhadas na residência multiprofissional em saúde.** 2015. 118 f. Dissertação de Mestrado, Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Santos, 2015. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881114/20163.pdf>. Acesso em: 11 de janeiro de 2020.

24 CASANOVA, Isis Alexandrina. **Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde.** ABCS Health Science, v. 40, n. 3. p. 229-233, 2015. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/800>. Acesso em: 11 de janeiro de 2020.

25 ADOLPHO, Carolina Vieira Tomanik et al. **A percepção do usuário sobre a abordagem de uma equipe de residentes multiprofissionais.** Revista Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1117-1126, dezembro, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000401117&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401117&lng=en&nrm=iso). Acesso em 11 de janeiro de 2020.

26 CARDOSO, Andréa Catelan Cardoso, et al. **O estímulo à prática da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo: a Extensão Universitária como uma estratégia para a educação interprofissional.** Revista da ABENO, v. 15, n.2, p.12-19, 2015. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/93>. Acesso em 11 de janeiro de 2020.

27 ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador et al. **Construção da identidade profissional na Educação Interprofissional em Saúde: percepção de egressos.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1399-1410, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000501399&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501399&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 de janeiro de 2020.

28 BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha et al. **Integração de instituições de ensino superior com sistemas municipais de saúde à luz de uma tipologia da colaboração interprofissional.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1365-1376, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000501365&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501365&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 de janeiro de 2020.

29 LIMA, Valéria Vernaschi et al. **Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1549-1562, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601549&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601549&lng=en&nrm=iso). Acesso em 11 de Janeiro de 2020.

30 CAMARA Ana Maria Chagas Sette, Grossemann Suely, Pinho Diana Lucia Moura. **Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores.** Interface (Botucatu) [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 20] ; 19(Suppl 1 ): 817-829. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000500817&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500817&lng=en). <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0940>.

31 PREVIATO Giselle Fernanda, Baldissera Vanessa Denardi Antoniassi. **Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde.** Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 20] ; 39: e2017-0132. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100431&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100431&lng=en). Epub Aug 02, 2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0132>.

32 MATUDA, Caroline Guinoza. **Cooperação interprofissional: percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo (SP).** 2012. Dissertação de Mestrado em Serviços de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-26102012-102123/pt-br.php>. Acesso em: 11 de janeiro de 2020.

33 FARIAS, Danyelle Nóbrega de, Ribeiro, Kátia Suely Queiroz Silva, Anjos, Ulisses Umbelino dos, & Brito, Geraldo Eduardo Guedes de. (2018). INTERDISCIPLINARIDADE E INTERPROFISSIONALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(1), 141-162. Epub 11 de dezembro de 2017. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>

- 34 ESCALDA Patrícia, Parreira Clélia Maria de Sousa Ferreira. **Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família.** Interface (Botucatu) [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 20] ; 22(Suppl 2 ): 1717-1727. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601717&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601717&lng=en). <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0818>.
- 35 NICOLETTI Fernandes, Helen, Buss Thofehn, Maira, Rutz Porto, Adrize, Coelho Amestoy, Simone, Barboza Jacondino, Michelle, Rodrigues Soares, Mariana, **Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online [Internet]. 2015;7(1):1915-1926. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750945016>
- 36 COSTA, M. V. D. **A educação interprofissional como abordagem para a reorientação da formação profissional em saúde.** Natal: Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde/Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2014. 142 (PhD).
- 37 BARR, H. **Toward a theoretical framework for interprofessional education.** J Interprof Care, v. 27, n. 1, p. 4-9, 2012
- 38 GLICKMAN, L. B.; RAMBOB, I.; LEE, M. C. **Global Learning Experiences, Interprofessional Education, and Knowledge Translation: Examples From the Field.** Ann Glob Health, v. 82, n. 6, p. 1048-1055, 2016.
- 39 FREIRE P. **Pedagogia do oprimido.** 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
- 40 ARNEMANN, Cristiane Trivisio et al. **Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1635-1646, 2018. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601635&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601635&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 11 de janeiro de 2020.
- 41 ALMEIDA, Rodrigo Guimarães dos Santos et al. **A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Revista Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe1, p. 97-105, agosto, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000500097&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500097&lng=en&nrm=iso). Acesso em 11 de janeiro de 2020.
- 42 FRANÇA Tania et al. **PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos.** Saúde debate [Internet]. 2018 Oct [cited 2020 Apr 20] ; 42(spe2 ): 286-301. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000600286&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600286&lng=en). <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s220>.
- 43 BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde,** 2017. Disponível em: [https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub\\_relatoria\\_eip\\_bra\\_2017\\_po.pdf](https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub_relatoria_eip_bra_2017_po.pdf). Acesso em: 11 de janeiro de 2020.

## QUADROS

Quadro 1 - Número de artigos selecionados por descritores e operador booleano AND, período de publicação de 2015-2019, nas bases de dados LILACS/BDENF/BBO, texto completo, atendendo a questão norteadora e que no relato esteja incluído no mínimo duas profissões.

Descritores com operador booleano "AND"	Artigo encontrados 2015-2019	* Filtro	** Filtro	Repetidos	Artigos Finais
(tw:(educação interprofissional)) AND (tw:(relações interprofissionais ))	50	45	16	0	31
(tw:(educação interprofissional)) AND (tw:(comportamento cooperativo))	9	8	3	2	
(tw:(educação interprofissional)) AND (tw:(equipe de saúde))	49	43	14	8	
(tw:(educação interprofissional)) AND (tw:(educação profissional ))	64	58	13	10	
(tw:(relações interprofissionais )) AND (tw:(comportamento cooperativo))	1.389	13	3	1	
(tw:(relações interprofissionais )) AND (tw:(equipe de saúde))	1.413	50	9	7	
(tw:(relações interprofissionais )) AND (tw:(educação profissional))	970	30	7	7	
(tw:(comportamento cooperativo)) AND (tw:(relações interprofissionais ))	1.389	13	3	3	
(tw:(comportamento cooperativo)) AND (tw:(equipe de saúde))	6.903	16	0	1	
tw:((tw:(equipe de saúde)) AND (tw:(educação profissional))	3.149	405	1	0	
Total	15.385	680	70	39	31

\*Filtro: Incluídos texto completo, bases de dados definidas, experiência brasileiras, retirados teses, ensaios, editoriais e relatórios.

\*\*Filtro: Incluídos por atenderem questão norteadora

\*\*\* Excluídos: artigos repetidos

Quadro 2 - Artigos selecionados apresentados por título, autores, objetivos e considerações finais/conclusões.

	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Considerações finais /conclusão</b>
A1	Aspectos institucionais para a adoção da Educação Interprofissional na formação em enfermagem e medicina	Costa, Marcelo Viana da; Azevedo, George Dantas; Vilar, Maria José Pereira.	Explorar as percepções de estudantes de enfermagem e medicina sobre os fatores institucionais que interferem na adoção de iniciativas de EIP em seus contextos de formação.	Embora as realidades pesquisadas apresentem avanços nas mudanças curriculares, como a aproximação do ensino com a realidade dos serviços, a adoção de métodos mais ativos para a formação de sujeitos críticos e reflexivos, ainda são notórias as lacunas no desenvolvimento de competências colaborativas.
A2	Produzindo pesquisa, formação, saúde e educação na integração ensino, serviço e comunidade	Bravo, Victória Ângela Adami; Santos, Lucas Cardoso dos; Cyrino, Eliana Goldfarb; Cyrino, Antônio de Pádua Pithon; Villardi, Marina Lemos; Pinto, Tiago Rocha.	Relato de experiência sobre o desenvolvimento de pesquisas, produção de conhecimento e formação na interface universidade e serviços de saúde, a partir do programa Pró-Ensino na Saúde	As pesquisas desenvolvidas abordaram diferentes dimensões do ensino na APS, envolvendo práticas pedagógicas, formação e desenvolvimento docente, atuação do profissional de saúde como professor, inovações pedagógicas e questões relacionadas à prática do trabalho em saúde. Na riqueza e diversidade dos estudos, aponta-se fragilidade na relação orgânica entre universidade e atenção primária e observam-se inovações que caminham para a ruptura do ensino instituído.
A3	A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na APS: a perspectiva dos estudantes	Santos, Lucas Cardoso dos; Simonetti, Janete Pessuto; Cyrino, Antonio Pithon.	Investiga-se à experiência de estudantes de graduação de Medicina e Enfermagem com a EIP, em disciplinas de ensino na APS, na perspectiva destes interlocutores	A despeito dos estereótipos que os estudantes possuem sobre as profissões, podem aprender sobre e com os colegas de outro curso e compartilham entre si práticas e saberes. Verificou-se, ainda, que o docente tem um importante papel como mediador do processo ensino aprendizagem no desenvolvimento EIP.

A4	Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas	Bispo Júnior, José Patrício; Moreira, Diane Costa	Analisa o cuidado colaborativo exercido entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes de referência com base no Apoio Matricial	O trabalho colaborativo e metodologia do Apoio Matricial são incompreendidas pelas equipes. Existe tensionamentos na função do matriciamento, com polarização entre as atividades coletivas e individuais. As gestões municipais não dão direcionalidade adequada a prática colaborativa. Condições estruturais, materiais e formativas são limitadores do Apoio Matricial. O trabalho entre ambos demonstra fragmentação com baixa coesão necessária a atividade colaborativa.
A5	Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos	Freire Filho, José Rodrigues; Costa, Marcelo Viana da; Magnago, Carinne; Forster, Aldaísa Cassanho.	Comparar atitudes em relação à colaboração interprofissional de profissionais de saúde componentes de equipes da Estratégia Saúde da Família, participantes do Programa Mais Médicos, bem como identificar fatores associados a atitudes de colaboração interprofissional.	Do conjunto das ESF indicou diferenças estatísticas significantes entre escores da escala e a categoria profissional e entre os escores e à escolaridade, sugerindo que enfermeiros são profissionais com nível superior mais inclinados para a prática colaborativa; no perfil do médico brasileiro, intercâmbista ou cubano - não teve diferenças estatísticas nos escores médicos, tampouco nos dos componentes das equipes de diferentes perfis; perfil não sugeriu maior ou menor inclinação, com significância estatística, dos médicos ou equipes para trabalho interprofissional.
A6	Educação Inter-profissional na pós-graduação stricto sensu: o olhar dos egressos	Freitas, Maria Aparecida de Oliveira; Demarchi, Gabriela Souza dos Santos; Rossit, Rosana Aparecida Salvador.	Analisar a percepção dos egressos da disciplina Formação Docente em Saúde em relação aos princípios da EIP.	Trabalhar em equipe é possível e pode ser um caminho para o desenvolvimento docentes comprometidos com a formação de profissionais de saúde

				alinhados aos princípios do SUS.
A7	A comunicação na perspectiva dialógica prática interprofissional colaborativa em saúde na APS	Previato, Giselle Fernanda; Baldissera, Vanessa Denardi Antoniassi.	Analisar a comunicação enquanto domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde no processo de trabalho das equipes da APS.	A comunicação de caráter interprofissional e colaborativo, ainda é um desafio para equipes de saúde conduzirem um processo de trabalho compartilhado, dialógico e transformador.
A8	Formação interprofissional e produção do cuidado: análise de uma experiência	Capozzolo, Angela Aparecida; Casetto, Sidnei José; Nicolau, Stella Maris; Junqueira, Virginia; Gonçalves, Daniela Caetano; Maximino, Viviane Santalucia	Analisar uma experiência de formação interprofissional que ocorre desde 2008, envolvendo estudantes do terceiro ano de graduação dos cursos de Educação Física, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional de universidade pública.	A discussão de tais questões indicou as potencialidades de intervenções em comum e os desafios da supervisão docente para sustentar a experiência dos estudantes e possibilitar a constituição de uma clínica que valorize a perspectiva dos usuários
A9	Mobilizando estudantes em defesa do SUS: experiências interprofissionais do VER/SUS - Sobral, CE, Brasil	Amaral, Vitória Ferreira do; Cavalcante, Ana Suelen Pedroza; Farias, Quitéria Larissa Teodoro ; Ribeiro, Marco Aguiar; Araújo Júnior, David Gomes; Gomes, Diógenes Farias	Relato das experiências do projeto VER-SUS no período de 2012 a 2016 no processo de formação interprofissional dos acadêmicos da área da Saúde e afins, no município de Sobral (CE).	O VER-SUS/Sobral mostrou-se uma estratégia potente por estimular à interprofissionalidade e o desenvolvimento de expertise do trabalho em saúde entre graduandos e o serviço. As experiências proporcionaram espaços dialógico para a (re) construção do saber
A 10	Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Unlversidade Fedead de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil	Batista, Nildo Alves; Rossit, Rosana Aparecida Salvador; Batista, Sylvia Helena Souza da Silva; Silva, Carla Cilene Baptista da; Uchôa-Figueiredo, Lúcia da Rocha; Poletto, Patricia Rios.	Analisar criticamente a experiência de formação interprofissional na graduação em Saúde em um campus de expansão de uma universidade pública federal.	As ações interprofissionais estão presentes nas diversas atividades acadêmicas e são estruturantes do cotidiano do campus, bem como as resistências à interprofissionalidade e à complexa rede com os serviços públicos. Implementar novas lógicas para formar profissionais em Saúde é, também, defender a universidade pública no país e o SUS.
A 11	Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação	Ely, Luciane Ines; Toassi, Ramona Fernanda Ceriotti.	Estudo de caso que se propôs a compreender os significados da vivência multiprofissional na	A integração entre estudantes, professores e profissionais da Saúde promoveu aprendizagens relacionadas às

	interprofissional na graduação		atividade de ensino integradora de uma universidade pública do sul do Brasil, que acontece em serviços da Atenção Primária à Saúde, analisando seu potencial para a EIP.	competências colaborativas, características da EIP. Desafios institucionais, físicos e pedagógicos para o compartilhamento das vivências entre profissões foram destacados, havendo necessidade da ampliação de iniciativas de EIP nos currículos da graduação em Saúde.
A 12	A análise de práticas profissionais como dispositivo para a formação na residência multiprofissional	Lago, Luana Pinho de Mesquita; Matumoto, Silvia; Silva, Simone Santana da; Mestriner, Soraya Fernandes; Mishima, Silvana Martins	Refletir sobre possibilidades, limites e desafios do uso da análise institucional de práticas profissionais como dispositivo para a formação interprofissional em um programa de residência multiprofissional em saúde	Foi possível evidenciar as contradições do contexto de trabalho e aspectos das relações interprofissionais que por vezes impõem limites às práticas colaborativas.
A 13	O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família	Arruda, Gisele Maria Melo Soares; Barreto, Ivana Cristina de Holanda Cunha; Ribeiro, Kelen Gomes; Frota, Amanda Cavalcante.	Analizou-se a colaboração interprofissional em um programa de residência multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) por meio da tipologia da colaboração interprofissional de D'Amour e colaboradores.	Observou-se fortalecimento de todos os indicadores da CIP, tanto pela condução político-pedagógica do programa quanto pelo processo de trabalho na ESF. A RMSF é um projeto inovador, porém, sua dinâmica de educação interprofissional pelo trabalho necessita ser melhor sistematizada para garantir a CIP ativa. Sugere-se fortalecimento da preceptoria em serviço, com capacitação e maior valorização desses profissionais
A 14	Avaliação da disponibilidade para aprendizagem Interprofissional de Estudantes de Ciências da Saúde	Nuto, Sharmênia de Araújo Soares; Lima Júnior, Francisco Cristovão Mota; Camara, Ana Maria Chagas Sette; Gonçalves, Carla Beatrice Crivellaro.	Avaliar a disponibilidade para aprendizagem interprofissional de estudantes do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).	Estudo aponta que estudantes ingressantes apresentaram alta disponibilidade para a educação interprofissional, tornando propício que, no início da vida acadêmica, as habilidades de trabalho em equipe e colaboração, identidade profissional e atenção centrada no paciente sejam fortalecidas nos currículos sem apresentar resistência



				do estudante, sendo importante desenvolver as ações até o final do curso.
A 15	Residência multiprofissional tecendo práticas interdisciplinares na prevenção da violência	Bones, Ana Amélia Nascimento da Silva; Cazella, Sílvio César; Weber, Lara Susane; Costa, Maira Rafaela Rõhrig da; Saraiva, Márcia Pereira; Bopsin, Marina Ramos.	Analisar a integralidade da atenção a saúde e à educação a partir da ação das residentes do Programa da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança com transversalidade em violências e vulnerabilidades inseridas numa equipe de ESF do Município de Porto Alegre e na escola estadual pertencente ao seu território.	A prática interdisciplinar de forma consciente permite a organização do processo de trabalho com o escopo da prática colaborativa em projeto de educação interprofissional.
A 16	Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde	Silva, Jaqueline Alcântara Marcelino da; Peduzzi, Marina; Orchard, Carole; Leonello, Valéria Marli.	Compreender as percepções de docentes, trabalhadores e estudantes sobre a articulação da educação interprofissional com as práticas na Atenção Primária à Saúde.	Os resultados indicaram necessidade de mudança do modelo de atenção e de formação dos profissionais de saúde, e apontou dificuldades percebidas pelos diferentes atores sociais no que se refere à implementação da educação interprofissional. A EIP é incipiente no Brasil e sinaliza possibilidades de mudança em direção à prática colaborativa, requer maiores investimentos na articulação ensino-serviço.
A 17	Competências emocionais como dispositivo para integralização do cuidado em saúde: contribuições para o trabalho interprofissional	Silva, Michelle Almeida; Cardoso, Érika Leite da Silva; Miranda, Tatjana Teresa de Lima; Sampaio, Juliana.	Relatar uma experiência de desenvolvimento de competências emocionais para fortalecer o processo de trabalho interprofissional, com vistas à integralidade do cuidado em um serviço de saúde do município da João Pessoa.	As ações proporcionaram aos trabalhadores a percepção da importância da interação interprofissional para a integralização do cuidado. Profissionais notaram que o trabalho quando realizado em coletividade necessita do uso das competências emocionais, como empatia e assertividade, para aprimorar relações interpessoais e promover o bem-estar psicológico da equipe, ressignificando práticas de cuidado, tornando-as mais acolhedoras, humanas,

				reflexivas e questionadoras. Nesse contexto, a abertura espaços dialógicos, através da educação permanente, foi indispensável para permitir que os trabalhadores se expressassem livremente e alcançassem uma postura mais ativa e questionadora perante os problemas do cotidiano do serviço e dos pensamentos enrijecidos da equipe.
A 18	A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde	Casanova, Isis Alexandrina; Batista, Nildo Alves; Moreno, Lídia Ruiz.	Analisar os princípios, concepções e práticas da EIP, com ênfase na prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde nas instituições de ensino superior do Estado de São Paulo, Brasil.	Na perspectiva dos residentes, os PRMS ampliam e melhoram os resultados em saúde, favorecem a atuação centrada no usuário, na identificação das necessidades de saúde e compartilhamento de prática e procedimentos. Dessa maneira, os PRMS são importantes no cenário de consolidação SUS.
A 19	Aprendizagens Compartilhadas na Residência Multiprofissional em Saúde	Perego, Maira Gabriela; Batista, Nildo Alves.	Investigar sobre a percepção de residentes, preceptores e tutores da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (RMAS) sobre as aprendizagens compartilhadas na formação para o trabalho em equipe de profissionais da saúde.	A RMAS é um espaço de aprendizagens compartilhadas que desenvolve habilidades nos profissionais de saúde, para trabalharem em equipe a partir da educação interprofissional. A escala atitudinal validada estatisticamente também deve ser ressaltada, dada a importância de avaliar a aprendizagem e melhorar continuamente os processos formativos na RM, considerando a possibilidade de ser utilizada em outros Programas.
A 20	Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde	Casanova, Isis Alexandrina; Batista, Nildo Alves; Ruiz-Moreno, Lídia.	Analisar a percepção dos profissionais que cursam a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) sobre a formação para o trabalho em equipe.	Análise temática sobre a formação para o trabalho em equipe foi agrupada nas categorias: atendimento conjunto e tomada de decisão compartilhada no

				tratamento; trabalho em equipe para a integralidade do cuidado com centralidade no paciente; reconhecimento dos limites e especificidades das profissões, bem como sua integração. O trabalho demonstrou o potencial da RMS em formar profissionais de saúde para o trabalho em equipe e, para a transformação das práticas, com vistas à integralidade no cuidado.
A 21	A percepção do usuário sobre a abordagem de uma equipe de residentes multiprofissionais	Adolpho, Carolina Vieira Tomanik; Dias, Ieda Maria Ávila Vargas; Aveiro, Mariana Chaves; Vasconcelos, Ana Cláudia Freitas de.	Identificar e analisar as percepções dos usuários acompanhados pela equipe de residentes multiprofissional.	Aparentemente a abordagem multiprofissional, com tendência interprofissional, vivenciada pelos entrevistados envolveu fatores positivos, apesar das barreiras para a efetivação desta prática.
A 22	O estímulo à prática da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo: a Extensão Universitária como uma estratégia para a educação interprofissional	Cardoso, Andréa Catelan; Corralo, Daniela Jorge; Krahl, Mônica; Alves, Leonardo Porto.	Descreve a prática da EIP nas atividades desenvolvidas no projeto de extensão "Atenção às famílias dos proprietários de cavalos de carroça do município de Passo Fundo-RS"	O trabalho em equipe multiprofissional com abordagens interdisciplinares permite aos acadêmicos experienciar competências e habilidades esperadas durante a formação acadêmica, como liderança, tomada de decisões, comunicação e atenção à saúde, dentro dos princípios da ética e bioética, na resolução dos problemas de saúde individual e coletivo. A ampliação do conhecimento e experiência do trabalho interdisciplinar e humanizado em imersão na comunidade, no estreitamento de laços entre a universidade e a comunidade, assim como formação técnico científica humanizada foram citadas pelos extensionistas como contribuições à formação profissional. As atividades desenvolvidas pelo projeto

				de extensão mostraram ser um método oportuno de estímulo à interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, proporcionando atendimento social e de saúde às famílias envolvidas e contemplando a formação de um profissional ético, humanista, crítico e consciente do seu papel como cidadão
A 23	Construção da identidade profissional na Educação Interprofissional em Saúde: percepção de egressos	Rossit, Rosana Aparecida Salvador; Freitas, Maria Aparecida de Oliveira; Batista, Sylvia Helena Souza da Silva; Batista, Nildo Alves.	Apresenta a percepção de egressos acerca da construção da identidade profissional na perspectiva da Educação Interprofissional, com dados coletados mediante entrevista de aprofundamento com egressos de seis profissões da saúde.	Os egressos relataram a trajetória formativa em currículo inovador, interprofissional e interdisciplinar, destacando a oportunidade da prática colaborativa e interprofissional como importantes para desenvolvimento, construção e reforço da identidade profissional em cada área de formação mediante o reconhecimento das especificidades das outras áreas. A delimitação do próprio campo profissional de papéis na equipe, como ampliação do olhar profissional, evidenciado pelos egressos.
A 24	Integração de instituições de ensino superior com sistemas municipais de saúde à luz de uma tipologia da colaboração interprofissional	Barreto, Ivana Cristina de Holanda Cunha; Ribeiro, Kelen Gomes; Moreira, Ana Ester Maria Melo; Goya, Neusa; Dias, Maria Socorro de Araújo; Andrade, Luiz Odorico Monteiro de.	investigar o processo de colaboração interprofissional entre os diretores, docentes de instituições de ensino superior, gestores dos Sistemas Municipais de Saúde e profissionais da Estratégia de Saúde da Família de cidades estratégicas para expansão do ensino superior em saúde no Ceará.	Os resultados evidenciam que, em Sobral, a colaboração entre os atores mencionados encontra-se em desenvolvimento, enquanto em Juazeiro do Norte está incipiente. Os elementos facilitadores foram a clareza dos benefícios da integração para a qualidade da atenção e a formação profissional, a institucionalização e a gestão participativa
A 25	Desafios e possibilidades no	Lima, Patrícia Acioli de Barros; Rozendo, Célia Alves.	Analisar os desafios e as possibilidades no	Os resultados indicam que as possibilidades seriam: o trabalho interprofissional,

	exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde		exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde.	reavaliar as práticas e a contribuição na formação: despreparo pedagógico, trabalho interprofissional e deficiência na infraestrutura.
A 26	Educação interprofissional no programa PET-saúde: a percepção de tutores	Câmara, Ana Maria Chagas Sette; Grosseman, Suely; Pinho, Diana Lúcia Moura.	Compreender como os docentes/ tutores do PET-Saúde da UFMG perceberam a EIP presente no PET-Saúde, a partir da narrativa de 14 tutores do PET-Saúde.	A maioria dos docentes foi favorável ao processo de ensino-aprendizagem em grupos interprofissionais no serviço, mesmo considerando a experiência desafiadora. O estudo identificou elementos importantes e nos permite considerar o PET-Saúde na UFMG como inovação educacional exitosa, e a atenção básica um contexto favorável para a educação interprofissional.
A 27	Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde	Previato, Giselle Fernanda; Baldissera, Vanessa Denardi Antoniassi.	Analisar a Prática Interprofissional Colaborativa em Saúde na perspectiva de profissionais das equipes em atuação na Atenção Primária à Saúde.	Apontou-se que a Prática Interprofissional Colaborativa é um termo novo e pouco explorado na APS, mas as reflexões das fotos permitiram assimilação, aproximação temática e construção coletiva de saberes balizados pela prática.
A 28	Colaboração interprofissional na ESF: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho	Matuda, Caroline Guinoza; Pinto, Nicanor Rodrigues da Silva; Martins, Cleide Lavieri; Frazão, Paulo.	Captar a percepção de profissionais que atuam na atenção primária à saúde sobre o trabalho compartilhado e a colaboração interprofissional.	Os resultados permitiram evidenciar: as formas de interação, o papel do apoio especializado matricial e o modo como as metas de produção são percebidas apontaram para tensões entre a lógica profissional tradicional e a da colaboração; e entre um modelo centrado em procedimentos especializados e outro mais colaborativo, focado nas necessidades de saúde das famílias e da comunidade. O compartilhamento de responsabilidades e práticas, a alteração da lógica dos encaminhamentos e a insuficiência de dispositivos

				organizacionais permanecem como importantes desafios para a inserção da colaboração interprofissional no desenvolvimento de novas práticas de produção do cuidado.
A 29	Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família	Farias, Danyelle Nóbrega de; Ribeiro, Kátia Suely Queiroz Silva; Anjos, Ulisses Umbelino dos; Brito, Geraldo Eduardo Guedes de.	Caracterizar a perspectiva interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família numa capital do Brasil, relacionando-a à interprofissionalidade	A dimensão 'acolhimento' foi a única que apresentou média disponibilidade para práticas que poderiam viabilizar a interdisciplinaridade. Os resultados apontaram que a percepção dos profissionais de saúde sobre interdisciplinaridade foi positiva, mas verificaram-se contradições desses achados com o observado in locus. Na observação participante, constatou-se que os profissionais precisam trilhar alguns caminhos no sentido de materializar a interdisciplinaridade em práticas interprofissionais colaborativas. Destaca-se a necessidade de ações em nível da gestão que favoreçam essas práticas; a educação permanente como estratégia de enfrentamento das dificuldades de integração; e o investimento subjetivo dos trabalhadores na mesma direção.
A 30	Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família	<u>Escalda, Patrícia; Parreira, Clélia Maria de Sousa Ferreira.</u>	identificar as dimensões do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas desenvolvidas por uma equipe de saúde da família em uma unidade básica de saúde.	Evidenciou avanços na incorporação de práticas colaborativas no âmbito da atenção primária e na criação de espaços mais favoráveis ao diálogo e ao estabelecimento de consensos que resultam em cuidado integral e segurança do paciente, a despeito dos conflitos e das tensões próprias do processo de trabalho em saúde

A 31	Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família	<u>Fernandes, Helen Nicoletti; Thofehn, Maira Buss; Porto, Adrize Rutz; Amestoy, Simone Coelho; Jacondino, Michelle Barboza; Soares, Mariana Rodrigues.</u>	Conhecer as relações interpessoais estabelecidas pela equipe multiprofissional em Unidade de Saúde da Família.	Percebeu-se fragilidade nas relações interpessoais, na unidade do estudo. Desse modo, foram elencados alguns pontos estratégicos para a consolidação das relações interpessoais saudáveis: ambiente de trabalho dialógico e disponibilidade de espaços para discussões e reuniões de equipe, refletindo na melhora da assistência à saúde da população descrita. Conclusão: Evidenciam-se a relevância em dar ênfase aos relacionamentos interpessoais e as subjetividades dos profissionais no processo de trabalho.
---------	--	---	--	---

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Projeto de Pesquisa: PESQUISAS INTEGRADAS SOBRE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E INTEGRALIDADE NOS SERVIÇOS: NOVAS TENOLOGIAS NO CUIDADO AO USUÁRIO COM LESÃO DE PELE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Cadastro CEP-UFRGS: CAAE - 56382316.2.0000.5347

Pesquisadora-responsável: Profa. Dra. Erica Rsalba Mallmann Duarte

Contato: E-mail [ermduarte@gmail.com](mailto:ermduarte@gmail.com) ou pelo telefone (51) 3308-5225

Instituição de Origem: UFRGS/Escola de Enfermagem/DAOP/Curso de Especialização em Cuidado Integral com a Pele no Âmbito da Atenção Básica

Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS: Av. Paulo Gama, 110, sala 307, Porto Alegre, RS. Fone (51) 33083738. E-mail [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br)

Comitê de Ética em Pesquisa da SMS: Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico) Fone: (51) 32895517. E-mail: [cep\\_sms@hotmail.com.br](mailto:cep_sms@hotmail.com.br) e [cep-sms@sms.prefpoa.com.br](mailto:cep-sms@sms.prefpoa.com.br)

Convidamos a participar da pesquisa “OLHAR NA INTERPROFISSIONALIDADE A PARTIR DOS SABERES, PRÁTICAS E DO SER COLETIVO”, com a mestrandia Natália Brustulin e a Profa. Dra. Erica Rosalba Mallmann Duarte, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo por objetivo geral analisar a relação que um grupo de profissionais da saúde estabelece com o pensamento do cuidado interprofissional no seu cotidiano de produção êmica dos saberes, práticas e do ser coletivo em uma unidade de cuidado especializado. Para realização desta pesquisa realizaremos observação do processo de trabalho da equipe uma entrevista individual, a qual será gravada e registrada em formulário próprio pelos pesquisadores.

Informamos que será assegurado o caráter de livre participação, bem como a isenção de influências hierárquicas que possam interferir no vínculo empregatício ou acesso aos serviços ou instituições de origem. A participação no estudo não trará benefício direto ao participante, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros e na qualificação do cuidado. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e o participante não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins científicos, como pretende a pesquisa. Também, garante-se a livre participação e o compromisso do pesquisador de fornecer respostas a todas as dúvidas.

Será solicitada anuência para a gravação em áudio da Entrevista, para posterior transcrição literal cujo conteúdo permanecerá armazenado pelo pesquisador responsável em lugar seguro pelo período de cinco anos, a contar da publicação dos resultados. Após esse período, os dados



serão inutilizados. Desta forma, após a leitura e orientação acerca dos procedimentos de coleta de dados, os sujeitos participantes deverão assinar o TCLE correspondente a cada etapa de coleta dos dados em duas vias, ficando uma via com o pesquisador e outra com cada um dos participantes. Em cada Termo, constarão os objetivos e os possíveis benefícios da pesquisa e as formas de contato com o CEP-UFRGS.

Quanto aos riscos, considera-se que poderá haver eventual desconforto em decorrência da presença do pesquisador durante as observações e entrevista ou eventual embate de ideias durante as discussões.

Os resultados a serem divulgados manterão o sigilo acerca da identificação dos sujeitos da pesquisa e dos serviços aos quais estejam vinculados por ocasião da realização do estudo, atribuindo-se códigos compostos de letras e números na utilização das informações.

Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa são o conhecimento dos processos de trabalho e produção de saber sobre o cuidado interprofissional, contribuindo para a sua qualificação. Os pesquisadores asseguram os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta, a qualquer momento; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; a garantia de que em caso haja algum dano a sua pessoa, os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável. Caso haja gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pelo pesquisador. A sua participação não implicará em benefícios financeiro. Nos casos de dúvidas e esclarecimentos o (a) senhor (a) deve procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul ou da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre.

Eu \_\_\_\_\_, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico.

Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do (s) pesquisador (es).

Local:

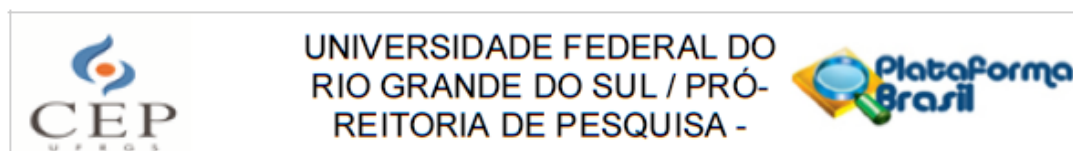
Data: / /

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

## ANEXO

## ANEXO 1 - Parecer Consubstanciado do CEP/UFRGS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PESQUISAS INTEGRADAS SOBRE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E INTEGRALIDADE NOS SERVIÇOS: NOVAS TENOLOGIAS NO CUIDADO AO USUÁRIO COM LESÃO DE PELE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

**Pesquisador:** Erica Rosalba Mallmann Duarte

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 56382316.2.0000.5347

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.673.204

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de pesquisa sob coordenação geral da Pro<sup>fa</sup> Érica Rosalba Mallmann Duarte dividido em cinco diferentes temáticas com seus respectivos coordenadores e que tem por questão norteadora "Como se dá a gestão do processo de trabalho e do cuidado dos usuários com lesão de pele na rede de atenção à saúde no estado do Rio Grande do Sul?". O estudo está delineado como qualitativo e quantitativo, descritivo. O campo de pesquisa será composto de secretarias municipais, unidades assistenciais de saúde da rede de atenção à saúde que atendem usuários com lesão de pele nas unidades e/ou no domicílio, no estado do Rio Grande do Sul (Porto Alegre, Tapes, Gramado, Vale Real, Montenegro, Viamão e São José do Sul). A escolha do cenário de pesquisa se dará por conveniência, considerando-se a proximidade dos pesquisadores envolvidos no projeto e interesse dos municípios conveniados. O estudo envolve entrevistas, grupos focais, aplicação de questionários e utilização de dados secundários de prontuários e de relatórios gerenciais. Estima-se o envolvimento de 640 participantes no estudo. Nas etapas qualitativas, há a previsão de coleta com o critério de saturação de informações/dados. Os resultados esperados deverão compor inovações que ampliem o conhecimento na promoção, prevenção e os tratamentos de lesões realizados pelos profissionais e gestores das organizações

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farrroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-  
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.673.204

de saúde apoiando a qualificação da rede de atenção à saúde, bem como fortaleçam a formação dos recursos humanos em saúde para além do cuidado com a pele.

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO GERAL**

Analisar a organização do trabalho na perspectiva da integralidade com base nas novas tecnologias no cuidado ao usuário com lesão de pele na rede de atenção à saúde do Rio Grande do Sul.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- a) Avaliar a atenção em cuidados de saúde aos usuários com lesão de pele na rede de atenção à saúde;
- b) Investigar custos e efetividade em técnicas de tratamento de lesão de pele utilizadas por equipes de saúde nos serviços;
- c) Identificar características sociodemográficas e epidemiológicas dos usuários com lesão de pele nos diferentes municípios;
- d) Reconhecer tecnologias e sistemas de informação utilizados pelas equipes ou usuários no cuidado de lesões de pele;
- e) Conhecer o acesso dos usuários à rede de atenção à saúde no cuidado com a pele.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

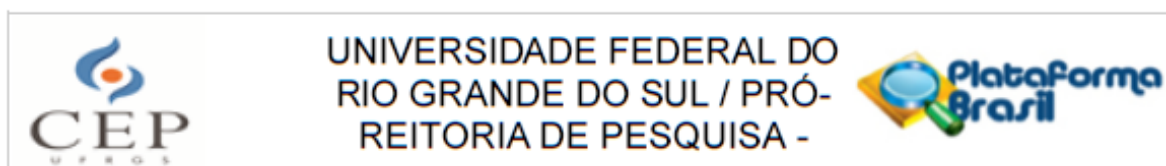
No que se referem aos riscos, os pesquisadores consideram que poderá haver um eventual desconforto físico ou psicológico em decorrência da presença do pesquisador durante o preenchimento de questionários, fotografias, entrevistas ou eventual embate de ideias durante as discussões no Grupo Focal. Já os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa são o conhecimento sobre políticas de atendimento em saúde no cuidado a lesões de pele nas unidades da rede de atenção básica de saúde e a contribuição para a sua qualificação.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de pesquisa multicêntrico integrado, ou seja, existem várias ênfases e abordagens de diferentes centros reunidas em um único projeto. O tema é pertinente e apresenta bem justificada sua intenção de implementação.

Após solicitado pelo CEP UFRGS, o CEP da SMS de Porto Alegre foi incluída como co-participante. Os autores passaram a incluir a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como um centro participante. Foram incluídos os roteiros de entrevista e de condução dos grupos focais

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.673.204

no projeto, bem como os questionários. Foram definidos os dados secundários igualmente. As metas e indicadores foram devidamente explicitados em relação aos objetivos da pesquisa. O cronograma foi ajustado e a amostra foi melhor detalhada em seu processo de amostragem.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentadas as anuências das Secretarias Municipais de Saúde de cada município onde se pretende realizar o estudo. O parecer da COMPESQ da Enfermagem foi anexado. Os TCLE das entrevistas e dos grupos focais foram apresentados, bem como os termos de compromisso de utilização dos dados secundários. Um termo de autorização de uso de imagem foi anexado para ser possível o uso de fotografias, com a garantia de não serem identificados os participantes nas imagens.

**Recomendações:**

Para aprovação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_716524.pdf	09/08/2016 08:24:35		Aceito
Outros	Atendimento_diligencias.pdf	09/08/2016 08:20:59	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD_prontuario_assinado.pdf	09/08/2016 08:11:10	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD_institucionais_assinado.pdf	09/08/2016 08:10:51	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
Outros	Parecer_projeto_compesq_enf.pdf	21/07/2016 11:02:52	Claudia Adriana Dornelles de Araujo dos Santos	Aceito
Outros	formulario_diario_de_campo.pdf	19/07/2016	Dagmar Elaine	Aceito

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufgs.br





UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-  
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Pamoer: 1.673.204

Outros	formulario_diario_de_campo.pdf	20:56:49	Kaiser	Aceito
Outros	Carta_atendimento_diligencias.pdf	19/07/2016 20:54:48	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
Outros	guia_de_temas.pdf	19/07/2016 20:52:37	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_entrevista_usuario.pdf	19/07/2016 20:49:12	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_entrevista_gestor_profissionais.pdf	19/07/2016 20:48:54	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
Outros	uso_de_imagem.pdf	19/07/2016 20:45:56	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_usuario.pdf	19/07/2016 20:43:51	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_profissionais.pdf	19/07/2016 20:42:43	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_gestores.pdf	19/07/2016 20:41:49	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcudi.pdf	19/07/2016 20:38:40	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_uso_de_dados_de_prontuario.pdf	19/07/2016 20:37:59	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_grupo_focal.pdf	19/07/2016 20:37:37	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_lesoes_PB.pdf	19/07/2016 20:35:26	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CartaAnuenciaSAOJOSEDOSUL.pdf	13/05/2016 12:11:12	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CartaAnuenciaVIAMAO.pdf	13/05/2016 12:09:23	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CartaAnuenciaMONTENEGRO.pdf	13/05/2016 12:08:47	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

**Bairro:** Farroupilha

**CEP:** 90.040-060

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3308-3738

**Fax:** (51)3308-4085

**E-mail:** etca@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-  
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.673.204

Ausência	CartaAnuenciaMONTENEGRO.pdf	13/05/2016 12:08:47	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CartaAnuenciaVALEREAL.pdf	13/05/2016 12:06:33	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CartaAnuenciaGRAMADO.pdf	13/05/2016 12:06:00	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CartaAnuenciaTAPES.pdf	13/05/2016 12:05:23	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermocienciaSMS.pdf	13/05/2016 12:04:35	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito
Folha de Rosto	EricaRosalba.pdf	13/05/2016 00:23:54	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 11 de Agosto de 2016

---

**Assinado por:**  
**MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etca@propeq.ufgs.br

## ANEXO 2 - Parecer Consubstanciado do CEP/Secretaria Municipal de Saúde de Porto



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PESQUISAS INTEGRADAS SOBRE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E INTEGRALIDADE NOS SERVIÇOS: NOVAS TENOLOGIAS NO CUIDADO AO USUÁRIO COM LESÃO DE PELE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

**Pesquisador:** Erica Rosalba Mallmann Duarte

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 56382316.2.3001.5338

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.737.204

**Apresentação do Projeto:**

As lesões de pele produzem significativo impacto na qualidade de vida das pessoas que são atingidas por elas e principalmente aquelas com doenças crônicas, ressaltando a necessidade de se valorizar essas situações como um problema de saúde pública. Essa realidade está determinada tanto pela quantidade de pessoas que desenvolvem feridas, como pela dificuldade em assegurar que o cuidado com as mesmas seja efetuado de maneira adequada para uma boa evolução no resultado final (MALAGUTTI, 2015). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil vem sendo desenvolvida no sentido de fortalecer a descentralização e produção de informações de saúde compartilhadas, tendo como ponto de convergência ou de coordenação as unidades de saúde da família (BRASIL, 2012), que são os núcleos mais próximos dos usuários/população/comunidade e devem ser o contato preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dentre tantos aspectos, destaca-se a demanda por cuidados à pessoa com lesão de pele, problema que tem sido motivo de discussão em diferentes esferas das práticas de saúde, especialmente no âmbito da gestão em saúde, uma vez que este tipo de lesão apresenta morbidade significativa, possui caráter recidivante, contribui para a redução da qualidade de vida e eleva os gastos públicos com a saúde (GEOVANINI, 2014). Assim sendo, o projeto de pesquisa

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

**Bairro:** Centro Histórico

**CEP:** 90.010-040

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3289-5517

**Fax:** (51)3289-2453

**E-mail:** cep\_sms@hotmail.com





**SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA**



Continuação do Parecer: 1.737.204

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E INTEGRALIDADE NOS SERVIÇOS: NOVAS TECNOLOGIAS NO CUIDADO AO USUÁRIO COM LESÃO DE PELE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL promove a busca por novas informações e de inovar no desenvolvimento de tecnologias relacionadas à atenção à pessoa com lesão de pele, por meio de investigações científicas e metodologias que favoreçam a implementação e aperfeiçoamento das intervenções nos serviços de saúde, e de melhores práticas de cuidado. A pesquisa, além de desafio para constituir-se em capacidade profissional para os agentes do cuidado, também é estratégia de produção de conhecimentos a partir dessa experiência, pressupondo-se a geração de conhecimentos inovadores para o desenvolvimento do trabalho nessa temática. Assim, considerando toda a argumentação explicitada, tem-se como questão norteadora "Como se dá a gestão do processo de trabalho e do cuidado dos usuários com lesão de pele na rede de atenção à saúde no estado do Rio Grande do Sul?". A busca de novas alternativas de conhecimento na área de lesões ampliará as práticas de saúde para além dos tratamentos curativos e recuperadores nas internações domiciliares e hospitalares, fomentando uma atuação de prevenção e promoção e redução de agravos nas organizações e serviços de saúde, e disseminando uma cultura empreendedora que permita a incorporação da competência clínica e crítica da equipe multiprofissional, mediante olhar mais holístico para o cuidado à pessoa com lesão de pele. **MÉTODO:** A proposta metodológica para o desenvolvimento da pesquisa envolve abordagem mista, ou seja, estudos quantitativos e qualitativos integrados, com caráter descritivo. Neste projeto delinea-se em todos a fim de garantir o avanço conceitual na composição de redes de atenção no cuidado a usuários com lesão de pele. A dimensão desta pesquisa se explica frente a complexidade do seu objeto, que é a análise da organização do trabalho no interior da rede de serviços. Para tanto, envolverá diferentes técnicas de pesquisa, como estudos originais, revisões integrativas ou sistemáticas da literatura, análise documental, estudos de caso. **ASPECTOS ÉTICOS:** Com relação aos aspectos éticos implicados no estudo, seguir-se-ão as recomendações contidas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (2012), que apresenta as diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa somente terá início após a tramitação na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ) e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP-UFRGS). Aos sujeitos será assegurado o caráter de livre participação, bem como a isenção de influências hierárquicas que possam interferir no vínculo empregatício ou acesso aos serviços ou instituições de origem. Os pesquisadores asseguram os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com





## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSPA



Continuação do Parecer: 1.737.204

resposta a qualquer pergunta, a qualquer momento; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; a garantia de que em caso haja algum dano a sua pessoa, os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável. Caso haja gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pelo pesquisador.

### **Objetivo da Pesquisa:**

#### Objetivo Primário:

Analisar a organização do trabalho na perspectiva da integralidade com base nas novas tecnologias no cuidado ao usuário com lesão de pele na rede de atenção à saúde do Rio Grande do Sul.

#### Objetivo Secundário:

- a) Avaliar a atenção em cuidados de saúde aos usuários com lesão de pele na rede de atenção à saúde;
- b) Investigar custos e efetividade em técnicas de tratamento de lesão de pele utilizadas por equipes de saúde nos serviços;
- c) Identificar características sociodemográficas e epidemiológicas dos usuários com lesão de pele nos diferentes municípios;
- d) Reconhecer tecnologias e sistemas de informação utilizados pelas equipes ou usuários no cuidado de lesões de pele;
- e) Conhecer o acesso dos usuários à rede de atenção à saúde no cuidado com a pele.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

#### Riscos:

Quanto aos riscos, considera-se que poderá haver um eventual desconforto físico ou psicológico em decorrência da presença do pesquisador durante o preenchimento de questionários, fotografias, entrevistas ou eventual embate de ideias durante as discussões no Grupo Focal. Tais aspectos estão descritos nos TCLE e no Termo de compromisso para uso de Dados Institucionais.

#### Benefícios:

Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa são o conhecimento sobre políticas de atendimento em saúde no cuidado a lesões de pele nas unidades da rede de atenção básica de saúde e a contribuição para a sua qualificação. Os pesquisadores asseguram os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta, a qualquer momento; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA



Continuação do Parecer: 1.737.204

prejuízo para si; a garantia de que em caso haja algum dano a sua pessoa, os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável. Caso haja gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pelo pesquisador.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisador responsável: Erica Rosalba Mallmann Duarte

Instituição: UFRGS

Tipo de estudo: Institucional/multicêntrico

TCLE: sim

Número de participantes: 640

Local de realização: a definir. Estudo será realizado em diversas cidades da região metropolitana, incluindo Porto Alegre.

Data de início: 03/10/2016

Data de término: 31/08/2017

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos obrigatórios apresentados.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a análise ética foram identificadas as pendências:

1 - Em relação ao TCLE:

- a) Incluir que o estudo foi avaliado pelo CEP SMPA, bem como endereço e telefone de contato; ATENDIDA
- b) Incluir o tempo de duração das entrevistas e número de encontros previstos; ATENDIDA

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA

Continuação do Parecer: 1.737.204

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_716524.pdf	09/08/2016 08:24:35		Aceito
Outros	Atendimento_diligencias.pdf	09/08/2016 08:20:59	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD_prontuario_assinado.pdf	09/08/2016 08:11:10	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD_institucionais_assinado.pdf	09/08/2016 08:10:51	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
Outros	Parecer_projeto_compesq_enf.pdf	21/07/2016 11:02:52	Claudia Adriana Dornelles de Araujo dos Santos	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_716524.pdf	19/07/2016 21:39:15		Aceito
Outros	formulario_diario_de_campo.pdf	19/07/2016 20:56:49	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
Outros	Carta_atendimento_diligencias.pdf	19/07/2016 20:54:48	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
Outros	guia_de_temas.pdf	19/07/2016 20:52:37	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_entrevista_usuario.pdf	19/07/2016 20:49:12	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_entrevista_gestor_profissionais.pdf	19/07/2016 20:48:54	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
Outros	uso_de_imagem.pdf	19/07/2016 20:45:56	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_usuario.pdf	19/07/2016 20:43:51	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_profissionais.pdf	19/07/2016 20:42:43	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_gestores.pdf	19/07/2016 20:41:49	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcudi.pdf	19/07/2016 20:38:40	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_uso_de_dados_de_prontuario.pdf	19/07/2016 20:37:59	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA



Continuação do Parecer: 1.737.204

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_grupo_focal.pdf	19/07/2016 20:37:37	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_lesoes_PB.pdf	19/07/2016 20:35:26	Dagmar Elaine Kaiser	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_716524.pdf	23/05/2016 16:30:26		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_716524.pdf	13/05/2016 13:59:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CartaAnuenciaSAOJOSEDOSUL.pdf	13/05/2016 12:11:12	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CartaAnuenciaVIAMAO.pdf	13/05/2016 12:09:23	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CartaAnuenciaMONTENEGRO.pdf	13/05/2016 12:08:47	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CartaAnuenciaVALERIAL.pdf	13/05/2016 12:06:33	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CartaAnuenciaGRAMADO.pdf	13/05/2016 12:06:00	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CartaAnuenciaTAPES.pdf	13/05/2016 12:05:23	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermocienciaSMS.pdf	13/05/2016 12:04:35	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito
Folha de Rosto	EricaRosalba.pdf	13/05/2016 00:23:54	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetomaio.pdf	12/05/2016 17:21:33	Erica Rosalba Mallmann Duarte	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

**Bairro:** Centro Histórico

**CEP:** 90.010-040

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3289-5517

**Fax:** (51)3289-2453

**E-mail:** cep\_sms@hotmail.com





SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA



Continuação do Parecer: 1.737.204

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 21 de Setembro de 2016

---

Assinado por:

**MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

**Bairro:** Centro Histórico

**CEP:** 90.010-040

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3289-5517

**Fax:** (51)3289-2453

**E-mail:** cep\_sms@hotmail.com

