

O cuidado interprofissional na Atenção Primária à Saúde: análise do trabalho de equipes de referência

Interprofessional care in Primary Health Care: analysis of the work of reference teams

Cristina Vieira Levandovski

Assistente Social. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição (POA/RS). Servidora Técnica Administrativa em Educação na Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil;
E-mail: cristinavlevandovski@gmail.com; ORCID: 0009-0009-8329-5249

Renata Pekelman

Médica. Mestre em Educação pela Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Médica de Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil;
E-mail: renatapek@gmail.com; ORCID: 0000-0002-6249-5542

Contribuição dos autores: CVL construiu o projeto de pesquisa, realizou a coleta e análise de dados, bem como a escrita do material. RP contribuiu para o delineamento do estudo, análise dos dados e revisão crítica do artigo. Ambas se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 30/09/2023

Aprovado em: 04/04/2024

Editor responsável: João Batista de Oliveira Junior

Resumo: Objetivo: identificar a interprofissionalidade no cuidado em saúde realizado por profissionais de uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, após o contexto de agudização da pandemia de Covid-19. **Método:** pesquisa qualitativa de tipo descritivo-exploratória. A observação participante e o registro em diário de campo foram as técnicas de pesquisa utilizadas. Ao total realizam-se quatro observações, sendo duas em cada uma das equipes de referência escolhidas. **Resultados:** a interprofissionalidade está associada a uma forma de agir no trabalho em saúde, sendo algo que se estabelece de modo processual a partir das relações entre os (as) trabalhadores (as) e com a população usuária. As duas equipes de referência possuem preocupação com a concretização da atenção centrada nas necessidades do (a) usuário (a), sendo isso uma das características do trabalho em equipe a partir da perspectiva interprofissional. Contudo, há empecilhos para efetivação da interprofissionalidade no cuidado em saúde, relacionado à organização da reunião de equipe de referência, ao entendimento de cada trabalhador (a) acerca de sua contribuição nesse espaço e ao cenário atual da atenção primária à saúde. **Conclusões:** A interprofissionalidade esteve presente nas reuniões de equipe de referência observadas. Por outro lado, as alterações no processo de trabalho decorrentes do contexto de pandemia de Covid-19 foram identificadas como limitações para a efetivação da interprofissionalidade no cuidado em saúde.

Palavras-chave: Trabalho em equipe; Interprofissionalidade; Cuidado em saúde; Atenção Primária à saúde.

Abstract: Objective: to identify interprofessionalism in health care provided by professionals from a health centers in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, after the context of the worsening Covid-19 pandemic. **Method:** qualitative descriptive- exploratory research. Participant observation and field diary recording were the research techniques used. In total, four observations were made, two in each of the chosen reference teams. **Results:** interprofessionalism is associated with a way of acting in health work, being something that is established in a procedural way based on the relationships between workers and the user population. The two reference teams are concerned with providing care centered on the needs of the user, which is one of the characteristics of teamwork from an interprofessional perspective. However, there are obstacles to implementing

interprofessionality in health care, related to the organization of the reference team meeting, each worker's understanding of their contribution in this space and the current scenario of primary health care. **Conclusions:** Interprofessionality was present in the reference team meetings observed. On the other hand, changes in the work process resulting from the Covid-19 pandemic context were identified as limitations to the implementation of interprofessionality in health care.

Keywords: Team work; Interprofessionality; Health care; Primary health care.

INTRODUÇÃO

O trabalho em equipe pode ser discutido a partir de diferentes concepções, a exemplo, multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, multiprofissional e interprofissional. As noções de multi, inter e trans dizem respeito ao grau de interação, integração e coordenação das disciplinas ou profissões.¹ Cabe destacar que o prefixo inter corresponde a “entre uma coisa e outra”, tendo surgido com o sentido de unir e de suprimir as fragmentações.² Acerca da diferenciação entre interdisciplinaridade e interprofissionalidade, entende-se que a primeira refere-se à integração de áreas de conhecimento para produzir um conhecimento síntese, enquanto a segunda está relacionada ao trabalho e às práticas profissionais.^{1,2} Considerando o exposto, o presente artigo utilizará a interprofissionalidade para compreender o trabalho em equipe por entender que essa perspectiva avança na discussão acerca do agir profissional no âmbito do cuidado em saúde.

A interprofissionalidade é um conceito relativamente novo e envolve dois aspectos básicos, sendo estes: a integração dos saberes de cada área profissional e a articulação das práticas profissionais.² Desse modo, pensa-se o trabalho em saúde de forma conjunta e compartilhada a partir das necessidades em saúde da população. Diante disso, algumas características do trabalho interprofissional são: comunicação entre os(as) profissionais, havendo diálogo na formulação do cuidado em saúde; construção de um projeto assistencial comum, reconhecendo que diferentes modelos assistenciais produzem práticas profissionais distintas; definição de objetivos comuns no cuidado da população usuária; autonomia técnica e profissional na execução do plano de cuidado; reconhecimento do trabalho dos demais

profissionais e da necessária interdependência entre os (as) profissionais para a efetivação do cuidado; atenção centrada no (a) usuário (a), envolvendo as pessoas e suas famílias neste processo; e clima de equipe que vai desde os aspectos macropolíticos relacionados ao trabalho, à forma de contratação e vínculos profissionais, à participação das pessoas nas discussões até a abertura para novas ideias, dentre outros.^{1,3}

A partir da apresentação dessas características, pode-se notar que a interprofissionalidade chama a atenção para a necessidade de revisão contínua acerca do modo como se estabelece a construção do trabalho em equipe. Para isso, atribui relevância para a capacidade de escuta e de comunicação dos (as) profissionais, entendendo que a existência de diálogo entre todos os sujeitos envolvidos no cuidado em saúde é fundamental para que o trabalho seja construído de forma conjunta e a partir das necessidades da população usuária. Somando a isso, outra dimensão relevante na interprofissionalidade envolve o reconhecimento do papel de cada profissional na construção do cuidado, entendendo que esse trabalho necessariamente se estabelece de forma conjunta, complementar e integrada. Portanto, essas características e dimensões configuram-se enquanto elementos que expressam a existência da interprofissionalidade no trabalho em equipe.

Neste artigo, a discussão da interprofissionalidade estará situada no âmbito da atenção primária à saúde (APS), caracterizando-se como o primeiro nível de atenção e a porta de entrada preferencial ao Sistema Único de Saúde (SUS). A passagem de Programa de Saúde da Família (PSF) para Estratégia de Saúde da Família (ESF), através da aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, demarcou uma reorganização, havendo uma ampliação dos seus objetivos e alcance, ressaltando-se o princípio da multiprofissionalidade presente na constituição das equipes. A APS possui importante papel na resolução dos problemas mais comuns em saúde, atuando no âmbito individual e coletivo, por meio de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.⁴ Outro aspecto essencial é que a APS tem como diretriz a territorialização, atendendo a população adstrita do território daquela equipe de saúde. Na contramão desses aspectos, a PNAB de 2017 trouxe retrocessos ao modelo anteriormente pensado, a exemplo da: redução do número de Agentes Comunitários de

Saúde (ACS) por ESF; alteração da carga horária mínima de algumas categorias profissionais; priorização do cuidado individual e do atendimento à demanda espontânea; alteração no modelo de financiamento da APS, associado ao número da população cadastrada e ao desempenho de metas.⁵

Somado a esse contexto de retrocessos e de alteração do modelo de APS, a pandemia pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) surgiu no final do ano de 2019 e impôs a necessidade de instauração de medidas sanitárias, como o distanciamento e o isolamento social, para conter as altas taxas de transmissão, demandando novas formas de organização das práticas de saúde nos diferentes níveis de atenção. No que se refere à APS, atividades características tiveram que ser repensadas, tais como: a prática de grupos presenciais, as visitas domiciliares que passaram a ser feitas nas situações de urgência. O uso de tecnologias de informação e comunicação passou a ser uma ferramenta utilizada para a realização de consultas, bem como para o contato com a população usuária. Também surgiram novas demandas de trabalho para esses (as) trabalhadores (as) como a testagem, o atendimento, a notificação e a vigilância de casos positivos.⁶ Além disso, notou-se o agravamento das necessidades em saúde da população, evidenciando o caráter de atendimento de urgência.

As medidas de isolamento social, associadas à vacinação da população resultaram em uma diminuição do número de casos de Covid-19, sendo possível superar o período de agudização da pandemia. Diante do exposto, considerando o cenário pós agudização da pandemia, objetiva-se identificar a interprofissionalidade no cuidado em saúde realizado por profissionais de uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

O presente estudo é fruto do trabalho de conclusão do programa de residência multiprofissional em saúde na ênfase de Saúde da Família e Comunidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de tipo descritivo-exploratória, entendendo que a sua finalidade é formular uma visão geral, de forma aproximada, acerca de determinado fenômeno.⁷ A observação participante foi a técnica de pesquisa escolhida considerando que a apreensão da interprofissionalidade no cuidado em saúde passa necessariamente pela observação dos modos como se organiza o trabalho,

bem como do cuidado em saúde. Convém destacar que as autoras realizaram, previamente, uma breve revisão bibliográfica acerca do conceito de interprofissionalidade no cuidado em saúde e elaboraram um instrumento síntese de registro das reuniões observadas. Neste instrumento foram elencados os seguintes aspectos: número de profissionais presentes; interação da equipe; escuta e comunicação; construção do cuidado (que profissionais levavam os casos para discussão, propunham ações e como se dava o processo decisório). Esse instrumento foi utilizado como um diário de campo, sendo feito o registro após o término de cada reunião, sendo também descritas impressões e observações importantes. Desse modo, o diário de campo foi a outra técnica de pesquisa escolhida.

As reuniões de equipe de referência (ER) da unidade de saúde¹ em que as autoras trabalhavam foram definidas como cenário de pesquisa, já que se constituem como o principal espaço formalizado e estruturado de construção do cuidado interprofissional em saúde. Definiu-se como critérios de inclusão as duas equipes de referência com maior composição multiprofissional e que a residente fizesse parte. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, com número CAAE 56704422.4.0000.5530 e parecer de número 5.410.050. Além disso, todas (os) participantes concordaram com a realização da pesquisa através de assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As observações foram realizadas de modo sequencial no período de agosto a setembro de 2022. Ao total, foram realizadas quatro observações, sendo duas em cada uma das equipes. Todas as reuniões foram gravadas, sendo posteriormente transcritas, de modo que foi utilizado o programa Microsoft Excel para organização dos dados coletados, junto aos dados de diário de campo.

A análise do conteúdo coletado foi baseada no método de Bardin. Inicialmente foi feita uma leitura flutuante de todas as transcrições e dos diários de campo para uma aproximação inicial com o material pesquisado. Após, realizou-se a seleção e aglutinação do conteúdo a partir de temas de aproximação, com posterior criação de três categorias de análise.⁸

As falas foram identificadas a partir da profissão, considerando a sua

¹ A unidade de saúde em questão possui quatro equipes de referência que foram divididas a partir de uma organização interna levando em consideração a população cadastrada nesse serviço.

importância para a discussão da interprofissionalidade. Além disso, também foi informada a ER, sendo utilizada a nomenclatura ER1 e ER2e foi colocado o número da reunião observada, nomeando-as como 1ª obs e 2ª obs. Acerca de trechos extraídos dos diários de campo utilizou-se apenas a identificação da ER e do número da reunião observada.

Categorias de Análise

A partir da leitura dos dados coletados, criaram-se três categorias de análise que estão associadas às características e aos elementos que expressam a existência da interprofissionalidade na construção do cuidado em saúde. As categorias construídas foram as seguintes: processo de trabalho interprofissional; temas centrais; atores principais, secundários e a construção do cuidado. A primeira categoria está relacionada ao modo como o trabalho se estabelece e se organiza nas equipes observadas. A segunda categoria foi elencada porque demonstra os temas que demandam maior discussão da equipe e que dizem respeito à execução de ações na APS. Por fim, a última categoria se vincula ao papel de cada profissional na construção do cuidado. Desse modo, primeiramente serão apresentados os elementos principais de cada uma das categorias e, posteriormente, será feita uma síntese dos resultados encontrados.

1. Processo de Trabalho Interprofissional

Na PNAB a ESF tem uma composição multiprofissional, tendo como equipe mínima: médico (a), enfermeiro(a), auxiliar de enfermagem ou técnico (a) de enfermagem e ACS; também pode fazer parte da equipe cirurgiões (ãs)-dentistas e auxiliar/técnico (a) em saúde bucal.⁴ Acerca disso, a unidade de saúde objeto deste artigo funciona em um modelo com quatro ESFs, dividindo os (as) profissionais entre quatro equipes de referência. As reuniões de ER ocorrem, em geral, uma vez por semana de forma presencial e com duração de uma hora. Ressalta-se que todas as quatro equipes realizam suas reuniões simultaneamente, no mesmo dia e horário, conforme agendado pela assistente de coordenação.

Também é importante destacar que, por ser um serviço de formação interprofissional, conta com profissionais e residentes previstos no modelo de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF- AB). Assim sendo, possui na sua equipe técnica de profissionais contratados (as):

farmacêutica (1), psiquiatras (2), nutricionista (1), terapeuta ocupacional (1), assistente social (1) e psicóloga (1). Somente as duas últimas profissionais ficam lotadas integralmente nesta unidade, fazendo parte das ERs, sendo que os (as) demais se integram ao serviço a partir de pactuações institucionais ou mesmo conforme a demanda do serviço.

Acerca da composição das equipes observadas, a ER1 é formada por ACS (1), assistente social residente (1), auxiliar administrativa (1), enfermeira (1), médicas (3, sendo duas residentes), nutricionista residente (1), técnicas de enfermagem (2), técnica farmacêutica (1) e técnica em saúde bucal (1). E a ER2 é composta por ACS (1), assistente social residente (1), auxiliar administrativa (1), cirurgiã-dentista (1), enfermeira (1), médicas (3, sendo uma residente) e técnica de enfermagem (1).

A literatura aponta que a organização do processo de trabalho através de um sistema de referência entre equipe profissional e população permite um acompanhamento mais integral e longitudinal do processo saúde-doença do (a) usuário (a).⁹ Uma das justificativas para a organização do trabalho a partir de um modelo de ER está explicitada na seguinte fala:

Eu não sei bem como era antes, mas assim, pelo que eu entendi o paciente pode marcar com qualquer dentista pelos horários, para não diminuir o acesso, mas eu acho muito ruim porque a gente acaba não acompanhando ninguém assim, de fato. (Cirurgiã-dentista- ER2-2ª obs).

Nesse trecho é possível observar que a trabalhadora, apesar de compreender que há um maior acesso no que se refere ao agendamento, entende que a efetivação do acompanhamento é mais difícil de se concretizar sem que haja uma organização do trabalho a partir de um sistema de referência entre equipe profissional e população. Somado a questão, o vínculo, que é outro aspecto relevante propiciado pela organização do trabalho a partir de ER, foi um elemento mencionado sete vezes nas reuniões observadas. Acerca disso, o vínculo foi considerado essencial para a formulação e condução do plano terapêutico, conforme explicitado no seguinte trecho: “Porque como ela não tem muito vínculo comigo, até para mim entrar, para chamar para o autocuidado talvez ela resista um pouco”. (Enfermeira - ER2- 2ª obs).

Com relação à organização do momento da reunião, foi possível perceber

uma diferença entre as duas equipes. Uma delas é mais estruturada e isso pode ser atribuído ao fato de haver um momento inicial de organização de pautas, além da realização de relatoria e síntese das decisões em torno dos casos discutidos. Entende-se como necessária a organização do processo de trabalho para que haja um melhor aproveitamento do momento de reunião. Acerca disso, na tentativa de organização dos casos que iriam ser discutidos na reunião, uma das profissionais fez a seguinte fala:

Vocês viram que estou acompanhando vários aqui da ER né? Tem algumas coisas assim para ver dos casos que estou acompanhando já, mas acho que talvez vamos priorizar esses casos que vocês vieram falar comigo ao longo das últimas semanas e que não deu tempo pra gente conversar. (Psicóloga- ER1- 1ª obs).

A partir da sua fala, foram pontuados os casos que poderiam ser discutidos, sendo debatidos os dois casos com maior gravidade. Por outro lado, na reunião em que não houve essa definição prévia das discussões, a sensação que uma das pesquisadoras teve foi a seguinte:

[...] Fico confusa com as combinações, às vezes, tenho a sensação de que se passam os casos, mas não se pensam sobre eles. Não se tem uma retomada das combinações. (Diária de Campo- ER1- 2ª obs).

Esse trecho demonstra certa dificuldade de organização presente nessa ER e o sentimento que gerou na pesquisadora foi de que aquele momento não estava se efetivando enquanto planejamento e construção do cuidado em saúde, havendo a prevalência de um caráter mais informativo.

2. Temas Centrais

Quanto aos temas centrais, observou-se a prevalência de três temáticas, sendo estas: as discussões relacionadas à saúde mental; a organização do planejamento participativo da unidade de saúde e as ações programáticas. No entanto, apesar das ações programáticas estarem presentes nas discussões, não surgiram com tanta frequência, sendo relevante, na visão das autoras, uma reflexão do porquê disso dada a sua importância para a APS.

Foi possível perceber a prevalência de discussões de casos relacionados à saúde mental. Acredita-se que isso decorre de duas questões: a presença da psicóloga em duas das reuniões observadas e a crescente demanda de atendimentos de saúde mental. Exemplo disso expressa-se em: “[...] A gente tá vivendo com tanta gente com risco [de suicídio] que a gente já fica assim

né”. (Psicóloga - ER1-1ª). Ainda sobre as discussões relacionadas à saúde mental, notou-se que é algo compartilhado entre as distintas profissões, não sendo atribuído apenas à psicologia o saber e a expectativa de acompanhamento dessas questões, como pode ser observado no seguinte trecho:

[...] Tu como psicologia pode ficar com esse caso meio no teu varal, no nosso varal e a gente continuar acompanhando ela em consulta médica, de enfermagem, com a nutrição. Ofertarum segmento menos espaçado se for do desejo dela, e a gente poder contar com o teu apoio na discussão até para compreender melhor o caso. (Enfermeira - ER1- 1ª obs).

E ainda em “Tem uma que está me chamando enlouquecidamente que quer falar muito, que precisade psicólogo, mas não quer vir aqui. Quer que eu vá lá primeiro, vamos ver qual que é” (ACS- ER1- 2ª obs). Acerca disso, considera-se importante pontuar que esses trechos exemplificam posturas profissionais de compartilhamento e de identificação da necessária interdependência entre os (as) profissionais para a efetivação do cuidado, correspondendo a uma das características da interprofissionalidade. Somada a essa questão, destaca-se que o caderno de atenção básica referente à saúde mental, aponta que práticas em saúde mental nesse nível de atenção podem ser feitas por todos os (as) profissionais de saúde através de uma postura acolhedora e de escuta atenta ao que está sendo trazido pelo (a) usuário (a), propiciando um espaço de reflexão e de vínculo com aquele sujeito atendido.¹⁰

Outro tema comum foi a organização do planejamento participativo. Esse evento é realizado a cada dois anos pelo serviço em questão e tem o objetivo de discutir o planejamento da unidade com a comunidade. No ano de 2022 pensou-se em uma modalidade descentralizada, dividida por ER e realizada nas praças do território, conforme explicação:

Cada ER vai se organizar para ver o melhor local da sua área e vai discutir qual vai ser a forma de divulgação que pode ser bem independente. Se a gente vai fazer vídeo, vai fazer cartaz pra mandar [...] E a ideia que eles comentaram do vídeo, que seria legal fazer assim a equipe explicando mais ou menos o que seria o planejamento e da importância do pessoal vir (Nutricionista- ER1- 2ª obs).

Destaca-se que a definição da organização do evento de forma descentralizada decorreu do entendimento da necessidade de retomada da

aproximação da unidade de saúde com o território. Outro aspecto que influenciou nessa escolha foi ter sido planejado em um momento de incerteza em relação ao número de casos de covid-19, optando-se por não reunir muitas pessoas em um local fechado.

Acerca das ações programáticas, em uma das equipes o acompanhamento de gestantes e de puericultura foi um aspecto bastante presente, havendo a revisão da lista de acompanhamentos, ressaltando-se o papel da ACS nessa organização. Por outro lado, na outra ER, nas duas reuniões observadas, não houve revisão das gestantes e da puericultura. Contudo, isso se explica pela diferença no perfil e nas necessidades em saúde da população atendida pelas duas equipes.

Percebeu-se que a discussão em torno de outras ações programáticas, que correspondem a um conjunto de ações que visam organizar as respostas dos serviços de saúde aos problemas e necessidades mais frequentes de uma população em determinado território, não foi algo presente no período observado.¹¹ Entende-se que a construção de ações programáticas propicia um maior planejamento, acompanhamento e avaliação das respostas dos serviços de saúde aos problemas mais prevalentes, construindo ações de forma mais coletiva. Ressalta-se que esse aspecto apareceu em um momento de uma das reuniões observadas da ER1, sendo algo proposto por uma residente visando o acompanhamento de pessoas com diabetes. Porém, essa proposição não teve muita repercussão no restante da equipe, não sendo uma questão planejada.

Acerca desse ponto, para as autoras chamou atenção o fato de que a dimensão do planejamento e da vigilância de ações programáticas, que seria uma das frentes de trabalho da APS, não foi algo presente. Contudo, entende-se que uma das razões para isso foram as alterações do processo de trabalho em decorrência da Covid-19, convocando as equipes a trabalhar a partir da urgência e do atendimento aos casos mais agravados, fazendo com que a dimensão do acompanhamento de indicadores e do planejamento de ações ficasse em segundo plano.

3. Atores principais, secundários e a construção do cuidado

Merhy e Franco situam a discussão da produção do cuidado em saúde a

partir do olhar sobre o processo de trabalho em saúde e o entendem como sendo relacional. Nesse sentido, apontam para a centralidade do que chamam de trabalho vivo, sendo aquele que se constrói pelos sujeitos do trabalho em ato, estabelecendo como principal a dimensão relacional, assim sendo, é um trabalho que se constitui a partir dos encontros e da conexão dos diferentes atores envolvidos na formulação do cuidado.¹²

Acerca do modo como se constrói o cuidado nas ERs observadas, a partir do olhar para a participação e envolvimento das diferentes categorias profissionais, notou-se que há profissionais com um papel de maior protagonismo, trazendo casos, colocando opiniões e proposições nas discussões realizadas. Em relação a essas profissionais, destaca-se o papel das profissionais que não seriam da equipe mínima da ESF no compartilhamento e na gestão dos casos acompanhados, conforme o seguinte trecho:

[...] Já são acompanhados há bastante tempo aqui na Unidade e eu fiquei pensando, mais recentemente, que tem que dar uma olhada no caso deles. [...] Acho que talvez enquanto ER, estar mais atentas. [...] Ajudar ela a organizar algumas coisas das medicações, rever os exames, ela também disse que tem bolhas nos pés que eu não sei o que são essas bolhas. (Assistente Social-ER2- 2ª obs).

Também ressalta-se a importância que as ACS possuem na contextualização e no resgate das histórias das pessoas atendidas, como afirmado em “Mas eu não conheço a família, daí a [...] [ACS] me situou. (Psicóloga- ER1 - 1ª obs)”. Além disso, nas discussões dos casos, as ACS trouxeram elementos que colaboraram para o entendimento da situação e para a posterior tomada de decisão em relação ao plano de cuidado formulado, expressando-se em dois trechos: “Ela foi professora, tem bons conceitos em colégios grandes aqui, [...]. Então, ela é uma pessoa que sabe bastante, tem uma boa índole. Ela está confusa. Algumacoisa está acontecendo. (ACS- ER1- 2ª obs)”. E ainda em “Só que pra mim ela disse que ela ia embora, ia deixar tudo e que ela não aguentava mais. Ela está em sofrimento gente e ela está com medo dele. Isso ela demonstrou. (ACS- ER2-1ª observação)”. Contudo, observou-se perfis distintos, sendo que uma das ACS é mais ativa e com maior protagonismo, enquanto que a outra é mais reservada, colocando-se em situações mais específicas.

Ainda em relação às profissionais com maior protagonismo, salienta-se o papel que a enfermeira da ER2 teve no planejamento e na articulação dos casos da ER, como evidenciado na seguinte fala:

[...] Ela veio no acolhimento com uma queixa assim, bem atrapalhada, está usando bengala agora, o marido não sei se é acamado, mas sei que a [...] [médica da ER] vê ele em casa. [...] Aí ela trouxe um monte de papel e [...] ela não sabia nem o que ela queria [...]. Vou passar o endereço pra ti [...] [ACS], tu vai primeiro, tu vê primeiro e nos traz o retorno. (Enfermeira- ER2- 2ª obs).

No trecho exemplificado é possível notar que a enfermeira observou que havia uma necessidade em saúde demandada pela usuária, mas que naquele momento não teve tempo de lhe escutar. Compreendendo isso, pediu para a ACS realizar uma visita domiciliar para maior entendimento, com posterior retorno da problemática para a ER. Essa situação demonstra a existência de uma relação de confiança entre as profissionais envolvidas no cuidado e que se relaciona a uma das características do trabalho interprofissional, estando associado ao reconhecimento do trabalho dos (as) demais profissionais e da interdependência entre os núcleos para a efetivação do cuidado.¹⁻³

Por outro lado, há profissionais que, ao longo das reuniões observadas, ocuparam lugares de maior escuta e de menor participação. Ao longo das reuniões observadas houve um episódio em que três profissionais de nível médio da ER1 não se integraram ao círculo, o que leva as autoras a refletir se isso pode ter relação com uma sensação de menor pertencimento aos espaços de discussão da ER, talvez não sabendo como contribuir ou achando que seu saber não é tão relevante quanto o das profissionais de nível superior ou mesmo por relações de hierarquia presentes, acabando por se posicionarem à margem do grupo. Pontua-se que essa não integração ao círculo é um analisador, vinculando-se à dimensão relacional e ao clima de equipe, sendo que, naquele momento, a configuração observada apresentou-se de forma segmentada, existindo profissionais que estavam no círculo da ER e as que estavam de fora. Contudo, avalia-se que seria necessária uma análise da configuração espacial do grupo por um tempo maior do que foi observado para que fosse possível apontar algumas conclusões.

Por fim, para encerrar a discussão em torno da construção do cuidado, é

importante evidenciar a preocupação que ambas as equipes tiveram da atenção ser centrada na (o) usuária (o), buscando aproximar-se do contexto de vida da pessoa atendida e de sua família, tentando compreender as suas reais necessidades em saúde e envolvê-las (os) nesse processo. Isso expressou-se na discussão do caso de uma família que estava encontrando dificuldades em dar continuidade às pactuações com a ER, sendo ponderado sobre a complexidade da vida daquela família. Outro elemento que corrobora com a afirmação de que o cuidado foi centrado na população usuária foi a percepção de que, ao longo das reuniões observadas, a construção do cuidado não se deu de forma prescritiva ou protocolar, pelo contrário, havia uma processualidade na definição do plano de acompanhamento que estava atrelada à dimensão relacional. Entende-se que a processualidade da construção do cuidado pode ser expressa no seguinte trecho:

[...] Eles podem fazer o que eles quiserem da vida deles assim, mas eles estão negligenciando de certa forma. [...] Mas assim, pensando nela [usuária], a gente tem que estar indo mais [...] acho que muito da melhora no cuidado é o fato de saber que está indo a Assistente Social, foi a Nutricionista, foi a Enfermeira, a [...] [ACS] está indo. As pessoas estão atentas a isso. [...] Mas eu acho que a gente teria que avaliar o quanto a [...] [familiar] tem condições de fazer esse cuidado. (Enfermeira- ER2- 1ª obs).

Ou mesmo na discussão de uma situação delicada de uma usuária que planejava trazer seu familiar para uma consulta médica sem lhe falar a verdade, de modo que a equipe entendeu que a melhor forma de agir seria a seguinte:

[...] Dá pra fazer uma fala assim: a gente conversou em equipe e a nossa posição é de que a gente não pode ter um segredo com a avó porque senão a gente acaba com qualquer chance dele [sujeito que viria na consulta] confiar na gente. Então que ela vai conversar em casa que a consulta é para ele, independentemente da reação que ele vai ter. Porque dependendo da reação nós vamos ter uma conduta ou outra [...] (Psicóloga - ER1- 1ª obs).

Portanto, nesses exemplos, há uma busca pelo envolvimento do (a) usuário(a) e de seus familiares no processo de construção do cuidado. Além disso, há uma definição de objetivos comuns e de pactuação em equipe no que se refere à execução do plano de cuidado, o que corresponde a uma característica da interprofissionalidade.

RESULTADOS

A interprofissionalidade esteve presente nas reuniões de ER observadas, contudo, dado o seu caráter processual, esteve mais ou menos presente. Acerca disso, destaca-se a sua prevalência em casos mais complexos, especialmente aqueles vinculados às discussões de saúde mental, havendo a participação e a construção conjunta do cuidado em saúde. Portanto, foi possível observar que a interprofissionalidade esteve associada a uma forma de agir no trabalho em saúde a partir de uma perspectiva de compartilhamento, sendo que ambas as equipes tinham a preocupação com a concretização da atenção centrada nas necessidades do (a) usuário. Contudo, identificou-se empecilhos para a efetivação da interprofissionalidade, estando relacionados à organização do próprio trabalho, bem como ao entendimento que corresponde o momento de reunião de ER e ao próprio contexto da APS pós agudização da pandemia de Covid-19.

A partir da compreensão de Merhy e Franco acerca do trabalho em saúde e da apresentação das três categorias de análise, compreende-se que a interprofissionalidade está associada a uma forma de agir no trabalho em saúde, sendo algo que se estabelece de forma processual a partir das relações entre os (as) trabalhadores e com a população usuária.¹²⁻¹³ Destaca-se que, ao longo do período observado, foi possível notar elementos que expressam relações interprofissionais, considerando que a tomada de decisão foi feita de forma conjunta, sendo pensada de forma dialogada e integrada acerca do cuidado em saúde. Essa percepção está relacionada ao que é caracterizado como comunicação interprofissional que diz respeito à capacidade de escuta e de diálogo entre os diferentes sujeitos envolvidos no processo de construção do cuidado.¹⁴

Associado a isso, ressalta-se a preocupação de ambas as equipes com a concretização da atenção centrada nas necessidades do (a) usuário (a), pensando em estratégias para que o plano de cuidado formulado pelos (as) profissionais no espaço da reunião fizesse sentido para aquele sujeito, utilizando-se do diálogo, do acolhimento e do vínculo para tal. A literatura aponta que a organização do trabalho de forma interprofissional pode ser uma possibilidade de efetivação da atenção centrada no indivíduo, considerando a integralidade de suas necessidades.¹³⁻¹⁵

Ficou evidenciado que há diferentes atores envolvidos na coordenação do cuidado, sendo que cada profissional desempenha um papel nesse processo que se soma e se articula ao papel desempenhado pelo(a) outro (a) trabalhador (a). A atenção centrada no (a) usuário (a) se articula à discussão em torno da construção do projeto terapêutico singular (PTS), correspondendo à construção de condutas terapêuticas para determinado sujeito, sendo produto da discussão coletiva da equipe que acompanha essa pessoa.¹⁶ Notou-se que nos casos mais complexos, em ambas as equipes observadas, a discussão foi compartilhada entre um maior número de núcleos profissionais, sendo formulado, ou mesmo, revisto o PTS de forma processual.

Por outro lado, foi possível identificar alguns empecilhos para a efetivação da interprofissionalidade no cuidado em saúde. Sobre este tema, é importante retomar a conceituação de Gastão Campos, a qual diferencia núcleo e campo, entendendo que o primeiro expressa a identidade de uma área do saber e do trabalho profissional, enquanto que o segundo diz respeito a um espaço de limites imprecisos em que as profissões se articulam para responder às necessidades teóricas e práticas.¹⁷

A partir dessa caracterização compreende-se a reunião de ER enquanto esse espaço de campo, sendo que, a partir da interprofissionalidade, os núcleos profissionais cooperariam na construção de respostas às questões surgidas nesse espaço.² Contudo, esse tipo de postura profissional ainda é difícil de se concretizar no cotidiano de trabalho porque é produto da forma fragmentada como as profissões são pensadas.¹⁸ Acercadisso, observou-se, ao longo das reuniões, que alguns núcleos profissionais se integram mais e participam de forma mais ativa que em comparação a outros e, portanto, aponta-se como primeiro empecilho para a efetivação da interprofissionalidade no cuidado em saúde questões relacionadas ao próprio entendimento do que é o espaço da reunião de ER e de qual pode ser a contribuição de cada trabalhador (a) nesse lugar.

O segundo aspecto diz respeito ao planejamento e à organização do momento de reunião de ER. Observou-se essa diferença entre as duas equipes, sendo que a equipe que tinha o hábito de estabelecer uma pessoa

responsável pela coordenação, organização das pautas e relatoria conseguia ter um melhor aproveitamento do tempo de reunião. Em relação a isso, destaca-se que a relatoria tem por objetivo o registro dos pontos discutidos, das decisões tomadas e das ações a serem realizadas, sendo um instrumento importante de ser retomado nas reuniões subsequentes para que haja um acompanhamento do desenvolvimento do plano de cuidado traçado para aquela pessoa que teve a sua situação discutida em ER ou mesmo de ações planejadas. Portanto, aponta-se que o planejamento e a organização das ERs são essenciais para garantir que o tempo de reunião seja bem aproveitado, que as discussões sejam relevantes e produtivas e que os planos de cuidado sejam implementados e acompanhados.

Por fim, o terceiro aspecto está associado ao próprio contexto em que a pesquisa foi realizada, sendo um momento em que a APS, e por consequência, a unidade objeto da pesquisa vivenciava a junção de uma série de problemáticas, como: crescente demanda assistencial e aumento da gravidade dos casos; permanência de espaços voltados para o atendimento de sintomáticos respiratórios com suspeita de covid-19 e retomadas de ações características do trabalho da atenção primária à saúde. É importante salientar que essa junção trouxe como consequências uma sobrecarga de trabalho para os (as) trabalhadores (as), cansaço, desmotivação e, até mesmo, de descaracterização do trabalho na APS, expresso, por exemplo, na falta de planejamento de ações programáticas.

A análise do clima de equipe é uma das características relacionadas à existência do trabalho interprofissional e aponta-se que, apesar do curto período analisado, foi possível perceber que as alterações no processo de trabalho decorrentes do contexto de pandemia de Covid-19 trouxeram impactos para as reuniões de ER. Tais aspectos foram expressos através do senso de urgência, da dificuldade de planejamento e de acompanhamento, o que acabava por reduzir o tempo e a qualidade de algumas discussões. Acerca dessa questão, um estudo realizado no ano de 2021 apontou que as práticas interprofissionais podem ser uma ferramenta de reorganização do trabalho no contexto da Covid-19, apresentando maior capacidade de enfrentamento a essas situações complexas. Contudo, não encontraram nenhum estudo que discutisse o trabalho interprofissional durante o primeiro ano de pandemia de COVID-19 âmbito da APS.¹⁵ Portanto, ainda se

faz necessário maiores discussões em torno da interprofissionalidade nesse novo contexto de APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo procurou compreender a interprofissionalidade no cuidado em saúde realizado por profissionais de uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, após o contexto de agudização da Covid-19. A interprofissionalidade esteve presente nas reuniões de ER observadas, porém, dado o seu caráter processual, ora esteve mais ora esteve menos presente.

No período em que o estudo foi formulado, a pandemia de Covid-19 ainda era algo do cotidiano, havendo uma série de reestruturações do processo de trabalho na APS para responder a esse contexto. Por outro lado, o momento da coleta de dados foi marcado pela significativa diminuição do número de casos de Covid-19, não tendo impactado diretamente no objeto de estudo desta pesquisa. Contudo, as alterações no processo de trabalho decorrentes desse contexto foram identificadas como empecilhos para a efetivação da interprofissionalidade no cuidado em saúde, somado ao cenário de desmonte e precarização da atenção primária à saúde.

A partir do estudo, conclui-se que a interprofissionalidade é expressão de um agir em saúde, com caráter processual, havendo momentos em que é mais evidente a organização do trabalho a partir de uma perspectiva interprofissional. De maneira geral, em ambas as equipes de referência observadas há o movimento pela construção do cuidado de forma interprofissional porque há confiança entre as profissionais, sendo valorizados os diferentes sujeitos envolvidos nesse processo, além da atenção ser centrada no (a) usuário (a). Ademais, nota-se que a interprofissionalidade se expressa de maneira mais acentuada em casos mais complexos, considerando a multidimensionalidade do adoecimento, havendo assim o envolvimento de diferentes núcleos profissionais.

Por fim, foram identificados alguns empecilhos para a efetivação da interprofissionalidade no cuidado em saúde e percebe-se a importância de outros estudos que discutam o trabalho em equipe a partir da perspectiva interprofissional no contexto atual da APS. Também sugere-se estudos

futuros que analisemos alterações no processo de trabalho decorrentes do contexto de pandemia de Covid-19 e os seus desdobramentos para a organização do trabalho através de sistema de referência entre equipe profissional e população. Além disso, aponta-se como limitação do trabalho o curto período analisado, entendendo que a observação das ERs por um maior período de tempo traria mais elementos para que pudesse ser analisado clima de equipe, a relação entre as profissões, bem como o processo de construção e de acompanhamento do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saude*. 2020;18(1):1-20.
2. Ceccim RB. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In: Toassi RFC, org. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: RU; 2017. pág. 49-67.
3. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface Com Saude Educ*. 2017;21(62):601-13.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) eo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Cienc Saude Colet*. 2020;25(4):1475-81.
6. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino, R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saude Publica*. 2020;36(8):1-5.
7. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
8. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 1979.
9. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cienc Saude Colet*. 1999;4(2):393-403.
10. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica nº 34 Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 173 p.
11. Ferreira SSR, Takeda SMP, Lenz ML, Flores R. As ações programáticas em serviços de Atenção Primária à Saúde. *RBMFC*. 2009;10(23):48-56.
12. Merhy EE, Franco, TB. *Cartografias do trabalho e cuidado em saúde*. *Tempus: Actas Saude Colet*. 2012;6:151-63.

13. Ribeiro AA, Giviziez CR, Coimbra EAR, Santos JDD, Pontes JEM, Luz NF, et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. *Esc Anna Nery*. 2022;26:1-10.
14. Diniz ALTM, Melo RHV, Vilar RLA. Análise de uma prática interprofissional colaborativa na estratégia saúde da família. *Rev Cien Plural*. 2021;7(3):137-57.
15. Fernandes SF, Trigueiro JG, Barreto MAF, Carvalho REFL, Silva MRF, Moreira TMM, et al. O trabalho interprofissional em saúde no contexto da pandemia de COVID-19: revisão de escopo. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:1-11.
16. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 2ª ed. 60p.
17. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cienc Saude Colet*. 2000;5(2):219-30.
18. Toassi RFC, Olsson TO, Lewgoy AMB, Bueno D, Peduzzi M. Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para a aprendizagem interprofissional. *Trab Educ Saude*. 2020;18(2):1-17.