



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, Supl.++ n. 1 (2022).

RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8nsup1p361-373

Relato de Experiência sobre a Educação Interprofissional e a Clareza de Papéis entre os Profissionais de Saúde do NASF

Experience report on interprofessional education and the clarity of roles among NASF health professionals

Amanda Samara dos Santos Araújo

Graduada em Nutrição; Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), Santa Cruz-RN, RN, Brasil;

E-mail: amandasamara297@gmail.com;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1089-5878>

Kyra Kadma Silva Fernandes de Medeiros

Graduanda em Psicologia; Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), Santa Cruz-RN, RN, Brasil;

E-mail: kyra_kadma@hotmail.com;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4905-8636>

Rafaela Gomes da Silva

Psicóloga da Residência Multiprofissional em Atenção Básica; Escola de Ciências Médicas da UFRN (EMCM-UFRN), Currais

Novos, RN, Brasil;

E-mail: rafaela97gomes@gmail.com;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7429-5900>

Mayhara Myrna Bezerril Freire de Lima

Enfermeira e coordenadora da Atenção Primária em Saúde (APS); Secretaria Municipal de Saúde, Santa Cruz-RN, RN, Brasil;

E-mail: mayharamyrna@hotmail.com;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7525-1168>

Egmar Longo

Fisioterapeuta e PhD em Health of Children; Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), Santa Cruz-RN, RN, Brasil;

E-mail: egmarlongo@gmail.com;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6263-1818>

José Jailson de Almeida Júnior

Enfermeiro e Professor Doutor em Educação; Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), Santa Cruz-RN, RN, Brasil;

E-mail: jailsonjrn@gmail.com;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7448-0703>

Resumo: Este relato de experiência busca trazer discussões sobre a clareza de papéis entre profissionais a partir da observação participante realizada no Núcleo Ampliado de Saúde da Família, localizado em Santa Cruz, interior do Rio Grande do Norte. Durante o processo, o grupo de apoio matricial, do Programa de Educação pela Saúde no âmbito da interprofissionalidade, se inseriu no dia a dia no serviço e, mais especificamente, nas visitas domiciliares realizadas pelos profissionais. A partir da observação participante discutimos como parte dos profissionais ainda possui uma representação cotidiana sobre a atuação dos colegas e trabalham de maneira individualizada. Ainda, destacamos que os profissionais que atuam mais frequentemente juntos parecem ter uma melhor

compreensão da atuação dos colegas, no entanto, o trabalho interprofissional propriamente dito não foi observado durante as visitas domiciliares realizadas.

Palavras-chave: Educação Interprofissional; Equipe de Assistência ao Paciente; Papel Profissional.

Abstract: This experience report seeks to bring discussions about the clarity of roles among professionals based on the participant observation carried out at the Extended Family Health Center, located in Santa Cruz, in the interior of Rio Grande do Norte. During the process, the matrix support group, from the Health Education Program within the scope of Interprofessionality, was inserted in the daily routine of the service and, more specifically, in the home visits made by the professionals. From the participant observation, we discussed how part of the professionals still has a daily representation about the performance of colleagues and work individually. Still, we highlight that the professionals who work more often together seem to have a better understanding of the performance of colleagues, however, the interprofessional work itself was not observed during home visits.

Keywords: Interprofessional Education; Patient Assistance Team; Professional Role.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) ao criar a Atenção Primária à Saúde (APS) como ferramenta para ampliar a efetividade da assistência, abriu portas para a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta, por sua vez, subsidia a organização das ações e das práticas assistenciais, e é fundamental no processo de fortalecimento da municipalização da APS. Ademais, busca promover um modelo de assistência focado no trabalho por meio de equipes de saúde^{1,2}.

A partir disso, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) surge diante das necessidades presentes nas equipes da Atenção Básica, como forma de ampliar o acesso ao cuidado integral em saúde. Esse serviço, nesse sentido, é orientado pelo apoio matricial, que busca oferecer suporte pedagógico-terapêutico a ESF, através de uma equipe composta por profissionais com diferentes atuações, que devem compartilhar saberes e práticas a fim de contribuir para a integralidade do cuidado oferecido às pessoas¹.

Por ser um serviço constituído por uma equipe de diferentes profissionais, é necessária uma atuação colaborativa para que o objetivo de cuidado em saúde integral, preconizado pelo NASF, seja atingido. No entanto, essa colaboração ainda é um desafio dentro da equipe de trabalho, é nesse sentido que a Educação Interprofissional (EIP) se propõe a contribuir na formação dos profissionais, para que desenvolvam competências que possibilitem um trabalho em equipe colaborativo³.

A EIP tem sido cada vez mais estudada e utilizada como método na formação dos profissionais. Tendo em vista as mudanças do perfil epidemiológico da população, bem como do crescimento demográfico e do aumento das doenças crônicas, faz-se necessário repensar o modelo de atenção à saúde vigente, a fim de suprir novas demandas que a realidade apresenta³. E essa mudança, por sua vez, requer a superação de práticas profissionais individualizadas.

No entanto, modificar a lógica do cuidado em saúde individualizado, focado na doença, requer uma transformação no processo formativo dos profissionais de saúde, tendo em vista que um ensino isolado e fechado em si mesmo reflete na desconexão das profissões⁴.

A discussão acerca da necessidade de uma nova proposta de formação profissional surge na década de 60, no Reino Unido, e, posteriormente, em outros países como o Canadá e os Estados Unidos. Essas discussões resultaram em um movimento que envolveu inúmeros países, o que impulsionou a construção da EIP⁵.

A definição mais reconhecida acerca da EIP foi produzida pelo Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE), do Reino Unido. De acordo com a CAIPE, a EIP “ocorre quando duas ou mais profissões aprendem entre si, com e sobre as outras, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados”^{6:2}. No entanto, apesar de ser o mais reconhecido, este conceito também foi incorporado à outras definições associadas à EIP.

Uma dessas noções foi proposta pelo The Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), do Canadá, que define a EIP como uma forma colaborativa de aprender a partir de disciplinas de diferentes categorias profissionais, a fim de desenvolver habilidades e valores importantes para o trabalho em equipe⁷.

A outra definição que incorporou a noção produzida pela CAIPE, foi proposta pelo Centro de Educação Interprofissional Colaborativa (IPEC), dos Estados Unidos, que aponta a EIP como um processo formativo interdisciplinar para os profissionais de saúde, que, a partir das experiências da realidade, podem contribuir no cuidado em saúde das crianças, dos jovens e das famílias⁸.

A construção do modelo da EIP foi baseada através de competências, seja pela necessidade de ser repensada como corrente da EIP mais contemporânea, seja para aproximar as discussões entre os alunos de diferentes cursos. O intuito é fortalecer o apoio entre equipes profissionais para uma colaboração multidimensional mais coerente⁹.

Assim, esse modelo de educação busca, em equipe: reduzir a duplicação de ações profissionais nos serviços de saúde; reduzir os erros, a começar de uma comunicação mais efetiva; aumentar a satisfação dos usuários; garantir a segurança dos usuários através das ações integradas

e, a partir disso, reduzir e racionalizar custos dos serviços de saúde¹⁰. Portanto, surge como uma proposta metodológica que se volta para o aprendizado conjunto entre as profissões, diferentemente da tradicional⁴.

Diante desta perspectiva, Bines ressalta o desenvolvimento de algumas competências no interior da EIP, tais como comunicação, gerenciamento de conflitos e trabalho em equipe⁹. Tais aspectos pretendem gerar novas formas de conhecimento e ação, bem como a reformulação das práticas necessárias em saúde.

As competências podem ser classificadas como: comuns, usuais entre todas as profissões; complementares, que se relacionam na distinção de uma profissão e complementam outras profissões; e as colaborativas, que contribuem dentro da própria atuação, mas também para as outras profissões, organizações, grupos, pacientes e cuidadores⁹. Essas competências contribuem, entre outras coisas, para a compreensão dos objetivos comuns; o reconhecimento das responsabilidades dos profissionais acerca dos próprios papéis; e, nessa perspectiva, para o respeito entre os profissionais.

Dando ênfase ao que se referem essas competências, aqui considera-se as definições que o conselho de Educação Interprofissional Colaborativa (IPEC) utiliza. No que tange à competência de atenção centrada no paciente, nomeada pelo conselho da IPEC como “Valores/Ética Expectativas Comportamentais”, está relacionada às necessidades do indivíduo e da sua família (condições socioeconômicas, ambientais, culturais, entre outras), sendo o paciente o ator principal¹¹.

A competência comunicação ou “Expectativas Comportamentais de Comunicação Interprofissional” apresenta como propósito melhorar a comunicação dentro do trabalho, bem como acolher a contribuição e opiniões dos outros profissionais. Outro ponto de destaque nessa competência se refere à utilização de uma linguagem acessível com a comunidade, ou seja, menos técnica, para repassar informações à população, ora em uma consulta ora em ações de prevenção e promoção à saúde¹¹.

A competência “Expectativas Comportamentais de Equipe e Trabalho em Equipe” ou trabalho em equipe, apesar de ser citada separadamente, se insere em todas as outras competências, já que todas elas estão inter-relacionadas. Essa competência tem como desígnio integrar o conhecimento e a prática de profissões distintas, a fim de contribuir: nas tomadas de decisão sobre a(s) conduta(s) nos atendimentos; na realização de discussões de casos clínicos; na divisão de responsabilidades; nas reflexões sobre a atuação dos profissionais; e, de maneira geral, no cuidado integral em saúde¹¹.

Por fim, segundo o conselho da IPEC, a clareza de papéis ou “Papéis/Responsabilidades Expectativas Comportamentais”, objetiva que os profissionais de diferentes formações reconheçam o próprio papel e quais os papéis dos outros profissionais dentro da equipe¹¹. Isso para que se complemente o cuidado em saúde, com a garantia de atendimento integral, e que se fortaleça a segurança nas condutas individuais de cada paciente - o que pressupõe um trabalho interprofissional constante. Além disso, contribui para a manutenção do respeito mútuo e o reconhecimento dos valores compartilhados¹². Essa competência também subsidiará a definição de objetivos comuns, os quais desenvolvem um projeto assistencial integrado que impacta na qualidade da assistência ao paciente,^{13:1686} o que reforça a importância da clareza de papéis dentro da equipe.

Na literatura existem estudos que buscaram compreender como essa clareza de papéis tem se apresentado em determinadas áreas de atuação^{14,15,16}. No entanto, esses estudos enfatizaram as realidades de grandes centros urbanos. Sendo assim, a presente proposta se centra na importância de entender a realidade do interior, e busca contribuir no processo de produção de conhecimento a respeito da temática da clareza de papéis entre profissionais atuantes no interior do estado do Rio Grande do Norte.

O objetivo desse estudo consistiu, então, dentro da perspectiva da EIP, em discutir sobre a clareza de papéis entre os profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), situado na cidade de Santa Cruz/RN.

Metodologia

Este relato de experiência parte da observação participante do dia a dia dos profissionais do NASF. A proposta da observação participante partiu do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Interprofissionalidade (PET-Saúde/Interprofissionalidade), que apresentou a competência “clareza de papéis” em um dos encontros de discussão, no qual foi sugerido que os alunos analisassem a temática através da inserção no sistema de trabalho do NASF. Este processo foi desenvolvido no período compreendido entre 21 de outubro e 22 de novembro de 2019 em Santa Cruz-RN.

No processo de observação participante proposto, foram utilizados como elementos norteadores os aspectos relacionados à clareza de papéis que se apresentavam no dia a dia dos profissionais, nos diálogos, nas situações e condutas. Compreende-se que a observação participante

consiste na inserção dentro do campo, a fim de compreendê-lo, e, para tanto, tem a participação direta daqueles que investigam no cotidiano das pessoas atuantes do campo em questão¹⁷. Para a inserção no NASF, os discentes foram divididos em pequenos grupos e, posteriormente, foram agendadas e realizadas visitas ao serviço. Na primeira visita foi apresentada aos profissionais a proposta da atividade e o seu objetivo principal: compreender como eles entendem a atuação dos outros profissionais no serviço de saúde mencionado, a partir da observação participante. As visitas seguintes, marcadas antecipadamente, foram realizadas para observar a dinâmica do serviço, os profissionais atuantes e as demandas que surgiam no dia a dia.

Ao todo foram realizadas 3 visitas ao serviço e 3 visitas domiciliares com profissionais de diferentes áreas. Foram realizadas anotações em diários de campo durante esses momentos. O diário de campo consiste em uma ferramenta construída no dia a dia, ao longo da experiência dentro do campo escolhido, e a partir da observação de determinado grupo e/ou espaço. Esse instrumento permite que o observador construa uma autoanálise durante a experiência¹⁸.

A proposta da atividade não incluiu o uso de informações pessoais dos participantes. Nesse sentido, ao longo das discussões serão preservadas as identidades dos profissionais, bem como quaisquer referências que possam revelá-las.

Resultados/Discussão

A partir da proposta de compreender como se apresenta a clareza de papéis entre os profissionais do NASF, foram constituídos grupos compostos por preceptores e alunos de diferentes áreas do PET-Saúde/Interprofissionalidade. Inicialmente foi agendada uma apresentação para os profissionais do NASF acerca da proposta, e, posteriormente, o grupo passou a comparecer ao serviço em horários marcados com os profissionais.

Nesse processo de inserção no serviço, o grupo observou desde a realização de reuniões breves entre parte da equipe para a tomada de decisões, bem como a maneira que se discutiam os casos. Além disso, houve acompanhamento das visitas domiciliares realizadas, comumente entre pares de profissionais de diferentes áreas. Neste relato, dar-se-á ênfase a três dessas visitas, a partir de anotações realizadas durante esses momentos no diário de campo.

Um ponto de destaque inicial para essa discussão se refere a uma questão da estrutura física do NASF. Observou-se que, no referido serviço, os profissionais dispõem de uma sala central que possui uma mesa de formato circular. Damos ênfase a esse espaço porque ele possibilita que a

equipe, diariamente, se encontre e discuta questões de maneira aberta e horizontal, bem como compartilhar dúvidas em relação a casos e outras demandas.

As discussões entre a equipe para decidir qual par de profissionais realizaria determinada visita domiciliar, tomava como referência o quadro e demandas de paciente(s). Percebeu-se que para essa tomada de decisão, os profissionais apresentavam minimamente uma noção dos papéis dos outros membros da equipe, tendo em vista que, a partir das necessidades do paciente ou de suas demandas, conseguiam sugerir determinado profissional para realizar a visita domiciliar. É válido inferir que, às vezes, essas noções ainda estão fortemente relacionadas às representações cotidianas que se possui acerca de cada profissão, e, por essa razão, se torna necessário a vivência do trabalho em equipe e a educação permanente sobre o tema.

A formação do pensamento acerca das representações sociais presentes no nosso dia a dia depende de diversos fatores, tais como: as distintas maneiras de conhecimento e comunicação, orientadas por propósitos diferentes e formas inconstantes. Para tanto, existem duas vertentes: uma pelo qual o conhecimento é obtido de modo informal, e outra através de meios científicos. As duas formas possuem propósitos diferentes, mas com o mesmo objetivo, que é discutir as representações sociais e como se dá sua construção como indivíduos. Portanto, a forma como o outro enxerga tal representação, foi construída ao longo da vida através dos conhecimentos obtidos no convívio social e/ou com embasamento científico¹⁹.

Após a tomada de decisão sobre a visita domiciliar, os profissionais se deslocavam à casa do(a) paciente. É importante destacar que foi comum observar os profissionais responsáveis pela visita discutirem algumas nuances dos casos e salientarem condutas já realizadas dentro da própria área. Essa situação parece ser muito necessária, tendo em vista que pode contribuir para que o outro profissional compreenda como o seu colega atua, aproximando-o de uma maior clareza de papéis sobre a atuação de outra área. Além disso, pode abrir possibilidades para pensar condutas compartilhadas com esse profissional.

Visita Domiciliar I - Fisioterapeuta e Técnica de Enfermagem

No primeiro momento, ainda na sede do NASF, foi discutido entre a equipe que a principal demanda da paciente que seria visitada naquela ocasião, cabia à fisioterapeuta, visto que essa profissional já a acompanhava. Portanto, a equipe se organizou e decidiu que a fisioterapeuta e a

técnica de enfermagem (cedida para o NASF) seriam responsáveis pela visita domiciliar em questão, da qual também participamos.

O grupo se encaminhou para a residência de uma senhora que havia sofrido um acidente de carro há alguns dias, e foi acometida por diversos agravos a partir desse acontecimento. Percebe-se que esse evento foi um disparador de diversas queixas da família pois, ao longo da visita, relataram que a senhora era muito saudável e agora se encontrava acamada e muito debilitada. Assim, nessas ocasiões, se faz importante um diálogo que evidencie essa mudança repentina de realidade, pois faz parte do processo de comunicação, mais especificamente a escuta qualificada, na qual os profissionais trocam conhecimentos e escutam as demandas dos usuários, promovendo o cuidado integral³.

Já a atuação da técnica de enfermagem foi destinada a troca de alguns curativos da paciente, enquanto a fisioterapeuta realizou um atendimento mais complexo, com exercícios específicos para os diversos agravos da paciente, de modo lento, acompanhando o seu ritmo.

Era notável a angústia da família em relação aos avanços vagarosos da paciente, pois apesar da profissional ter realizado as técnicas, a família não percebia evolução significativa. Somado a isso, a paciente encontrava-se chorosa e relatava dificuldades para dormir. Dessa forma, a fisioterapeuta, a partir do processo de escuta, identificou que seria necessária a atuação da Psicologia. Posteriormente a família foi informada que a Psicóloga passaria a realizar visitas domiciliares com mais frequência.

Nesse ponto é possível refletir sobre o processo de acolhimento, diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que preconiza um atendimento que se atente às necessidades do(a) usuário(a), e possibilite que ele(a) tenha acesso às tecnologias adequadas²⁰. Além disso, o acolhimento favorece uma relação mais próxima entre o profissional/serviço e a comunidade²¹.

Destaca-se ainda, na situação observada, a preocupação da fisioterapeuta em indicar um atendimento a partir da demanda que se apresentava, e isso é de suma importância na atuação do trabalho em equipe e pode promover a integralidade do cuidado da paciente. Além disso, episódios como este remetem à complementaridade do cuidado, que é imprescindível para a resolutividade das demandas¹⁵.

Apesar de a fisioterapeuta reconhecer a necessidade da atuação da psicologia nessa situação, não há informações suficientes para afirmar se a profissional tem ou não clareza sobre o papel da(o) psicóloga(o). Por um lado, pode-se supor que a atitude da fisioterapeuta esteja relacionada às representações cotidianas que se possui sobre cada profissão. Por outro, é possível

que essa profissional de fato reconheça o papel de sua colega, a partir das vivências no cotidiano de trabalho e/ou de um processo formativo que tenha contribuído para tanto.

Compreende-se que a oportunidade de estudantes de várias áreas aprenderem juntos, ainda na graduação, pode contribuir na minimização de estereótipos comuns acerca da atuação das profissões¹⁴. Além disso, reitera-se o fato de ser na graduação que se estimula o desenvolvimento das habilidades e competências para o trabalho interprofissional, a fim de que isso possa repercutir na prática profissional.

Visita domiciliar II e III - Nutricionista e Fisioterapeuta

A segunda visita domiciliar se deu com as profissionais Nutricionista e Fisioterapeuta, e a paciente tratava-se de uma senhora acamada há alguns anos por consequência de um Acidente Vascular Encefálico (AVE) que deixou inúmeras sequelas. Alguns desses problemas consistiram em ficar sem falar e sem andar, além do aumento de peso pela condição de se manter deitada na cama.

Quanto a atuação das profissionais nesse caso, a partir das necessidades que a responsável pela paciente apresentou, a nutricionista considerou uma mudança na alimentação devido o ganho de peso, e a inserção de um suplemento alimentar para complementar a oferta de nutrientes.

Já a conduta realizada pela fisioterapeuta consistiu em realizar exercícios nas mãos e nos pés da paciente para melhorar a mobilidade, principalmente pelo quadro de rigidez muscular que com o tempo já havia evoluído. Ao final da visita, foram prescritas orientações pelas duas profissionais, relacionadas à área de atuação de cada uma.

A partir dessa situação, observamos procedimentos bastante individualizados, em que cada profissional realizou a própria conduta orientada dentro da área específica em que atua. Apesar de atendidas as demandas e necessidades da paciente, os profissionais não trabalharam de forma interprofissional.

Neste mesmo dia foi realizada outra visita domiciliar, na qual foram realizadas orientações básicas pelas profissionais aos familiares cuidadores, tendo em vista que o quadro clínico da paciente era considerado crítico. O caso se referia a uma senhora que se alimentava por sonda nasogástrica e com complicações nos pulmões.

A nutricionista deu orientações importantes para as duas filhas da paciente, principalmente sobre quais utensílios deveriam ser utilizados para não haver contaminação de microorganismos nos alimentos e piorar o quadro; a consistência e quantidade correta para a dieta, já que a paciente

não estava com condições de se alimentar por via oral; e afirmou que voltaria no dia seguinte com um cardápio quantitativo para auxiliá-las nesse processo.

A fisioterapeuta chamou atenção para os problemas pulmonares que a paciente estava apresentando e afirmou que infelizmente não poderia realizar muitos procedimentos, pois era um caso hospitalar e o NASF só prestava atenção no nível de cuidado básico.

Nesta visita a mesma realidade se repetiu: os profissionais atuaram de maneira individualizada, sem muito diálogo entre as condutas. Destacamos que além das percepções a partir dessas visitas domiciliares, durante os momentos de conversas entre os profissionais, foi observado que a profissional nutricionista e a profissional fisioterapeuta pareciam conhecer mais a atuação uma da outra. Notou-se, ainda, que essas duas profissionais atuavam mais frequentemente juntas, e, além disso, faziam parte do PET-Saúde/Interprofissionalidade.

O fato de trabalharem juntas com maior frequência sugere que a prática de trabalho em equipe é imprescindível para uma melhor compreensão do trabalho dos colegas. E em relação à participação no PET-Saúde/Interprofissionalidade pode representar uma maior aproximação dessas profissionais à noção de trabalho em equipe interprofissional e às competências a ele relacionadas (comunicação, clareza de papéis, entre outras). Nesse sentido, prática e teoria aqui se destacam como um caminho para uma melhor compreensão dos profissionais acerca da atuação uns dos outros.

Por outro lado, apesar de apontar que essas profissionais (fisioterapeuta e nutricionista) parecem reconhecer mais a atuação uma da outra, é importante ressaltar que durante as visitas domiciliares as práticas de ambas eram individualizadas. Isso abre possibilidade para refletir que não é suficiente saber na teoria e na prática o que o outro profissional faz, para que o trabalho interprofissional de fato aconteça. E, nesse sentido, destacamos que para que a interprofissionalidade ocorra, se faz necessária a interação de outras competências aqui já mencionadas. Essa compreensão dialoga com Peduzzi e colaboradores, que destacam que, além da limitada compreensão entre os profissionais acerca da atuação das outras áreas, existem outros aspectos que interferem na operacionalização do trabalho em equipe, tais como: dificuldade de comunicação; conflitos; trabalhos especializados; ausência de delimitação de objetivos comuns e centrados nos pacientes; entre outros⁴.

Ao final do dia no serviço não havia discussão dos casos entre os profissionais. Os profissionais escolhiam um dia da semana para discutir todos os casos. Nessas discussões eram debatidas as condições clínicas de cada paciente, como poderia ser dialogado junto à ESF sobre a

assistência domiciliar, em quais condições se encontravam as famílias, e como poderiam auxiliar nesse processo de cuidado.

Considerações finais

Quando se pensa em uma postura interprofissional no âmbito da saúde, o primeiro aspecto a ser ressaltado é a compreensão da clareza de papéis entre os profissionais. A partir da nossa experiência não é possível afirmar se essa competência tem sido desenvolvida entre eles. No entanto, nas visitas domiciliares foram observadas condutas individualizadas, o que pode levantar dúvidas em relação a real compreensão de papéis entre as áreas de atuação no NASF em questão.

A literatura aponta para uma fragilidade existente nesse aspecto, e reforça que o conhecimento da atuação dos demais profissionais de saúde precisa ser robusto desde a graduação, a fim de que reflita na compreensão dos demais colegas no futuro fazer profissional.

Em todos os momentos que tivemos contato com o processo de trabalho da equipe do NASF, desde a decisão de quem iria realizar as visitas domiciliares, até as intervenções, pudemos perceber que entender a função do outro no serviço não era uma prioridade. Todavia, um fato que se destacou nessa experiência, se refere ao fato de as profissionais que atuavam com mais frequência juntas compreenderem melhor a atribuição uma da outra.

O PET-Saúde/Interprofissionalidade possibilitou essa experiência, tanto para nós enquanto discentes, quanto para os profissionais do NASF, com a temática da clareza de papéis. A nossa presença no serviço, enquanto representantes do PET, possibilitou uma abertura para promover discussões sobre essa temática, tendo em vista que isso não havia acontecido antes.

Destacamos que a observação por si só não produz reflexões suficientes, quando se compara com a realização de entrevistas com todos os profissionais do serviço. Nesse sentido, compreende-se que essa seria uma boa estratégia para contribuir na discussão sobre a clareza de papéis entre esses profissionais.

Ainda, é importante frisar que o contexto em que estamos inseridas na graduação, nos possibilita conhecer o trabalho interprofissional através do PET, seja nas vivências dentro do NASF; nas visitas domiciliares; nas intervenções propostas; e nas atividades realizadas. Todos esses elementos contribuem no conhecimento acerca de cada área profissional, e elucida a importância de compreender as necessidades e dinâmicas dos serviços, além das dificuldades do trabalho em equipe, sobretudo, na compreensão da clareza de papéis.

Ademais, outro ponto a ser destacado nessa experiência, é pensar sobre o fortalecimento do vínculo da Universidade com os serviços públicos de saúde, também considerando a qualidade com que estes são ofertados à população. Essa relação, por sua vez, pode potencializar o processo de interiorização das Universidades, tendo em vista que essa articulação favorece a abertura para diálogos e parcerias constantes, além das trocas de conhecimento.

Além disso, essas práticas podem promover intervenções, no âmbito dos serviços, e culminar em estratégias de educação permanente, bem como promover espaços de transformações sociais por meio da parceria da esfera pública, Universidade e serviços. Paralelo a isso, esse debate pode fortalecer a importância do reconhecimento da clareza dos papéis dos profissionais de saúde, desde a graduação, como também incentivar futuras produções acadêmicas sobre essa temática.

Referências

1. Santos RABG, Uchôa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde debate* [Internet]; 2017 [citado em 25 de novembro de 2020]; 41(114): 694-706. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300694&lng=en> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711402>.
2. Costa NR. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 [citado em 25 de novembro de 2020]; 21(5): 1389-1398. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501389&lng=en> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.2-4842015>.
3. Peduzzi M. Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: Toassi, RFC. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017, 1, 102 p.
4. Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, Fernandes HCL, Neto MVM. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Martins AM, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho, EAYre, Cerri, GG, editores. *Clínica Médica*. Barueri-SP: Manole, 2016, 1, 171-179.
5. Costa MV; Peduzzi M; Filho JRF; Silva CBG. *Educação Interprofissional em Saúde*. Natal: SEDIS-UFRN, 2018.
6. Center for The Advancement of Interprofessional Education. *Interprofessional Education: Today, Yesterday and Tomorrow* [Internet]. United Kingdom: Centre for The Advancement of Interprofessional Education - CAIPE, c2002 [citado em 10 de Junho de 2020]. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h>
7. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). *A national interprofessional competency framework*. Vancouver, BC: Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010.
8. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (IPEC). *Core competencies for interprofessional collaborative practice*. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative, 2011.
9. Barr H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*; 1998; 181-187.

10. Costa MV; Peduzzi M; Filho JRF; Silva CBG. Educação Interprofissional em Saúde. Natal: SEDIS-UFRN, 2018.
11. Interprofessional Education Collaborative. Interprofessional Collaborative Practice Competencies [Internet]. IPEC, c2016 [citado em 27 de Junho de 2020]. Disponível em:
<https://nebula.wsimg.com/923d6ff345809ba51e831ea3377fcedf?AccessKeyId=DC06780E69ED19E2B3A5&disposition=0&alloworigin=1>
12. Health Professions Accreditors Collaborative. Guidance on developing quality interprofessional education for the health professions. Chicago, IL: Health Professions Accreditors Collaborative - HPAC, 2019.
13. Batista REA, Peduzzi M. Collaborative interprofessional practice in emergency services: specific and shared functions of physiotherapists. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1685-95.
14. Santos LC, Simonetti JP, Cyrino AP. A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018 [citado em 17 de Julho de 2020]; 22(2): 1601-1611. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018-000601601&lng=en doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0507>.
15. Rossit RAS, Freitas MAO, Batista SHSS, Batista NA. Construção da identidade profissional na Educação Interprofissional em Saúde: percepção de egressos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2018, 22(Supl. 1), 1399-1410. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0184>
16. Sniffen K, Briggs E, Hinyard L, Breitbach AP. Interprofessional Role Clarity, Case-Based Learning, and Perceptions of Group Effectiveness Among Athletic Training and Physical Therapy Students in a Shared Professional Course. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 2019, 17 (4): 13.
17. Abib G, Hoppen N, Hayashi Junior P. Observação participante em estudos de administração da informação no Brasil. *Rev. adm. empres.*, São Paulo, 2013, 53(6): 604-616. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475902013000600008&lng=en&nrm=iso doi:
<https://doi.org/10.1590/S0034759020130608>
18. Weber F. A entrevista, uma pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo?. *Horiz. antropol.* Porto Alegre, 2009, 15 (32): 157-170. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832009000200007&lng=en&nrm=iso>. acesso em 30 de julho de 2020 doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832009000200007>
19. Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa*. [Internet]. 2002 [citado em 25 de novembro de 2020];117: 127-147. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000300007&lng=en&nrm=iso>. doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742002000300007>.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.
21. Lopes GVDO, Menezes TMO, Miranda AC, Araújo KL, Guimarães ELP. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2014 [citado em 25 de novembro de 2020]; 67(1):104-110. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext-

Como citar: Araújo ASS et al. Relato de experiência sobre a educação interprofissional e a clareza de papéis entre os profissionais de Saúde do NASF. **Saúde em Redes**. 2022; 8 (Supl1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8nsup1p361-373

Recebido em: 16/08/2020
Aprovado em: 06/09/2021

&pid=S0034-71672014000100104&lng=en>. doi: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.2014-0014>.