



TEXTO PREPARATÓRIO PARA O ABRASCÃO 2018

POTENCIAIS E DESAFIOS DO TRABALHO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COMO ANALISADORES

Autores:

Prof. Dr. Nelson Filice de Barrosⁱ
Cristiane Spadacioⁱⁱ
Prof. Dr. Marcelo Viana da Costaⁱⁱⁱ

INTRODUÇÃO

No campo da saúde no Brasil o trabalho em equipe configura-se como estratégia de cuidado integral em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na Atenção Primária em Saúde (APS). É uma estratégia que se insere no contexto atual do *trabalho em saúde* como objeto multidimensional que engloba aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos, econômicos e culturais.

A construção do cuidado integral resultante de equipes multiprofissionais deve atender às necessidades de saúde de indivíduos e coletivos por meio da atuação interprofissional, objetiva pela intensa integração dos diferentes profissionais, compartilhamento de objetivos e identidade de equipe (AGRELI, 2017). O trabalho interprofissional implica também a inserção da colaboração que por sua vez pressupõe o reconhecimento do usuário como co-produtor dos atos em saúde, onde este assume a centralidade do processo e demanda o nível de interação e articulação interpessoal e interprofissional necessários para o efetivo atendimento de suas necessidades, na perspectiva da integralidade do cuidado (BARR et al, 2008).

O cuidado integral operacionalizado por diferentes profissionais é consequência de uma construção histórico-social e passou por um longo percurso, que foi desde o modelo de cuidado centrado apenas na figura do médico, marca central do modelo de saúde médico-privatista^{iv} que antecedeu o Sistema Único de Saúde (SUS),

ⁱ Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas FCM/UNICAMP e Coordenador do Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (LAPACIS – FCM/UNICAMP).

ⁱⁱ Pesquisadora no Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (LAPACIS – FCM/UNICAMP).

ⁱⁱⁱ Professor da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte.

^{iv} Apoiar-se no modelo neoliberal na área da saúde representado entre outros aspectos pela redução de gastos públicos, políticas seletivas/focalizadas, incentivos às atividades privadas orientadas pelo mercado.

até a configuração de equipe multiprofissional, proposta com a instituição do SUS (PAIM, 2015) e que iremos discutir nesse texto.

Uma de suas premissas no nível de APS e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), justamente a conformação de equipes multiprofissionais, a partir de competências de categorias profissionais diferentes, a fim de operacionalizar o cuidado integral. O trabalho em equipe multiprofissional é uma das prerrogativas estratégicas para dar conta da fragmentação da assistência, que tem como base a consideração do corpo biológico como objeto de trabalho, além da centralidade nas ações dos atos médicos e medicalizadores. No entanto, é preciso ponderar que uma equipe multiprofissional não assegura a necessária interação entre seus membros. O formato da equipe é multiprofissional, mas é preciso transitar do trabalho em paralelo (multiprofissional) para o articulado e integrado (interprofissional), orientado pelas necessidades de saúde (PROCH, 2012). Essa afirmativa se justifica num contexto marcado pelo trabalho fortemente parcelado, centrado no profissional, muitas vezes reproduzido na dinâmica de trabalho da APS.

De acordo com o Ministério da Saúde, a equipe multiprofissional no contexto da ESF é composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde (ACS). Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. É preciso ressaltar que na conformação atual das equipes, embora o ACS exerça papel fundamental na atenção básica, ainda não é uma profissão regulamentada e vem sofrendo fortes ameaças, especialmente com a revisão da PNAB de 2017. As equipes multiprofissionais além de apoiarem-se entre si também contam com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)^v, que se apresentam como estratégia a ser acionada pela atenção básica, a fim de obter apoio de equipe especializada no suporte às ações generalistas desenvolvidas na APS, sugerindo também a colaboração entre diferentes níveis de atenção, através do trabalho em rede (REEVES et al, 2018).

O trabalho em equipe envolve três vertentes concomitantes: capacitação profissional, interface do trabalho dos profissionais e autonomia dos profissionais (VELLOSO, 2016). Por capacitação profissional entende-se a formação acadêmica, com competência e habilidade para o estabelecimento de protocolos e processos de trabalho pactuados coletivamente (por toda equipe) e não estabelecidos de forma vertical. A vertente da autonomia é bastante discutida e questionada na prática do trabalho em equipe. Cada profissional, dentro das especificidades de sua respectiva profissão deve ter autonomia de trabalho naquilo que é sua área de competência, não devendo haver hierarquias de comando no exercício das suas atividades. No contexto

^v O NASF é regulamentado por meio da Portaria no 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Poderão compor os NASF 1, 2 e 3 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas <Acesso em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php>.

do trabalho em equipe, o conjunto dos profissionais deve estabelecer o fluxo e as inter-relações das ações. Quanto à interface do trabalho dos profissionais, sabe-se grosso modo que as áreas de competência de cada profissão são claras na grande maioria dos procedimentos e há pouca disputa em torno delas. Nesse sentido, o trabalho em equipe no campo da saúde é extremamente complexo e objetiva a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença-cuidado.

Entretanto é importante fazer um contraponto em relação às implicações dessas vertentes na realidade do trabalho e da formação dos profissionais de saúde. Os processos de capacitação, em quase sua maioria, estão centrados na formação das competências específicas, consolidando o conjunto de conhecimentos que legitimam as identidades dessas profissões. Essas identidades muitas vezes têm se configurado como barreira para atuação interprofissional, uma vez que competências colaborativas não encontram o espaço necessários nos processos formais ou informais de formação e capacitação. As implicações desse contexto é uma dinâmica de trabalho muito mais marcada pela competição do que pela colaboração, fortalecendo a lógica dos silos ou tribos profissionais. É na configuração desses silos que se reproduzem disputas relacionadas ao reconhecimento social e profissional, com consequências negativas para a atenção integral aos usuários. Nessa disputa o usuário perde o status de central e assume o papel de objeto das intervenções fragmentadas dos profissionais de saúde (WELLER, BOYD, CUMIN, 2014). Esse contexto implica, por sua vez, na relevância de repensar o processo de formação desses profissionais sob pena de descaracterizar a potência da APS.

Na ESF, as ações em saúde possuem um direcionamento generalista centrado nos indivíduos/famílias do território adscrito, levando em conta as especificidades locais. Tais ações devem ser realizadas pelos profissionais da equipe de forma longitudinal, porém, é importante lembrar que uma equipe é sempre composta por pessoas que trazem especificidades que perpassam as relações, tais como: gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais, e interesses próprios.

Tais diferenças exercem, evidentemente, influência sobre o processo de trabalho e na conformação de diferentes situações entre aquela em que os diferentes profissionais dividem o mesmo espaço físico e trabalham juntos, sem que haja uma integração entre os membros – cada profissional, nesta situação, desenvolve seu trabalho individualmente centrado em suas competências específicas, fragmentando o atendimento e as ações em saúde. Peduzzi (2001) em seu trabalho pioneiro sobre equipe multiprofissional sistematiza tais situações em: equipe como agrupamento de agentes e equipe como integração de trabalhos. Na primeira noção a tônica do trabalho é a fragmentação e a justaposição de ações; na segunda evidencia-se a integralidade das ações de saúde. Ainda segundo a autora, a comunicação entre os profissionais deve fazer parte das preocupações cotidianas do trabalho, para que os profissionais articulem as decisões e configurem “*[...]na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais (...) [o] trabalho em equipe multiprofissional [como] uma modalidade de trabalho coletivo*” (PEDUZZI, 2001, pág. 108).

A APS como norteadora de todo o sistema de saúde e coordenadora do cuidado apresenta-se bastante diversa em todo o território nacional, o que representa enormes potenciais e desafios para a consolidação do trabalho em saúde estabelecido por meio de equipes multiprofissionais que garantam ações integrais pautadas na lógica do trabalho interprofissional colaborativo.

TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DESAFIOS E POTENCIALIDADES

São notórios os relatos sobre a fragilidade da construção do modelo trabalho interprofissional, que tem se dado mais em teoria do que na prática do trabalho na atenção básica. Dentre os **desafios** a serem enfrentados pelas equipes convergem diversos fatores, como: formação orientada para o labor individual; as relações hierarquizadas que permeiam a prática das equipes; falta de condições estruturais adequadas para o desenvolvimento do trabalho em equipe.

As equipes em sua maioria se organizam na prática como do **tipo agrupamento** (PEDUZZI 2001), caracterizando-se como um grupo de pessoas que, embora trabalhem juntas, cada uma individualmente desempenha as suas atribuições profissionais orientadas a partir do labor individual. A equipe de trabalho é simbolicamente atribuída como incompleta (REIS & ANDRADE, 2008), mesmo com todos os membros presentes fisicamente, mas ausentes no compartilhamento dos mesmos objetivos e no planejamento conjunto de ações.

É possível perceber que existe uma confusão conceitual e a literatura vem chamando a atenção para a importância de clarificar algumas definições, tais como trabalho multiprofissional, trabalho em equipe, trabalho interprofissional e prática colaborativa. O nível de interação, o compartilhamento de objetivos em comum, a identidade de equipe e a centralidade no usuário e suas necessidades são aspectos centrais para a diferenciação desses termos (GOLDMAN et al, 2009; D'AMOUR et al, 2005).

A **orientação para o labor individual** tem suas origens estruturais, da construção dos sistemas de atenção à saúde nas sociedades capitalistas atuais, pautadas pelo modelo biomédico que é hegemônico e majoritariamente orientado pelas lógicas assistencialista e de fragmentação, tanto do indivíduo quanto dos processos de trabalhos. Como decorrência, a **formação acadêmica dos profissionais de saúde delinea-se com saber positivista e tecnicista**, fragmentando e especializando o conhecimento e os processos de trabalhos, o que é perceptível nas dificuldades do trabalho em equipe.

As **relações hierarquizadas** decorrentes dessa forma de organização do trabalho atravessam as equipes na disputa de poder e espaço entre profissionais, que muitas vezes se dão como obstáculo para o trabalho coletivo se concretizar (REIS & ANDRADE, 2008). Há o predomínio da **hegemonia do poder técnico e político dos profissionais médicos**, que entram em conflito com outros profissionais de nível universitário e com categorias profissionais de nível médio. O trabalho acaba sendo feito de forma fragmentada e desconectada da finalidade de seu objetivo do cuidado integral. Para os médicos, a equipe se resume à equipe médica, porém para outros profissionais de nível superior a execução do trabalho interprofissional é dificultada pela falta de espaço dos "não-médicos" para exercício de suas funções (ARAÚJO & ROCHA, 2007). Nesse sentido, é importante ressaltar que a estruturação do trabalho em equipes de formato multiprofissional, por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica das relações de poder médico-centrada.

As **relações de poder** devem ser evidenciadas e problematizadas (FORTUNA et.al, 2005), como condição fundamental para o efetivo trabalho em equipe pautado

na colaboração na dinâmica da produção dos serviços de saúde. Sobretudo, porque elas condicionam os diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família e podem gerar conflitos entre seus membros e entre a equipe e a comunidade, porque não conseguem atender à demanda devido à falta de organização e integralidade do trabalho. Tais são os motivos que geralmente causam segmentação na equipe e desconsideração de suas ações de saúde (OLIVEIRA & SPIRI, 2006).

A **falta de condições estruturais** para o desenvolvimento do trabalho em equipe também se apresenta como dificultador da organização dos serviços, expressando-se na falta de materiais, inadequação do espaço físico das unidades e baixos salários (REIS & ANDRADE, 2008; MARIN, et.al., 2010). Chama atenção os **diversos tipos de contratos de trabalho**, tais como: celetista (CLT), temporários e até indicação político-partidária em alguns casos, que se apresentam como problema para a consolidação do trabalho interprofissional. Tal situação trabalhista gera instabilidade na carreira profissional, dificultando efetivamente a criação de vínculo do profissional com o serviço, com a equipe e com a população atendida, enfraquecendo a lógica da interprofissionalidade na dinâmica do trabalho em saúde em razão da alta rotatividade de seus membros, interferindo principalmente na identidade de equipe. A forma de contrato de trabalho interfere diretamente nos serviços prestados, devendo esta garantir estabilidade e fortalecer o vínculo empregatício, além de possibilitar vínculo profissional/usuário e responsabilidade social (MARQUI et.al., 2010). Também, apresentam-se as questões de remuneração econômica desigual para os profissionais das equipes, de forma que as relações consideradas, em teoria horizontais, são de fato marcadas por profundas diferenças de remuneração econômica e jurídica (MORETTI-PIRES & CAMPOS, 2010).

Contudo, apesar das dificuldades é preciso destacar os **avanços** que a composição de equipes multiprofissionais incorpora nas realidades dos serviços. A proposta da ESF traz avanços notáveis no trabalho em equipe multidisciplinar, pois na prática dos serviços, quando estão de fato estruturados com base nas equipes é perceptível a **quebra da divisão do processo de trabalho, a co-responsabilização pelos problemas apresentados e a superação da inércia e indiferença burocrática que muitas vezes se apresentam nos serviços públicos de saúde**. Acontece, então, a recomposição de processos de trabalhos distintos e a formação de conexões e interfaces existentes entre as intervenções peculiares de cada área profissional, preservando as respectivas especificidades.

Cada membro da equipe tem seu papel e desempenhá-lo gera experiências que são tidas como gratificantes e prazerosas. Traz, inclusive reconhecimento por parte dos usuários que se tornam mais ativos no seu processo terapêutico, aceitando condutas e participando mais das atividades propostas nos serviços. Dessa forma, estreita-se o vínculo com a comunidade e entre os próprios profissionais da equipe. Os membros da equipe articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntas e intervir de maneira adequada, já que todos conhecem a problemática. A integração entre os profissionais permite que eles sejam capazes de trocar informações relacionadas aos pacientes com o intuito de tomar a conduta adequada de acordo com cada necessidade.

Um outro avanço importante para o trabalho em equipe relaciona-se à **construção da alteridade entre os profissionais**. O reconhecimento e o respeito ao outro como um estímulo ao trabalho partilhado, que são, muitas vezes, invisíveis e não quantificáveis em termos de indicadores (REIS & ANDRADE, 2008), (FORTUNA et.al., 2005).

A **comunicação entre os membros da equipe e o bom relacionamento entre seus membros** são fatores importantes para o fortalecimento da interação notadas como um avanço pelos profissionais e gestores (OLIVEIRA & SPIRI, 2006). O desafio para as equipes é de estabelecer fluxos de comunicação interpessoais que possibilitem a discussão dos problemas cotidianos, com liberdade para todos falarem, atitudes de respeito, linguagem comum, disposição para aprender, corresponsabilização e união. Para a operacionalização prática do fluxo de comunicação, a reunião de equipe vem se apresentando como espaço importante (PERES et.al., 2011), pois nela a potencialidade do trabalho em equipe, bem como os desafios são revelados. O trabalho realizado de forma conjunta e articulada exige comunicação fluida e permanente, sendo, inclusive, a condição para que as equipes de saúde ampliem sua capacidade de cuidado e de resolução dos problemas de saúde, sempre na busca por uma atenção mais integral (PEREIRA et.al., 2013).

Cabe ressaltar também **iniciativas institucionais**, de cunho macroestruturais como a do Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação das residências multiprofissionais^{vi}, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, buscam atuar como espaços privilegiados de construção de novos saberes e articulação de diferentes núcleos profissionais, bem como um espaço para a formação de profissionais comprometidos com o SUS. Pode-se dizer que a proposta representa um projeto contra-hegemônico, uma vez que atua como forte condicionante para a busca da integralidade do cuidado.

Essa discussão se apresenta alinhada à definição do conjunto de competências trazidas por Barr (1998) relevantes no processo de formação dos profissionais de saúde. O autor apresenta três grandes grupos de competências: específicas ou complementares – aquelas que asseguram as identidades profissionais e a legalidade de suas práticas; comuns – aquelas que todos devem ter e não interferem nos limites e nas identidades profissionais e por fim, as colaborativas que asseguram a melhoria das relações interpessoais e interprofissionais indispensáveis a construção de um novo profissionalismo pautado na colaboração.

São perceptíveis, assim, as tentativas de **qualificar melhor os profissionais** para que estes somem esforços em busca da materialização das competências colaborativas nesse sistema. A legitimidade que esse processo de formação busca para formar os trabalhadores mediante o conhecimento aprofundado das questões teóricas concernentes à política de saúde, bem como a experimentação comprometida e problematizadora dos serviços de saúde é essencial para a consolidação do SUS.

AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES “SÃO BOAS PARA PENSAR” O TRABALHO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) podem ser entendidas como um analisador do funcionamento do processo de trabalho em saúde na APS, ou seja, são “boas para pensar” as relações entre profissionais no contexto de seus serviços.

^{vi} Abrangem as seguintes profissões da área da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Resolução CNS nº 287/1998).

Tendo como base estudo realizado na Região Metropolitana de Campinas (RMC) acerca da inserção das PICS em serviços de atenção básica^{vii} destacaremos para esta discussão os sentidos positivos e negativos da oferta dessas práticas para a equipe, segundo 117 coordenadores dos 236 serviços de APS da Região em 2014. As respostas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise temática dos seus conteúdos, a partir do referencial das ciências sociais e da saúde coletiva, permitindo analisar os desafios à implementação dessas práticas no processo de trabalho das equipes na APS.

O roteiro de entrevista aplicado aos coordenadores das unidades conteve as seguintes perguntas: “*Quais os aspectos negativos do desenvolvimento das PICS na APS para a equipe? Por quê?*” “*Quais os aspectos positivos do desenvolvimento das PICS na APS para a equipe? Por quê?*” A análise qualitativa realizada dialogou e privilegiou o sentido das narrativas sem buscar nelas uma verdade essencialista, mas o significado que os entrevistados expressaram (MINAYO, 2012, p.624). As respostas às indagações foram organizadas a partir dos conteúdos e constituíram unidades de sentidos atribuídas pelos entrevistados.

Os aspectos positivos do desenvolvimento das PICS para a equipe, segundo os coordenadores de serviços entrevistados, são de diferentes ordens, como:

a) as PICS constituem-se como estratégias de integração entre as diferentes profissões que compõem as equipes de APS

“gera um espírito de equipe, eu acho que a equipe melhora a atenção, com mais solidariedade... melhora a questão da amizade entre a equipe, até para o desenvolvimento do trabalho” (74)

b) as PICS são atividades prazerosas que aproximam os profissionais das equipes com usuários e cuidadores da APS

“Eu acho que quando a gente consegue proporcionar num centro de saúde atividades prazerosas tanto pro profissional, mas que também possa melhorar o vínculo com a comunidade, eu acho que sempre traz pra gente um benefício importante” (268)

c) as PICS apresentam para a equipe uma perspectiva de prevenção e produção da saúde

“A equipe se sente assim, trabalhando numa missão mais preventiva quando trabalha com as práticas integrativas... então nesse espaço é um espaço também de produzir saúde” (246)

Destaca-se que os profissionais que atribuíram estes sentidos positivos foram coordenadores de serviços que ofertam alguma PICS em oito dos 20 municípios da RMC. Estes entrevistados tinham as seguintes características: 89,7% (N=105) eram do sexo feminino, com idade média de 41,45 anos; 76,1% (N=89) se autorreferenciou de etnicidade branca; 40,2% com formação superior completa e 47,9 pós-graduação *latu sensu*; a formação mais frequente foi em Enfermagem (70,4%), seguida por Odontologia (9,6%) e Medicina (8,7%); com tipo de vínculo direto com o município,

^{vii} O projeto de pesquisa intitulado “As Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares nos Serviços de Atenção Primária em Saúde na Região Metropolitana de Campinas, SP”, foi desenvolvido pelos pesquisadores do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde, com subvenção do CNPQ, e conduzido com estudos quanti-qualitativos nos 20 municípios pertencentes à Região Metropolitana de Campinas.

para atuar no SUS local (98,3%); e tempo médio de vínculo com a prefeitura de 132,15 meses, enquanto que com a UBS foi de 55,58 meses.

Pode se afirmar que os aspectos positivos do desenvolvimento das PICS para a equipe, atribuídos pelos coordenadores de serviços, constituem uma *prazerosa estratégia de integração e perspectiva de cuidado* para o trabalho das equipes na APS. Dessa maneira, as PICS estariam diretamente relacionadas aos aspectos positivos do processo de trabalho das equipes na APS, quais sejam: a recomposição de processos de trabalhos distintos; a formação de conexões e interfaces entre os profissionais; a quebra da divisão do processo de trabalho; co-responsabilização pelos problemas apresentados à equipe; superação da inércia e indiferença burocrática; estreitamento do vínculo com a comunidade e entre os próprios profissionais da equipe; articulação de práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada; integração entre os profissionais com o intuito de tomar a conduta adequada de acordo com cada necessidade; construção da alteridade entre os profissionais; reconhecimento e respeito aos diferentes conhecimentos; e estímulo ao trabalho partilhado, características centrais do trabalho interprofissional colaborativo.

A implantação das PICS na APS alcança a dimensão de uma inovação técnica que rearranja a organização do trabalho, bem como o processo de trabalho das equipes. As mudanças são substanciais do ponto de vista da qualidade do trabalho, pois introduzem uma dimensão prazerosa ao labor do campo da saúde, assim como desenvolve uma virada paradigmática da patogênese para a salutogênese, com ações orientadas para a prevenção e promoção da saúde. Não bastassem essas mudanças internas do processo de trabalho, também trazem mudanças da organização do trabalho ao propiciar maior integração e vinculação dos profissionais das equipes com as populações atendidas.

Na fala dos participantes é possível perceber que o elemento que reverberou na mudança da dinâmica do trabalho em saúde foi a centralidade do usuário e suas necessidades. O trabalho em saúde desloca-se do procedimento centrado ou profissional centrado para uma ordenação a partir das necessidades evidenciadas, trazendo os benefícios mencionados. Na descrição dos participantes as PICs se apresentam como mecanismo capaz de desvendar as potências do trabalho interprofissional, com claro benefícios aos usuários, que se sentem mais “atendidos” tendo em vista as novas relações que se estabelecem entre eles e os profissionais, e também para os profissionais de saúde que se mostram satisfeito por não estarem a todo momento no campo de disputas comuns na atenção curativista e individual. As PICS estabelecem a horizontalização dos poderes, neutralizando uma das maiores barreiras para a interprofissionalidade. A vivência de maior equilíbrio nas relações de poder favorece a comunicação, a tomada de decisões compartilhadas, a escuta atenta e respeitosa e uma dinâmica permanente de aprender com o outro, sobre o outro e para o outro (BARR et al, 2008).

No entanto, os coordenadores entrevistados também identificaram um conjunto de aspetos negativos da oferta de PIC para as equipes de saúde da APS relacionados ao fato de que:

a) as PICS geram conflitos com outras atividades da equipe

“a única questão é assim, que como elas [funcionárias] estão alocadas no centro de saúde, elas têm inúmeras atribuições né, então a gente só tem que casar com todas as atividades que elas têm que fazer também, para que elas mantenham o grupo, que a gente avalia como super importante, mas não deixem de fazer outras funções que também são importantes, né?” (245)

b) as PICS geram sobrecarga aos demais profissionais da equipe

“Pra equipe, olha, o negativo que eu vejo que é o olhar que eles estão no momento é assim, que a gente tem pouco recurso para dar conta do trabalho aqui, e saindo pessoas para fazer uma coisa fora, eles tomam isto como negativo, por exemplo, eu estou aqui no curativo, tenho 15 pacientes para atender de manhã, e quem está escalado comigo sai duas horas da unidade para fazer este grupo fora, e quando a gente está com um recurso humano bem compatível, que dá, eu vejo que eles se envolvem mais, que não tem tanto conflito, entendeu? É a única coisa que eu vejo de negativo” (281)

c) as PICS não são parte das atividades prioritárias da equipe no serviço

“Há, às vezes eu acho que a maior dificuldade que a gente tem hoje é que com o número pequeno de profissionais que a gente tem, a falta de RH, muitas vezes a gente acaba redirecionando o tempo, a carga horária destes profissionais para as atividades que são a demanda principal da unidade, e aí as práticas acabam não sendo priorizadas, neste contexto... por causa das dificuldades que a gente tem de liberar...” (272)

Estes três aspectos negativos são importantes para sinalizar conflitos de baixo reconhecimento e visibilidade nas relações internas das equipes de saúde. Na medida em que um profissional da equipe se interessa por alguma PICS e faz o investimento de formar-se para reproduzi-la no serviço, negocia algumas horas com os outros profissionais da equipe e monta um grupo com uma PICS coletiva, todo esse processo deveria fazer parte do trabalho da equipe. No entanto, como narraram os coordenadores, a presença desse tipo de prática na APS não apenas gera conflito e sobrecarga aos profissionais da equipe, como, também, não fazem parte das “atividades que são a demanda principal da unidade”.

De outra maneira, é possível afirmar, a partir de um exercício de generalização analítica posicionado nas PICS e que alcança muitas outras práticas no campo da saúde, que o profissional de uma equipe que se interesse por alguma técnica ou método não protocolar e hegemônico do campo da saúde, ou que busque inovar a organização do trabalho nos serviços da APS, sofrerá diferentes formas de constrangimento pelos outros profissionais que compõem a equipe multiprofissional.

Pode ser que a ação inovadora do profissional seja a expressão de uma formação especializada e orientada para o labor individual, que como vimos tem suas origens estruturais nas sociedades capitalistas, majoritariamente orientadas pelas lógicas de fragmentação, tanto do indivíduo quanto dos processos de trabalhos. Mas pode ser, também, que o interesse de um profissional pelo “novo” seja a expressão genuína do desejo de romper com a inércia institucional e construir um modelo de cuidado, não apenas integral, mas também emancipatório. Pode ser, ainda, que o interesse por introduzir novas práticas na equipe seja uma mistura entre individualismo e compromisso com o cuidado da população na APS. No entanto, qualquer que seja a motivação do profissional, sua ação resultará em possíveis conflitos interprofissionais com os outros membros da equipe. Nestas tensões estarão operando as relações de poder corporativas e estruturais do campo da saúde, as quais podem ser condicionantes da construção social e manutenção de assimetrias no trabalho das equipes de saúde.

No discurso de um coordenador, que é bastante semelhante ao de muitos outros entrevistados, observa-se a expressão desse complexo de relações de poder corporativo e estrutural nas equipes da APS, entorno do não reconhecimento das PICS pelos profissionais não envolvidos com elas. Em suas palavras:

“Eu acho que ainda não tem uma percepção definida pelos profissionais, pra complementar o modelo de “consulta”, pra mim é evidente isso. (...) eu acho que pra equipe como um todo, mesmo envolvendo o profissional médico, ainda não caiu a ficha. Eu acho que a gente tem ainda pouco investimento nesta coisa de definir que é um modelo importante, uma opção importante para os profissionais e para o usuário, ainda tá... pouco investido. “240)

Claramente, mas de forma não linear, é possível ver expresso nesse discurso as relações hierarquizadas que permeiam o trabalho das equipes. Elas estão condicionadas, como vimos, à forma de organização do trabalho e, muitas vezes, também à hegemonia do poder técnico e político de uma categoria profissional. A assimetria dessas relações estabelece hierarquias e verticalizações nas relações dos trabalhadores das equipes, podendo operar como obstáculo para o trabalho coletivo se concretizar, tornando-o fragmentado e desconectado.

O trabalho interprofissional para mostrar sua potência no processo de reorientação do modelo de atenção à saúde não se sustenta apenas pelas iniciativas individuais. Nas falas anteriores está claro a necessidade de maior apoio institucional para o fortalecimento do trabalho interprofissional colaborativo, isso porque as normativas institucionais, algumas vezes, legitimam as disparidades de poder e não investe em um novo arranjo de trabalho em saúde que assegure o efetivo trabalho em equipe. O debate sobre comunicação interprofissional precisa vir acompanhado de um movimento de reconhecimento e valorização de todos os profissionais. Enquanto a discussão de poder - e a contribuição do modelo tradicional para a manutenção dessa desigualdade desse poder - não for enfrentada na esfera macro teremos dificuldades de avançar numa cultura colaborativa (PARADIS et al, 2017)

São muitas as implicações da assimetria de poder no interior da APS e possivelmente a mais perversa é a de culpabilização das vítimas do processo. No primeiro extrato abaixo observa-se a descrição dos eventos que produzem a desmotivação dos profissionais que oferecem as PICS nos serviços de APS, que julgamos ser semelhante a outros processos de introdução de outras práticas não hegemônicas. O coordenador argumenta sobre a inadequação estrutural das unidades para o desenvolvimento do trabalho com técnicas de cuidado coletivas como o Lian Gong, que é uma das PICS coletiva de origem da Medicina Tradicional Chinesa. Porém, no segundo extrato observa-se a culpabilização dos usuários, que por extensão poderá atingir o profissional responsável pelo grupo de Lian Gong, que mesmo em um contexto de inadequação são sentenciados como não comprometidos. Conforme os entrevistados, então:

“Eu acho que os aspectos negativos não são exatamente das questões das práticas, mas eu acho que em relação até mesmo o nosso contexto, se a gente não tem um espaço adequado, então quando a gente tenta fazer um Lian Gong precisa de mais espaço, porque na unidade básica, a maioria, não é construída numa lógica de ter espaço para as práticas integrativas, elas são mais para atender paciente, então quanto mais consultório, quanto mais salinha pequena melhor, (...) “Se a gente não tem um espaço adequado, então isto causa uma

dificuldade (...) às vezes causa uma frustração no próprio profissional que diz,

- "Há, eu não vou fazer porque não dá... Eu não quero fazer de qualquer jeito, então também não vou fazer".

Seria questão do investimento, acho que existe pouco investimento, se fala muito em práticas integrativas pontualmente, mas não existe um programa forte de práticas integrativas, e que acolha estes profissionais que fazem práticas integrativas". (242)

"O Lian Gong a gente tem a dificuldade específica de condução do grupo, né. Quem é o responsável real pelo grupo? A gente tem dificuldade no sentido de as pessoas não se apossarem do grupo da maneira como deveria. A gente conta com a colaboração com as pessoas da própria unidade pro grupo não morrer, então, o aspecto negativo é este em serviço do Lian Gong, a falta de envolvimento". (274)

Há uma associação recorrente da introdução de novas práticas no processo de trabalho das equipes com a geração de tensionamentos. No caso do Lian Gong, como as unidades básicas de saúde foram construídas tomando como referência o modelo de atenção centrado no atendimento clínico, com salas pequenas e sem espaços adequados para atividades realizadas em grupos, para desenvolvê-lo é preciso improvisar áreas externas ou utilizar outros equipamentos públicos ou comunitários no entorno. Adequar o espaço para o desenvolvimento da atividade em grupo é considerado uma responsabilidade individual e personalizada do profissional que oferece a prática. Assim, o profissional "ausenta-se" do serviço e o ciclo vicioso nas relações entre os profissionais da equipe é reforçado, com tensionamentos contínuos entre a sua oferta versus "manutenção do funcionamento do atendimento da unidade" e PICS versus "demandas principais" etc.

Conclusivamente, as PICS na APS, com seus sentidos positivos e negativos atribuídos pelos coordenadores dos serviços, são um bom analisador das potencialidades e desafios do trabalho das equipes de saúde no SUS. Essas práticas visibilizam aspectos pouco considerados nos conflitos interprofissionais da organização e processo de trabalho das equipes, como, por exemplo, a estrutura física inadequada para o desenvolvimento de atividades coletivas, que poderiam articular os diversos membros da equipe em uma perspectiva de aliar saberes na lógica interdisciplinar e interprofissional. Outro conflito que se torna visível com as PICS na APS é a assimetria de poder interprofissional, quase sempre estabelecida e mantida pelas relações corporativas, estrutura estatal e hierarquias entre profissionais, que garantem privilégios econômicos e contratuais a determinados profissionais. Com a presença das PICS na APS, também, torna-se visível a potencialidade das equipes desenvolverem trabalhos prazerosos para si e para as populações atendidas, que geram um fortalecimento do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas, (re)situando a comunidade e os usuários na centralidade do processo de produção dos serviços de saúde, reverberando na ampliação do vínculo e avançando na perspectiva integral e orientado pela salutogênese, mais do que pela patogênese que orienta a maior parte da atenção realizada com o modelo biomédico.

REFLEXÕES FINAIS

A experiência de trabalho interprofissional nos serviços de saúde na APS apresenta-se, em princípio, como fácil de ser operacionalizada, porém, desenvolver a colaboração e a integração entre diversos núcleos de saberes e práticas é constantemente um desafio posto para os profissionais de saúde.

Fazem-se necessárias certas alterações da dinâmica do trabalho em saúde e nos fazeres do cotidiano de cada profissional. Há que se identificar nas equipes os elementos que configuram uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde (ARAÚJO & ROCHA, 2007). Garantir que os profissionais estejam alinhados com a lógica de cuidado integral exige um esforço para além de suas formações acadêmicas básicas, sendo necessário o desenvolvimento de competências colaborativas para a superação de um labor individual e hierarquizado no interior dos serviços. Tais mudanças não se dão de maneira rápida, pois os profissionais que compõem as equipes foram formados em uma lógica de predomínio do poder do nível superior sobre o nível médio, da categoria médica sobre as demais. Nesse contexto, relações de poder hierarquizadas, estabelecidas entre os profissionais, configuram elementos que fortalecem a situação de status de algumas profissões sobre outras, garantindo posições de assimetria na equipe.

São conhecidos os esforços de mudanças curriculares nos cursos da saúde, com a integração de currículos e formação centrada no estudante, a partir de problematização da realidade do ensino, serviço e comunidade. Mas, há muito que se desenvolver para concretizar mudanças na formação de profissionais da saúde e para que eles normalizem a articulação interdisciplinar e interprofissional. Dessa maneira, observa-se que não é pela justaposição de profissionais diferentes que se constrói o trabalho interprofissional em saúde, mas com mudanças de paradigma, mais do que reformas curriculares, na formação acadêmica e na prática da atenção.

A mudança do paradigma que reforça a formação orientada para o labor individual, a superespecialização e as relações hierarquizadas, exige diversas ações e posicionamentos dos próprios profissionais, tanto no nível macro, meso e micro (AONDASAN & REEVES, 2005).

Trabalhar em equipe demanda relações efetivas, com ênfase na comunicação, compartilhamento, parceria, interdependência e equilíbrio de poderes, sendo as reuniões de equipe estratégia importante para isso. Depreende-se assim, a necessidade de constantes investimentos nas relações entre os membros da equipe. Para que haja na equipe uma integração e não agrupamento é necessária construção adequada dos sujeitos que estão no cotidiano do trabalho em equipe. Requer um trabalho cotidiano de compromisso ético e respeito com o outro, com cada um e com todos da equipe. Destaca-se, nesse contexto, a Política de Educação Permanente estabelecida pelo Ministério da Saúde (PORTARIA Nº 1.996, DE 20 DE AGOSTO DE 2007), a qual possibilita e incentiva a problematização da realidade e a busca de soluções conjuntas para as dificuldades e os problemas do cotidiano. Nesta perspectiva, o desenvolvimento da capacidade dialógica e a ampliação da percepção das relações nas dimensões individual e coletiva do mundo do trabalho devem permear todo o processo de trabalho.

É fundamental levar em conta as complexas relações históricas da sociedade brasileira, que segue criando e mantendo iniquidades sociais em várias dimensões. A prática colaborativa e o trabalho interprofissional comprometidos com o cuidado integral deve orientar-se pelo direito constitucional de “saúde como direito do cidadão e dever do Estado”, para não perder o foco de que o SUS é a política de Estado que operacionaliza esse princípio nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Existem experiências positivas e negativas na implantação da organização e processo de trabalho de equipe interprofissional em saúde no Brasil. Oportunidades e entraves são observados em vários aspectos e nesse texto foram problematizados pelos desafios e potencialidades das PICS na APS. A partir desse exemplo ilustrativo, observamos que o cuidado realizado pelas equipes não tem sido desenvolvido em todo o seu potencial na atenção básica e o contexto atual de significativas perdas no SUS pode dificultar ainda mais o seu desenvolvimento da lógica interprofissional e colaborativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRELI, H. F. et al. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.

ARAÚJO, MBS; ROCHA, PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, Apr. 2007.

BAKER, L. et al. Relationships of power: implications for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, v. 25, n. 2, p. 98-104, 2011.

BARR, H. et al. **Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence (Promoting Partnership for Health)**. London: Wiley, 2008.

BARROS, NF. Relatório final de Pesquisa: **As Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares nos Serviços de Atenção Primária em Saúde na Região Metropolitana de Campinas, SP**, 2016.

D'AMOUR, D. et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of interprofessional care**, v. 19, n. sup1, p. 116-131, 2005.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **J Interprof Care**, v. 19 Suppl 1, p. 8-20, 2005.

GOLDMAN, J. et al. Improving the clarity of the interprofessional field: implications for research and continuing interprofessional education. **J Contin Educ Health Prof**, v. 29, n. 3, p. 151-6, 2009.

MARIN, Maria José Sanches; STORNILO, Luana Vergian; MORAVCIK, Maria Yvette. Humanization of Care from the Perspective of the Family Health Strategy Teams in a City in the Interior of São Paulo, Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 763-769, Aug. 2010.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, Dec. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; CAMPOS, Dalvan Antônio de. Equipe multiprofissional em Saúde da Família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro , v. 34, n. 3, p. 379-389, Sept. 2010.

OANDASAN, I.; REEVES, S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, p. 39-48, 2005.

OLIVEIRA, EM & SPIRI, WC. (2006). Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 727-733.

PAIM, J. O que é o SUS - ISBN: 978-85-7541-453-8. E-book interativo: 2015.

PARADIS, E. et al. Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, 1954–2013. **Medical Education**, v. 49, n. 4, p. 399-407, 2017.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, Fev 2001, vol.35, no.1, p.103-109. ISSN 0034-8910.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e interação [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PERES, CRFB et al. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. *Rev. esc. enferm. USP*, Ago 2011, vol.45, no.4, p.905-911. ISSN 0080-6234.

PEREIRA, RCA, RIVERA, FJU and ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface (Botucatu)*, Jun 2013, vol.17, no.45, p.327-340. ISSN 1414-3283

PROCH, R. From silos to synergy: interprofessional education initiatives find warm welcome at Hopkins. **Johns Hopkins Nursing**, v. 10, n. 1, p. 33-35, 2012.

REEVES, S. et al. The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. **Journal of Interprofessional Care**, v. 24, n. 3, p. 230-241, 2010.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018

REIS, Cássia Barbosa; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira. Representação social do trabalho em equipe na atenção à mulher sob a ótica da enfermeira. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 50-56, Mar. 2008.

VELLOSO, C. Equipe Multiprofissional de Saúde, 2016. <Acesso em: <http://www.cehmob.org.br/wp-content/uploads/2016/09/Equipe-multiprofissional-de-saude.pdf>>

WELLER, J.; BOYD, M.; CUMIN, D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. **Postgrad Med J**, v. 90, n. 1061, p. 149-54, 2014.