



Interprofissionalidade e prática colaborativa no âmbito da Atenção Primária em Saúde

Interprofessionality and collaborative practice in Primary Healthcare

Patrícia Maria Fonseca ESCALDA*

Quintí FOGUET-BOREU**

Clélia Maria de Sousa Ferreira PARREIRA***

Antonio de Padua Pithon CYRINO****

Resumo: O artigo resulta de um estudo de natureza qualitativa realizado no Centro de Atenção Primária Central (CAP) e em um consultório rural na cidade espanhola de Berga, localizada na região da Catalunha Central. O objetivo da pesquisa foi analisar o trabalho em equipe, na perspectiva da interprofissionalidade e das práticas colaborativas, levando em consideração os aspectos relacionados a três categorias: autonomia, comunicação e barreiras identificadas pelos profissionais da atenção primária. O método empregado foi o da observação participante, e a análise dos dados ocorreu com o uso da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Participaram do estudo dezessete profissionais da equipe de Atenção Primária – médicos de família, pediatra, enfermeiros e auxiliares administrativos. Os resultados apontaram para a coexistência de diferentes entendimentos acerca das três categorias, expressando a complexidade do trabalho em equipe e sinalizando para a necessidade de estudos sistemáticos e aprofundados sobre as implicações dessas distinções para a qualificação do trabalho das equipes e, consequentemente, da atenção à saúde.


Palavras-chave: Atenção primária. Trabalho em equipe. Interprofissionalidade. Prática colaborativa.

* Farmacêutica. Doutora em Epidemiologia. Professora Associada da Faculdade UnB Ceilândia. Docente no Curso Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Campus Universitário UnB Ceilândia. (UnB, Brasília (DF), Brasil). Campus Universitário UnB Ceilândia, Centro Metropolitano, Conjunto A Ceilândia Sul, Cep: 72.220-900. ORC ID: <<https://orcid.org/0000-0003-0021-1193>>. E-mail: <escalda@unb.br>.

** Médico. Doutor em Salut Pública i Metodologia de la Investigació Biomèdica. Professor Associado do Departament de Ciències Bàsiques i Metodològiques. Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar. Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Espanha; e do Servicio de Psiquiatria. Hospital Universitario de Vic, Vic, Espanha. (UAB, Barcelona, Espanha). Francesc Pla el Vigatà, 1, 08500 Vic, Barcelona, Espanha. ORC ID: <<https://orcid.org/0000-0002-6069-5305>>. E-mail: <42292qfb@comb.cat>.

*** Pedagoga. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília/UnB. Professora Adjunta da Faculdade UnB Ceilândia. Docente no Curso Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Campus Ceilândia. (Unb, Brasília (DF), Brasil). Campus Universitário UnB Ceilândia, Centro Metropolitano, Conjunto A Ceilândia Sul, Cep: 72.220-900. ORC ID: <<https://orcid.org/0000-0002-4667-7629>>. E-mail: <cleliaparreira@unb.br>.

**** Médico. Doutor em Medicina Preventiva. Professor Assistente Doutor do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp, Botucatu, Brasil). Campus de Botucatu, Distrito de Rubião Júnior, s/n, Cep: 18618-970. ORC ID: <<https://orcid.org/0000-0002-9184-5927>>. E-mail: <a.cyrino@unesp.br>.

 © A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2018 **Acesso Aberto** Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

Abstract: The article is the result of a qualitative study carried out in the Spanish city of Berga, located in the Central Catalonia region, the Central Primary Care Centre (CAP) and a rural office. The objective of the research was to analyse teamwork, from the perspective of interprofessionality and collaborative practices, considering aspects related to three categories: autonomy, communication and barriers identified by primary care professionals. The method used was participant observation and data analysis was done using the Collective Subject Discourse (DSC) technique. Seventeen professionals from the Primary Care team (family physicians, paediatricians, nurses and administrative assistants) participated in the study. Data analysis revealed the coexistence of different understandings about the three categories, which expresses the complexity of teamwork and indicates the need for systematic and in-depth studies on the implications of these distinctions for the qualification of the work of the teams and, consequently, healthcare.

Keywords: Primary care. Teamwork. Interprofessionality. Collaborative practice.

Submetido em: 12/1/2018. Revisto em: 21/3/2018 e 5/4/2018. Aceito em: 6/4/2018.

INTRODUÇÃO

Buscando uma aproximação com os conhecimentos acumulados sobre o trabalho em equipe desenvolvido no âmbito da Atenção Primária, o objetivo do presente artigo foi analisar o trabalho em equipe de saúde tendo em conta os aspectos relacionados à autonomia, à comunicação e às barreiras identificadas pelos profissionais que atuam em unidades básicas de saúde, na perspectiva da interprofissionalidade e das práticas colaborativas.

A prática colaborativa interprofissional consiste em uma atividade na qual os profissionais buscam realizar um trabalho compartilhado, com ações coletivas voltadas a tarefas comuns a fim de garantir um cuidado mais integral, (REEVES, 2016; D'AMOUR, OANDASAN, 2005). Para a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010), essa prática procura atender às necessidades específicas da população e fornecer melhores cuidados primários à saúde; deve ser responsável pela otimização e pelo fortalecimento dos sistemas e serviços de saúde; pela ampliação do acesso aos cuidados e pela melhora nos resultados de saúde, na estruturação e coordenação da assistência; e de ser considerada capaz de diminuir tanto as complicações de saúde dos usuários dos serviços públicos, o tempo de permanência e as internações hospitalares, quanto as taxas de erros clínicos, além de minimizar a tensão e o conflito entre cuidadores.

Diferentes autores têm enfatizado que a prática colaborativa é fortemente induzida quando os profissionais são formados nos termos de uma educação interprofissional (EIP). Conceitualmente, a EIP concretiza-se na medida em que duas ou mais profissões são aprendidas de forma cooperada *sobre, para e com* o outro a melhorar o cuidado e a atenção à saúde, implicando tanto o trabalho em conjunto com pacientes, usuários, seus familiares e cuidadores e as comunidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; BARR, 2005; BARR; LOW, 2012; MCPHERSON; HEADRICK; MOSS, 2001; HAMMICK et al., 2008) quanto uma aprendizagem marcadamente interativa, que coloca, no centro da formação (ou qualificação profissional), o conhecimento necessário sobre competências, papéis e conhecimentos das diferentes profissionais (PEDUZZI et al., 2013).

No entanto, a despeito da adoção ou não da EIP na formação profissional, o trabalho colaborativo apresenta seus próprios desafios. Ele requer a cooperação entre profissionais e baseia-se no compartilhamento de saberes de diferentes profissões, estando associado ao

processo pelo qual os indivíduos conhecem um ao outro (D'AMOUR et al., 2008), o que faz com que a interprofissionalidade definida como "[...] o processo pelo qual profissionais são levados a refletir, desenvolver e fornecer uma prática de saúde capaz de responder às necessidades do paciente, das famílias e da população [...]" (D'AMOUR; OANDASAN, 2005, p. 9) problematize ou torne-se complexo o conceito de trabalho em equipe.

De acordo com Peduzzi (1998), a organização do trabalho em saúde é fundamentalmente um trabalho em equipe: constitui o princípio da atividade conjunta coletiva e desenvolve-se no exercício cotidiano da comunicação e nos diálogos que são estabelecidos nas articulações necessárias à integração das práticas implicadas no ato de cuidar. Para ela, o trabalho em equipe representa o resultado da reflexão do trabalho conjunto dos agentes que o realizam, e não apenas um instrumento de trabalho para determinado fim. Para a concretização do trabalho em equipe, há de se considerarem diversos fatores associados, como a desigualdade social do trabalho, a divisão técnica do trabalho, os diferentes graus de autonomia dos profissionais, assim como a legitimidade técnica dos saberes aplicados à resolução dos problemas.

O trabalho em equipe, nas perspectivas interprofissional e colaborativa, passa pela adoção de uma concepção mais ampliada de saúde com base no modelo da atenção primária à saúde (AP), consagrada na Conferência de Alma Ata, ocorrida em 1978, momento histórico em que foi identificada a necessidade de incorporação da concepção de cuidado à saúde como sendo integral e resolutivo (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O estudo realizado levou em conta a realidade do Sistema de Saúde espanhol, uma vez que a pesquisa foi realizada em duas unidades de saúde localizadas na Região Autônoma da Catalunha, próximas a Barcelona.

A Espanha é uma monarquia parlamentar formada por dezessete comunidades autônomas (CCAA) que foram estabelecidas na Constituição de 1978. Apesar das diferenças nas formas de gestão da saúde no país, a oferta de serviços nos sistemas regionais é predominantemente pública e de responsabilidade das Consejerías de Salud (correspondentes às Secretarias Estaduais de Saúde do Brasil) as quais passaram a ter, desde a Reforma Sanitária Espanhola, ocorrida em 1980, todas as competências administrativa e fiscal, inclusive da gestão das políticas setoriais (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011; CAMPOS; FORSTER; FREIRE FILHO, 2016).

Gérvas (2009), ao tratar do sistema de saúde espanhol, destaca o papel da Reforma Sanitária na busca por uma melhor qualidade do processo de atenção à saúde, por meio de mudanças nos âmbitos de gestão e formação dos profissionais, assim como na diversificação dos tipos de financiamento e das formas de distribuição de recursos destinados à saúde.

Tal reforma estabeleceu como princípios o direito de proteção à saúde, com foco na Atenção Primária (AP); reconheceu as áreas de medicina familiar e comunitária e o médico de AP como profissional dos centros de saúde. Além disso, definiu limites de número de pessoas filiadas aos médicos (1250 a 1500/2000 pessoas) e estabeleceu a vinculação individual ao médico, e não mais familiar.

No sistema de saúde espanhol, a saúde dispõe de orçamento crescente, vinculado à implementação de planos quadrienais que, no tocante a AP, desde o ano 2000, passou a contar com um plano estratégico que ampliou a carteira de serviços e trouxe para a assistência os programas de melhoria da qualidade e as pesquisas de satisfação (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011).

De acordo com Navarro López e Martín-Zurro (2009), já se dispõe de estudos acerca dos efeitos positivos da Reforma sobre alguns indicadores clássicos de mortalidade e morbidade – sobretudo na população de baixa renda – e um modelo de trabalho em equipe consolidado. Ela melhorou não só a qualidade das consultas, dos materiais disponíveis para cuidar do paciente e da formação médica geral, por meio da especialização em Medicina de Família e Comunidade, como também introduziu o trabalho de equipe, atribuindo novas funções aos enfermeiros (não especializados em AP até 2007) e incorporando à equipe outros profissionais como assistentes sociais e auxiliares clínicos.

Nos centros de saúde, as equipes de atenção primária possuem uma média de 27 profissionais, podendo ter mais de uma equipe por centro, a depender da localidade: se de natureza rural, pode haver sete profissionais (três médicos, três enfermeiras e um auxiliar administrativo); se urbana, pode-se chegar até a 60 profissionais por equipe (GÉRVAS, 2009).

O trabalho em saúde na AP é realizado pelo profissional sanitário, aquele profissional que presta serviço no setor sanitário; pelo médico (geral/de família e pediatria), enfermeiro, farmacêutico comunitário, trabalhador social, auxiliar de clínica e administrativo/zelador.

O cenário do estudo foi o trabalho cotidiano de uma equipe de saúde, em um centro de saúde e um consultório rural na Espanha, realizado por uma equipe composta por médicos (geral, de família e pediatria), enfermeiros, trabalhadores sociais, auxiliares de clínica e administrativos.

O trabalho da equipe de saúde da família em estudo estava organizado no atendimento dos casos com agendamento prévio aos profissionais de saúde vinculados, nos atendimentos de urgência, no atendimento por via telefônica, nas visitas domiciliares, nos encontros por categorias profissionais, nos encontros com profissionais das equipes, nas reuniões gerais da unidade e na discussão de casos com profissionais especialistas da rede de saúde e na participação no desenvolvimento de ações em instituições (residências para idosos ou escolas).

2 PARTICIPANTES DO ESTUDO E MÉTODOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Optou-se por um estudo de natureza qualitativa com a abordagem da realidade social do trabalho em equipe da saúde da família na atenção primária.

Estudos dessa natureza são capazes de identificar a riqueza de significados e a possibilidade de enumeração dos fatos como qualidade do indivíduo e do coletivo, ou seja, uma realidade expressa pela diversidade como é a vida em sociedade (MINAYO, 2008). Além disso, a abordagem qualitativa possui características que se aplicavam diretamente ao estudo proposto, quais sejam: 1) estudar o significado da vida das pessoas, nas condições

concretas, em lugar de utilizar ambientes artificiais ou experimentais, assim como aos sentidos que as pessoas atribuem às suas experiências (POP; MAYS, 2009); 2) representar as opiniões e perspectivas das pessoas; 3) abranger as condições contextuais; 4) contribuir com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes; e 5) esforçar-se por usar múltiplas fontes de evidência (YIN, 2016).

Dada a ênfase na compreensão das interações sociais nos estudos interacionistas, para a coleta de dados, foi adotada a observação participante, considerada a mais adequada para essa perspectiva metodológica (BERENGUERA et al., 2014).

As observações seguiram um roteiro que incorporou aspectos das dimensões da observação direta dos aspectos do trabalho em equipe, da dimensão relacional do trabalho interprofissional e colaborativo e das dimensões organizacionais.

As informações captadas, durante as observações, foram registradas em um diário de campo, que serviu de base para a produção e elaboração dos textos para posterior análise (MINAYO, 2008), a partir dos quais se construiu o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O DSC é uma técnica de análise de depoimentos, falas, opiniões na qual se estrutura com base na extração das Ideias Centrais, ou Ancoragens, e as suas correspondentes Expressões-Chave. O primeiro movimento é a identificação das Expressões-Chave (ECH), ou seja, os recortes, fragmentos ou trechos da fala que expressam questões essenciais do conteúdo daquele discurso ou sua fundamentação. Já a Ideia Central (IC) é aquela que nomeia, de forma bastante sintética, sentidos contidos nas respostas, ou posicionamentos, que dialoguem com as demais ECH e que podem trazer – ainda que de forma implícita ou embutida – uma teoria, fundamentação ou ideologia, por exemplo. Com isso, é possível afirmar que o Discurso do Sujeito Coletivo é o discurso-síntese, que preserva ideias ou expressões semelhantes ou complementares daquele grupo ou segmento estudado (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

Em relação às considerações éticas, este estudo foi aprovado pelo Comité de Ética e Investigación clínica del Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), na Espanha, com o número de protocolo P16/005.

3 LOCAL DA PESQUISA E PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada na cidade de Berga, localizada no pré-Pirineus, região da Catalunha Central, a 111 km de Barcelona, junto ao Centro de Atenção Primária Central (CAP) e em um consultório rural.

Conforme agendamento prévio, a primeira atividade no CAP Berga foi uma reunião com a gerente desse serviço para a fim de planejar o trabalho de campo nessa unidade e no consultório rural.

O trabalho em Berga teve início em 20 de junho de 2016 com finalização em 29 de julho do mesmo ano. No espaço de tempo entre a data da reunião com a gerente e o início do trabalho, a gerente e a assessoria do CAP informaram os profissionais de saúde sobre a pesquisa.

Todavia, como alguns profissionais ainda apresentavam dúvidas sobre a sua implicação na pesquisa, no dia 20 de junho de 2016 (na sala multiuso do CAP), foi realizado um encontro com todos os profissionais, ocasião em que foi apresentado o projeto de pesquisa. Nessa oportunidade, a gerente do CAP explicitou a vinculação do projeto com o Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), da Universidade Autônoma de Barcelona (IDIAP – Jordi Gol). As indagações e dúvidas sobre a pesquisa foram respondidas, e essa primeira aproximação com os profissionais em um momento coletivo favoreceu o desenvolvimento do trabalho de campo.

Participaram do estudo sete médicos de família e uma pediatra, quatro enfermeiros e cinco técnicos administrativos. Como os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) foram construídos por categoria profissional, eles serão assim identificados: DSC-MED, para os médicos; DSC-ENF, para os enfermeiros e DSC-ADM, para os técnicos administrativos.

Organização do trabalho de campo

Para compreender o processo de organização do serviço de saúde, na primeira semana, foi observado o atendimento pelos profissionais administrativos às demandas dos usuários no agendamento de consultas, exames e procedimentos, nas chamadas telefônicas de conversa entre usuários e profissionais de saúde, na emissão do cartão sanitário e emissão do comunicado de incapacidade laboral temporária.

Quanto à dinâmica de organização do trabalho das equipes de saúde da família, consistia em atendimento às consultas programadas ou de urgência; atendimento às demandas dos usuários por via telefônica; visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da equipe ou pela equipe aos pacientes com patologias crônicas e de urgências; encontros por categorias profissionais; encontros com profissionais das equipes; encontros com profissionais de referência do CAP para apresentação dos produtos do trabalho realizado; participação em reuniões gerais da unidade convocadas pela gerência e discussão de casos – por via telefônica, por vídeo conferência ou em reuniões presenciais – com profissionais-especialistas da rede de saúde; participação no desenvolvimento de ações em instituições (residências para idosos ou escolas).

O plano de trabalho da pesquisa voltava-se a um consultório rural, com duas equipes de saúde da família. Esse CAP contava com atendimentos durante três dias da semana, no primeiro turno (8-15h), e dois dias com atendimentos no segundo turno (15-21h). O trabalho consistia basicamente nas mesmas atividades das equipes de saúde da família de Berga, com as particularidades inerentes a uma zona rural: maiores distâncias para a realização de visitas domiciliares, baixa densidade populacional e pequena mobilidade. Como as equipes eram vinculadas ao CAP Berga, os participantes dessa unidade rural também participaram das atividades coletivas realizadas na cidade.

O trabalho de campo consistiu na observação participante em ambas as unidades, durante a realização das atividades de saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde no período da pesquisa.

Resultados e discussão

Três categorias de análise serviram de base para a construção dos discursos do sujeito coletivo (DSC). Organizados por segmento, os DSC trouxeram aportes importantes para a compressão das questões fundamentais percebidas pelos diferentes membros da equipe participante do estudo com relação à autonomia, à comunicação e às barreiras enfrentadas no trabalho da equipe.

O conceito de autonomia em saúde apresenta diferentes significados ou aplicações, ainda que – de uma forma geral – sempre seja referido como estando diretamente relacionado aos direitos fundamentais do homem.

Marchi e Sztajn (1998) destacam que a relação entre o usuário de serviços de saúde e o profissional da área estabelece-se nos termos de um *contrato de características especialíssimas*. Tal especificidade envolve tanto a livre escolha por parte dos usuários quanto a dos profissionais de saúde, a depender das condições sob as quais o cuidado ocorre. Autonomia, nesse caso, pode significar independência, com respeito à pessoa ou à individualidade dela, implicando o direito à escolha. Essa compressão ganha complexidade na medida em que, no caso da saúde, existem situações nas quais o profissional de saúde estabelece os meios, as terapêuticas e o comportamento esperado, com pouco espaço para a manifestação da vontade daquele para quem dirige sua atenção ou suas ações.

No caso do estudo realizado, os participantes referiram-se à autonomia em duas principais direções: 1) autonomia dos profissionais de saúde com relação ao gerenciamento e à organização dos serviços, na busca de melhores práticas de cuidado, assim como a autonomia de uma categoria profissional com relação à outra, inclusive; e, 2) autonomia dos pacientes com relação ao próprio tratamento.

Os pacientes têm muita autonomia com relação ao seu tratamento. Desde os 17 anos que os pacientes podem tomar suas próprias decisões acerca da sua saúde. Há casos em que indicamos um tipo de procedimento ou horário para sua realização, e eles podem discordar; sugerimos a procura por grupos de apoio e eles não aceitam. Há casos em que os pacientes sugerem a realização de exames que julgam necessários. Com isso, queremos dizer que existem muitas situações em que mudamos orientações ou atendemos pedidos, sem que isso signifique falta de autonomia da nossa parte. Muitas dessas situações são exemplos de apropriação do próprio tratamento por parte dos pacientes (DSC-MED).

Temos acesso a outros sistemas nacionais, como é o caso do sistema de previdência, e também recorremos diretamente ao prontuário sempre que precisamos complementar dados não médicos dos pacientes. A depender das informações sobre consultas anteriores e exames laboratoriais já realizados, fazemos renovação de receitas, novos agendamentos ou encaminhamento do paciente para outros profissionais (DSC-ADM).

A unidade de saúde tem autonomia para imprimir mudanças, estabelecer novos critérios ou fluxos quando avalia que o serviço não está organizado da maneira que deveria. É o caso das filas longas para a realização de cirurgias de menor porte e crioterapia. No caso das cirurgias, por exemplo, estabeleceu-se como critério não precisar de anatomopatologia, definir novo fluxo de encaminhamento, agendamento e realização do procedimento, por exemplo. Essas mudanças demandam a identificação dos profissionais com perfil para a implementação das mudanças definidas, que a infraestrutura seja providenciada e que todos os profissionais da unidade e a gerência sejam envolvidos (DSC-MED).

Estudos sobre a prática colaborativa em saúde têm sinalizado para uma série de barreiras que precisam ser superadas para a sua plena concretização. Existem inúmeros e complexos fatores relacionados ao trabalho em saúde que são proximais ou distais das dinâmicas impressas pela própria equipe em seu cotidiano. Prioridades organizacionais mais amplas e as modalidades da força de trabalho que afetam a capacidade das profissões atuarem, bem como a existência de relações assimétricas de poder entre as profissões de saúde – que podem estar ancoradas nas dimensões de gênero, raça, classe, status social da própria profissão, dentre outras – afetam as relações de trabalho (BAKER et al, 2011; FEWSTER-THUENTE, 2011; GILBERT, 2005).

A distribuição de papéis, as rotinas para agendamento de consultas e a programação de intervalos adequados entre os atendimentos são apontados como facilitadores do trabalho ou uma barreira percebida tanto pelos administrativos quanto pela equipe médica, o que ocorreu no caso específico da realidade estudada.

Depender da gerência para realizar alguns procedimentos e lidar com agendamentos que foram definidos sem que o profissional e paciente tenham conversado a respeito é um problema. Essas situações geram desconforto na equipe e produzem insatisfação e reclamações dos pacientes, e quem acaba recebendo a queixa, com irritação e contrariedade, seja com a demora na marcação ou com a indicação de data e horário que não lhes é conveniente, são os administrativos (DSC-ADM).

Além do fato de as consultas serem agendas com intervalos muito curtos, uma barreira ao trabalho dos médicos na unidade é aquela causada pelos especialistas que não inserem no prontuário as informações sobre diagnósticos, resultados de exames, condutas adotadas, receitas prescritas, relatórios de alta e orientações dadas ao paciente. Especialmente para aqueles médicos que ainda não estão familiarizados com os pacientes ou que estiveram afastados temporariamente, por alguma razão, a falta dessas informações no prontuário é uma barreira ao pleno atendimento das necessidades trazidas. Sem as informações dos especialistas em relação à medicação e à própria condição do paciente não se pode saber se é um caso de alta ou de retorno para controle, por exemplo. Essa questão sempre é colocada em reuniões de equipe, mas ainda não se encontrou uma solução definitiva (DSC-MED).

Em tempos atuais e em determinadas realidades sociais, com implicações importantes na organização e oferta de serviços de atenção à saúde, a imigração tem sido apontada como uma barreira ao trabalho em saúde. Embora os estudos sobre essa relação tenham estado mais focados na saúde mental dos imigrantes e no sofrimento psíquico vivido pela sua condição (FERREIRA, 2012; CUESTAS, 2011; LECHER, 2007), quando tratada do ponto de vista da organização do serviço, os problemas mais evidentes estão relacionados às dificuldades para interação entre usuários e os profissionais de saúde, embora não se limitem a elas.

A diversidade cultural do público atendido na unidade é uma barreira. A dificuldade com a língua dificulta o atendimento porque muitos deles não conseguem expressar o que procura na unidade. De uma forma geral, os casos que temos são de mulheres, cuja origem reserva aos maridos a prática de circular, trabalhar e se relacionar mais socialmente, o que faz com que dominem o idioma com maior rapidez. As mulheres, ao contrário, recorrem à companhia dos filhos – que já estudam no país – para servirem de tradutores. É uma população imigrante que tem na falta de domínio do idioma a principal barreira para o seu atendimento (ADM-DSC).

Outra questão é a dificuldade no atendimento de pacientes, em sua maioria mulheres, que não dominam o nosso idioma (ADM-MED).

Para Donato e Rosenberg (2003), o processo saúde-doença não depende de uma vontade exclusiva do indivíduo, mas de uma série de relações que determinam as condições de vida

dos grupos sociais em que vivem. Sem que estivessem fazendo referência à situação de imigração, direta ou especificamente, essas autoras enfatizam que esse processo ocorre em uma circunstância específica, no território móvel das relações que o indivíduo estabelece com o meio, com a sociedade à qual pertence e consigo próprio. Para elas, o indivíduo carrega consigo esse território de relações sociais, independentemente de onde vá ou onde esteja, e tais questões colocam-se como desafios à prática educativa e à plena comunicação.

A comunicação, como categoria de análise, fez emergir – a partir da perspectiva dos participantes do estudo – diferentes entendimentos. Foram destacadas: 1) a comunicação como instrumento de mediação entre o usuário e o profissional de saúde e entre os próprios profissionais; 2) a comunicação como prática educativa; 3) a comunicação como expressão do cuidado.

A ampliação e a diversificação dos canais de comunicação, como forma de responder mais adequadamente às necessidades de informação ao paciente, são consideradas estratégias importantes à garantia de maior acesso aos serviços de saúde:

Embora haja atendimento presencial, o nosso trabalho acontece, basicamente, por telefone. É pelo telefone que marcamos ou remarcamos consultas, informamos sobre as formas e os horários de funcionamento do serviço, e, ainda, tratamos com os profissionais de saúde sobre as demandas que os pacientes trazem (DSC-ADM).

Da mesma forma, a comunicação, como instrumento de mediação, também foi enfatizada e percebida pelos três segmentos participantes do estudo.

Como temos muito contato com eles, por vezes fazemos a mediação entre os próprios pacientes e os profissionais, nos casos em que há dificuldade de acesso ou de comunicação entre eles (DSC-ADM).

Ocorre que, em situações de necessidade de prescrição de medicamentos, é preciso acionar o médico da unidade para que isso seja providenciado. Essa forma de comunicação nesse sentido reduz o tempo de espera desse paciente e agiliza o atendimento. Não é somente no espaço da unidade que enfermeiros e médicos precisam conversar e decidir coisas conjuntamente. As visitas domiciliares, por exemplo, são combinadas previamente (DSC-ENF).

Toda a comunicação tem como foco a segurança do paciente. Para isso, temos o prontuário como o principal instrumento dessa comunicação. Além dele, recorremos aos protocolos e alertas, à direção, à comissão de qualidade, às conversas informais no refeitório e às sessões clínicas. Temos que nos comunicar dentro e entre unidades, com os pacientes e seus familiares mesmo depois de finalizadas as consultas. É quando buscamos a relação de pacientes que precisam ser informados sobre resultados de exames e de procedimentos, quando precisamos orientar os demais profissionais sobre o encaminhamento necessário para os casos em que se verificaram alterações e quando entramos em contato com hospitais ou unidades fora da abrangência de nosso serviço para atendimento de necessidades dos pacientes (DSC-MED).

Diferentes autores têm destacado a comunicação em saúde como sendo uma prática educativa (PARREIRA, 2015; BRANDÃO; BORGES, 2008, GONZÁLEZ REY, 1995). Alguns deles, com base no conceito de diálogo, fazem referência à comunicação interpessoal como espaço privilegiado para a qualificação da ação do profissional de saúde, para o estabelecimento dos vínculos necessários à boa prática em saúde ou para a vinculação do próprio conceito de saúde à aprendizagem.

Além das orientações aos pacientes e seus acompanhantes sobre as razões que os levaram a procurar assistência, é preciso tirar dúvidas, divulgar informações relacionadas a cuidados, ações preventivas, etapas do desenvolvimento. Para o caso de pessoas que passarão por procedimentos clínicos, nos cabe esclarecer sobre o que será feito (DSC-ENF).

Nossa comunicação ocorre com as explicações, orientações, esclarecimentos de dúvidas e recapitulação de condutas que todos nós temos que realizar, seja por orientação institucional ou recomendação profissional. É expressiva a quantidade de vezes em que nos comunicamos com os pacientes para além do que é protocolar (DSC-MED).

Além disso, a comunicação é concebida como expressão de cuidado. No entanto, a esse entendimento, faz-se uma ressalva:

Essa é uma prática já incorporada à comunicação que realizamos com eles. Mas, é preciso que a comunicação também ocorra com os médicos. Temos um espaço físico que nos favorece nesse sentido que é a comunicação interna entre consultórios e o prontuário eletrônico que se constitui o nosso principal instrumento dessa comunicação. Por vezes, quando não se tem experiência no preenchimento ou uso desse prontuário, recorreremos àquelas enfermeiras mais experientes para que, junto com as menos experientes, se exercite o processamento das informações que nele devem constar (DSC-ENF).

Por um lado, somos os que eles consultam sobre os melhores itinerários para se chegar ou encontrar determinado serviço ou consultório; e por outro, somos os que sugerem caminhadas, leituras, passeios ou distração como ações importantes para melhora do quadro ou da condição de saúde. Somos os que perguntam ao paciente acerca da forma farmacêutica de sua preferência, assim como os que buscam materiais informativos impressos para que ele possa consultar mais tranquilamente depois do atendimento, assim como os que – para ilustrar uma situação ou esclarecer sobre um diagnóstico ou para facilitar a compreensão do caso – desenhamos, representamos, demonstramos como fazer exercícios. Somos também os que ajudam na organização de receitas e medicamentos trazidos e os que, quando o paciente não se recorda dos medicamentos em uso – a despeito de estarem listados no prontuário - e mora próximo, pedimos para ele buscar receitas, bulas ou caixas de remédio para termos certeza de quais foram prescritos ou estão sendo administrados. São formas de nos comunicarmos com eles, que fazem com que eles saiam mais seguros, confiantes e apropriados de seu caso, conscientes das providências que terão que tomar (DSC-MED).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em saúde tem sido reconhecido na literatura como tendo uma natureza diversa e complexa. Em sua dinâmica, evidencia-se a necessidade de conhecimento acerca das distintas formas de inserção de profissionais nas equipes de atenção primária e de suas percepções sobre a relação que estabelecem com os usuários, com os outros profissionais, com os gestores e com as orientações e normas organizacionais.

Ele se insere em uma realidade social na qual há mudanças constantes e renovadas. Por isso, é esperado que ele próprio seja desafiado por essas transformações sociais. A imigração – apontada como barreira pelos participantes do estudo – é um dos desafios que implicará a proposição de novas formas de organização e de oferta de serviços, não demandadas até a emergência desse fenômeno.

Dentre as contribuições trazidas pelo estudo, destaca-se a coexistência de diferentes compreensões acerca do que se entende por autonomia, por comunicação e por barreiras colocadas para o cotidiano do trabalho. Tal pluralidade evidencia parte da diversidade e complexidade referidas e sinaliza para a necessidade de estudos sistemáticos e aprofundados

sobre as implicações que essas categorias têm para o alcance da qualidade do trabalho em saúde. Nesse sentido, pesquisas feitas com pacientes e usuários acerca das categorias estudadas, a fim de complementar a perspectiva dos profissionais de saúde, seriam recomendadas.

REFERÊNCIAS

- BAKER, L. et al. Relationships of power: implications for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, London v. 25, n. 2, p. 98–104, 2011.
- BARR, H. Competent to collaborate; towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 12, n. 2, p. 181-188, 2005.
- BARR, H.; LOW, H. Interprofessional Education. In: CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION. Pre-registration Courses. **A CAIPE Guide for Commissioners and Regulators of Education**. Fareham, 2012.
- BERENGUERA, A. et al. **Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa**. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014.
- BRANDÃO, C.R., BORGES, M.C. Criar com o outro: o educador do diálogo. **Ver.Ed. Popular**, Uberlândia, v. 7, p. 12-25, jan.dez. 2008.
- CAMPOS, J.J.B.; FORSTER, A.C., FREIRE FILHO, J.R. Lições aprendidas na comparação dos sistemas de saúde brasileiro e espanhol. Espaço para a saúde. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 17, n. 1, p. 121-129, jul.2016.
- CONILL, E.M., GIOVANELLA, L., ALMEIDA, P.F. Lista de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Salud espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2483-2794, 2011.
- CUESTAS, F. Sobre locura y emigracion en el mundo globalizado. **Psicoperspectivas**, Valparaíso: Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica, v. 10, n. 1, p. 21-45, 2011.
- D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 1, p. 8-20, 2005.
- D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **International Journal of equity in health**, v. 21, p. 8-18, 2008.
- DONATO, A. F.; ROSENBERG, C. P. Algumas ideias sobre a relação educação e comunicação no âmbito da Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 18-25, 2003.

FERREIRA, J. F. As novas odisseias de Ulisses: políticas de saúde e a imigração em Espanha e na U.E. **CIAS - Centro de Investigação em Antropologia e Saúde**, Coimbra, v. 29, p. 167-181, 2012.

FEWSTER-THUENTE, L. L. **Working Together Toward a Common Goal: a Grounded Theory of Nurse-Physician Collaboration**. 2011. 216f. Dissertations (Doctor of Philosophy)-Program in Nursing, Loyola University Chicago, 2011. (Paper 196).

GÉRVAS, P. Atención Primaria, 1984-2007. La práctica clínica (acceso y proceso). In: NAVARRO LÓPEZ, V.; MARTÍN-ZURRO, A. **La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas**. 2. ed. Barcelona: IDIAP Jordi Gol. Coordinación y dirección editorial: Carrer del Pi, 2009.

GILBERT, J. H. V. Interprofessional learning and higher education structural Barriers. **Journal of Interprofessional Care**, London, Supplement 1, May, p. 87-106, 2005.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 575-626, 2008.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Comunicación, personalidad y desarrollo**. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1995.

HAMMIC, M. et al. A Best Evidence Systematic Review of Interprofessional Education. **BEME Guide n. 9 Medical Teacher**, Dundee, v. 29, n. 8, p. 735-51, 2008.

LECHNER, E. Imigração e saúde mental. In: DIAS, S. **Revista Migrações – Número Temático Imigração e Saúde**, Lisboa: ACIDI, n. 1, p. 79-101, 2007.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. Discurso do Sujeito Coletivo: Representações Sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-7, abr-jun, 2014.

MARCHI M.M.; SZTAJN, R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. **Revista Bioética**, Brasília (DF), v. 6, n. 1, p. 40-43, 1998.

MCPHERSON, K.; HEADRICK, L.; MOSS, F. Working and learning together: good quality care depends on it, but how can we achieve it? **Quality in Health Care**, v. 10, Suppl II, p. 46-53, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NAVARRO LÓPEZ, V.; MARTÍN-ZURRO, A. **La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas**. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol). Coordinación y dirección editorial: Carrer del Pi, 2009.

PARREIRA, C. M. S. F. Pensamentos convergentes e saberes fronteiriços nas ações de informação, educação e comunicação em saúde. In: MENDONÇA, A.V.M; SOUSA, M. F.

Saúde, cultura e sociedade: reflexões sobre informação, educação e comunicação para a promoção da saúde. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, p. 75-88, 2015.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde:** a interface entre trabalho e interação. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-83, 2013.

POPE, C., MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3. ed. Porto Alegre: Art-med, 2009.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-197, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice.** Geneva/Switzerland, 2010.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa:** do início ao fim. Porto Alegre: Penso, 2016.

Patrícia Maria Fonseca ESCALDA Participou das etapas de concepção, planejamento, interpretação dos dados e redação do artigo, revisão crítica e aprovação do texto final para publicação. Farmacêutica. Mestre e Doutora em Epidemiologia pela UFMG. Professora Associada da Faculdade UnB.

Quintí FOGUET-BOREU Participou das etapas de concepção, planejamento, interpretação dos dados e redação do artigo, revisão crítica e aprovação do texto final para publicação. Médico. Doutor em Salut Pública i Metodologia de la Investigació Biomèdica pela Universitat Autònoma de Barcelona. Professor Associado do Departament de Ciències Bàsiques i Metodològiques. Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar. Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Espanha; e do Servicio de Psiquiatria. Hospital Universitario de Vic, Vic, Espanha.

Clélia Maria de Sousa Ferreira PARREIRA Participou das etapas de concepção, planejamento, interpretação dos dados e redação do artigo, revisão crítica e aprovação do texto final para publicação. Pedagoga. Doutora em Psicologia pela UnB. Professora Adjunta UnB Ceilândia.

Antonio de Padua Pithon CYRINO Participou das etapas de concepção, planejamento, interpretação dos dados e redação do artigo, revisão crítica e aprovação do texto final para publicação. Médico. Mestre e Doutor em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Assistente Doutor do Departamento de Saúde Pública e do PPG em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Unesp.
