

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Liziene de Souza Arruda

Colaboração Interprofissional: um estudo de caso sobre o Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ)

Rio de Janeiro

2016

Liziene de Souza Arruda

Colaboração Interprofissional: um estudo de caso sobre o Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ)

Trabalho de Conclusão de Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Ciências Sociais., da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública na Área de concentração Saúde e Sociedade.

Orientador: Drº Carlos Otávio Moreira Fiúza

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

A779c Arruda, Liziene de Souza Arruda
Colaboração Interprofissional: um estudo de caso sobre o Núcleo de
Atenção do Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
(NAI/UERJ)/Liziene de Souza Arruda - 2016
101°f. : il. ;tab.;graf.;mapas

Orientador: Carlos Otávio Moreira Fiúza
Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca,
Rio de Janeiro, 2016.

1. Relações Interpessoais. 2. Saúde do Idoso. 3. Comportamento
Cooperativo. 4. Carga de Trabalho. 5. Percepção.6. Pessoal de
Saúde.7.Estudos de Casos. I. Título.

CDD – 22 ed.-3626098153

Liziene de Souza Arruda

Colaboração Interprofissional: um estudo de caso sobre o Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ)

Trabalho de Conclusão de Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Ciências Sociais., da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública na Área de concentração Saúde e Sociedade.

Aprovada em: 01/02/2016

Banca Examinadora

Doutor, Carlos Otávio Moreira Fiúza, Departamento de Ciências Sociais
(ENSP-FIOCRUZ)

Doutora, Célia Caldas Pereira, Vice-diretora do Programa Universidade Aberta da Terceira Idade do Estado do Rio de Janeiro (UnATi/UERJ)

Doutora, Maia Inês Carsalade Martins
Departamento de Ciências Sociais (ENSP-FIOCRUZ)

Rio de Janeiro

2016.

Dedico esse trabalho à minha *vó* "***Lia***"(*em memória*), aos meus pais ***Norma e Mac Donald Arruda*** e ao meu companheiro **Daniel Chaves** pelo exemplo, amor, dedicação e pela compreensão das horas omissas

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Carlos Otávio Moreira Fiúza, por sua dedicação, pelas orientações valiosas e disposição para realização deste trabalho, muito obrigada.

Ao meu irmão, Renan Arruda, meus sogros Orlando Clementino e Ângela Amélia Chaves, minha cunhada Isabella Chaves, meus sobrinhos que amo Myllena, Kaique, Ágatha e Pietro pela torcida, e por ter sido solidários nos momentos difíceis.

À Luciana Motta, pelo apoio e pela oportunidade que me proporcionou no NAI, muito obrigada.

A todos os colegas da turma do mestrado pelos momentos de convívio e amizade. Às minhas amigas Gabriela Andrade, Luciana cajado e JhayanaAmorin pelas trocas de experiências, pela amizade e companheirismo.

Ao Daniel Chaves, meu companheiro, pela relação afetuosa, exemplo, dedicação e torcida pelo meu crescimento profissional, muito obrigada.

À Deborah Marques e Dayse José, minhas amigas, pela torcida e por ter sido amorosas nos momentos difíceis.

À Claudia Feio, pelas trocas de experiências e amizade, muito obrigada.

À Advá e Aline, pela amizade e ajuda no meu pré-teste.

A todos os colegas e amigos no Núcleo de Atenção do Idoso pelos momentos de convívio, troca de saberes, amizade e apoio, muito obrigada.

A **DEUS**, pelas bênçãos, presença subjetiva constante e generosa
força para execução desta pesquisa.

RESUMO

Nas últimas décadas, a temática da colaboração interprofissional se destacou no campo da saúde, como componente da formação e de atenção à saúde do idoso, a fim de melhorar a qualidade e acesso aos serviços na perspectiva de uma atenção à saúde mais contínua e abrangente. A rápida transição demográfica e epidemiológica traz grandes desafios para saúde pública e novas demandas em saúde, como incapacidades funcionais e doenças crônicas, resultando no aumento da complexidade do cuidado, prolongamento do tempo de uso do serviço de saúde e elevação dos gastos em saúde. A colaboração interprofissional tem sido vista como uma estratégia inovadora, que pode ser utilizada para aumentar a efetividade dos sistemas de saúde. Esta prática colaborativa consiste no processo de comunicação contínuo e na tomada de decisão, permitindo que os saberes e as habilidades de diversas áreas profissionais atuem de forma sinérgica na equipe profissional e voltada para o paciente e a comunidade. O objetivo desta pesquisa foi analisar a percepção dos profissionais de saúde do Núcleo de Atenção ao idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ) em relação à colaboração interprofissional, a fim de compreender os sentidos da colaboração, a interação entre os profissionais e a produção do cuidado. O NAI/UERJ tem como objetivo fornecer assistência qualificada, formar recursos humanos e desenvolver metodologias de práticas interprofissionais no cuidado à população idosa, tendo como referência o cuidado integral à saúde. A pesquisa é um estudo de caso com abordagem qualitativa, que utilizou entrevistas semi-estruturadas como instrumento de coleta de dados e uma revisão de estudos sobre o tema. Participaram da pesquisa 13 profissionais do NAI das áreas de farmácia, medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia e serviço social. As entrevistas foram transcritas e analisadas pela técnica da análise de conteúdo na modalidade temática. Os resultados evidenciaram três categorias temáticas: “recursos da colaboração interprofissional inseridos no modelo de trabalho compartilhado desenvolvido no NAI”, “dimensões da colaboração” e “campo, espaço físico, sobrecarga de trabalho e carga horária”. A colaboração interprofissional é percebida como relacionada ao fortalecimento das relações interpessoais, filosofia culturalmente instituída no NAI, abertura do canal de comunicação entre os profissionais, disponibilidades de espaços coletivos e gestão compartilhada. Observaram-se problemas na condução do arranjo de reunião de final de turno preconizada pelo NAI e insuficiência de dispositivos organizacionais para apoiar a proposta de prática do NAI. Reconhece-se que é preciso ampliar o conhecimento sobre os processos colaborativos em outros serviços de saúde da UERJ sobre as relações de interdependência para a produção do cuidado compartilhado na saúde do idoso.

Palavras chave: Relações interprofissionais, Saúde do idoso, Colaboração Interprofissional, Prática colaborativa.

ABSTRACT

In recent decades, the theme of interprofessional collaboration stood out in the health field, as part of the training and health care for the elderly in order to improve the quality and access to services from the perspective of a health care more continuous and comprehensive. The rapid demographic and epidemiological transition has major challenges to public health and new demands on health and functional disabilities and chronic diseases, resulting in increased complexity of care, use of time of the extension of the health service and rising health expenditures. The interprofessional collaboration has been seen as an innovative strategy that can be used to increase the effectiveness of health systems. This collaborative practice is the communication process continue and in decision making, enabling knowledge and skills in various professional fields act synergistically in professional and focused on the patient and the community. The objective of this research was to analyze the perception of healthcare professionals Care Center for the elderly at the State University of Rio de Janeiro (NAI / UERJ) in relation to the interbranch cooperation in order to understand the meanings of collaboration, interaction among professionals and the production of care. The NAI / UERJ aims to provide qualified assistance, build capacity, and develop methodologies interprofessional practices in the care of the elderly, with reference to the integral health care. The research is a case study with a qualitative approach, which used semi-structured interviews as data collection instrument and a review of studies on the subject. The participants were 13 NAI professionals of pharmacy areas, medicine, nursing, psychology, physiotherapy and social work. Interviews were transcribed and analyzed by content analysis technique in the thematic mode. The results showed three thematic categories: "resources interprofessional collaboration entered into the shared work model developed at NAI," "dimensions of collaboration" and "field, physical space, workload and hours." The interprofessional collaboration is perceived as related to the strengthening of interpersonal relationships, philosophy culturally established the NAI, opening the channel of communication between professionals, collective spaces in hand and shared management. They observed problems in driving the shift meeting final arrangement advocated by the NAI and insufficient organizational arrangements to support the proposed practice of NAI. It is recognized that we need to increase knowledge of the collaborative processes in other health services at UERJ and on the interdependence for the production of shared care on the health of the elderly.

Keywords: interprofessional relationships, elderly health, interprofessional collaboration, collaborative practice

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
1-.....	I
INTRODUÇÃO	9
2-.....	O
OBJETIVOS	15
2.1 - OBJETIVO GERAL	15
2.2 - OBJETIVO ESPECÍFICO	15
3-.....	P
PRELIMINARES	16
4-.....	A
ASPECTOS TEÓRICOS	17
4.1 – A SAÚDE DO IDOSO E O TRABALHO EM EQUIPE DE SAÚDE.....	17
4.2 - COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL	24
4.2 – PRAXIOLOGIA DE PIERRE BOURDIEU	34
5-.....	A
ASPECTOS METODOLÓGICOS	38
5.1 – TIPO DE PESQUISA.....	38
5.2 – CENÁRIO DO ESTUDO.....	39
5.3 – SELEÇÃO DOS AGENTES DA PESQUISA	42
5.3.1 – <i>Critério de inclusão</i>	42
5.4.2 – <i>Critério de exclusão</i>	43
5.5 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	43
5.6 – PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	44
5.7 – ANÁLISE DE DADOS	48
5.8 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	51
6 – RESULTADOS E DISCUSSÕES	52
6.1 – RECURSOS DE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL INSERIDOS NO MODELO DE TRABALHO COMPARTILHADO DESENVOLVIDO NO NAI	55

6.1.1 – “Dispositivos coletivos” utilizados pelos profissionais do NAI para desenvolvimento das ações compartilhadas.....	55
6.1.2 – Gestão compartilhada e modelo de prática desenvolvida nos cenários de prática do NAI.....	61
6.2 – DIMENSÃO DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL.....	65
6.2.1 – Troca informal, relação interprofissional e cooperação entre profissionais	65
6.2.2 – Tomada de decisão compartilhada, responsabilidade multiprofissional e participação dos sujeitos na decisão compartilhada	68
6.2.3 – Relação de interdependência e forma de lidar com as fronteiras profissionais	74
6.3 – CAMPO, ESPAÇO FÍSICO, SOBRECARGA DE TRABALHO E CARGA HORÁRIA	78
7.....	C
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
8.....	R
RECOMENDAÇÕES PARA O SERVIÇO E AGENDA DE PESQUISAS FUTURAS	86
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE1	95
APÊNDICE2	98
ANEXO 1.....	100

LISTAS DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
ILPI	Instituição de Longa Permanência do Idoso
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IECP	<i>Education for Collaborative Patient-Centred Practice</i>
NAI	Núcleo de Atenção ao Idoso
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	<i>Nacional Health System</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPS	Programa de Promoção da Saúde
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SISREG	Sistema Regulador do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
TECLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnATi	Universidade Aberta da Terceira Idade

LISTAS DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1	Síntese das etapas de seleção dos entrevistados	47
Quadro 1	Categorias e subcategorias temáticas do material discursivo dos profissionais entrevistados	50
Quadro 2	Características dos profissionais entrevistados do NAI	53

APRESENTAÇÃO

O interesse por esta temática, a colaboração interprofissional, surgiu no cotidiano de um serviço especializado de geriatria e gerontologia, no qual se propunha um trabalho em equipe articulado com diversas áreas profissionais numa perspectiva interprofissional. Trabalhei durante quatro anos como farmacêutica deste serviço e preceptora do projeto de extensão de promoção da saúde do Programa de Residência Multiprofissional da Saúde do Idoso. Durante a minha experiência neste serviço, notei que seria um espaço favorável para o estudo da interação entre os profissionais, o grau de colaboração e a produção de cuidado; tendo visto que alguns estudos direcionam a compreensão sobre a prática colaborativa apenas às equipes de saúde que incluem médicos e enfermeiros.

Essa minha experiência profissional foi estratégica, no sentido de interrogar se há a colaboração interprofissional e como se dá essa prática colaborativa neste serviço especializado de geriatria e gerontologia, assim como compreender os aspectos facilitadores e complicadores da prática colaborativa. Assim, a aproximação da minha experiência profissional ao tema de estudo, o aprofundamento teórico e empírico proporcionado pela pesquisa, além da participação dos profissionais do Núcleo de Atenção ao idoso no estudo, possibilitaram a construção do trabalho apresentado nas próximas páginas.

A dissertação está constituída em oito capítulos:

- No capítulo um, está a contextualização da temática do estudo e sua justificativa.
- No capítulo dois, estão os objetivos gerais e específicos desta dissertação.
- No capítulo três, são apresentados os pressupostos desta pesquisa.
- No capítulo quatro, são apresentados os aspectos teóricos, no qual se apoiam os pressupostos da pesquisa. Entre esses aspectos, destacamos a literatura internacional sobre a colaboração interprofissional, o conceito de trabalho em equipe no âmbito da saúde do idoso e elementos da

sociologia de Pierre Bourdieu. A teoria também possibilitou e orientou a análise do material empírico (entrevistas).

- No capítulo cinco, estão descritos o delineamento metodológico da pesquisa: tipo de pesquisa, cenário do estudo, seleção dos agentes da pesquisa, critérios de inclusão e exclusão, instrumento de coleta de dados, procedimentos de coleta de dados e análise do material empírico, e também os aspectos éticos.
- No capítulo seis, estão apresentados os resultados e discussão da pesquisa com base na análise do material empírico e à luz do quadro teórico, da revisão de literatura e do diálogo com os autores que pesquisam o tema.
- No capítulo sete, estão às considerações finais sobre a pesquisa, com uma síntese do percurso, as contribuições, limitações e alguns desdobramentos possíveis do estudo.
- No capítulo oito, estão as recomendações para o serviço e pesquisas futuras relacionada à temática em questão.

1- INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a temática colaboração interprofissional se destacou no campo da saúde, como componente de uma ampla reforma de política no modelo de formação e de atenção à saúde, a fim de melhorar a qualidade e acesso aos serviços na perspectiva de uma atenção à saúde mais contínua e abrangente. Publicações de órgãos de saúde internacionais apontaram para a necessidade de reorganização da rede de atenção à saúde e formação, com ênfase na colaboração entre os profissionais e na demanda de saúde do usuário e população (OMS, 2010). O cenário de saúde apontava também para necessidade de melhorar a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença, além do aumento da complexidade do cuidado em saúde da população, advindo da especialização médica e avanço tecnológico, que reforçam a questão da reestruturação das práticas em saúde (GABOURY et al., 2009; OMS, 2010; MATUDA et al., 2015).

O cenário de saúde no Brasil configura um país envelhecido, uma vez que o número de pessoas com 60 anos representa cerca de 11% da população total, de acordo com dados do Censo de 2010, sendo superior a 21 milhões de idosos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera um país estruturalmente envelhecido quando atinge pelo menos 7% da população total de idosos. Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que o Brasil será a sexta população mundial com o maior número de idosos, em 2025, atingindo 35 milhões, em números absolutos.

A rápida transição demográfica e epidemiológica traz grandes desafios devido ao surgimento de novas demandas em saúde, como incapacidades funcionais e doenças crônicas, resultando no prolongado do tempo de uso dos serviços de saúde e aumento dos gastos em saúde (MORAES, 2012).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa (PNSPI), instituída em 2006, também reconhece a necessidade de buscar novas estratégias para o enfrentamento dos desafios no âmbito da saúde do idoso, destacando a necessidade de formar equipes interprofissionais com conhecimento e habilidades para o cuidado da pessoa idosa do

Sistema Único de Saúde (SUS). A PNSPI estabelece diretrizes de saúde do idoso que estimulam o desenvolvimento de ações de cuidado de forma integrada e articulada com diferentes profissionais no campo da saúde do idoso (BRASIL¹, 2015).

O trabalho em equipe interprofissional é considerado a melhor forma de abordagem aos usuários devido à complexidade do cuidado em saúde, bem como à possibilidade de alcançar a eficiência na abordagem com os usuários no âmbito dos serviços de saúde e pela eficácia que esses profissionais podem alcançar quando trabalham em conjunto (AGUIAR, 2013).

Apesar do trabalho em equipe ser considerada uma estratégia recomendada no campo da saúde do idoso e utilizada nos serviços de saúde. Há alguns fatores limitantes relativos à articulação efetiva entre as ações desenvolvidas e a interação entre agentes sociais, destacando-se o desconhecimento de muitos agentes sociais sobre o fundamento básico de como trabalhar em conjunto, desigualdade entre os membros de equipe relativos à oportunidade de realizar a tomada de decisão em equipe, sobrecarga dos profissionais devido ao volume da produtividade e ao número de atividades absorvidas individualmente pelos profissionais de equipe. (AGUIAR, 2013).

Por esta razão, a proposta de trabalho em colaboração interprofissional surge em resposta aos desafios do campo da saúde, cabendo destacar “*complexidade de saúde*” e “*necessidade de reagrupamento de conhecimentos espalhados*”. Esta é uma estratégia de como minimizar a alienação do agente social frente às limitações de interação entre eles e operar o trabalho compartilhado para atender melhor as demandas em saúde dos usuários. (FURTADO, 2007 p.246)

A colaboração está pautada no princípio de que os profissionais têm de se interessar em trabalhar juntos, com o intuito de oferecer um cuidado adequado, com a defesa de seus interesses individuais e certo nível de autonomia profissional. (D’AMOUR et al., 2008). Deste modo, a perspectiva da colaboração interprofissional consiste na convivência no espaço comum das práticas de diferentes profissões que desenvolvem a clínica ampliada, envolvendo o processo de comunicação e tomadas de decisões compartilhadas para a melhor produção do cuidado em saúde (D’AMOUR et al, 2005; OMS, 2010; MATUDA, 2013).

O Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) surgiu na década de 1990, bem antes da PNSPI e se propõe a realizar o trabalho em equipe com diversas áreas profissionais articuladas, com a concepção de integralidade, que consiste na busca da apreensão ampliada das necessidades de saúde, compreendendo o idoso e seu familiar como sujeitos em um contexto histórico e social, numa interação entre profissionais, idosos e familiares, que possibilita desenvolver o cuidado em resposta às demandas de saúde (MOTTA et al., 2008).

O NAI oferece diferentes cenários assistenciais, incluindo promoção da saúde, ambulatório geral e de neurogeriatria, atendimento hospitalar, atendimento em instituições de longa permanência do idoso (ILPI) e acompanhamento domiciliar. Além disso, oferece formação de recursos humanos, com o Programa de Treinamento Interprofissional em Saúde do Idoso e o Programa de Residência Médica em Geriatria e Gerontologia do HUPE/UERJ, credenciado em 1999 (MOTTA et al, 2008).

Em 2012, mais um projeto de formação de recursos humanos foi inserido, o Programa de Residência Multiprofissional da Saúde do Idoso, ofertado para as áreas de nutrição, enfermagem, fisioterapia, psicologia e serviço social. A inserção da área de farmácia se encontra atualmente em tramitação.

O NAI é considerado um serviço especializado de geriatria e gerontologia de nível secundário, que atende idosos com dependência ou maior risco de fragilidade. O trabalho em equipe consiste na busca da construção interprofissional, desenvolvida numa matriz transversal que se articula com diversos projetos assistenciais. Cada cenário assistencial tem um ou dois coordenadores que organizam e articulam junto aos membros participantes (MOTTA et al., 2008). Cabe ressaltar que algumas ações instituídas pelo NAI foram realizadas antes mesmo da elaboração das diretrizes da PNSPI. Isso mostra que este serviço especializado tem ampla experiência com o trabalho em equipe interprofissional.

A literatura tem apontado para a necessidade de melhoria dos serviços de saúde no cuidado ao idoso com abordagem gerontológica, articulando o cuidado à saúde com o trabalho em equipe na perspectiva interprofissional. Alguns estudos mostram

resultados mais significativos no cuidado realizado pelo trabalho em equipe do que em cuidados especializados, utilizando como medida o indicador de morbimortalidade, qualidade de vida e custo do serviço prestado (BRITO et al., 2013).

Assim, tanto a educação interprofissional quanto a colaboração interprofissional passaram a ser uma alternativa para desafiar o contexto atual de formação profissional e para encontrar respostas às novas demandas, que configuram a complexidade da necessidade de cuidado, a fragmentação do cuidado prestado pelas diferentes especialidades profissionais, bem como a necessidade de superar os modelos tradicionais de ensino (PEDUZZI et al., 2013).

A formação de profissionais de saúde no Brasil está ainda fundamentada majoritariamente pela educação uniprofissional, que consiste no modelo de ensino por disciplinas e na racionalidade biomédica. Este modelo de formação corresponde a uma rede de serviço, gestão e cuidado organizados em torno das intervenções médicas, atuando os demais profissionais como auxiliares desse trabalho. Assim, a educação e as práticas são orientadas por intensa fragmentação de cuidado e corporativismo profissional, de modo que o processo de socialização dos futuros profissionais tende ao domínio do saber técnico-científico, e muitas vezes não abrangem as esferas interdisciplinares e de comunicação e interação (PEDUZZI et al., 2013).

A formação de equipe interprofissional dentro dos serviços de saúde tem sido considerada um dos componentes essenciais para atender as necessidades de saúde da população idosa. Em contrapartida, é necessário que os membros da equipe adquiram uma boa comunicação e interação entre si e seus pacientes, de forma que o trabalho em equipe possa alcançar melhor efetividade no cuidado em saúde (BOKHOUR, 2006).

Para este fim, novas configurações de trabalho vêm sendo proposta, propiciando a reflexão sobre as características do processo de interação entre diversas áreas profissionais que compõem a equipe e seus aspectos que interferem no trabalho compartilhado. Esta compreensão é fundamental para subsidiar o campo da gestão dos serviços de saúde e produção de cuidado, sobretudo no âmbito do cuidado da população idosa.

Neste movimento de se buscar respostas às necessidades de formar profissionais mais preparados para trabalhar de forma interprofissional frente às demandas de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou um grupo de estudos em educação interprofissional e prática colaborativa, em 2007, para elaborar novas estratégias de ensino em países desenvolvidos e industrializados, reconhecendo esta temática como estratégia inovadora para enfrentar os problemas do modelo de atenção e força de trabalho em saúde (OMS, 2010).

Os efeitos positivos da prática colaborativa no trabalho interprofissional estão associados com a efetividade no cuidado em saúde, a redução da duplicidade terapêutica e do tempo de hospitalização que conseqüentemente reflete na redução do custo da internação do paciente. Além disso, os efeitos positivos desta prática podem contribuir para a melhoria da funcionalidade e da adesão à terapia medicamentosa do idoso (MITCHELL et al., 2010).

Há poucos estudos empíricos que mostram a operacionalização da colaboração interprofissional (GABOURY et al., 2009). Nesse sentido, a colaboração interprofissional é considerada um fenômeno não totalmente compreendido, necessitando de mais estudos para apreender seus determinantes e seu impacto no serviço de saúde (MATUDA et al., 2013).

Considerando a importância da colaboração interprofissional, da necessidade de ampliar a compreensão dos processos de interação entre os profissionais na perspectiva interdisciplinar, e dos aspectos facilitadores e complicadores da prática colaborativa no âmbito da saúde, este estudo pretende fornecer subsídios para a produção do cuidado na saúde do idoso.

As questões que nortearam esta pesquisa foram: (1) Será que se pratica a colaboração interprofissional no Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade do Estado do Rio de Janeiro? (2) Como se dá essa prática colaborativa entre os profissionais do ambulatório do Núcleo de Atenção ao idoso da Universidade do Estado do Rio de Janeiro?

A partir destas problemáticas, recorta-se a colaboração interprofissional como objeto de estudo, algo relativamente pouco discutido na literatura, principalmente no Brasil. Assim, o presente estudo se propôs analisar a percepção dos profissionais de saúde do ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, vinculado ao Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e à Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), em relação à colaboração interprofissional.

Pensamos que a colaboração interprofissional pode ser uma alternativa para compreender as formas de comunicação e de interação entre os profissionais em respostas aos problemas que configuram a complexidade das necessidades de cuidado ao idoso.

Este estudo justifica-se, assim, pela necessidade de ampliar o conhecimento sobre a operacionalização da colaboração interprofissional e compreender os aspectos que facilitam e complicam a prática colaborativa no âmbito da saúde do idoso. Entende-se que o processo de envelhecimento é um fenômeno complexo que demanda uma abordagem interprofissional, que necessita de um olhar biopsicossocial da equipe interprofissional para as necessidades de saúde do idoso e seu familiar, bem como desenvolver estratégia de cuidado em resposta às demandas de saúde dos sujeitos.

Para compreender melhor a questão da colaboração interprofissional, optou-se por utilizar, além da literatura específica sobre o tema, a praxiologia de Pierre Bourdieu, com destaque para as noções de *habitus* e campo. Essa abordagem tem sido útil no campo da saúde coletiva, com ênfase na sociologia da saúde e do corpo.

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo Geral

- Analisar a percepção dos profissionais de saúde do Núcleo de Atenção ao idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ) em relação à colaboração interprofissional, a fim de compreender os sentidos da colaboração, a interação entre os profissionais e a produção do cuidado.

2.2- Objetivos Específicos

1. Caracterizar os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) em relação à trajetória de formação e à vivência profissional.
2. Caracterizar o trabalho compartilhado desenvolvido pelo Núcleo de Atenção ao idoso.
3. Identificar aspectos facilitadores e complicadores da prática compartilhada.
4. Analisar a percepção dos profissionais de saúde do Núcleo de Atenção ao idoso sobre as dimensões da colaboração interprofissional.

3- PRESSUPOSTOS

O pressuposto da pesquisa constitui-se a partir da minha experiência profissional com práticas em equipe no Núcleo de Atenção ao Idoso, permitindo trazer elementos operacionais que possibilitam refletir sobre as práticas em equipe desenvolvidas nos projetos assistenciais.

Segundo Velho (1994), “*o processo de estranhar o familiar torna-se possível quando somos capazes de confrontar intelectualmente, e mesmo emocionalmente, diferentes versões existentes a respeito de fatos, situações*” (p.131). O presente estudo pode exercitar esse processo de estranhar o familiar, para minimizar as pré-noções interiores e exteriores das práticas em equipe. Velho (1994) acrescenta que o estudo do familiar não tem apenas o lado da desvantagem, mas pode oferecer possibilidades de rever e enriquecer os resultados da pesquisa.

Portanto, este pressuposto pode ser considerado estratégico para a pesquisa, na medida em que o NAI se apresenta como um espaço favorável para o estudo da interação entre os profissionais, o grau de colaboração e a produção de cuidado.

4- ASPECTOS TEÓRICOS

4.1- A SAÚDE DO IDOSO E O TRABALHO EM EQUIPE DE SAÚDE

Este capítulo inicia com breve percurso histórico da gerontologia e geriatria sobre a saúde do idoso. Traz como dispositivo de prática a modalidade em equipe numa perspectiva interprofissional para o cuidado da saúde do idoso, no âmbito do serviço de saúde. Também se destacam os impasses da operacionalidade do trabalho em equipe em torno da complexidade de saúde, recursos humanos e modelo de saúde vigente.

O processo de envelhecimento e suas consequências naturais e sociais continuam sendo uma das maiores preocupações desde o início da civilização. A impressão que se tem é de que essa preocupação se deu recentemente, mas a história sobre o envelhecimento mostrar que é tão antiga quanto à civilização humana (PAPALÉO NETTO, 2002).

No início do século passado, precisamente em 1903, Elie Metchnikoff, sucessor de Pasteur e um renomado cientista, defendeu a ideia da criação de uma nova especialidade, a gerontologia, com a denominação obtida a partir da expressão *gero* (velhice) e *logia* (estudo). Esse cientista propôs que a gerontologia seria fundamental para o estudo do envelhecimento, em virtude das mudanças decorrentes do último percurso de vida humana. Sendo esta especialidade o estudo exclusivo do envelhecimento, da velhice e dos idosos. Pois ele não aceitava a ideia da decadência e degeneração humana com o avançar da idade, cogitando a hipótese de que algum dia o homem poderia alcançar o envelhecimento fisiológico normal (PAPALÉO NETTO, 2002).

Porém, Metchnikoff manteve uma postura um tanto rígida, na tentativa de se buscar respostas a suas indagações, comprometendo de certa forma o avanço dos estudos sobre o envelhecimento, de modo que o campo científico não reconheceu a relevância sobre o assunto que estava estudando (PAPALÉO NETTO, 2002).

Então, naquele período os conhecimentos sobre a fisiologia do envelhecimento não teve grandes avanços conceituais. Foi criada então uma nova especialidade na

medicina, a geriatria, por Ignatz Leo Nascher em 1909, um médico norte americano e autor do primeiro livro sobre envelhecimento publicado em 1914. A geriatria consiste na especialidade médica que abrange o tratamento das doenças dos idosos, tendo visto que o cuidado da saúde do idoso é mais bem estimado pelo nível de independência funcional e autonomia, e não somente pela presença de um determinado agravo (FREITAS et al., 2002).

No primeiro quarto do século XX, além de Metchnikoff e Nascher, também o psicólogo G. Stanley Hall publicou em 1922 seu livro *Senescência: última metade da vida*. Com as evidências históricas, médicas, literárias, biológicas, fisiológicas e comportamentais, o psicólogo Stanley Hall tentou comprovar que a pessoa idosa tinha recursos até então não apreciados, contradizendo a ideia de que a velhice é simplesmente o reverso da adolescência (PAPALÉO NETTO, 2002).

Esses três autores tiveram visões otimistas das possibilidades que a pesquisa sobre o processo de envelhecimento poderia propiciar no campo da saúde do idoso. Por outro lado, as pesquisas possibilitaram visões menos pessimistas relativas às evoluções da decadência e degeneração do ser humano com o avanço da idade. Mesmo assim, Nascher e Metchnikoff enfrentaram as dificuldades de disseminar suas ideias entre os médicos, devido ao pensamento de que as fronteiras de sua área eram impenetráveis, resultante de uma cultura biomédica dominante (PAPALÉO NETTO, 2002).

Em 1930, surgiu o estudo de Marjory Warren, que propôs uma avaliação multidimensional com abordagem na prática interprofissional, possibilitando o envolvimento dos aspectos sociais, antropológicos, psicológicos, legais, ambientais, econômicos, éticos e políticos de saúde no campo da gerontologia. Além da geriatria se ocupa com aspecto médico, também faz parte da gerontologia com uma abordagem para os aspectos curativos e preventivos do cuidado à saúde no processo do envelhecimento (PAPALÉO NETTO, 2002).

A partir de então, apareceram as primeiras publicações de trabalho científico da sociedade de Geriatria e Gerontologia em países desenvolvidos. No Brasil, a Sociedade de Geriatria foi criada em 1961, tornando-se Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) em 1968, período que marcou a entrada de diferentes áreas

profissionais nesta sociedade (PAPALÉO NETTO, 2002). A geriatria, contudo, ainda se mantém como especialidade médica, com identidade própria no campo da saúde (MOTTA et al., 2007).

Para Peduzzi e Palmas (2000), em meados de 1970, marcou o início da inserção de diferentes áreas profissionais agora no campo da saúde, que se configura no trabalho em equipe, a partir da organização do serviço constituído por conjunto de profissionais com diferentes formações. Há o reconhecimento de que a formação especializada e curativa dos profissionais de saúde já não era suficiente para responder as demandas de saúde da população, sendo necessário incentivar métodos que estimulassem a atuação interprofissional. (FREITAS et al., 2002).

Na década de 1990, surgiram políticas de saúde relacionadas à saúde do idoso, como a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, 4 de janeiro de 1994), com a finalidade de reforçar os direitos sociais do idoso mencionadas no Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, 1 de Outubro de 2003), também estimular a criação de condições necessárias para promover a autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade. Posteriormente, veio a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI -Portaria nº 2.528 de 20 de Outubro de 2006) reforçando as ações coletivas e individuais do cuidado do idoso, em consonância com os princípios de diretriz do Sistema Único de Saúde, a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência da pessoa idosa. As diretrizes da PNSPI também citam propostas de desenvolver o trabalho em equipe de saúde com atuação de diferentes áreas profissionais, numa perspectiva interprofissional no âmbito serviço de saúde (BRASIL^{1,2,3};2015).

No entanto, constatou-se que a inserção do trabalho em equipe no campo da saúde não favoreceu necessariamente a organização da prática com vistas à integração entre os agentes sociais e nem a efetivação da integralidade da atenção. Apenas ocorreu a justaposição da diversidade de profissionais, não havendo articulação das práticas no serviço, e a superação da fragmentação do cuidado (PEDUZZI e PALMA, 2000).

Na perspectiva da gerontologia, há preocupação em compreender melhor o processo de envelhecimento, em torno da atenção integral e a demanda de saúde do idoso, em seu contexto global, tornando imprescindível a presença de diversos

profissionais que, em equipe, se completam e tomam decisões em conjunto (FREITAS et al., 2002). Por outro lado, a gerontologia reconhece as dificuldades operacionais de realizar a ação compartilhada numa perspectiva interprofissional no âmbito dos serviços de saúde. Entende-se que ainda há predominância de uma atuação profissional no modelo assistencial que privilegia as ações curativas e centralizadas no poder biomédico, segundo uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença. Ao mesmo tempo, a forma de atuação profissional ainda está condicionada pela formação do profissional que visa esse modelo de prática no âmbito do serviço de saúde (BISSOLI e CACHIONI, 2011).

O trabalho em equipe de saúde é considerado um articulador de grande potencial para romper com o modelo de saúde vigente, possibilitando a efetiva articulação das diferentes profissões, na dinâmica de uma equipe integrada, com foco na responsabilização do cuidado da pessoa idosa. Para Ceccim (2005), o trabalho em equipe pode ser entendido como prática de interação social entre profissionais com chance de desenvolvimento da autonomia e da criatividade no fazer coletivo, considerando o trabalho em equipe como modelo de prática no campo da saúde.

Nesse sentido, o trabalho em equipe pode ser considerado um modelo de organização do processo de trabalho que se opõe a prática individual, e que possui em nossa cultura um valor de positividade em termos de eficiência. (HONORATO e PINHEIRO, 2007). Bonaldiet al. (2007) consideram que as hipóteses e intenções de trabalhar em equipe ultrapassam a atuação de diversas categorias profissionais no mesmo espaço, ou no mesmo “objeto” ou alvo de intervenção, buscando costurar um saber-fazer comum, um fazer com.

O trabalho em equipe se caracteriza pela multiprofissionalidade e, de acordo com Passos e Barros (2000), possibilitam que a partir dos níveis de interação entre as profissionais da mesma equipe sejam classificados (os níveis de interação) como multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, cabendo diferenciar esses conceitos. O conceito de multidisciplinaridade remete à união de diferentes disciplinas com múltiplos objetivos, sem estabelecer necessariamente relações entre elas; a interdisciplinaridade trata da contribuição de diversas disciplinas para a construção de um objetivo comum e que compartilhe da mesma crença e valores de

trabalho; e a transdisciplinaridade é caracterizada por saberes compartilhado em um sistema de múltiplos níveis, com objetivos diversificados, baseado em conhecimentos comuns e tendências à horizontalidade das relações interdisciplinares (FURTADO, 2007).

Apesar da transdisciplinaridade ser considerada um sistema interdisciplinar inovador, Furtado (2007) aponta que o ideal da transdisciplinaridade é superar as expectativas da interação de saúde e ultrapassar os limites aceitáveis dos conselhos de classe (profissional) que regulamentam o exercício profissional em saúde. Além disso, os próprios profissionais de saúde não explicitam a ideia de se estabelecer uma forma de relação entre as diversas disciplinas nos moldes do que se compreende portransdisciplinaridade. Cabe ressaltar que o presente estudo aborda a prática interprofissional na perspectiva interdisciplinar, como o princípio mediador da colaboração entre as diferentes profissões na equipe do NAI, apesar da intrigante discussão sobre a transdisciplinaridade.

O termo “disciplinar” está relacionado com a perspectiva epistemológica do saber, conceitos e teorias voltadas para a compreensão de fenômenos, enquanto o termo “profissional” que será utilizado neste estudo remete às práticas de saúde das equipes em serviço, sem necessariamente acrescentar outros profissionais de áreas diferentes, pois diversas disciplinas podem constituir um único campo profissional (OANDASAN et al, 2004 e FURTADO, 2007).

O prefixo “multi”, que pode ser encontrado em multidisciplinar e multiprofissional, pressupõe profissionais que trabalham de forma agrupada e independente. Deste modo, os membros de uma equipe podem trabalhar em paralelo ao trabalho do outro, e a sua comunicação pode ser limitada entre eles. Ao contrário, o prefixo “inter” indica parceria ou relação de maior proximidade entre os profissionais de uma equipe. Isso significa que os membros de uma equipe trabalham em prol de um objetivo comum, compartilhando responsabilidade (OANDASAN et al., 2004).

Peduzzi (2001, p.86) define o trabalho em equipe multiprofissional como:

“uma modalidade do trabalho coletivo que é constituída pela relação recíproca, de dupla mão, entre múltiplas intervenções técnicas dos vários

profissionais e pela interação entre esses agentes, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a colaboração entre os profissionais”.

Deste modo, cabe distinguir o (1) *trabalho em equipe de saúde*(2) *trabalho coletivo*, pela característica do primeiro alcançar a relação recíproca entre duas dimensões complementares, o trabalho e a interação social. Nota-se que o primeiro se refere ao instrumento de remodelação dos vários trabalhos especializados na abordagem da atenção integral, e o segundo ao processo de divisão do trabalho no campo da saúde (PEDUZZI,2001).

Para esta autora, a equipe se divide em duas tipologias distintas: o agrupamento de agentes e equipe com integração de trabalho, sendo a primeira executora de ações justapostas, em que os envolvidos estão meramente agrupados; e a segunda, promotora de articulação, complementaridade e interdependência dos agentes (PEDUZZI, 2001).

Desta forma, há grandes desafios que devem ser superados para o efetivo desenvolvimento do trabalho em equipe na saúde. As limitações para alcançar a implementação do trabalho em equipe no campo da saúde estão centradas na concentração de poderes da estrutura organizacional, associada à incipiente formação dos profissionais enfatizada pela fragmentação do saber (LEITE e VELOSO, 2008).

Peduzzi (2010), que se aproxima do ponto de vista de Leite e Veloso (2008), afirma a dificuldade de operacionalização do trabalho em equipe, devido aos arranjos organizacionais do modelo de trabalho em saúde, caracterizado com atuação de forma isolada e independente e com justaposição de ações realizadas pelos agentes da equipe.

Nesse sentido, Carapinheiro (1993) afirma que a dificuldade da operacionalidade do trabalho em equipe se dá pelo modelo de saúde vigente, constituído pelo padrão biomédico, hierárquico, centralizado, com subordinação dos profissionais não médicos ao profissional médico. Teixeira (2003) acrescenta que a deficiência de comunicação entre os profissionais da equipe é considerada outro obstáculo para efetividade do trabalho em equipe. Acredita-se que o maior desafio a ser superado é dado pelo

processo de comunicação, sendo este um dos princípios organizadores que viabiliza o trabalho em equipe.

A colaboração interprofissional tem sido identificada como uma estratégia para um cuidado de saúde mais qualificado, ampliado e efetivo. O interesse nessa temática tem crescido nas últimas décadas devido ao aumento da complexidade do cuidado da população idosa, e para melhor compreender os determinantes do processo saúde – doença - envelhecimento. Além disso, há o aumento dos gastos com o cuidado em saúde, advindos das especializações médicas e do avanço tecnológico, reforçando a necessidade de remodelar as práticas em saúde (D´AMOUR et al, 2005;2008 e OMS, 2010).

Portanto, a colaboração interprofissional tem entrado na pauta das discussões das políticas de saúde, a fim de aperfeiçoar a qualidade e o acesso aos serviços de forma contínua e abrangente. A tendência é a adoção de novas formas de organização dos serviços de saúde, que necessitam implementar novos espaços e funções nas estruturas organizacionais, bem como desenvolver práticas de cuidados compartilhados.

4.2- COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Seguindo a discussão acerca do campo da saúde do idoso e sua interface com o trabalho em equipe de saúde, cabe ampliar a discussão refletindo sobre o conceito de *colaboração interprofissional*, considerando esta um elemento central para o desenvolvimento do trabalho compartilhado no campo da saúde do idoso.

A colaboração ou cooperação interprofissional acompanha as práticas cotidianas no âmbito da saúde. Estes termos são utilizados para descrever a natureza das interações entre os agentes e entre estes e seus usuários ou pacientes, contrapondo às relações tradicionais hierarquizadas, caracterizadas pelas relações paternalistas, autoritárias e unilaterais (FEELEY, 2005, apud MATUDA et al, 2013).

Para D'Amour e colaboradores (2005), a colaboração surge como estratégia do trabalho em equipe correlacionada com uma postura ética do cuidado, que se aproxima das práticas participativas e da relação mútua e recíproca entre os agentes sociais.

O debate sobre a colaboração interprofissional e a prática colaborativa no campo da saúde emergiu na primeira metade do século passado. Porém, a importância dessa temática se intensificou nas produções científicas e projetos de práticas multiprofissionais tornando-se mais evidente após a Segunda Guerra Mundial (MATUDA et al, 2015). A incorporação da colaboração interprofissional nos serviços de saúde está acompanhada pela perspectiva interdisciplinar na educação profissional de saúde. Na década de 70, a OMS passou a reconhecer a educação interprofissional como estratégia para se acrescentar aos programas tradicionais de ensino. Em virtude disso, surgiram várias iniciativas que passaram a ter prioridade na estratégia da OMS de “Saúde para todos no ano de 2000” (OANDASAN et al, 2004).

Este movimento influenciou muitos países no desenvolvimento do programa de atenção à saúde e na reformulação da formação profissional de saúde. O processo de envelhecimento também trouxe grandes desafios para o cuidado em saúde, necessitando

de maior conhecimento e habilidade no cuidado integral devido ao aumento das especializações médicas (OMS, 2010).

No Reino Unido, a estratégia da colaboração interprofissional faz parte da gestão pública e da agenda política de governo nacional adotada pelo sistema de saúde (National Health System – NHS). Tal agenda política reforça a necessidade de atualização e alteração no sistema de formação profissional e de serviço de saúde, enfatizando a importância da colaboração e a necessidade de compartilhar conhecimentos e aprendizados. Os programas de saúde desse país, em sua maioria, iniciaram a reformulação com a perspectiva da colaboração interprofissional, devido à necessidade de promover o cuidado integral na comunidade (OANDASAN et al, 2004).

No Canadá, também há exemplos de agenda política de colaboração interprofissional. As iniciativas na formação e na prática profissional são apoiadas pelas políticas governamentais e por acordos entre os sistemas de saúde e educação universitária para favorecer a mudança no modelo de formação profissional. Esta iniciativa é conhecida como “*Interdisciplinary Education for Collaborative Patient-Centred Practice*” (IECPC) que procura responder a uma demanda de profissionais para prática do cuidado integral interdisciplinar (OANDASAN et al, 2004).

A partir desta iniciativa do Canadá, a OMS, em 2007, criou um grupo de estudos em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, com o intuito de responder às necessidades de maneira que os profissionais de saúde atuem de forma interdisciplinar, e elaborar novas estratégias de ensino em países desenvolvidos reconhecendo a relevância da colaboração interprofissional nos programas de saúde do século XXI (OANDASAN et al, 2004).

Com a criação deste grupo de estudo, a OMS divulgou em 2010 a publicação “*Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*”, adotando a colaboração interprofissional como uma estratégia inovadora na educação e prática de saúde, numa conjuntura de crise na formação da força de trabalho na área da saúde. Porém, a publicação da OMS em nenhum momento menciona como normativa a adoção da colaboração em diferentes serviços de saúde, apenas incentiva a importância da adoção de ações necessárias locais (OMS, 2010).

No Brasil, as iniciativas de adoção da colaboração interprofissional no ensino ainda são tímidas, prevalecendo a formação uniprofissional. As mudanças na formação e práticas em saúde consistem em uma abordagem interdisciplinar sem contemplar a perspectiva da colaboração interprofissional (PEDUZZI et al, 2013).

Em revisão de literatura, D'Amour e colaboradores (2005) identificaram termos relativos à definição do conceito de colaboração interprofissional, sendo classificadas as seguintes palavras chave: (1) partilha (*“sharing”*) – descrita como divisão de responsabilidades, compartilhar tomada de decisão; (2) parceria (*“partnership”*) – remete à ideia de relações de afinidade, autenticidade e construtivismo, comunicação aberta, respeito e confiança mútuos; (3) interdependência (*“interdependency”*) – mútua dependência, participação de cada profissional nos projetos assistenciais; e (4) poder (*“power”*) – fortalecimento de cada membro, que tem seu poder ou valor reconhecido pela equipe. Esses autores consideram que a concentração de distintos profissionais em equipes de saúde não leva necessariamente à colaboração. Para que esta ocorra, é necessário o desenvolvimento do processo colaborativo na equipe, trabalhando a relação das dinâmicas e seus demais determinantes relacionais.

A prática colaborativa está interligada com o objetivo do cuidado integral, interprofissional e interdisciplinar. Por esta razão, esta prática consiste no processo de comunicação contínua e tomada de decisão, possibilitando que saberes e habilidades de diferentes áreas profissionais atuem de forma simultânea com o paciente e a comunidade (WAY et al, 2000 e D'AMOUR, 2005).

Para D'Amour e colaboradores (2005), alguns especialistas acreditam que a prática colaborativa pode estar relacionada com o poder compartilhado entre os membros de trabalho, buscando a pactuação por meio de discussão e negociação, a participação ativa e o envolvimento do profissional nos processos de trabalho em equipe. Algumas características são importantes para facilitar o alcance da operacionalização da prática colaborativa como: a dinâmica profissional, capacidade de compartilhar o poder, resolutividade, flexibilidade, capacidade de respeito mútuo e disposição de aprender. Além disso, a colaboração está propensa a acontecer quando os

profissionais de saúde compartilham os mesmos interesses, crenças e valores semelhantes (GABOURY et al, 2009).

O estudo de San Martin-Rodrigues e colaboradores (2005) identificou três categorias de determinantes da colaboração. A primeira categoria refere-se aos *fatores sistêmicos* que consistem nos elementos externos às organizações (sistema social, cultural, educacional e profissional), que destacam a necessidade da divisão de poder igualmente entre profissionais da equipe e a presença da cultura predominante da autonomia profissional, que favorece maior individualismo e especializações resultando prejuízo à colaboração. A segunda categoria aponta os *fatores organizacionais* como o tipo da estrutura organizacional, a filosofia da organização, o apoio administrativo e os recursos para desenvolver a prática colaborativa. A terceira categoria mostra os *fatores interacionais*, como a receptividade aos ideais da colaboração, a pactuação com a prática colaborativa, a confiança pessoal e na equipe, a boa comunicação e o respeito mútuo. Porém, os determinantes para alguns especialistas são considerados insuficientes tendo sido analisados de forma isolada. Para comprovar os múltiplos aspectos que envolvem a colaboração interprofissional é necessário desenvolver novos estudos para identificar e compreender de que maneira os determinantes se relacionam entre si nesse fenômeno complexo. Esta pesquisa se insere, de alguma forma, nesta perspectiva.

Os efeitos da prática colaborativa são considerados múltiplos, podendo alcançar desde uma boa resolução das ações, incluindo amplas ofertas de ações (OANDASAN et al, 2004; GABOURY et al, 2009), até a melhoria da comunicação entre trabalhadores, a otimização da participação da equipe na tomada de decisão e o fortalecimento do respeito mútuo (OANDASAN et al., 2004; D'AMOUR et al., 2005).

Deste modo, são necessárias pesquisas que escolham melhores métodos para fornecer elementos suficientes que mostrem como as intervenções afetam a colaboração, os modelos de serviço de saúde que constituem o trabalho em equipe com diferentes áreas profissionais e como a colaboração pode contribuir para as mudanças nos resultados obtidos.

Em outra revisão de literatura, Martins e colaboradores (2010) procuraram investigar a base de evidência sobre a colaboração interprofissional entre médicos,

enfermeiros e novos modelos de cuidado. Foram selecionados 14 estudos que apresentaram os principais componentes de intervenção: plano de tratamento, coordenação do cuidado, acompanhamento do estado de saúde, treinamento no manejo do cuidado ao paciente e promoção de serviços comunitários. Utilizaram como medidas os indicadores relacionados ao paciente ou associado à mortalidade, o desfecho social, o funcional e clínico e a utilização de serviços de saúde. Mesmo com a necessidade de maior rigor nos estudos qualitativos e em diferentes áreas, a base de evidência relacionando à colaboração interprofissional identificou bons resultados em relação aos desfechos associados ao paciente (MARTINS et al., 2010)

No estudo de Gaboury e colaboradores (2011), foi utilizada, dentre as dimensões do modelo de cuidado centrado no paciente do Canadá, a relação entre os profissionais e suas equipes como quadro analítico desta pesquisa. Foram selecionados os serviços de saúde dentro da perspectiva de cuidado centrado no paciente e de equipes com diferentes áreas profissionais. Consideraram-se as seguintes categorias analíticas: relação entre conhecimento, atitude, características pessoais, comportamento e habilidades e “*outputs*”. Dos profissionais de saúde que atenderam aos critérios de inclusão e responderam ao questionário proposto, 87 (67%) constatou-se que as variáveis que correspondem ao comportamento e às habilidades (troca de conhecimento, comunicação, confiança e centralidade médica) são mais suscetíveis a serem associadas com “*outputs*” de colaboração (satisfação no trabalho, crescimento pessoal, intenção de pedir demissão e nível de conflito), do que com o conhecimento, as atitudes e as características pessoais (conhecer o que o outro faz, crença em benefício da colaboração interprofissional, formação e experiência). Os resultados também apontaram que a crença em benefício da colaboração interprofissional está relacionada com a confiança, a cooperação e a troca de conhecimento entre os profissionais. Por esta razão, o estudo sugere que outras pesquisas qualitativas sobre a colaboração interprofissional enfatizem também os processos de habilidades e atitudes dos profissionais no trabalho em equipe.

Para exemplificar as pesquisas qualitativas sobre a colaboração interprofissional no Brasil, apresento dois estudos publicados com abordagem metodológicas diferentes nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O primeiro é um estudo de caso com abordagem etnomotodológica, no qual Araújo e colaboradores (2013) analisaram as características presentes no cotidiano do processo de colaboração interprofissional no contexto de trabalho da equipe dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Foram realizadas nove observações da equipe do NASF, em momentos coletivos de um município de grande porte da região do nordeste do Brasil. Os resultados apontaram que o NASF, enquanto suporte para Estratégia de Saúde da Família (ESF), e objetivos de cuidado centrado no paciente, família e comunidade, encontrou barreiras organizacionais que dificultaram o reconhecimento do cuidado centrado no paciente. Também o método da roda, que é empregado para a comunicação interprofissional, tem seus espaços potencialmente reduzidos, devido à baixa flexibilidade da gestão e o não gerenciamento de situações críticas entre NASF e ESF, afetando diretamente as lideranças locais e participação legítima do NASF nestes locais. Constatou que o atual arranjo dos NASF não desenvolve as práticas colaborativas de forma eficaz, tornando necessários subsídios do sistema de saúde para o fortalecimento desta prática.

O segundo estudo utilizou a análise de discurso, para identificar elementos facilitadores e de barreira para o trabalho compartilhado na ESF e NASF. Foram entrevistados 15 profissionais da ESF e NASF do Município de São Paulo. Os resultados apontaram três categorias: recursos de cooperação; modelo de cooperação interprofissional; metas, carga horária e rotatividade. A cooperação interprofissional está relacionada aos sentidos e significados que os profissionais dão ao seu papel no trabalho compartilhado, à sua forma de atuação e às diretrizes de trabalho. A utilização dos recursos, a adequação ao modelo de cooperação e a forma como os profissionais lidam com as metas denotam a coexistência de diferentes modelos de produção de cuidado. Constatou-se a insuficiência de dispositivos organizacionais para apoiar o trabalho compartilhado na ESF e a necessidade de fortalecimento do conhecimento sobre os processos de trabalho (MATUDA, 2012).

Quanto aos modelos teóricos da colaboração interprofissional, em uma revisão de literatura, D'Amour e colaboradores (2005) identificaram estudos derivados da teoria organizacional, apoiados na teoria da troca social, na sociologia organizacional e nos dados empíricos.

Em um estudo baseado na teoria organizacional, o modelo teórico de colaboração interprofissional levou em consideração os aspectos relacionados à tarefa, à composição do grupo, ao contexto cultural e organizacional. Ao estudarem as equipes do NHS (Reino Unido) também incluíram outros aspectos como a liderança, a comunicação e a tomada de decisão, nos quais mostraram que as equipes que trabalham unidas são mais eficazes e inovadoras. Em outro estudo, foram pesquisados os centros comunitários de saúde em Quebec (Canadá). Os resultados apontaram que a colaboração interprofissional depende dos fatores de conflitos, ressaltando a complexidade das regras e as alianças profissionais.

No estudo de D`Amour e colaboradores (2008), apoiado na sociologia organizacional, o método teórico de colaboração é definido em quatro dimensões: (1) finalização (objetivos compartilhados), refere-se à existência de objetivos comuns e o reconhecimento de motivações divergentes e múltiplos compromissos e sua apropriação pela equipe; (2) interiorização (senso de pertencimento), dada pela consciências dos profissionais de suas interdependência; (3) formalização e estruturação do cuidado clínico, por meio de protocolos que regulam a ação; (4) governança, que diz respeito às lideranças em níveis central e local, às expertises e ao grau de conexão entre elas. Esse modelo foi validado para analisar a colaboração entre profissionais, atuando em diferentes tipos de organizações integrado na mesma rede. Os resultados apresentaram que o nível maior de colaboração estava associado à forte liderança e a serviços de saúde acessíveis e continuados (D`AMOUR et al, 2005 e 2008).

A teoria da troca social (“*social exchangetheory*”) parte do pressuposto de que as estruturas sociais podem ser compreendidas pela análise das interações interpessoais. O entendimento das interações seria o ponto de partida para a compreensão dos comportamentos sociais complexos entre as equipes. Os dois conceitos básicos dessa teoria são de troca e negociação. O princípio subjacente está relacionado com os indivíduos que participam de um grupo que proporciona benefícios específicos; em troca, os indivíduos dentro do grupo devem colaborar para o alcance dos objetivos. O processo de negociação deriva da proposta de experiências do grupo em que um indivíduo, em troca, espera algum benefício. Deste modo, os indivíduos e os grupos estão constantemente envolvidos em uma negociação para tentar melhorar os benefícios, reduzir os custos e alcançar a equidade para todos. Considerando os estudos

dando bastante ênfase na abordagem do processo de troca e negociação entre indivíduos, ainda há poucos resultados que informam sobre dimensões organizacionais e estruturais associados à colaboração interprofissional (OANDASAN et al, 2004).

Os pesquisadores McDonald e McCallin (2010) traçaram quatro questões norteadoras que permanecem como desafios à colaboração interprofissional. O primeiro refere-se ao conceito multidimensional de colaboração interprofissional, que tem sido interpretado por alguns profissionais como algo complexo que não se sabe ao certo o que está envolvido. O segundo aponta para a presença de diferentes profissionais no serviço, que pode dificultar ainda mais a padronização do conceito para garantir a segurança e qualidade na assistência. O terceiro corresponde ao conhecimento das atribuições e responsabilidades e boa comunicação que são aspectos fundamentais para a efetividade da colaboração interprofissional. O quarto trata da relação entre paciente e família; ainda não está totalmente clara, como se dá a interação entre profissional e família, de modo que demonstra certa dificuldade do modelo da prática colaborativa.

Em uma revisão de literatura, Mitchell e colaboradores (2010) apontaram algumas hipóteses em relação aos processos associados à colaboração interprofissional, a fim de subsidiar futuros estudos fornecendo ferramentas norteadoras sobre as implicações da composição e da dinâmica da equipe para a efetividade da colaboração interprofissional. Em relação ao impacto das diferentes áreas profissionais no desempenho da equipe, reconheceram que a habilidade para compartilhar saberes entre profissionais é essencial para um bom desempenho das atividades multiprofissionais. No entanto, as diferentes áreas profissionais podem erguer barreiras substanciais para a troca de saberes e resoluções de problemas, no qual se inclui a ausência de modelos mentais de análise, incompreensão semântica, conflitos epistemológicos e ameaças à identidade profissional. Também, destacaram que os estudos de diferentes áreas profissionais podem ser analisados de maneira que os determinantes de nível micro e macro atuem sobre o desempenho das equipes, assim compreendo suas relações entre e através dos contextos de cuidado.

Quanto à multiplicidade de conceitos analisada por especialistas, D'Amouret al, (2005) destacaram a abordagem sistêmica como ponto comum dos modelos teóricos. A colaboração interprofissional recorre a certos insumos ou ingredientes (*inputs*) e

participa de um processo que reproduz efeito (*outputs*). De modo sucinto, os efeitos representam os aspectos associados à efetividade da equipe e os insumos características relacionadas a fatores individuais, profissionais, organizacionais e estruturais.

Os estudos com abordagem sistêmica têm sido a preferência das pesquisas qualitativas sobre colaboração interprofissional. No entanto, estão apresentando uma certa dificuldade na compreensão dos processos socialmente constituídos. Os processos de mudança são colocados como um conjunto de problema pré-existent, que só podem ser resolvidos através da integração de novos elementos a este conjunto (MATUDA et al, 2013).

Neste sentido, a abordagem sistêmica “parte da premissa de que a natureza da realidade social é um conjunto de fenômenos materiais ou de ideias, crenças e hábitos externos ao comportamento dos indivíduos” (MATUDA et al, 2013. p.182). Isso significa que a abordagem sistêmica tende a partir da premissa de que os fenômenos materiais são caracterizados por um conjunto da realidade social que influencia o comportamento dos indivíduos. Esta abordagem tem sido amplamente utilizada para determinar o substrato social (as condições, as situações, os contextos, os padrões de comportamento), da maneira que os atores sociais vivenciam e interagem. No entanto, este tipo de análise não diz como os agentes compreendem este substrato, como percebem o papel dos outros e como moldam seus próprios comportamentos nem permite entender como a dinâmica interativa dos agentes sociais dotado de desejos (ainda que limitados por fatores estruturais) provocam mudanças (MATUDA et al, 2013). Adotando a premissa de que os agentes sociais “não são meros fenômenos da estrutura, mas agentes atuantes dotados de uma prática interessada, e que tanto os esquemas de percepção como as de organizações e a estrutura possuem gênese social”, (MATUDA et al, 2013, p.182), os autores sugerem diferentes estudos sistêmicos que possam contemplar novas buscas indicando os processos e relações interpessoais.

Diante de todos os apontamentos citados anteriormente, a colaboração interprofissional é considerada como um fenômeno ainda sem muita compreensão. A maioria dos estudos sobre a colaboração interprofissional está direcionada apenas às equipes de saúde que incluem médicos e enfermeiros. Por esta razão, estudos têm apontado que alguns modelos de colaboração interprofissional não são aplicáveis para

outros tipos de serviços, pois estes podem estar configurados em contexto que constituem diferentes áreas profissionais. Deste modo, necessitam de mais estudos para apreender seus determinantes e seu impacto nos diferentes serviços de saúde (GABOURY et al., 2011).

Outras questões podem ser relacionadas às dificuldades na adoção da colaboração interprofissional como estratégia de trabalho, como o cuidado fragmentado advindo dos sistemas de saúde tradicionais, a cultura profissional especializada, o sistema de saúde fragmentado e organizados por categoria profissional (OMS, 2010).

Atualmente, a colaboração interprofissional tem sido pauta nas agendas de políticas públicas, principalmente nos países desenvolvidos, com o intuito de melhorar o acesso aos serviços proporcionando uma atenção mais contínua e ampla. Contudo, essa tendência em adotar novas formas de organização dos serviços requer a implementação de novas estruturas organizacionais, sobretudo articuladas com o desenvolvimento de práticas clínicas compartilhadas (D'AMOUR et al, 2005).

4.3 – PRAXIOLOGIA DE PIERRE BOURDIEU

Por último, este capítulo apresentará os conceitos de campos e *habitus* que também auxiliaram na compreensão do objeto desta pesquisa, sobretudo nas questões relacionadas à interação entre os profissionais, o grau de colaboração e a produção do cuidado na saúde do idoso.

O sociólogo francês Pierre Bourdieu (1930-2002) operacionalizou suas análises em torno do espaço social e da relação entre a objetividade e a subjetividade. A partir desta perspectiva, os aspectos objetivos das relações sociais estruturaram os aspectos subjetivos, dando lugar a uma abordagem analítica que Bourdieu chamou de construtivismo estruturalista ou estruturalismo construtivista. A relação dicotômica entre estrutura e agente autônomo e consciente está relativizada pelas forças constituídas por pressão objetiva das estruturas sociais externas e pela incorporação interna do roteiro de ação (CÁRDENAS, 2014). Deste modo, o agente demonstra formas de agir marcadas pela sua trajetória de vida individual, resultante de um roteiro interiorizado nos processos de socialização e que orientam de alguma maneira a ação dos mesmos.

Bourdieu baseia-se na leitura crítica de Marx, Weber e Durkheim, para construir o seu eixo conceitual, destacando a visão do espaço social como lugar de lutas e de relações de forças (materiais e simbólicas) entre agentes sociais (individuais e coletivos). O mesmo autor também atenta para a dimensão simbólica da vida social e faz com que as significações (as linguagens) sejam consideradas como elemento fundamental em suas análises sociológicas (BOURDIEU, 1983).

A praxiológiabourdiesiana é um método que tem sido útil no campo da saúde coletiva para identificar importantes elementos que permitem elaborar uma sociologia da saúde e do corpo (CÁRDENAS, 2014). Tendo em vista a atenção dada por Bourdieu a questões relacionadas à prática e ao objeto desta pesquisa, os conceitos de *habitus* e campo são aqui abordados como noções importantes para a compreensão da colaboração interprofissional entre os profissionais do NAI.

Na perspectiva de Bourdieu, a gênese da ação dos agentes sociais está relacionada aos processos de socialização vivenciados ao longo da vida, inclusive os profissionais, os quais se consolidam na forma de disposições incorporadas ou *habitus*. Simultaneamente, as estruturas sociais se manifestam no âmbito da vida, do corpo e do espaço social, este que se configura como campos, os quais se constituem e se distinguem entre si pela estrutura, pelas práticas sociais de seus agentes, conteúdos e recursos próprios. Neste sentido, *o habitus e o campo* são mutualmente constitutivos, estabelecendo aquilo que o autor chama de processo de interiorização da exterioridade e exteriorização da interioridade (BOURDIEU, 1983).

Quanto às características do *habitus*, compreende-se como um conjunto de disposições que definem modos de perceber, agir, pensar e sentir, que marca a posição, as tomadas de decisão, o desempenho e as representações dos agentes sociais em determinados campos (BOURDIEU, 1983). Diferentes processos de socialização profissional, por exemplo, estruturam distintos modos de perceber a relação no e com o trabalho em equipe.

Para Bourdieu, as razões ou os objetivos dos roteiros de ação não ocorrem necessariamente de forma consciente. Ao invés de partir do pressuposto da racionalidade do sujeito, ele considera que a relação entre agente, *habitus* e campo oferece uma descrição mais ampla dos processos de ação e reprodução social. Apesar do mesmo autor afirmar que os determinantes sociais deixam marcas e se expressam de alguma forma nos corpos dos agentes, isto não reforça a ideia do estruturalismo que vê os agentes como meros fenômenos da estrutura. Além disso, Bourdieu aponta que sua proposta se opõe aos modelos fechados [estrutura produzem *habitus*→conformam práticas→reproduzem estruturas], visto que os sistemas de disposições são duráveis, mas abertos, não permanentes (BOURDIEU, 2007).

Apesar de reconhecer que os estímulos exteriores são percebidos através das experiências anteriores, e que as experiências de origem são fundamentais nesse sistema de disposições, o autor também reforça que um mesmo *habitus* pode produzir práticas diferentes, pois é um sistema de potencialidades constituídas na relação ou interação

com as estruturas, tornando capaz de reproduzi-las ou modificá-las (BOURDIEU, 1983).

A noção de campo pode ser compreendida como microcosmos do espaço social, com regras próprias, onde estão posicionados os agentes sociais que neles atuam e com autonomia relativa em relação aos outros campos. Um campo é um recorte do espaço social como um todo. Os campos tendem a se relacionar, exercem forças entre si, mas gozam também de certa autonomia relativa. Os valores ou leis de um campo não têm o mesmo reconhecimento em outro campo. (BOURDIEU, 2014)

As ações dos agentes sociais inseridos no espaço social (diversos campos) envolvem a incorporação e o uso de um arcabouço, o que sugere relações entre as ações dos agentes e as regras do jogo. Desta maneira, o autor pretende contestar a ideia de que o agente estime seus objetivos de maneira totalmente consciente, quer seja no campo religioso, científico, artístico, educacional ou saúde, sinalizando que o processo de introjeção de esquemas de ação envolve a incorporação de uma matriz de condições para o desenvolvimento da mesma (BOURDIEU, 2014). O contexto - como os ambientes de trabalho, por exemplo - tencionam essa matriz de disposições nos processos de interação social, sugerindo maior ou menor familiaridade dos agentes com as regras do jogo do campo em que atuam.

Cada campo tem sua lógica de ação e seus próprios meios de reprodução, podendo isto ser exemplificado através dos processos de formação profissional, que consistem em instrumentos de seleção e legitimação, os quais permitem a sedimentação das regras e a avaliação das práticas; uma vez apropriadas pelos agentes, geram o que se denomina de senso prático. A trajetória dos agentes dentro do campo está baseada nas suas afinidades eletivas, afetivas e efetivas, além de suas articulações estratégicas de jogo que tendem à assimetria social ou distribuição desigual dos tipos de capital (econômico, social, cultural e simbólico). Os campos podem ser considerados como espaços de luta entre os agentes (individuais, institucionais ou coletivos), de forma que as relações entre agente e campo se pautam pelas tensões entre dominados e dominantes. As tensões entre os diferentes campos conformam um espaço de disputa entre os campos, que se denominam “campo de poder” (BOURDIEU, 2014).

Enfim, os conceitos de *habitus* campo, de forma direta ou indireta, nos auxiliaram na compreensão do objeto desta pesquisa, a prática colaborativa, e de questões relacionadas à interação entre os profissionais do NAI-UERJ, tendo em vista a produção do cuidado.

5- ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1 –TIPO DE PESQUISA

A partir do objeto apresentado e dos objetivos da pesquisa, que consideram as dimensões da caracterização, da descrição da percepção dos agentes envolvidos e da identificação dos elementos facilitadores ou complicadores para prática compartilhada, optou-se por um estudo de caso com abordagem qualitativa de caráter descritivo-analítico.

A pesquisa qualitativa busca compreender questões que ocupam nas ciências sociais certo nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa que a pesquisa qualitativa consiste em “*trabalhar no universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, e das atitudes*” (MINAYO et al., 2013.p. 21). Esse conjunto de fenômenos humanos compreende como parte da realidade social o sujeito que age e pensa sobre aquilo que ele faz, e interpreta suas ações dentro e a partir da sua trajetória de vida compartilhada com seus semelhantes. É este o objeto da pesquisa qualitativa que dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativo (MINAYO et al., 2013).

O estudo de caso consiste em uma pesquisa empírica que investiga um determinado fenômeno dentro de seu contexto de realidade, no qual são utilizadas várias referências de evidência. Este tipo de estudo possibilita pesquisar de formas mais detalhada um determinado caso, aprofundando a investigação. O caráter descritivo-analítico permite aprofundar o conhecimento da realidade, oferecendo elementos teóricos para compreender as motivações e razões dos fenômenos em questão. (GIL, 2007).

O presente estudo pretendeu descrever as características da prática e dos profissionais do NAI, compreender o contexto da prática dos participantes e identificar os fatores que, segundo as perspectivas dos agentes, contribuem como facilitadores ou complicadores da colaboração interprofissional.

5.2 – CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com os profissionais de saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso da UERJ, que apresenta algumas particularidades no que se refere à proposta de colaboração interprofissional.

O NAI foi criado na década de 1990, no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (HUPE/UERJ), a fim de oferecer cuidados especializados para idosos com múltiplos comprometimentos de saúde e maior grau de perda da autonomia e independência. Assim, assume o perfil do nível decuidado secundário(MOTTA et al., 2008).

Com a criação da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) na UERJ, em 1993, o NAI antes localizado no HUPE passou a funcionar no espaço físico da UnATI em 1996. A UnATI é um centro de convivência para idosos estruturado como micro-universidade temática, com ações integradas de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde do idoso. Pela proximidade física (um quarteirão entre o campus da UERJ e o HUPE) e os vínculos institucionais, o NAI manteve sua proposta assistencial de trabalho em equipe na perspectiva interprofissional com diferentes áreas profissionais, articulada com a concepção do cuidado integral na saúde do idoso. Porém seu vínculo com a UnATI possibilitou a ampliação de suas atividades com o campo da formação profissional possibilitando a abertura do Programa de residência médica de geriatria, Programa de treinamento multiprofissional da saúde do idoso, Estágios acadêmicos em diversas áreas, e o mais recente o Programa de Residência multiprofissional de saúde do idoso (MOTTA et al, 2008).

O espaço físico do NAI, cedido pela UnATI, sofreu adaptações, de um ambiente antes estruturado como sala de aula das disciplinas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro para se tornar unidade de serviço especializado de saúde do idoso, composto da seguinte forma: 10 consultórios multiprofissionais, 1 copa, 1 sala de estudo multiprofissional, espaço de acesso à internet, 1 sala administrativa e 1 banheiro coletivo. A maioria dos consultórios multiprofissionais foi dividida por paredes e portas com o material de PVC, sem nenhum padrão de medida (m²). Alguns consultórios são

amplos cabendo uma cama hospitalar, uma mesa, um armário e duas ou quatro cadeiras. Já outras apenas uma mesa e duas a três cadeiras ou um armário. Apesar dos consultórios serem multiprofissionais, algumas áreas profissionais têm seus próprios consultórios fixos como: fisioterapia, serviço social, nutrição e farmácia. Vale ressaltar que a fisioterapia possui o consultório mais amplo do NAI devido à sua especificidade de prática. Todos os consultórios multiprofissionais são próximos um do outro.

A equipe do NAI é composta por profissionais de medicina, enfermagem, serviço social, nutrição, fisioterapia, psicologia e farmácia. Sua lógica de trabalho consiste numa proposta de prática interprofissional com as diferentes áreas articulada nos diferentes cenários de prática, de forma que se aproxime da concepção de integralidade. Tudo isso considerando que a integralidade se dá na busca da apreensão ampliada das necessidades de saúde, compreendendo o idoso e seu familiar como sujeitos em um contexto histórico e social, numa interação entre profissionais, idosos e familiares, que possibilita desenvolver o cuidado em resposta às demandas de saúde (MOTTA et al., 2008).

A porta de entrada deste serviço se dá pelo encaminhamento no Sistema de Regulação do DATASUS (SISREG) e pela demanda dos sujeitos que podem comparecer na última segunda-feira de cada mês, munidos de documentos exigidos da instituição. O cenário do acolhimento é considerado a porta de entrada do NAI que consiste na avaliação multidimensional do usuário pela equipe de saúde do Núcleo. Deste modo, todos os profissionais do NAI aplicam seus instrumentos específicos na perspectiva da gerontologia e geriatria, que envolve a avaliação biopsicosocial, síndromes geriátricas (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, instabilidade, incapacidade de comunicação dos sujeitos, incontinência esfincteriana, iatrogenia e insuficiência familiar) e demandas dos sujeitos (MORAES et al., 2010). O perfil do usuário consiste no critério de maior importância para sua inserção neste serviço especializado. Aqueles usuários que não se enquadram ao perfil de atendimentos no NAI são orientados e encaminhados para outros serviços de saúde, de acordo com a demanda do sujeito e área programática.

O NAI é coordenado por uma médica geriatra há quase duas décadas, que se compromete com a constituição do trabalho interprofissional do cuidado em saúde do

idoso, favorecendo o esforço para o desenvolvimento do trabalho em equipe na assistência e na formação profissional dos agentes no campo da gerontologia e geriatria (ASSIS, 2004). Desde sua criação, o NAI tem como rotina reuniões semanais para estudo, em turno onde não há atendimento agregando toda a equipe. Há reuniões de final de turno em cada cenário de prática, em que se discutem em equipe os casos atendidos naquele dia, reuniões técnicas em que cada área profissional discute suas especificidades, e reuniões pedagógicas e administrativas mensalmente que planejam de forma global o trabalho assistencial e o programa da residência.

Atualmente o NAI apresenta seis cenários de prática, sendo este acolhimento, visita domiciliar, ambulatório neurocognitivo (atendem idosos que necessitam de ajuda do cuidador para realizar as atividades da vida diária) e geral (atendem idosos com certa autonomia que não necessariamente precisam do cuidador para realizar as suas atividades da vida diária), Projeto de promoção da saúde, Atenção hospitalar em enfermarias de clínica vascular do HUPE e atenção asilar, através de parcerias com instituições de longa permanência. Alguns destes cenários de prática são vinculados aos projetos de extensão da UERJ como visita domiciliar e promoção da saúde. Cada cenário tem um ou dois coordenadores responsáveis por sua organização e pela articulação junto à equipe participante, composta por profissionais, acadêmicos e treinando de diversas áreas.

Deste modo, esta pesquisa considerou duas formas de atuação dos agentes participantes nos cenários de prática, entendendo que há certa diversidade dos tipos de vínculos (terceirizado, servidor público, treinando e estagiário acadêmico) dos agentes nos cenários de prática no NAI. A atuação de forma direta diz respeito àquele profissional vinculado contratualmente com o serviço, sendo o servidor público, o residente e o terceirizado. E atuação de forma indireta refere-se ao profissional treinando sem vínculo contratual com o serviço. O treinando é o profissional de saúde que faz parte do Programa de Treinamento Multiprofissional em Saúde do Idoso ou do Programa de Pós-graduação de Geriatria e Gerontologia da UnATI, no qual atua como observador-participante nos cenários de prática, a fim de aprimorar seu conhecimento e habilidade tanto no cuidado ao idoso quanto a prática interprofissional.

A proposta de modelo assistencial do NAI requer esforço da equipe de staffs, preceptores e dos residentes na medida em que todos têm a oportunidade de trocar informações, experiências e definir atuações em conjunto.

Portanto, este espaço é favorável para se estudar a interação entre os profissionais, o grau de colaboração e a produção de cuidado. Por esta razão, optou-se por realizar ali a pesquisa de campo.

5.3 - SELEÇÃO DOS AGENTES DA PESQUISA

Partindo dos objetivos deste estudo, os profissionais da equipe do Núcleo de Atenção ao Idoso NAI/UERJ foram definidos como sujeitos da pesquisa. Com base na proposta de modelo de prática interprofissional com atuação dos agentes sociais de forma compartilhada, sendo este um espaço favorável para trocas e a colaboração interprofissional, admite-se que as percepções desses agentes sobre a interação interprofissional constituem elementos importantes para a análise das questões de pesquisa.

Para a seleção dos agentes foi prevista uma amostra de 14 (quatorze), por área profissional. Porém utilizou-se uma amostra composta por 13 (treze) profissionais seguindo os critérios de inclusão e exclusão que serão apresentados a seguir. A amostra ficou com 13 (treze) entrevistados devido às áreas de farmácia e medicina estarem com o quadro de profissionais reduzido no período da coleta de dados; optamos então por aumentar o número de entrevistados de fisioterapia devido ao maior número de profissionais desta área que trabalham no NAI. Pretendeu-se identificar os agentes dotados de experiência e riqueza de informações que possibilitasse o aprofundamento, o alcance dos conceitos e a compreensão da problemática em questão, com a intenção de entender diferentes dimensões associada com o objeto do estudo. (FILCK, 2009)

5.3.1 – Critério de Inclusão

Dos profissionais que atuam no NAI, foram selecionados 14 dentre as áreas de farmácia, medicina; enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição e serviço social, sendo um ou dois profissionais por área de atuação.

Os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa:

- Profissional de saúde das áreas de farmácia, medicina; enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição ou serviço social.
- Profissional de saúde que têm o registro no conselho federal de sua área de atuação.
- Profissional de saúde que têm atuação de forma direta no serviço do Núcleo de Atenção ao Idoso, e que lá já trabalhem há pelo menos um ano completo. O tempo de serviço dos profissionais do NAI pode auxiliar na compreensão do objeto deste estudo.

5.3.2- Critério de Exclusão

Foram excluídos os seguintes participantes:

- Profissional de saúde sem registro no conselho federal de sua área de atuação;
- Profissional de saúde que não tenha a graduação na área de farmácia, medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição e serviço social;
- Profissional de saúde com atuação de forma indireta no serviço do Núcleo de Atenção ao Idoso;

5.4 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, em profundidade com profissionais selecionados. A escolha por esta técnica de coleta de dados se deu em consonância com desenho do projeto de pesquisa, bem como seu objeto de estudo.

A entrevista semi-estruturada consiste na combinação entre perguntas abertas e fechadas, em que os agentes da pesquisa têm a possibilidade de explicar sobre o tema sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2013). Esta modalidade de entrevista segue um roteiro adequado utilizado por pesquisador assegurando seus pressupostos que serão cobertos no discurso.

O processo de entrevistar não está baseado apenas na busca de transmissão de palavras, mas também, de sentidos. De acordo com Minayo (2013, p.218), a entrevista não pode ser considerada como uma simples coleta de dados, mas consiste na interação em que as informações fornecidas pelo sujeito podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações. Assim, as diferenças entre o entrevistado e o pesquisador devem ser compreendidas e assumidas, a fim de construir o processo do conhecimento. Assim, é necessário reconhecer que a entrevista não é uma ferramenta neutra. Por meio dela, busca-se entender não apenas o que os sujeitos fazem, mas compreender como vivem, levando a resultados baseados na contextualização e a história dos sujeitos.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro temático (Apêndice 1) que auxiliou a pesquisadora durante a coleta de dados. Este roteiro temático apresentou duas partes centrais. A primeira, diz respeito às questões objetivas para levantamento do perfil dos profissionais, referente à idade, tempo de formação, estado civil, categoria profissional, carga horária, formação profissional e experiência profissional. Esta conversa inicial possibilitou o “aquecimento” para a realização da segunda parte. Nesta última os agentes foram convidados a refletir sobre a interação profissional a partir da realidade do trabalho vivenciada no NAI. Foram abordados temas relacionados à visão do profissional em relação a experiências anteriores, na formação acadêmica e profissionais com o trabalho em equipe; além da vivência dos agentes sociais com a prática que se propõe no NAI, envolvendo aspectos da colaboração, interação entre os profissionais, processo de comunicação, sistematização do trabalho e das condições, capacidades e conhecimentos vivenciados favoráveis à interação profissional.

O roteiro temático foi submetido ao pré-teste com sujeitos-chave, tendo como objetivo tornar mais claros e precisos os temas e questões que nortearam as entrevistas. Os sujeitos-chave devem apresentar os mesmos critérios de inclusão dos agentes da pesquisa (MINAYO, 2013).

5.5–PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação (anexo 1) do projeto pelo do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente (ENSP-FIOCRUZ) e da co-participante (HUPE), foi realizado o contato com a responsável do NAI para explicar a finalidade da pesquisa, a necessidade

de entrada no serviço, e solicitar a listagem dos profissionais que trabalham de forma direta no Núcleo

A responsável disponibilizou a lista de todos os profissionais do NAI e seus respectivos endereços eletrônicos (e-mail) e dias da semana em que os profissionais estavam no serviço. A etapa seguinte foi a pré-seleção dos candidatos para participar da entrevista. O intuito da pré-seleção foi checar se os profissionais que constavam na lista estavam dentro do critério de inclusão da pesquisa. Após a checagem, cada profissional recebeu uma numeração e foram divididos por categorias profissionais (enfermagem, psicologia, medicina, serviço social, nutrição e fisioterapia). Ao final, realizou-se o sorteio dos candidatos para participar da pesquisa com auxílio de um voluntário. Foram entrevistados no total 13 (treze) profissionais: (1) farmácia, (2) Serviço Social, (2) nutrição, (1) medicina, (3) fisioterapia (2) psicologia e (2) enfermagem. O projeto e os procedimentos da pesquisa foram apresentados pessoalmente pela pesquisadora para cada profissional pré-selecionado, nos seus respectivos dias da semana. Após aceitação do profissional de imediato, as entrevistas eram agendadas em datas e horários oportunos para os entrevistados. Entre os meses de março a junho de 2015, foram realizadas 13 (treze) entrevistas com os profissionais do NAI nos consultórios disponíveis no serviço do NAI.

O pré-teste do roteiro de entrevista fora realizado com duas ex-residentes do NAI, que atenderam aos mesmos critérios de inclusão da pesquisa. O intuito do pré-teste foi adequar a técnica da condução das entrevistas pela pesquisadora e avaliação da aplicação do roteiro. Porém, estas entrevistas não foram consideradas na análise desta pesquisa.

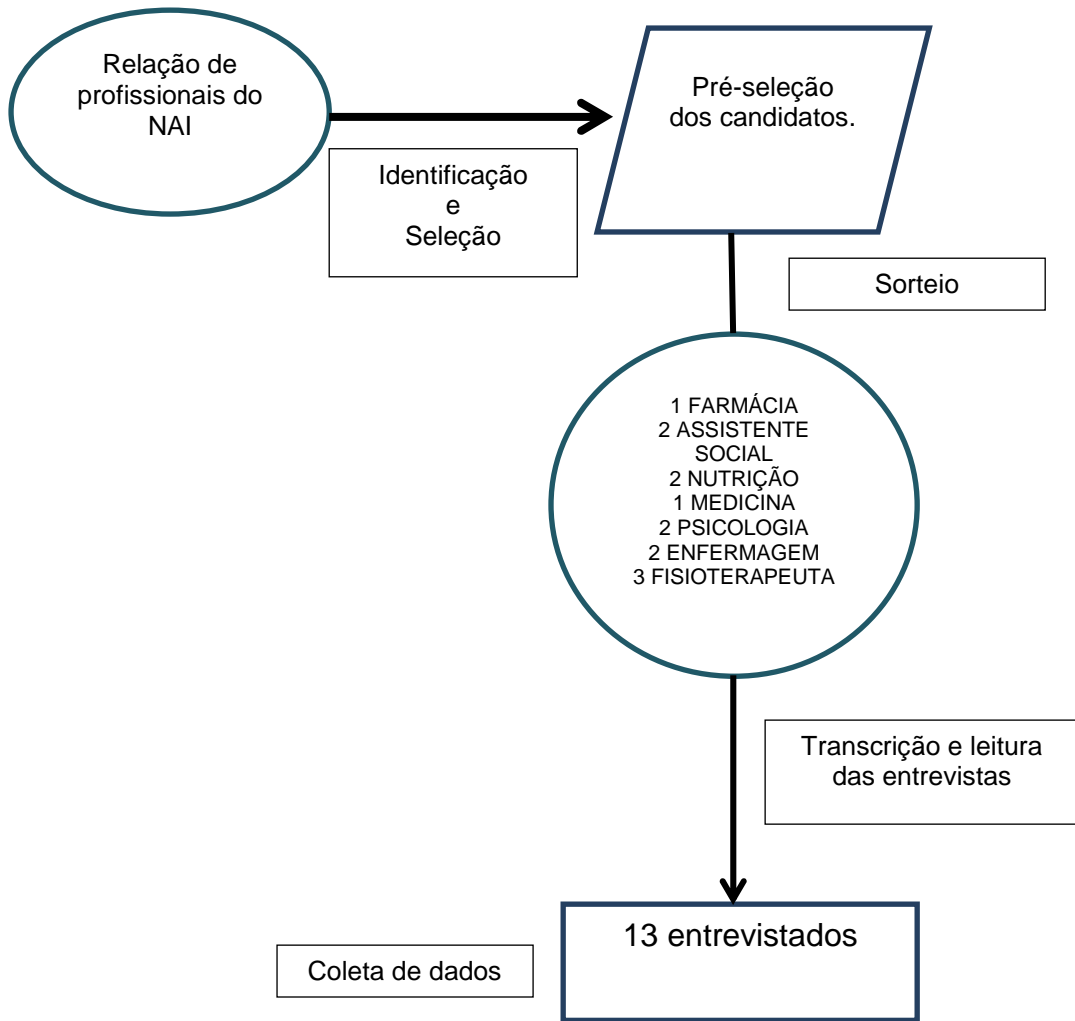
Vale destacar que durante o pré-teste do roteiro de entrevista, notou-se que as entrevistadas ao serem interpeladas sobre “colaboração interprofissional” ou “prática colaborativa” desconheciam os termos. Deste modo, esses termos foram substituídos por prática interdisciplinar. Verificou-se que o termo interdisciplinar ainda permanece no senso comum dos profissionais de saúde. Apesar dos termos “colaboração interprofissional” e “prática colaborativa” circularem há décadas no cenário internacional, principalmente em países desenvolvidos, constata-se que aqui não tem uso corrente entre os profissionais de saúde no Brasil.

A liberdade de escolha dos sujeitos para participar ou não da entrevista foi assegurada mediante a assinatura do TCLE, respeitando-se o seu direito inclusive de abandonar em qualquer momento a pesquisa.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, de forma individual, e gravadas com auxílio do gravador de áudio Dictaphone do iPad®. Cada entrevista durou entre 12 e 54 minutos. Após a realização da entrevista, o material coletado era transcrito simultaneamente pela pesquisadora de forma literal e na íntegra, usando o programa Microsoft Word® para digitação das informações. Além da transcrição, foi realizada a revisão dos textos, para possíveis erros de digitação.

Para auxiliar o acesso às fontes de pesquisa foi utilizada a codificação “E” para entrevistado, numerada de acordo com a ordem de realização das entrevistas (ex. “E1” e “E2”). A escolha deste tipo de codificação foi utilizada para preservar de alguma forma o anonimato dos entrevistados. Esta codificação consta na apresentação das discussões e resultados da pesquisa. A figura 1 mostra a síntese dos passos realizados para a identificação, seleção e coleta de dados dos agentes sociais.

Figura 1 – Síntese das etapas de seleção dos entrevistados



Fonte: Ilustração elaborado pela autora.

5.6 –ANÁLISE DE DADOS

O material coletado e transcrito foi analisado de acordo com a técnica da Análise de Conteúdo (AC) na modalidade temática. A técnica da AC passou por várias formas de efetivação ao longo do tempo, sendo muito bem sistematizada por Bardin nos anos 1970 (CAREGNATO e MUTTI, 2006; GOMES, 2013).

Bardin (2011, p. 48) define a Análise de Conteúdo como:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferências de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Na AC existem várias formas de analisar os conteúdos do material da pesquisa, sendo a modalidade temática¹ uma técnica bastante utilizada. A análise temática consiste em *“descobrir os núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”* (GOMES, 2013. p.87).

Esta técnica pressupõe três etapas operacionais, segundo Bardin (2011):

- **1º Etapa Pré-análise:** Realizou-se a leitura “flutuante” de todas as entrevistas transcritas e a constituição do corpus², buscando a compreensão global que levasse em conta o conteúdo, a lógica do depoimento e a formação tanto das hipóteses quanto dos objetivos iniciais.

¹**Temática ou tema** é uma *“unidade de significações que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”* (MINAYO, 2013.p 315).

²**Constituição do Corpus:** refere-se ao *“universo de estudado em sua totalidade que deve responder a alguma validade qualitativa exaustividade, representatividade, homogeneidade”* (MINAYO, 2013. p.313).

- **2º Etapa de exploração do material:** Realizou-se em três fases: (i) determinação das unidades de registro (UR), isto é, fez-se o recorte de ordem semântica do corpus buscando identificar os “*núcleos de sentido*” nas falas dos agentes sociais (ii) definição da unidade de contexto (UC), que consiste na associação por temática, e (iii) categorização. A análise por categoria é uma técnica da AC considerada a mais antiga e mais utilizada na prática; funciona a partir de recortes dos textos em unidades categóricas, segundo reagrupamentos equivalentes (BARDIN, 2011)

Foram determinadas 3 categorias composta por 5 subcategorias temáticas com o total de 187 UR. As categorias mais abrangentes (UR) encontradas foram “recursos da colaboração interprofissional inseridos no modelo de trabalho compartilhado pelo NAI”, “dimensões da colaboração interprofissional” e “campo, espaço físico, sobrecarga de trabalho e carga horária”.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias temáticas do material discursivo dos profissionais entrevistados do NAI

Categorias temáticas	Subcategorias temáticas
Recursos de colaboração interprofissional inseridos no modelo de trabalho compartilhado desenvolvido no NAI	Dispositivos coletivos utilizados pelos profissionais do NAI para o desenvolvimento de ações compartilhadas
	Gestão compartilhada e modelo de prática do NAI.
Dimensões da colaboração interprofissional	Troca informal, relação interpessoal e cooperação entre profissionais
	Tomada de decisão compartilhada, responsabilização multiprofissional e participação dos sujeitos na tomada de decisão compartilhada
	Relação de interdependência e forma de lidar com as fronteiras profissionais
Campo, espaço físico, sobrecarga e carga horária	

Fonte: Elaborado pela autora

3º Etapa tratamento dos resultados obtidos e interpretação: Por último, realizou-se a interpretação dialética do material coletado, relacionando com o aspecto teórico que fundamentou a investigação. Além disso, incorporou-se no exercício de interpretação do material coletado a vivência da pesquisadora no campo de estudo. Entende-se que a vivência é fruto da reflexão sobre a experiência que sempre será única, por depender da personalidade do indivíduo e seu papel social, enquanto o senso comum expressa opiniões, valores e crenças que fundamentam o entendimento do humano que configura a base dos estudos qualitativos (MINAYO, 2013).

5.7 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para o desenvolvimento do estudo foram considerados os princípios éticos fundamentais que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, descritos e estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2). Este estudo foi submetido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz (CEP /ENSP), instituição proponente e foi aprovado com o parecer de nº 957.110 em 15/02/2015, e pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (CEP/HUPE) vinculado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), como instituição coparticipante, e aprovado com o parecer nº 999.153 em 11/03/2015.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistados 13 profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI): assistentes sociais (2), enfermeiros (2), fisioterapeutas (3), médico (1), farmacêutico (1) e psicólogos (2). O quadro 2 abaixo apresenta algumas características dos entrevistados: categoria profissional, idade, estado civil, tempo de formação, tipo de vínculo, tempo de serviço no NAI, natureza da instituição formadora e área de especialização.

Quadro 2 - Características dos profissionais entrevistados do NAI							
Agente Social	Tipo de Vínculo com serviço	Categoria Profissional	Idade (em anos)	Estado Civil	Tempo (*)	Natureza da instituição no qual se formou	Área de especialização
E1	Estudante	Nutrição	30	Casado	4	Pública	Nutrição clínica e saúde do idoso em curso
E2	Terceirizado e ex-residente	Medicina	32	Casado	8	Pública	Clínica médica e geriatria
E3	Servidor público	Enfermagem	52	Casado	29	Pública	Administração e serviço de saúde, gerontologia e mestrado
E4	Servidor público	Fisioterapia	49	Casado	21	Privada	Neurologia e fisioterapia aplicada, RPG, hidroterapia, reabilitação vestibular, residência. Mestrado
E5	Servidor público	Nutrição	40	Casado	18	Pública	Nutrição clínica, mestrado em nutrição e doutoranda
E6	Estudante	Enfermagem	29	Solteiro	5	Pública	Saúde do idoso em curso
E7	Estudante	Fisioterapia	26	Solteiro	5	Privada	Terapia intensiva em adulto e saúde do idoso em curso
E8	Servidor público	Fisioterapia	32	Casado	10	Privada	Terapia intensiva em adulto
E9	Estudante	Psicologia	29	Casado	4	Pública	Psicologia hospitalar e saúde do idoso em curso
E10	Estudante	Psicologia	37	Solteiro	6	Privada	Saúde do idoso em curso
E11	Servidor público	Serviço social	50	União estável	25	Pública	Saúde mental, terapia familiar. Mestrado PUC e doutoranda
E12	Servidor público	Serviço social	44	Casado	15	Privada	Organização do serviço e trabalho das políticas municipais e mestrado
E13	Servidor público	Farmácia	53	Solteiro	32	Pública	Análise clínica, farmácia hospitalar, homeopatia, farmácia clínica, mestrado UFRJ e doutorado

*Tempo decorrido desde a graduação (em anos)

Dos agentes sociais entrevistados, nove eram do sexo feminino (69,23%) e quatro do sexo masculino (30,77%), com a idade média de 38,69 anos, variando entre 26 a 53 anos. Em relação ao estado civil dos entrevistados, nove (69,23%) eram casados, apenas uma em união estável e quatro solteiras (30,77%). Estavam formados nos respectivos cursos de graduação na área da saúde há 14 anos, em média, com variação entre 4 a 32 anos. Dos 13 entrevistados, oito profissionais se formaram em instituições de ensino públicas (61,54%) e cinco em instituições privadas (38,46%).

Quanto ao tipo de vínculo com a instituição, cinco (38,46%) eram residentes do segundo ano da residência multiprofissional de saúde do idoso, sete (53,85%) eram concursados do serviço e um (7,69%) era ex-residente terceirizado do NAI. Em relação à área de especialização, encontrou-se ampla variedade de formação. Entre os entrevistados, sete profissionais se especializavam na área de atuação atual, relacionada à saúde do idoso; três profissionais com mestrado, um com doutorado e dois cursando o doutorado nas suas respectivas áreas de formação.

A seguir são apresentadas as categorias e subcategoria temáticas elaboradas a partir das entrevistas com os agentes sociais, considerando as relações estabelecidas com o conceito de colaboração interprofissional.

6.1–Recursos de colaboração interprofissional inseridos no modelo de trabalho compartilhado desenvolvido no NAI

A identificação da categoria temática “recursos de colaboração interprofissional inseridos no modelo de trabalho compartilhado desenvolvido no NAI” reuniu trechos do material discursivo mais abrangente, relacionado à percepção de como os profissionais constroem e traduzam a organização de um trabalho compartilhado nos cenários assistenciais do NAI. Apresentam-se arranjos institucionais utilizadas pelos profissionais de saúde para facilitar a interação e propiciar condições favoráveis para colaboração interprofissional.

6.1.1- “Dispositivos coletivos” utilizados pelos profissionais do NAI para desenvolvimento das ações compartilhadas.

Observa-se nas falas dos entrevistados que as equipes do NAI se organizam em turnos e utilizam diferentes “dispositivos coletivos” para o planejamento das ações, deliberações na produção do cuidado e ambientes de estudos. Parte dos entrevistados descreve estes recursos, bem como suas finalidades e características no processo dinâmico e interativo do trabalho no NAI.

“Reunião mensal de equipe com caráter administrativo, onde participam todos os staffs. Discutimos questões operacionais, técnicas e conceituais. [...] reunião de preceptoria que tem o caráter de pensar no programa de residência. Então, existem duas reuniões centrais (administrativo e preceptoria), agendadas previamente no calendário e a comunicação se dá via e-mail. Eventualmente, os coordenadores convocam as reuniões com uma pauta. Tem uma ata, geralmente nessas reuniões. [...] Outro dispositivo coletivo, [...] é a reunião de final de turno. É uma reunião que acontece ao final do turno dos atendimentos. [...] serve para discutirmos os assuntos daquele turno. São questões relacionadas às clínicas ou discussão de um caso, no qual é feita a passagem desse caso para pensarmos as estratégias coletivamente. Mas pode ser outras questões mais abertas, institucionais ou até mesmo outras questões que estejam acontecendo no planejamento”. (E11)

“Grupo de estudo multiprofissional aborda estudos voltados para os idosos que perpassam por todas as áreas profissionais. Não ensina a parte gerontológica da enfermagem, mas mostra outras áreas de alimentação, mobilidade, emocional”. (E6)

“(Temos)as reuniões de grupos de estudo específico da fisioterapia [...] abrimos espaço para a (escuta) dos residentes em relação a sua vivencia no serviço, problemas encontrados [...] discutir artigos.”(E8)

Estes “dispositivos coletivos” podem ser considerados como um recurso da colaboração interprofissional. A formalização e sistematização destes recursos no processo de trabalho tem o papel fundamental para o desenvolvimento do trabalho compartilhado. (SAN MARTINS – RODRIGUEZ, et al.,2005)

Nas falas dos entrevistados, destacou-se a reunião de equipe no final de turno, sendo um arranjo preconizado pelo NAI. A equipe do NAI de cada turno se reúne num espaço programado para discutir os casos atendidos e ajustes de agendas de trabalho, facilitando o trabalho compartilhado. A reunião de equipe de final de turno conta com um roteiro de planejamento para a condução das mesmas, e deve ter um ou dois responsáveis por mediar, planejar, registrar, monitorar e acompanhar as “deliberações” geradas pela equipe.

“Cabe aos coordenadores de certa maneira, fazer a costura sobre essas deliberações. Isso não é um papel exclusivo do coordenador. [...] As reuniões podem servir como monitoramento dessas deliberações. Deliberou sobre um caso x. Na próxima reunião “E aí?” O que foi feito? Porque não foi feito? O que achamos? Avalia ou não avalia? E isso é fundamental para ficar na memória. Então, quando conseguimos registra o que foi discutido, apontado como questão e decisão. É um recurso que utilizamos para fazer o monitoramento e controle” (E11).

“Na reunião de final de turno participam todos da equipe com presença de pelo menos um profissional de cada área”.Seus pares abordam situações que ocorram durante o processo terapêutico do paciente como: não adesão, não comparecimento ou até mesmo a angustia do próprio profissional. Ele quer expor para equipe aquela situação que não está sabendo lidar com aquele caso.”(E7)

“Não dá para discutir todos os casos, mas geralmente o profissional traz o que mais inquieta daquele caso complexo para que todos compartilhem as opiniões e a conduta a tomar em relação àquela situação.”(E3)

Nota-se que a reunião de equipe de final de turno também é um espaço de apoio para o profissional expor suas inquietações e limitações relativas aos casos mais complexos que está acompanhando naquele momento.

Outro ponto levantado pelos entrevistados foi influência da posição dos responsáveis por mediar a reunião de final de turno, durante as deliberações em equipe.

Pela experiência deles, a posição autoritária de um agente pode dificultar o desenvolvimento do trabalho compartilhado.

Além disso, alguns profissionais do NAI fazem referência a aspectos relacionados ao perfil ideal do representante para mediar a reunião de final de turno como: pontualidade, estabilidade no turno, conhecer bem o cenário de prática, saber a atuação de todos os profissionais e dar atenção à ação de cada profissional no campo de prática. Parte deles relata que a maioria dos responsáveis pela reunião de final de turno são profissionais com mais vivência no serviço do NAI.

“Geralmente, os mais antigos coordenam as reuniões. Eu acho que isso está relacionado com o perfil de quem está conduzindo. Mas geralmente foca-se nas figuras certas, apesar de não ser uma regra. As pessoas antigas geralmente estão acostumadas”.(E8)

“coordenador é aquela pessoa mais estável e frequente no cenário de prática [...] tem a visão de tudo que está acontecendo. [...] assídua, estável naquele turno [...] tem que ter capacidade de visão daquele campo de conhecimento, de cada especificidade do campo e como funciona o turno”. (E3)

As características profissionais para coordenar a reunião de equipe foram indicadas pelos profissionais do NAI como fundamentais para mediar o trabalho compartilhado. Sinalizaram que a atitude autoritária e sem receptividade pode gerar possíveis barreiras para a ação conjunta, além de afetar o nível de interação entre os profissionais.

Para BALDWIN (2012), a presença de diferenças crenças, valores, visões, expectativas e significados sobre a colaboração entre os agentes se mostram como elemento de barreira na interação com o outro e no trabalho colaborativo.

Embora o serviço especializado tenha instituído o arranjo padrão de (roteiro) de planejamento a ser cumprido pelos responsáveis das reuniões de equipe de final de turno, nota-se certa flexibilidade no arranjo das reuniões de equipe de acordo com a realidade de cada cenário de prática. Neste aspecto, parte dos entrevistados identifica algumas falhas em certos cenários de prática, como o retorno das ações deliberadas na reunião de equipe para reavaliação da meta traçada e na própria condução da dinâmica das discussões.

“Discutimos em torno de 1 a 1h e meia os casos mais complexos, problematizando algumas questões e registrando no caderno. [...] temos o caderno em que anotamos o nome do medicamento, diagnóstico e as soluções. Em seguida, registramos o que foi discutido. E aí que digo, falta esse link. Pois registramos, mas não voltamos no início para verificar se o que traçado foi alcançado. [...] cada área específica resolve o problema, mas não se dialoga para verificar se cada um o fez. [...] além de verificar se o caminho que traçamos foi alcançado com sucesso ou insucesso”. (E8)

“A condução das reuniões, [...] Eu acho que deveria ter uma sistematização melhor das reuniões que irão acontecer. Às vezes fica um falatório sobre o paciente que nem foi atendido naquele dia, buscamos outros casos, fazemos comentários que não são pertinentes para aquele momento. Não é que não sejam pertinentes do serviço, mas para aquele momento não é.” (E1)

BOKHOUR (2006), em seus achados, relata que apesar dos profissionais reconhecerem a importância do bom planejamento de reunião de equipe para a coordenação do cuidado, os processos e os resultados das reuniões nem sempre alcançam os objetivos propostos. Os profissionais relataram que na reunião de equipe tendem a negociar e registrar as tarefas para cada um executar, a fim de alcançar os objetivos proposto nas deliberações da equipe. Mesmo compartilhando informações, parece que alguns profissionais mantêm uma atuação isolada. Isso pode ser notado no relato do entrevistado E8 (acima) ao sinalizar a dificuldade da equipe em retomar as deliberações acordadas na reunião anterior.

Alguns entrevistados revelam a possibilidade de se discutir os casos atendidos naquele turno em diferentes ambientes, antecipando as discussões dos casos com outros profissionais ou elaborando estratégias prévias de cuidados em equipe, otimizando as discussões e tomadas de decisão em equipe na reunião de final de turno.

“A visita domiciliar é um exemplo. Existiam as reuniões mensais para se discutir os casos dos pacientes, suas evoluções e quais os problemas identificados. Talvez servisse mais para comunicar o que havia discutido na van considerada as reuniões informais. A van era um o momento de discussão dos pacientes, acertar detalhes, discutir o que aconteceu e o que não aconteceu. Quanto todos chegavam na UERJ, íamos para a reunião de final de turno discutir os pacientes e passar para chefia o que havia sido feito. Mas o momento da equipe mais multi era na consulta e na van. Normalmente, nessas reuniões informais alguém fazia o resumo do que aconteceu e essa pessoa com uma dicção boa falava, falava, falava e todo mundo concordava, pois já havia ocorrido a discussão. Mas se tivesse algum desacordo, realmente tentávamos acertar na reunião”. (E2)

O uso do recurso da consulta compartilhada é considerado para alguns entrevistados um dispositivo para solicitar apoio de caráter emergencial na produção do

cuidado, possibilita trocar informações sobre o paciente, tirar dúvidas técnicas, solicitar apoio para outro profissional.

“Quando identifico algo que precisasse decidido naquele momento da minha consulta, mas necessito do olhar de outro profissional para dar o seu aval. Eu chamo esse profissional para a minha consulta e realizamos a interconsulta. [...] E aí essa decisão é realizada em conjunto, ou seja, decidimos de forma emergencial que posteriormente será passada para equipe na reunião de fim de turno.” (E6)

“Esse trabalho em equipe, possibilita acessar o colega para tirar dúvidas, compartilhar e pedir para fazer a interconsulta, ou seja, avaliarmos juntos com o outro e o paciente também.” (E3)

Quanto à realização de consultas compartilhadas, os achados refletem perspectivas semelhantes sobre a prática empregada no NAI. A maioria reconhece a importância dessa ação para alcançar a qualidade dos resultados em saúde.

Parte dos entrevistados considera que a proposta de prática desenvolvida no NAI já se mostra culturalmente instalada nos cenários de prática, marcando as posturas, as disposições dos profissionais que se inserem na instituição.

“Um dos aspectos que facilita muito o trabalho interdisciplinar é a filosofia institucional. A instituição de alguma forma está com essa discussão mais amadurecida, de modo que pode criar possibilidades para isso. Se for uma instituição ou programa que não acredita nisso, ele não vai facilitar. [...] Porém o NAI não oferece apenas o ponto de vista filosófico, mas também ponto de vista prático”. Então, todas as atividades são todas montadas a partir da ideia de você estar junto com o outro”(E11)

“Essa prática é cultural do local, porque quando entramos a cultura está aqui dessa forma. Então, quem entra vai se adaptando. Se você entra no lugar e quer implantar a coisa inter é muito difícil. Mas quando entra no lugar que tudo é inter. Isso é muito mais fácil! As pessoas estão afinadas para isso. Mesmo quem não está acostumado ou quem veio da prática uni. Quer decidir tudo sozinho, tenta dar conta de tudo. Mas não consegue!” (E1)

SAN MARTIN-RODRIGUES et al. (2005) apontam que os determinantes organizacionais da colaboração como a cultura do local são valores que impactam positivamente o nível de colaboração. Uma filosofia de prática institucionalizada valorizando a participação ativa dos agentes, a liberdade de expressão e a interdependência são consideradas essenciais para o desenvolvimento da colaboração.

Mesmo considerando essa força estruturante da cultura institucional a partir da experiência de prática em equipe do NAI, os entrevistados também relatam momentos

de ações fragmentadas que acontecem em determinados cenários assistenciais. Apontam que o processo de interação e dinâmica do trabalho proposto pelo NAI demanda mais tempo do profissional, pois necessita de articulação com o outro para tomada de decisão compartilhada. Quiçá tais ações fragmentadas também possam ser associadas às predisposições dos agentes sociais para o trabalho individual, comum em muitos processos de formação profissional.

“Porque você tem que compartilhar, a tua autonomia não é total, não se decide sozinho as questões e os rumos. Então, posso dizer que a passagem de um trabalho fragmentado para um trabalho integrado é um processo. Não dá para te dizer, a partir de agora é assim. Em certas situações, depende das coordenações e de como é ampliado essa coordenação. Além disso, as coordenações e os supervisores têm as suas privações e seus vícios”.(E11)

Observamos que estes recursos da colaboração são avaliados anualmente, em virtude do programa de residência de geriatria e multiprofissional do serviço de geriatria e gerontologia do NAI. Alguns profissionais entrevistados consideram que a avaliação anual contribui na identificação de falhas operacionais e revisão dos arranjos dos dispositivos coletivos tanto no processo de ensino-aprendizagem quanto no processo de trabalho no serviço.

“Já fizemos vários seminários de avaliação que é realizado uma vez ao ano. Esse seminário de avaliação não é o momento só de avaliar o programa de residência na perspectiva deles, mas avaliar todas as atividades que são realizadas. Assim podemos saber o que eles (residentes) apontam de aspectos positivos e negativos, mas também eles avaliam a gente. E isso é uma experiência “riquíssima”. [...] discutimos muito a questão dessas reuniões de final de turno como: chamar para as reuniões, como respeitar uma pauta, como conduzir uma reunião, como incluir o sujeito que não estava na reunião anterior e não participou da discussão. Mas ele quer participar e vem na reunião seguinte. Então isso tudo é para aprimorar a nossa capacidade de comunicação que é a nossa capacidade de dialogar. Porque não basta definir regras e metas sem conseguir participar ativamente disso. Se não participar, a gente vai desconhecer as regras ou sabotá-las por desconhecimento ou porque não ter participado! [...] Temos que aperfeiçoar mais o registro das reuniões [...] e as deliberações”. (E11)

Há também necessidade do próprio serviço em estabelecer espaços de estudos multiprofissionais que permitam discutir questões teóricas e práticas do cotidiano no campo da saúde do idoso. Parte dos entrevistados entende que as discussões em equipe não podem permanecer apenas no pragmatismo dos casos atendidos no serviço. Estes espaços de aprendizagem possibilitam discussões teóricas para fundamentar a prática

cotidiana, bem como aperfeiçoar o conhecimento com profissionais de diferentes áreas de atuação na saúde do idoso.

“Precisamos da filosofia, dispositivos práticos e espaços de discursões”. Espaços estes que permitem também não só discutir o cotidiano profissional que é muito pragmático, mas de discutir conceitualmente pensando nas concepções do porquê deve reduzir o medicamento na velhice, porque se deve trabalhar dessa maneira” (E11)

SAN MARTIN – RODRIGUEZ et al. (2005) destaca que o determinante da colaboração responsável pela efetivação do trabalho compartilhado é a disponibilidade do profissional, em tempo e atitude para interagir com o outro. Esta disponibilidade resultaria num fortalecimento das relações interprofissionais, compartilhamento de informações e respostas às solicitações, reduzindo as fronteiras profissionais. Além de melhorar a qualidade dos resultados em saúde.

Verificamos que adoção de espaço de estudo multiprofissional pelo NAI é um recurso de aprendizagem e troca de conhecimento, mas também de colaboração para realizar os encaminhamentos de forma efetiva para a produção do cuidado. Outros recursos como reunião de equipe de final de turno e consulta compartilhada, também amplia o nível de interação e reduz a fragmentação por categoria profissional.

6.1.2 - Gestão compartilhada e modelo de prática desenvolvida nos cenários de prática do NAI

Em relação à gestão do serviço especializado de geriatria e gerontologia do NAI, observamos investimento por parte do coordenador do NAI em sistematizar o modelo de prática em equipe desenvolvido. Os profissionais entrevistados reconheceram esforço do coordenador de introduzir uma dada concepção de prática, visando à integração dos cenários de prática, articulando com as diversas áreas profissionais do referido serviço.

A maioria dos entrevistados parece concordar com o tipo de gestão adotada: aberta, incentivadora, participativa e acolhedora de opiniões. Percebe-se, o esforço do coordenador do NAI em envolver a equipe de staffs nas questões relativas à gestão do serviço, facilitando o desenvolvimento do trabalho compartilhado.

“Eu acho que existe a pratica interdisciplinar patrocinado pela gestora. Tanto que ela nem precisa estar presente para que isso aconteça. [...] no ambiente de saúde, o médico costuma centralizar o “poder”. Mas quando esse médico é um coordenador que incentiva, acolhe e percebe a importância desta pratica. Isso tende a acontecer com mais facilidade.”(E3)

“A gestora do serviço acredita nessa prática, nessa coisa da troca [...] Isso facilita bastante, pois procuramos o outro profissional para discutir uma situação e pensarmos juntos”. (E12)

“(A gestora)é aberta para discutir sobre o paciente, processo de trabalho ou alguma coisa que queremos fazer de diferente. [...] Aqui se propõe construir juntos. [...]” (E8)

“A coordenadora do programa está à frente disso há tempos. Ela acredita nesse trabalho! Mas o fato dela acreditar, não significa que ela facilite tanto. Às vezes pela sua estrutura de personalidade e formação, pois ela é médica, às vezes ela escorrega, escorrega bastante. Mas como ela está muito atenta aos outros profissionais. Ela está buscando muito mais os outros profissionais para compor com ela esse trabalho. O fato foi que ela introduziu isso. Ela tem um “tesão” nessa história do trabalho em equipe.(E11)

Outra questão levantada está relacionada ao programa de residência multiprofissional, que propiciou o redirecionamento dos profissionais preceptores (staffs)para desenvolver o trabalho compartilhado, favorecendo maior interação na equipe,troca de saberes e melhor conhecimento da área de atuação do outro.

“O fato é que a residência multi acabou redirecionando o nosso trabalho, pois temos trocado muito mais as nossas formações, os nossos olhares e as nossas praticas. Mais do que antes, agora temos a necessidade de trocar, isso de discutir o porquê determinado profissional não está em determinado cenário ou porque ele tem que sair daquele cenário. Então, a gente troca muito mais entre nós e estamos nos conhecendo muito mais. [...] A reunião de preceptores é fundamental nesse sentido”(E11).

Já indicamos que o trabalho em equipe no NAI se configura com diversos recursos colaborativos integrado nos cenários de prática, em que se articulam as ações de diferentes áreas profissionais. Porém, os entrevistados também identificam as ações específicas,por área profissional. Nota-se que a abertura de espaço para os encontros com seus pares possibilita discursões das especificidades de cada área.

“Entre a nossa equipe específica de fisioterapia, costumamos fazer reuniões tanto reuniões com os staffs, preceptores para saber como anda o serviço e tal. Quanto às reuniões com os grupos específicos de estudos de fisioterapia, o Gfisio, dentro do Gfisio abrimos espaços para os questionamentos a respeito da vivencia dos residentes no serviço, discutir artigos, questões pessoais, problema e dificuldade no serviço. Então, costumamos abrir esse espaço.” (E8)

Notamos que este achado sugere uma forma de se operacionalizar o trabalho em equipe com diferentes áreas profissionais, sobretudo sem negar a especificidade de cada categoria profissional, que necessitam de espaço para discussões práticas e teóricas no âmbito do serviço.

O modelo praticado pela equipe do NAI não está preconizado em todos os cenários assistenciais da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Isso dificulta de certa forma o desenvolvimento de ações compartilhadas com outras equipes da UERJ quando precisa dividir os mesmos espaços de prática. Quiçá por esta razão, parte dos entrevistados entende que o modelo praticado no NAI consiste numa proposta em processo de deslocamento do trabalho fragmentado para o integrado e compartilhado. Compreendo que o avanço dessa proposta dependerá do esforço de mudança de paradigma assistencial de instituições, gestões e agentes sociais.

Para SAN MARTIN-RODRIGUEZ (2005), as estruturas de práticas tradicionais não facilitam o aparecimento de condições necessárias para a colaboração como tomada de decisão compartilhada e comunicação aberta entre os profissionais. Pelo contrário, as estruturas organizacionais descentralizadoras e flexíveis se diferenciam pelo trabalho em equipe e tomada de decisão compartilhada, promovendo assim este tipo de trabalho.

Isso pode ser observado por alguns profissionais entrevistados que indicaram diferenças nas práticas desenvolvidas no NAI/UERJ e na enfermaria do HUPE/UERJ, no que diz respeito ao desenvolvimento do trabalho compartilhado, sinalizando para a influência do espaço institucional na conformação das práticas.

“Eu acho que o ambulatório do NAI consegue ser um pouco mais inter do que a enfermaria (do HUPE). Talvez por ser mais tradicional esse trabalho aqui (no NAI) e na enfermaria ser mais recente. É um espaço que tem pouca visão inter. E na prática somos contaminados por esse espaço, que talvez interfira na nossa atuação na enfermaria.”(E8)

Para os profissionais de saúde entrevistados, o cenário do Projeto de Promoção de Saúde (PPS) também é um facilitador para o trabalho compartilhado e para a prática interprofissional, contribuindo com ferramentas para desenvolver habilidades e competências na construção de relações interpessoais, lidar com as fronteiras das áreas, desenvolver o trabalho em equipe, trocar saberes com diferentes formações

profissionais e aperfeiçoar o conhecimento em relação à especificidade de atuação de cada um.

“O interessante é que o projeto de promoção da saúde, no qual todos os residentes do primeiro ano passam tendem a afinar as nossas relações. E isso ajuda no nosso relacionamento em outros ambulatorios como o da enfermagem”(E7)

Entendemos que os espaços de prática onde os agentes se articulam e agem são agenciados por múltiplas linhas de força como o mercado de saúde, corporações de profissionais, diretrizes institucionais e dispositivas que os próprios agentes adotam no cotidiano. Estes espaços podem apresentar tensões devido às diversas linhas de forças antagônicas, que nem sempre se articulam entre as mesmas concepções de interesses, no qual criam uma tensão no processo de trabalho e formação do modelo assistencial. (FRANCO e MERHY; 2012).

Consideramos que os processos de produção do cuidado do NAI estão sob tensões constitutivas relativas às (1) visões sobre a prática ora fragmentada ora integrada, (2) diferentes perspectivas de modelo assistencial institucional na UERJ.

As práticas de saúde podem ser consideradas espaços de disputas entre diferentes agentes, com diferentes interesses e capacidades de agir, nos quais estes agentes ora se aliam e ora se confrontam na tentativa de afirmar sua ação, exercendo seu trabalho de acordo com a sua compreensão sobre seus interesses e sentido de sua ação (FRANCO e MERHY, 2012).

Os sentidos e significados que os agentes dão à sua prática parecem estar relacionados com a sua forma de atuação e identificação com o trabalho do NAI. Do ponto de vista de BOURDIEU (2014), a ação dos agentes em determinados espaços estaria relacionada com a prática e adoção de determinados valores e crenças do próprio espaço.

Mesmo com a presença dessas tensões, observamos que os “dispositivos coletivos” institucionais se mostram culturalmente instalados, articulados e integrados com o processo de interação e dinâmica do trabalho compartilhado. Além disso, observamos as características do tipo de gestão e o esforço dos profissionais do NAI,

principalmente dos staffs, em preservar o modelo de pratica do NAI. Estes são elementos facilitadores da colaboração.

6.2–Dimensões da colaboração interprofissional

Neste item, a categoria “dimensões da colaboração interprofissional” serve para destacar como os profissionais do NAI concebem e traduzem as interaçõesna produção do cuidado da saúde do idoso, bem como as perspectivas sobre colaboraçãoe apoio das equipes do NAI.

6.2.1 –Troca informal, relação interpessoal e cooperação entre profissionais.

Astrocas informais entre os profissionais do NAI ocorrem em diferentes ambientes do cenáriode prática e vão além do instituído: corredor, porta de banheiro, copa, bar, van, etc.Alguns entrevistadoscitam telefone, e-mail eWhatsApp como recursos tecnológicos que facilitam a troca de informação, as interações entre eles.

Observa-se que os profissionais entrevistados consideram que astrocas com outro durante a dinâmica do trabalhoasseguram uma melhor produção do cuidado do idoso.Justificam também que o ritmo de produtividade do NAI é muito intenso,necessitando dessas oportunidades detrocas informais.

“Às vezes, falamos que as trocas de informações, nem sempre se dão no espaço oficial de reunião, mas pode ser no corredor, porta do banheiro, copa ou em vários lugares. Ter essa possibilidade, pois se tiver no ritmo de trabalho tão grande não irá consegui conversar ou falar. Se você tem que atender doze pacientes numa tarde, não vai conseguir conversar com o colega, porque você acaba tendo que correr para casa. Então, ter essa possibilidade de um espaço de trocar é importante.”(E3)

“A conversa nos corredores, reuniões formais depois do atendimento nos ambulatorios, interconsultas, trocas de e-mails, ligações até fora do horário de trabalho. Tem que ser um canal completamente aberto. A formalização disso é interessante em alguns momentos, [...] visto que o diálogo tem que fluir.” (E2)

BALDWIN (2012), considera que a efetividade da comunicação se dá quando membros da equipe permitem abertura do canal de comunicação, facilitando a interlocução e a escuta da opinião do outro, a fim de melhorar os resultados de saúde. Além disso, o canal de comunicação aberto também dá oportunidade do profissional compartilhar entre eles suas inquietações e vitórias geradas no dia a dia do trabalho. Isso pode ser identificado nas falas dos entrevistados E2 e E3 acima.

A interdependência pode ser verificada nas trocas informais que ocorrem na dinâmica do processo de trabalho do NAI entre os agentes. Além disso, os profissionais relataram a importância do apoio às demandas urgentes que não podem esperar até reunião de final de turno ou necessitam da opinião/suporte do outro para tomar decisão imediata. Os entrevistados também relatam a importância da atitude do profissional no apoio imediato às demandas urgentes. Apontam a disponibilidade do profissional em atender às solicitações para realizarem a consulta compartilhada fora da programação agendada. Enfatizam que as decisões tomadas na consulta compartilhada, também são levadas para as reuniões de equipe de final de turno. Deste modo, este dispositivo colaborativo pode ser considerado um elemento facilitador do trabalho compartilhado.

“Quando identifico algo que preciso decidir na hora da minha consulta, mas preciso do outro profissional para olhar e dar o seu aval, eu chamo esse profissional para a minha consulta e acabamos fazendo a interconsulta. E aí é uma decisão em conjunto que depois passamos para equipe na reunião de fim de turno.” (E6)

A adoção de tais dispositivos de comunicação, denota a disponibilidade do profissional para o acolhimento das demandas dos membros da equipe do NAI, o que corrobora com a proposta do modelo praticado pelo NAI e com a proximidade com o conceito da colaboração interprofissional. Percebemos assim, esforços para ampliar o nível de interação e reduzir a fragmentação do cuidado.

Observamos que as trocas informais estabelecidas reforçam as relações interpessoais, o respeito mútuo, a confiança no outro e a atenção para sua solicitação, favorecendo de algum modo o trabalho colaborativo.

“O mais interessante é poder pedir uma opinião e ser respondido. É poder emitir a sua opinião e ser ouvido. Eu acho que isso é o principal. Também tem o respeito pela colocação de outras áreas e a abertura para chegar e solicitar a contribuição do outro.” (E3)

BADLWIN (2012), em seus achados, aponta que as relações interpessoais possibilitam a construção da confiança, do respeito e da abertura da comunicação com o outro. Além disso, a mesma autora afirma que as relações interpessoais têm a capacidade de criar vínculos, sendo este o determinante de qualidade da colaboração.

Alguns profissionais relatam que a confiança entre eles se estabelece a partir da forma de como determinado agente social age na produção do cuidado, dá e recebe *feedback* de forma adequada, seu conhecimento técnico, e sobretudo como conduz a prática de forma ética. A seguir, algumas ações e condutas observadas pelos entrevistados.

“É óbvio que a confiança no profissional se dá quando percebe que ele toma decisões corretas, tem a formação excelente e discute com argumentação” (E2)

“Ética, observa que o profissional tem ética, na sua postura, na sua fala ou não fala em determinado momento na frente de determinada pessoa”. (E5)

“A partir da resposta que ele vai me dar em função de uma solicitação.” (E13)

“Através do conhecimento. Você confia ao perceber que o profissional está seguro naquilo que faz e fala. Se fico titubeando na condução do atendimento do serviço social, o residente não vai confiar em mim”.(E12)

A confiança se estabelecer através do grau de confiança em torno das habilidades e competência daquele profissional, bem como na forma dele agir profissionalmente com o outro. No entanto, ao desenvolver a confiança é necessário um investimento de tempo, esforço, paciência e experiências anteriores positivas (BALDWIN; 2012).

Em relação às cooperações parecem ser facilitadas entre profissionais com a mesma posição na equipe (ser staff ou ser residente), ampliando a abertura de troca com o outro e a solidariedade. A afinidade refere-se à empatia e ao vínculo com o outro, com quem o trabalho é compartilhado no cotidiano. Já a eventual dificuldade de cooperação entre preceptores e residentes tem a marca da hierarquia das instituições de ensino e pode se refletir no processo de aprendizagem e na interação entre os agentes para construção de ações compartilhadas com os preceptores.

Entendemos que as tensões entre as posições das agentes (ser preceptor ou ser residente) permanecerão devido à hierarquização institucional ser considerada uma marca permanente no campo do ensino.

6.2.2 – Tomada de decisão compartilhada, responsabilização multiprofissional e participação dos sujeitos na decisão compartilhada

Para os profissionais entrevistados, a tomada de decisão no NAI se dá de forma consensual, durante as deliberações realizadas nas reuniões de equipe no final do turno, mesmo quando nem todos os profissionais envolvidos estão de acordo com a decisão.

“(A escolha) é um processo de decisão terapêutico, em que toda a equipe através da vertente de atuação irá definir como vai ser realizada a conduta daquele paciente. Então, cada área vai dando seu ponto de vista e a equipe tem que chegar ao consenso. Embora, várias vezes esse consenso possa agradar alguns ou desagradar outros.” (E7)

Alguns entrevistados do NAI consideram que as deliberações em equipe se firmam pelos pactos coletivos, pois estes estabelecem o comprometimento da equipe em realizar as ações firmadas nas reuniões de final do turno. Eles parecem acreditar que os pactos impedem que os profissionais rompam os acordos firmados.

D’AMOUR et al. (2005) também acreditam que os membros da equipe devem buscar as pactuações por meio de discussão e negociação, participação ativa e o envolvimento do profissional nos processos de trabalho em equipe. Contudo as pactuações se mostram importantes para o desenvolvimento da colaboração.

Outra questão levantada por um dos entrevistados (E2) está relacionada com a cultura dos profissionais não médicos, que costumam transferir a responsabilidade da tomada de decisão apenas para a equipe médica. Essa transferência de responsabilidade questionada tende a sobrecarregar o trabalho da equipe médica. O mesmo entende que há situações em que os profissionais não médicos têm melhor competência para a decisão do que o próprio médico, notando-se certa assimetria de poder.

“Eu acho que às vezes outras equipes que fazem parte da equipe multi tendem a jogar todas as responsabilidades para o médico, como a coordenação, tomada de decisões, conversa com a família. Somos formados para isso! [...] Mas existe algo cultural, de que tudo que faz deve passar pelo médico. E isso acaba gerando retrabalho e carga de trabalho exaustiva. Numa realidade de que não temos médicos suficientes para fazer isso. [...] Mas a tomada de decisão tinha que ocorrer conforme cada competência profissional” (E2)

A disposição dos agentes não médicos em transferir a responsabilidade para equipe médica pode estar relacionada com a preservação de uma prática no modelo biomédico, às predisposições internalizadas nos processos de aprendizagem ou experiências profissionais anteriores. Mesmo profissionais de saúde não médicos tendem a atuar de acordo com modelo ainda dominante. Neste aspecto, suas ações não se relacionam diretamente com sua expertise, nem são necessariamente objetos de reflexão. As regras do campo constroem os agentes, em combinação com as referidas predisposições internalizadas (*habitus*) nos processos de socialização profissional anteriores, é a força e a fraqueza do *habitus*.

Durante as deliberações dos casos atendidos, os profissionais buscam entre as equipes de final de turno aquele profissional de saúde que o usuário e seu familiar têm maior afinidade (vínculo e empatia). Assim, este profissional será responsável por acompanhar o caso, retornar à equipe, bem como trazer o resultado das ações estratégicas de cuidado realizadas na reunião de equipe.

“A família pode ter a empatia um pouco mais na consulta de um ou menos com o outro. [...] existe o movimento da equipe de detectar quem é o profissional que o paciente ou cuidador tem empatia. E a partir daí, tentamos acertar o plano de cuidado com participação dele.”(E2)

“No cenário da enfermagem são feitas as reuniões pela manhã as quartas feiras, onde são discutidos os casos. É nesse local que passamos a ter a visão de cada profissional e a tomada de decisão. Porque o médico fez avaliação, mas o profissional ou o paciente pode ter comentado com o serviço social alguma coisa. E o médico vai investigar melhor isso. Então, antes de tomar a decisão, investigamos melhor isso que o paciente não comentou comigo. Então, a comunicação é muito importante. Porque o paciente pode ter abertura com outro profissional, por questão de afinidade”. (E1)

Observa-se que a equipe multiprofissional do NAI valoriza a participação do psicólogo nas deliberações da equipe nos casos atendidos. Contudo, verificou-se também que a troca de informação entre psicólogo e outras áreas profissionais são consideradas

diferenciadas, no que diz respeito ao sentido e significado que a psicologia dá para o sigilo profissional.

“Os psicólogos são bastante valorizados pela equipe. Eu acho que isso vem do trabalho da nossa preceptora ao longo do tempo [...] Quando trabalhamos em equipe com diferentes profissões existe a questão do trabalho em conjunto [...] No nosso caso tem a questão do sigilo, pois não posso expor o que estou trabalhando com o meu paciente. Porém mostro os efeitos para validar o nosso trabalho. [...] Mas a psicologia tem a questão do sigilo que dificulta (a prática interprofissional). A gente trabalha com o sujeito. Na psicologia deve tomar certo cuidado em diferenciar o nosso trabalho no atendimento terapêutico e a nossa participação na prática interdisciplinar”.

(E10)

Uma das hipóteses relativas aos processos associados à colaboração interprofissional levantada no estudo de McDONALD e McCALLIN (2010), refere-se às distintas áreas profissionais, que podem erguer barreiras substanciais para a troca de saberes e resoluções de problemas, como a ausência de modelos mentais de análise, incompreensão semântica, conflitos epistemológicos e ameaças à identidade profissional. Isso pode ser observado da fala acima de um dos entrevistados, ao reconhecer sua especificidade profissional e a ética específica de sua área de atuação.

Para Baldwin (2012) os profissionais esperam ser respeitados e valorizados pelos outros. O agente social ao ser reconhecido por alguma contribuição em prol do coletivo promove melhorias positivas sobre os resultados em saúde.

Vemos, assim, visões e valores incorporados pelos agentes sociais em diferentes processos formativos, e atuando em um determinado campo, esse recorte do espaço social. Neste aspecto, diferentes propostas de cuidado à saúde e colaboração interprofissional se encontram e se confrontam.

Nesse sentido, alguns profissionais do NAI agiram ora na direção do trabalho mais fragmentado fundamentado no modelo biomédico, ora no sentido do trabalho mais integrado, centrado nas demandas do paciente e no compartilhamento dos cuidados da saúde do idoso. Isso pode ser observado na compreensão dos agentes quanto à proposta de modelo praticado pelo NAI.

Nos achados, percebe-se que alguns profissionais do NAI tendem a manter visões e práticas dominantes, mesmo quando estas são tensionadas pela prática

institucional culturalmente instalada no NAI. A fragmentação do cuidado em saúde ainda pode ser observada na conservação de estruturas do modelo assistencial da UERJ, que diverge do modelo praticado no NAI; na especificidade de algumas categorias profissionais que mantêm de certa forma uma prática dominante em sua área profissional, que pode influenciar diretamente ou indiretamente o trabalho compartilhado; e ainda na transferência de responsabilidade dos profissionais não médicos para a equipe médica em decisões mais complexas, caracterizando a preservação de um dado modelo.

Em relação à participação do familiar e usuário frente às tomadas de decisões de saúde junto à equipe, parece haver visões distintas entre os profissionais que compõem o NAI. Na concepção do serviço social, por exemplo, entende-se que o idoso e seu familiar são sujeitos que devem participar em todos os momentos das decisões de saúde junto com equipe de saúde. Nesse sentido, os entrevistados consideram que a tomada de decisão se dá de forma consensual entre profissional e sujeitos. Embora, parte deles revela que desconhece se a participação do (s) sujeito (s) se dá de maneira ideal.

“A concepção de família na área da gerontologia é uma concepção que o serviço social critica. Ela é muito restritiva a nossa leitura de família. Então, às vezes há um conflito de concepção de família. Na perspectiva do serviço social, o usuário e a família precisam ser informados e participados das decisões o tempo todo. [...] Agora eu não sei se isso se dá na medida ideal.”.(E11)

“A tomada de decisão clínico NAI ocorre através do consenso da família. A gente não pode agir e nem obrigar ninguém a fazer o nosso tratamento. E essa não é atitude que queremos no serviço ou coisa semelhante”. (E2)

D’AMOUR et al. (2005), acrescentam que muitos autores concordam que a participação do (s) sujeito (s) no processo da tomada de decisão traz resultados satisfatórios para a saúde. Mc DONALD e Mc CALLIN (2010), em seus estudos, apontaram quatro questões que permanecem como desafios à colaboração. Uma delas é a questões sobre a relação entre pacientes e familiares, que ainda não está totalmente clara, de como se dão a interação entre profissionais.

Para a D’Amouret al (2005) observam que o(s) usuário(s) podem agir como “*entidades externas*” ou “*fiador de terceiros*” a quem a responsabilidade é dada para ser coordenada pelo trabalho interprofissional. Os mesmos autores destacam que não se

espera uma realidade em que o (s) sujeito (s) participe plenamente nos diferentes aspectos do cuidado em saúde de forma igualitária como os outros membros da equipe. A solução para esta questão é encontrar alguma alternativa de envolver o (s) sujeito(s) na dinâmica da prática colaborativa.

Os profissionais do NAI lançam mão do recurso da reunião familiar, que tem a finalidade de fazer encontros com os familiares e usuário, na tentativa de discutir e traçar os objetivos comuns na produção do cuidado. O uso deste recurso se dá por meio de solicitação do familiar, do usuário ou da equipe de saúde.

“Tem situações em que realizamos a reunião familiar. A equipe convoca o familiar que se encontra no processo mais difícil e discutem com eles as estratégias e os planos terapêuticos. O familiar sempre conversa com a equipe. Também há momentos em que a família convoca a equipe para conversar. E boa parte ou toda a equipe que está relacionada com o caso participam. [...] nas na reunião familiar participam a equipe que atende diretamente o familiar”.(E7)

CALDAS (2002), em seu estudo demonstrou que é fundamental para a atenção a idosos, em especial ao idoso no grau elevado de dependência, um olhar da equipe para seus familiares em torno de suas singularidades. Ou seja, os sujeitos (idoso e familiar) necessitam de uma rede de apoio ampla, que inclui desde o acompanhamento ambulatorial da pessoa doente até o suporte estratégico, emocional e institucional para quem cuida. Os cuidados prestados aos familiares dos idosos não se reduzem a transmitir informações ou orientações gerais sobre o cuidado. É necessário que os profissionais de saúde compreendam que o fato dos familiares cumprirem as estratégias de cuidado não quer dizer que todas as demandas do idoso foram atendidas. O ideal é estabelecer alternativas que inserem os sujeitos nas decisões sobre os rumos do cuidado em saúde.

O cuidado centrado no paciente emergiu na fala do médico da equipe do NAI como recurso tecnológico fundamental para o cuidado da saúde do idoso. Trata-se da mesma concepção que atravessa a proposta de prática desenvolvida no NAI, compreendendo o idoso e seu familiar como sujeitos em um contexto histórico e social, numa interação entre profissionais, idosos e familiares, que possibilita desenvolver o cuidado em resposta às demandas de saúde.

“Hoje em dia a maior tecnologia que existe na medicina é cuidado centrado no paciente. Em vez de vermos o que sabemos para podermos ajudar o paciente, é o paciente que vê o que podemos oferecer para ele. Somos treinados para fazer ao contrário. Falo pela medicina, porque não tive outra formação! Somos treinados para enquadrar o paciente nas diretrizes clínicas que são muito bem estudadas. Existem vários critérios para definir se o paciente é hipertenso ou diabético [...] eu tenho que encaixar o paciente em algum nível de risco [...] o cuidado centrado no paciente é o inverso. [...] temos que olhar todas as diretrizes clínicas e depois ver os pedaços dessa diretriz clínica que realmente se aplica para esse paciente.” (E2)

“traçamos uma possível conduta. Apresentamos isso para o paciente, seu familiar e perguntamos se é possível ou não. Se ele quer ou não aquilo. Nunca é sem o consentimento do paciente ou do familiar. Porque às vezes o paciente não responde por si”.(E1)

Apesar da formação profissional do médico ressurgir o tempo todo como entrave para ação compartilhada, a residência de geriatria do NAI trabalha no sentido de estimular a mudança na postura biomédica hegemônica, para desenvolver o trabalho compartilhado com diferentes áreas profissionais.

“o médico geriatra tem uma formação diferente. E a formação que é feita na especialização também provoca que ele se coloque numa outra posição. Embora a formação original deles, o impressione o tempo todo para acharem que vão tomar as decisões e fazer as coisas [sozinhos]. Então, a formação deles coloca o tempo todo nessa direção. Mas a formação multi da residência acaba provocando eles. Pera aí, não! Você tem que discutir isso com outro profissional”. (E11)

SAN MARTINS–RODRIGUEZ et al. (2005), considera que a formação profissional para desenvolver a prática colaborativa requer que estes agentes sejam estimulados para obter o domínio de novas competências. Para os autores, este é o papel chave do programa de educação profissional.

Para o médico, sua experiência como residente de geriatria no serviço de geriatria e gerontologia proporcionou outra forma de ação na produção do cuidado, conforme relatado no trecho abaixo.

“Então, a minha experiência no NAI (como residente) foi reveladora, pois identifiquei o meu perfil de trabalho, o interdisciplinar. Pode fazer reuniões lado a lado, mas a formação em nenhuma residência coloca a equipe multi como algo prioritário. Em teoria sim, mas isso não se aplica”. (E2)

Isso nos revela algo sobre o processo de conformação do *habitus* profissional em uma residência no campo da saúde. No caso desse agente, um médico, trata-se da

incorporação de certos modelos e práticas de cuidado da instituição estudada, considerando que o *habitus* é conformado por um conjunto de fatores relativo à trajetória do agente.

O processo de formação profissional do NAI oferece dispositivos colaborativos, que reforçam o agente a desenvolver o trabalho compartilhado, internalizando-o, de forma que os dispositivos coletivos institucionais potencializam o agente, tornando-o capaz de reproduzir ações compartilhadas.

6.2.3 - *Relação de interdependência e forma de lidar com as fronteiras profissionais*

Verificamos que em uma equipe multiprofissional como a do NAI a interdependência se dá a partir do reconhecimento da limitação de cada área de atuação frente à demanda de saúde do sujeito, e da solicitação de suporte para outras áreas profissionais.

“Se identifico problemas sociais que atrapalham o consumo de certos alimentos, a segurança alimentar daquele paciente, eu tenho o serviço social. Se eu identifico problemas psicológicos, eu tenho a psicologia. Se estou com dúvida sobre a carência nutricional, doença grave, má ingestão ou não fiz uma anamnese adequada, eu tenho a medicina para avaliar as outras questões. O mais bacana daqui é não ter que precisar necessariamente da reunião de final de turno para fazer isso. Porque na conversa de corredor, na conversa no bar trocamos uns com os outros. [...] Quando você conversar com as outras áreas, observamos milhões de possibilidades que antes nem enxergava.” (E1)

“Trabalho com os familiares de pacientes com Alzheimer, [...] identifico o suporte ao cuidador tanto para enfermagem quanto para a psicologia. No contato com o médico está relacionado com as interações medicamentosas, intolerância ao medicamento, no qual acontece a conversa em relação ao tratamento. No serviço social tem a questão de dar suporte sobre leis, defensoria pública de como fazer para o paciente receber os medicamentos” (E13)

Nesta mesma pesquisa citamos que D'AMOUR et al. (2005) identificaram o termo interdependência dentre os conceitos da colaboração interprofissional. Nesse conceito, haveria uma mútua dependência entre os membros da equipe. Esta interdependência está relacionada ao reconhecimento das limitações que caracterizam a prática autônoma. Como pode ser observado nas falas dos profissionais E1, E13 e E6.

Além disso, a interdependência se relaciona com o aumento da complexidade das demandas da área de saúde. Os profissionais tendem a interagir entre si trazendo

melhores contribuições tanto nos aspectos teórico quanto nos aspectos práticos para a resolução dos problemas mais complexos de saúde. (D'AMOUR, 2005). Como é o caso do serviço especializado do NAI, que oferece assistência ao idoso com risco de dependência ou maior risco de fragilidade, demandando cuidados mais complexos no processo saúde e doença do campo da saúde do idoso.

Esses profissionais parecem compreender que a limitação da sua área de atuação tem como pressuposto de que uma única área da saúde não dará conta de toda a demanda de saúde do idoso. Parte dos entrevistados consideram que a interdependência também depende do acesso fácil a uma determinada área profissional, da disponibilidade do outro em receber a sua solicitação, do rápido *feedback* e da abertura para as trocas informais. Essa interação entre os profissionais do NAI facilita o desenvolvimento de ações compartilhadas a produção do cuidado de forma mais efetiva.

“Ninguém tem esse poder de deter todo o conhecimento, conhecer todas as práticas possíveis para suprir todas as necessidades daquele indivíduo. O indivíduo carrega muitas questões e quando esmiuçamos aparece um conjunto de coisa, por isso não tem como uma disciplina dar conta de sua demanda” (E6).

Ainda relacionada a essa questão, um dos entrevistados destacou a importância dos espaços de estudo multiprofissionais, que propiciam aprimoramento dos saberes em relação ao conhecimento das outras áreas. Assim, a interconsulta ou o encaminhamento para outro profissional de saúde pode ser realizado de forma adequada e segura.

“Também tem que ter uma base de conhecimento das outras disciplinas. Não só da minha! Preciso saber a área do outro para poder fazer o encaminhamento de forma correta. Não posso achar que uma questão de mobilidade é do psicólogo. Tenho que ter o mínimo de conhecimento para saber exatamente para onde encaminhar”. (E6)

Apesar das fronteiras profissionais se mostrarem com certa flexibilidade na área da saúde do idoso, um entrevistado reconheceu ainda se identifica dificuldade para implementar o modelo praticado no NAI, que transcende as categorias profissionais específicas, estas que podem ser relacionadas com a formação uniprofissional e especializações. Por isso é necessário o exercício do trabalho compartilhado, seja nas graduações, internatos ou residências, no sentido de desenvolver o *habitus* profissional relacionado a este tipo prática.

O modelo de prática desenvolvido no NAI se configura na direção do agente social ter delidar com a interdependência profissional e disciplinar, permitindo o reconhecimento do seu limite de atuação e o limite da outra área profissional.

Nas falas dos entrevistados do NAI, observamos que a formação profissional não exige uma atuação compartilhada, preservando com isso um tipo de formação disciplinar, unilateral e especializada.

“Nos estágios obrigatórios não tinha oportunidade de trabalho interdisciplinar. Embora, você faça estágio em hospital, onde existam várias áreas que possam conversar. Mas não existe essa possibilidade também. [...] Infelizmente na faculdade de nutrição não tive muitas oportunidades”. (E1)

“Eu fiz estágio no Pedro Ernesto em saúde coletiva e hemoterapia. Não tive muita experiência com trabalho em equipe, pois era a equipe do serviço social, uniprofissional”.(E11)

“(Nono estágio) em unidade básica tinha vários profissionais, mas não trabalhávamos em conjunto com o outro. [...] As consultas eram separadas, [...] existia a interlocução entre os profissionais [...] Porém, sem proposta de trabalho interdisciplinar”. (E6)

“Na graduação não tive ênfase em interdisciplinaridade. Acho que se falava muito pouco. Era meio cada um no seu quadrado”. (E3)

Para FURTADO (2007) trabalhar em prol da colaboração necessita que os agentes queiram buscar esse status diferenciado por meio da formação profissional. Por isso, o maior desafio da colaboração não é negar a especificidade profissional, mas tentar de alguma forma estabelecer pontes entre a lógica profissional e a lógica de colaboração interprofissional inicialmente antagônica. A “*lógica profissional*” corresponde à tentativa de garantir um mercado definido e inviolável de expansão do território, aumentar a autonomia e o grau de dominação, permanecendo no controle das regras sobre as categorias profissionais. Já a “*lógica de colaboração interprofissional*” consiste na ideia da necessidade de compartilhar saberes, especialidades, experiências, habilidades, além de lidar com a intersubjetividade.

O agente social ao atravessar as fronteiras profissionais precisa de habilidades e conhecimentos para enfrentar as posições antagônicas, sobretudo reconhecer a suas limitações profissionais e a área de atuação do outro. Assim, buscando ativamente pelas outras áreas profissionais de forma à complementar as necessidades de saúde do indivíduo, possibilitando o alcance de melhores resultados de saúde(FURTADO, 2007).

Verificamos assim que os elementos operacionais mostram fundamentais para ampliação do nível de interação da equipe e redução da fragmentação do cuidado do idoso por categoria profissional. Por sua vez, nota-se que aspectos estruturais, como a formação profissional, podem dificultar a colaboração interprofissional.

6.3 - Campo, espaço físico, sobrecarga de trabalho e carga horária

A categoria de análise “campo, espaço físico, sobrecarga de trabalho e carga horária” faz parte da discussão sobre “recursos de colaboração inseridos no modelo de prática desenvolvido pelo NAI”. Ela está relacionada com as interferências positivas e negativas que os entrevistados do NAI atribuíram aos aspectos ligados ao ambiente interno do serviço especializado do NAI.

A maioria dos relatos dos entrevistados indica que a montagem dos consultórios multiprofissionais próximos uns dos outros favorece a interação e a troca de informação entre eles. Por outro lado, parte dos fisioterapeutas do NAI considera que a infraestrutura interfere nas atividades da fisioterapia, requerendo um espaço mais amplo para a realização de exercícios específicos na reabilitação do usuário. Tal relato pode ser um fator de satisfação no trabalho, por parte deles.

“Acho que a organização do serviço e o fato de estamos muito próximos. Isso facilita! Quando estamos atendendo o usuário e precisamos de informação, o espaço físico facilita e propicia um pouco esse diálogo.” (E12)

“O espaço físico é inapropriado, especificamente para fisioterapia que necessita de trabalhar com pesos, grupos [...] o espaço físico atrapalha os atendimentos da fisioterapia”. (E8)”

O espaço físico no NAI pode ser considerado um indicador de satisfação no trabalho, ora favorável à interação entre os profissionais (com consultórios multiprofissionais) e ora desfavorável para as atividades da fisioterapia (requer espaço amplo). CAMPOS e MAILK (2008), em seus estudos, identificaram a existência de indicadores de satisfação dos profissionais no trabalho, com piores resultados para *stress*, espaço físico, capacitação e falta de material para realizar o trabalho.

Na perspectiva dos entrevistados, o fato do campo assistencial está atrelado ao ensino possibilitou a reestruturação do serviço e seus aportes teóricos e práticos, favorecendo a colaboração interprofissional.

“O fato de ser uma unidade de ensino, seja por via de residência, estágio, graduação ou qualquer outra via de ensino, coloca o serviço para contribuir na formação, exigindo que o próprio serviço pense em seus próprios referências

teóricos. Então há o movimento dialético, de ir e vir. Por isso, o serviço tem tantos dispositivos práticos quanto dispositivos teóricos”. (E11)

Um outro profissional acrescenta que a concepção da gerontologia se aproxima do trabalho compartilhado com diferentes áreas profissionais para a produção do cuidado. Do ponto de vista da gerontológico, o processo de envelhecimento está relacionado com a integralidade, cuidado centrado na demanda de saúde do idoso e seu familiar, de acordo com seu contexto bipsicosocial, tornando imprescindível a presença de diversos profissionais que, em equipe, se completam e tomam decisões em conjuntas para obter melhores resultados em saúde (FREITAS et al, 2002).

Parte dos entrevistados reconhece que os profissionais *staffs* são responsáveis pelo rumo da condução e ação do processo de trabalho compartilhado neste espaço. Entendem que a partir do momento que há falhas na comunicação entre os profissionais *staffs* serão dificuldades na continuidade do trabalho em equipe.

Outra questão levantada pelos profissionais *staffs* do NAI está relacionada à sobrecarga de trabalho. Este fator reflete na condução do trabalho compartilhado, interferindo na realização de alguns recursos colaborativos institucionais. Os entrevistados relatam que o motivo da sobrecarga de trabalho está relacionado com déficit de recursos humanos (*staffs*) em determinadas áreas profissionais.

“Hoje precisamos dividir as tarefas. [...] Não temos muito tempo e nem disponibilidade. [...] O volume de atendimento é grande o que impede a realização das reuniões de final de turno. Além do número pequeno de profissionais. É o caso da enfermagem que vivencia um absurdo de estar sozinha para dar conta de tudo isso.” (E11)

Por esta razão, alguns profissionais *staffs* do NAI entendem a necessidade ações estratégicas, como a conciliação das agendas dos profissionais *staffs* e preceptores no único dia da semana para realização das reuniões de equipe, com caráter administrativo e pedagógico. Desta maneira, impede que problema em questão interfira na articulação e descontinuidade do trabalho.

Parece que a conciliação das agendas entre os profissionais *staffs* ocorre apenas para realizar as reuniões de caráter administrativo e pedagógico. Parte dos profissionais *staffs* do NAI relata que boa parte dos *staffs* trabalha no esquema de plantão,

dificultando a coesão, a articulação e a continuidade do trabalho na unidade especializada de saúde.

“Difícilmente todas as pessoas estão no mesmo horário aqui. Ninguém trabalha todos os dias o tempo todo. Todo mundo trabalha no sistema de plantão. Então, às vezes não coincide o meu horário com aquele profissional que eu preciso falar. [...] No serviço social sempre tem alguém, pois a sala está de frente da farmácia. Isso facilita a comunicação. Porém os meus horários não coincidem com os horários dos médicos. [...] Segunda pela manhã não tem médico aqui, quinta de manhã também não. [...] Se você quer ter uma equipe verdadeiramente multiprofissional tem que ter um representante de cada profissão durante todo o funcionamento do ambulatório.” (E13).

MATUDA (2012), em seu estudo, aponta que a carga horária reduzida pode ser configurada como barreira, por dificultar a articulação e integração das agendas entre profissionais *staffs*.

Observamos que a carga horária e a sobrecarga de trabalho são dois pontos fortes que emergiram nos discursos dos profissionais *staffs*, como algo que interfere de certa forma no processo de interação e dinâmica de trabalho. Para a interação ocorrer precisa de disponibilidade de tempo para construir a coesão dos profissionais nos processos de trabalho compartilhado.

Nos achados, identificamos que a conciliação das agendas dos profissionais *staffs* é um indicativo interacional para enfrentara deficiência de recursos humanos no serviço, além de manter a continuidade do processo de trabalho compartilhado. Contudo, o comprometimento entre *staffs* se caracteriza como elemento fundamental para a continuidade do modelo de prática integrado e articulado com as diversas áreas neste espaço.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa procurou identificar os dispositivos simbólicos associados às diferentes percepções dos agentes de diversas categorias profissionais (medicina, farmácia, nutrição, psicologia, serviço social e fisioterapia), envolvidos numa proposta de modelo assistencial em que a colaboração interprofissional é um componente central. As práticas na área da saúde do idoso articulam diferentes profissionais do campo da saúde, sendo então um espaço apropriado para o desenvolvimento de pesquisa sobre o trabalho compartilhado, suas características, seus limites. Para esta pesquisa, a proposta do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ) é considerada um arranjo institucional potente, ao prevê a ação conjunta, integrada e articulada com os profissionais.

A proposta de prática do NAI, ao se aproximar e dialogar com os conceitos de colaboração interprofissional fundamentada na literatura internacional, pode ser utilizado para a pesquisa de interação e relações entre os profissionais de saúde.

Os resultados também permitiram identificar alguns recursos e dimensões ligados à interação entre os profissionais. Parte dos achados identificou elementos sistêmicos, organizacionais e interacionais que podem contribuir para melhor compreensão desta temática no âmbito do serviço de saúde do idoso.

A pesquisa teve uma abordagem qualitativa, com revisão da literatura sobre o tema análise documental seguida da realização de entrevistas com profissionais de saúde. Os relatos dos entrevistados possibilitaram a apreensão de percepções sobre o trabalho compartilhado desenvolvido pelos profissionais e a identificação de aspectos que interferem no trabalho compartilhado.

Apesar dos resultados serem de difícil generalização, como acontece nos estudos de caso, a análise oferece pistas para compreender alguns elementos importantes (facilitadores e complicadores) da colaboração interprofissional.

Além disso, consideramos o pressuposto da experiência profissional da autora com práticas em equipe no Núcleo de Atenção ao Idoso. Deste modo, a mesma tentou exercitar o processo de estranhar o familiar no campo de estudo. Entendemos que tal processo traz desafios e limitações para este estudo. Por outro lado, ofereceu elementos operacionais que contribuíram para os resultados desta pesquisa.

Também foi empregado neste estudo para a investigação da colaboração interprofissional os conceitos de *habitus* campo de Pierre Bourdieu, que auxiliaram na compreensão da estruturação das práticas profissionais.

A categorização temática das falas dos agentes sociais sobre a colaboração interprofissional no NAI foi definida com base nas características do objeto de pesquisa encontradas na literatura, como os determinantes da colaboração sistêmicas, organizacionais e interacionais (SAN MARTIN-RODRIGUES et al., 2005). O desenho teórico e os procedimentos analíticos dos materiais possibilitaram o agrupamento das percepções dos agentes sociais em categorias temáticas empíricas: “recursos da colaboração inseridos no modelo de trabalho compartilhado desenvolvido no NAI”, “dimensões da colaboração” e “campo, espaço físico, sobrecarga de trabalho e carga horária”.

Os resultados apresentaram alguns dos componentes sistêmicos, organizacionais e interacionais da colaboração interprofissional que aparecem, ora como facilitadores ora como complicados para o desenvolvimento do trabalho compartilhado no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UERJ).

Os componentes sistêmicos e organizacionais que interferem no processo do trabalho compartilhado no serviço especializado do NAI estão relacionados com as trajetórias dos agentes (graduação e profissional) e com o fato da proposta praticada pelo NAI não está preconizada em todos os cenários assistenciais da UERJ.

Os resultados possibilitaram identificar a filosofia de prática que está culturalmente instituída no NAI, expressa nas posturas e disposições incorporadas pelos agentes trabalham nesse serviço.

A utilização dos recursos e a forma com que os profissionais lidam com as metas preconizadas no NAI, ora no cenário de prática da UERJ ora no cenário de prática do NAI, denotam a coexistência de pelo menos dois modelos de cuidado: um relacionado com o cuidado fragmentado e outro com o cuidado integrado e compartilhado, incluindo os sujeitos usuários (familiar e idoso) nas estratégias de cuidado junto à equipe. Em virtude disso, os próprios profissionais do NAI admitem que este modelo praticado é uma proposta em processo de transição, do trabalho fragmentado para o trabalho compartilhado, operando numa tentativa de alcançar os objetivos comuns, integrando as áreas profissionais para a produção de cuidado integral.

Para tanto, devemos considerar que esta proposta de prática tem o esforço, investimento e apoio da coordenação do NAI, aliado aos esforços dos profissionais que acreditam, valorizam e lutam por esta prática. Talvez seja uma das razões por que o modelo praticado se mantém culturalmente instituído no serviço. Assim, podemos considerar que tanto os profissionais quanto a coordenação do Núcleo são forças motrizes na efetivação desse modelo.

A proposta do modelo de prática do NAI tenta estabelecer a lógica da colaboração profissional sobre a lógica da fragmentação do cuidado, disponibilizando dispositivos organizacionais e interacionais que apoiam o trabalho compartilhado e permitem que os agentes sociais sejam estimulados a lidar com as fronteiras profissionais.

O nível de interação entre profissionais está fortemente relacionado com o estreitamento das relações interpessoais e abertura do canal de comunicação durante a dinâmica do processo de trabalho.

Apesar do arranjo da reunião de equipe no final do turno está preconizado no NAI por um roteiro que segue com presença de um ou dois coordenadores de equipe, sendo estes responsáveis pelo planejamento das deliberações de equipe, os resultados indicaram falhas no processo da reunião de equipe que interferem no produto do cuidado de saúde.

Outra questão levantada nesta pesquisa está relacionada à necessária troca de informações entre os diversos profissionais e os limites impostos a alguns deles, como

os psicólogos, pelos códigos de ética da profissão; isso tensiona alguns aspectos da prática interprofissional.

Outro achado desta pesquisa está relacionado com os consultórios multiprofissionais estarem próximos uns dos outros, tornando esta disposição favorável para interação e trocas entre os profissionais. Considera-se que o fato do espaço físico ser pequeno e propiciar o agrupamento dos indivíduos durante a dinâmica do trabalho permite estar mais próximos uns dos outros ou ter a facilidade de deslocamento de um consultório para outro. Por outro lado, este espaço físico é considerado limitado para o desenvolvimento de algumas atividades assistenciais, como os exercícios de reabilitação da fisioterapia, que requer espaços amplos para utilizar ferramentas próprias que auxiliam no processo da reabilitação das funções motoras.

A proposta de cuidado praticada no NAI tenta colocar a participação dos sujeitos (idoso e familiar), o tempo todo e com suas demandas de saúde, no centro da produção de cuidado. Para tanto, a equipe do NAI faça mão de algumas alternativas que envolvem esses sujeitos no sentido de desenvolver estratégias de cuidado em conjunto, através dos recursos da reunião familiar ou critério de vínculo e afinidade dos sujeitos para com um dos membros da equipe, sendo este o responsável para acompanhá-los no tratamento.

Embora, este estudo não tenha aprofundado as relações entre sujeitos e profissionais do NAI, num contexto de cuidado do idoso com algum nível de dependência, e nem a efetivação da participação dos sujeitos em relação aos recursos disponíveis no NAI, a pesquisa propiciou outros questionamentos para pesquisas futuras no campo da saúde do idoso. Compreende-se que as doenças neurodegenerativas, como as demências, têm assumido maior relevância como problema de saúde pública devido ao aumento da população envelhecida. Trata-se de um processo geralmente irreversível, mesmo com a intervenção medicamentosa que estabiliza este processo, mas não impede a evolução da demência. Para tanto, é fundamental a participação dos sujeitos, em especial a família, que necessita aprender a lidar com tal realidade, compartilhar suas inquietações com a equipe de saúde para construir conjuntamente estratégias de cuidado.

Os resultados apresentados permitiram mostrar que a colaboração interprofissional não depende apenas do esforço individual e pessoal do trabalhador em

saúde, mas também do esforço coletivo dos agentes (profissionais, gestores e usuários) e dos componentes sistêmico (formação profissional do agente), organizacional (gestão compartilhada, filosofia de prática) e interacionais (relações entre os agentes, disponibilidade de espaços coletivos). Para tanto ainda é necessário ampliar o conhecimento e o entendimento sobre os processos colaborativos no NAI/UERJ, reconhecendo o seu potencial de contribuição para o campo de formação profissional (residências), para a saúde do idoso, para a gestão do trabalho e reestruturação do modelo de cuidado na UERJ.

Esperamos que os resultados apresentados possam contribuir para o debate sobre a colaboração interprofissional, considerando esta temática como um componente estratégico para a reestruturação do modelo de saúde no Brasil e, mais especificamente, para a saúde do idoso, que requer dispositivos próprios para o desenvolvimento de novas práticas de cuidado que coloquem as necessidades do idoso e seu familiar no centro da produção de saúde.

8 – RECOMENDAÇÕES PARA O SERVIÇO E AGENDA PARA PESQUISAS FUTURAS.

Além de cumprir o objetivo desta pesquisa, que está relacionado com a captação das percepções dos agentes sobre a interação profissional no serviço NAI, o processo de análise e discussões propiciou um exercício de reflexão de onde emergiram algumas recomendações possíveis para o serviço e agenda para pesquisas futuras.

A efetivação do modelo de prática proposto pelo serviço especializado do Núcleo de Atenção ao Idoso está relacionada, em sua parte mais importante, aos sentidos e significados que os agentes sociais dão ao fortalecimento das relações interpessoais, às trocas informais entre os agentes na dinâmica do processo de trabalho, à diretriz do trabalho que está culturalmente instituída, às relações de interdependência para a produção do cuidado compartilhado na saúde do idoso e à disponibilidade de espaços coletivos no processo de trabalho.

Os coordenadores gerais do HUPE, NAI e UnATI, ao tomar conhecimento das percepções dos agentes sociais que atuam no NAI, quiçá possam utilizar as informações desta pesquisa para o planejamento e trabalho no NAI, ou estender aos diversos serviços de saúde disponíveis na UERJ.

Sabe-se que o NAI dispõe do recurso de avaliação de processos de serviço e ensino, que se dá anualmente devido à exigência do campo do ensino. Por isso, sugere-se que os agentes sociais (*staffs* e gestores) possam incluir na pauta dessa avaliação as demandas administrativas e organizacionais consideradas necessárias pelos profissionais do NAI, trazendo estas para o debate coletivo na tentativa de traçar os rumos para reorientar e corrigir falhas relativas ao processo de execução da reunião de equipe de final de turno, mobilizar a instituição para o debate coletivo do modelo proposto do NAI, que não está preconizado em todos os cenários de prática UERJ, e construir objetivos e metas reconhecidas pelos próprios profissionais para estabelecer novas estratégias que assegurem melhores processos de trabalho e ensino.

O espaço físico atual do NAI é considerado pequeno e limitado perante o volume de atividades disciplinares e assistenciais que foram surgindo ao longo dos anos neste serviço. Algumas categorias profissionais, especialmente a fisioterapia, requerem espaços mais amplos para executar melhor suas atividades de reabilitação.

A carga horária reduzida e a sobrecarga de trabalho ainda permanecem como duas fontes de tensões no campo da saúde, e também neste espaço, refletindo na coesão, na articulação e na continuidade do trabalho no serviço. Para tanto, os agentes (*staffs* e preceptores) procuram estratégias como as conciliações de agendas de reuniões com caráter administrativo e pedagógico para evitar a descontinuidade do trabalho e estabelecem pactuações coletivas, garantindo o comprometimento das decisões da reunião de equipe. Talvez seja necessário adotar as mesmas estratégias de conciliação e pactuação coletiva para reformular o quadro de horários dos profissionais *staffs*, de modo que estes estejam presentes em todo o funcionamento do serviço para minimizar as tensões neste espaço.

Quanto às necessidades de investimentos em recursos humanos e reforma de infraestrutura do NAI, espera-se que esta pesquisa possa mobilizar a instituição pública estadual para reconhecer as necessidades dos profissionais, a fim de melhorar a qualidade da assistência e formação do profissional na área da saúde do idoso.

Apesar deste estudo não aprofundar a discussão sobre questões relativas ao processo de formação profissional ofertada pelo NAI, à luz da educação interprofissional, o campo do ensino está presente neste espaço o tempo todo e nas discursões dos agentes sociais. Por esta razão, a hierarquização do ensino está marcada por tensões eventuais entre as posições (ser preceptor ou ser residente) que se refletem na dificuldade de interação e cooperação entre esses profissionais. Verifica-se a necessidade de um debate ampliado sobre a (re) avaliação do processo de ensino, adotando objetivos e metas conjuntas para tentar estabelecer uma relação de trabalho amigável, evitando o surgimento de disputa de poder, que pode vir a prejudicar os processos de aprendizagem e assistencial no serviço.

Esta pesquisa foi realizada a partir da perspectiva da interação de diferentes áreas profissionais para a produção do cuidado compartilhado. Contudo, a mesma

também produziu informações relativas à formação, aos modelos assistenciais presentes na UERJ, à participação dos sujeitos na tomada de decisão compartilhada e avaliações de processos, que não foram abordados na discussão. Isso pode apontar para pesquisas futuras, a saber: estudo sobre a avaliação do programa de residências de geriatria e multiprofissional da saúde do idoso à luz da educação interprofissional; examinar os resultados e metas traçadas nas avaliações dos processos do NAI; avaliar a efetividade dos recursos de participação dos sujeitos na decisão compartilhada e desenvolver estudos relativos às práticas colaborativas em outros serviços da UERJ.

Por fim, a identificação dos componentes dos processos colaborativos nas diferentes áreas profissionais pode desempenhar importante contribuição para saúde do idoso, gestão do trabalho e reestruturação dos modelos de cuidado, gerando novos recursos colaborativos que podem ser inseridos no campo do ensino ou serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M (2004). *Projeto de Promoção da Saúde NAI/UnATI*. In: _____. Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ. Tese de doutorado. ENSP. Rio de Janeiro. p. 52-74

AGUIAR, C (2013). Atuação do enfermeiro na atenção básica no âmbito da articulação da prática interprofissional. Dissertação de Mestrado. USP. São Paulo. p- 44-52

ARAÚJO, E. M. Galimbertti, P.A. *A colaboração Interprofissional na Estratégia de saúde da família*. Psicologia e sociedade, 25(2).p.461-468. 2013.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: edições 70.2011

BAUER, M.W. Aarts B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M. W. Gaskell, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. 12º edição. Rio de Janeiro (Petrópolis): vozes, 2014. Capítulo 39-59.

BRASIL¹. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília. DF. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeadaPessoaIdosa.pdf>. Acesso em set de 2015

BRASIL². Presidência da República casa civil. Lei 10741 de Outubro de 2003. Aprova o Estatuto do Idoso que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília. DF. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeadaPessoaIdosa.pdf>. Acesso em set de 2015.

BRASIL³. Presidência da República casa civil. Lei nº 8.842 de 4 de Janeiro de 1994. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Dispõe sobre os princípios, diretrizes, organização, ações governamentais e disposições gerais que deverão orientar a Política. Brasília. DF. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeadaPessoaIdosa.pdf>. Acesso em set de 2015

BRITO, M.D. A. C.C., Freitas, C.A.S.L., Mesquita, K.O. de & Lima, G.K.. *Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica*. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo. v 16. p. 161-178. 2013.

BISSOLI, P. G. BISSOLI, M. .M. Educação Gerontológica: breve intervenção em Centro de Convivência dia e seus impactos nos profissionais. Revista Kairós Gerontologia. São Paulo. 143-164. 2011. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/10056/7486> Acessado em 18 nov 2015

BALDWIN, A. Exploring the interacional determinants of collaboration on interprofessional practice in community-based geriatric care. Tese de doutorado. Winnipeg: Faculty of Education, University of Manitoba, 2012

BOKHOUR, G. Communication in interdisciplinary team meetings: What are we talking about?. *Journal of Interprofessional Care*. v. 20(4). p. 349 – 363. 2006

BONALDI, C.; GOMES R.; LOUZADA Ana Paula Figueiredo et al. *O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras*. In: _____ PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 53-72.

BOURDIEU, P. *Esboço de uma teoria da prática*. In: Ortiz, R (org.) Pierre Bourdieu. São Paulo: Coleção Grandes Cientistas Sociais, 1983, p. 46-81.

_____. *O poder simbólico*. Capítulo III. A gênese dos conceitos de habitus e de campo. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007. p. 59-73.

_____. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Trad: Mariza Corrêa. Campinas, São Paulo: Papirus, 2014.

CÁRDENAS, C.M.M (2014). *A sociologia da ação de Bourdieu e a análise das práticas*. In: _____. Aconselhamento no âmbito dos Centros de Testagem do Estado do Rio de Janeiro: Uma análise das práticas e saberes na prevenção das DST/Aids. Tese de doutorado. ENSP. Rio de Janeiro. p. 54-59.

CAMPOS, C. V. A e MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista: RAP*. Rio de Janeiro. 42(2):347-68. Mar./abr. 2008

CARAPINHEIRO, G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento, 1993

CALDAS, C.P. O idoso em processo de demência: o impacto da família. In: MINAYO, M.C.S (Org). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2002

CECCIM, R. B. Onde se Lê “recursos humanos em saúde”, leia coletivos organizados de produção em saúde. Desafios para a educação. In: _____ PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 161-180.

CAREGNATO, R.C.A. Mutti, R. *Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo*. Texto contexto enferm. Florianópolis. p. 679-84. 2006.

COMITÊ de ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. *Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012*. Disponível em: <

http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20466_2012.pdf>. Acesso em: out. 2014.

D'AMOUR, D. Ferrada-Videla, M. San Martin Rodrigues, L. Beaulieu, MD. *The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical framework*. Journal of Interprofessional Care, London, p.116-31, 2005.Supplement.

D'AMOUR, D. et al. *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*. BMC Health Services Research, London, v. 8, n. 188, 2008.

FREITAS, M.C. Maruyama, S.A.T. Ferreira, T.F. Motta, A.M.A. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. RevLatinoam EnfermageM.10(2):221-8.2002

FLICK. U. Introdução à pesquisa Qualitativa. 3ª edição. Porto Alegre. Artmed, 2009

FURTADO, J.P. Equipes de referências: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre as disciplinas e profissões. Revista Interface: Comunidade, saúde, educação, V.11, n.22, p. 239-5.2007

FRANCO, T.B. MERHY, E.E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Revista Tempus Actas de saúde coletiva. São Paulo. p. 151-163.2012

GABOURY, I. et al. *Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: key components*. Social Science & Medicine, London, n. 69, p. 707-715. 2009.

GABOURY, I. Laurent, M. L. Boon, H. Moher, D. *Interprofessional collaboration within integrative healthcare clinics through the lens of the relationship-centered care model*. Journal of interprofessional care. Canadá. p.124-130.2011

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. GOMES, S.F.D. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. In: Gomes, S.F.D. 33ª edição. Rio de Janeiro (Petrópolis):vozes,2013. Capítulo 4. p.79-106.

GIL. A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas. 2007

HONORATO, C.E.M; PINHEIRO, R. *Trabalho político: construindo uma categoria analítica para estudo sobre a integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde*. In: _____ PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro.CEPESC,2007.p.53-72.

IBGE. Instituto Brasileiro geográfico e estatístico. *Síntese de indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Disponível em:<http://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2013/IS_2013.pdf> Acesso em: 24 jul. 2014.

LEITE, R.R.F.B; VELOSO,T.M.G. Trabalho em equipe: Representações sociais profissionais do PSF. *Psicologia: ciência e Profissão*.V.28.n,2,p 374-389,2008

McDONALD, C. Mc Callin, A. *A interprofessional collaboration in palliative nursing: what in the patient-family role?*.*Interprofessional of Palliative Nursing*.16(6).p.286-9.2010.

MARTINS, J.S. Ummerhoter, W. Manser, T. Spiring, R. *Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome*. Swin.Medical Wekey. 2010.

MITCHELL, R. Parker, V. Giles, M. White, N. *Reriew: Towad realizing the potencial of diversity in compositon of interprofessionalhelath care teams: an examination of the cognitive and psychosocial dynamics of interprofessional collaboration*. *Medical careReasearchandReview*. 67(1).p.3-26.2010.

MATUDA. C.G. Aguiar, D.C.L. Frazão, P. *Cooperação Interprofissional e reforma sanitária no Brasil: Implicações para o modelo e atenção*. *Saúde Soc. São Paulo*, v.22, n.1, p.173-186, 2013.

MATUDA. C. G (2012). *Cooperação Interprofissional: Percepções dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família*. 2012. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo. São Paulo.

MATUDA, C. G. et al. *Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho*. *Revista: Ciência e Saúde Coletiva*. 20(8):2511-2521. 2015

MOTTA, L. B. Caldas, C. P. A, M. *A formação de profissionais para a atenção integral à saúdedo idoso: a experiência interdisciplinar do NAI UNATI/UERJ*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4).p.1143-1151. 2008.

MOTTA. L. B. Aguiar, A.C. *Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade*. *Revista: Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2):363-372. 2007

MORAES, E. N. *Saúde do Idoso*.In: Moraes, E. N.*Atenção e a saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.p.9.

MORAES, E. N. et al. *Principais síndromes geriátricas*. *RevMed Minas Gerais*. 20(1): 54-66. 2010. Disponível em: http://www.cetin.com.br/artigos/5sindromes_geriatricas.pdfAcesso em 7 dez 2015

MINAYO. M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec., 2013.

OANDASAN, I. et al. *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice*.Ottawa: Health Canada, 2004.Disponível em:<http://www.ferasi.umontreal.ca/eng/07_info/IECPCP_Final_Report.pdf> Acessado em: 11 jul 2014

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Genebra: WHO/HRH/HPN/10.3. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/>. Acesso em: 20 set. 2014.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definições do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. et al. (Ed.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 2-12.2002

PASSOS, E. BARROS, R. B. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade Psicologia teoria e pesquisa. v.16.nº1.2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010237722000000100010&script=sci_arttext> Acessado em: 15 out. 2015.

PEDUZZI, C. M. Norman, I. J. Germani, A. C. C. G. Silva, J. A. M. Souza, G. C. *Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários*. Revista enfermagem USP. São Paulo. p.977-83. 2013

PEDUZZI, M. (2007). *Gênese da concepção do trabalho em equipe de saúde*. In: _____. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerente de serviço de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP. São Paulo. p.74-100

PEDUZZI, M; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: _____ SCHARAIBER, L. B; NEMES, M.I.B; MENDES-GONÇALVES, R.B (Orgs.). *Saúde do Adulto: Programa e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*. V.35,n.1,p.103-109,2001

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: _____ PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro. CEPESC, 2010. p.161-178.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho e, equipe com foco nos usuários. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 47 (4). 977-83. 2013

SAN MARTÍN-RODRIGUEZ, L. Beaulieu, M.D. D'Amour, D. Ferreira-Videla, M. *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*. *Journal interprofessional care*. v.1.p.132-147. 2005. Supplement

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: _____ PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPSEC, 2003.p.89-111.

VELHO, G. Observando o Familiar. In: VELHO, G. *Individualismos e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. São Paulo: Jorge zahar editor. Capítulo 9.p.121-132.1994.

WAY, D. Jones, L. Busing, N. Implementation Strategies: Collaboration in Primary Care – Family Doctors & Nurse Practitioners Delivering Shared Care. Otavio College of family physicians 2000.Disponívelem: <<http://www.eicp.ca/en/toolkit/management-leadership/ocfp-paperhandout.pdf>.>Acesso em 5 nov. de 2014.

APÊNDICE 1

ROTEIRO TEMÁTICO

Este roteiro temático apresenta proposições sobre aspectos que a pesquisadora pretende explorar nas entrevistas.

- 1- A pesquisadora solicitará ao entrevistado que responda de forma objetiva as seguintes informações:
 - Idade
 - Estado Civil
 - Formação e Ocupação dos Pais
 - Formação profissional (grau de instrução, curso superior, especialização, nome instituição)
 - Tempo de formado
 - Tempo de serviço (exceto residente)
 - Carga horária de trabalho
- 2- Em seguida, a pesquisadora solicitará ao entrevistado que discorre os seguintes temas e questões.

Tema 1 - Trajetória acadêmica

- A) Conte-me sobre sua **trajetória acadêmica** da graduação até os dias de hoje?
- B) Você teve oportunidade de desenvolver a **prática interdisciplinar**?
(Refere-se na graduação)

Tema 2 – Vivência profissional – acadêmica

- C) O que **motivou a escolher** o serviço especializado de geriatria e gerontologia?

Tema 3 – Organização do trabalho

- D) Fale sobre a **prática vivenciada** no serviço especializado de geriatria e gerontologia?
- E) Discorra de que forma ocorre a **troca de informação entre os profissionais de saúde** do Serviço especializado em geriatria e gerontologia?
- E.1 – Como se dá a **tomada de decisão** em equipe?
- E.2 – E as **reuniões** como **acontecem**?
- E.3 - Quem **coordenada**?
- E.4 –O **familiar e o idoso são participados** da tomada de decisão em equipe?
- E.5 - Existe **entrevista troca de comunicação** entre os profissionais de saúde?
- F) Existe no serviço especializado de geriatria e gerontologia a prática interdisciplinar? Comente.
- F.1 – E o **apoio da gestão** do serviço para desenvolver a prática interdisciplinar?
- F.2 – Existe uma **sistematização das ações** da prática interdisciplinar?
- F.3 – Quais os aspectos **facilitadores** para desenvolver a prática interdisciplinar?
- F.4 – Quais os **dificultadores** para desenvolver a prática interdisciplinar?

Tema 4 – Interação entre os profissionais

- G) Como você considera a **relação interpessoal na equipe** do serviço especializado de geriatria e gerontologia?
- G.1 – Existe a **cooperação** entre os profissionais de saúde?
- G.2 – Como se **estabelece a confiança** entre os profissionais de saúde?

Tema 5 – Prática interdisciplinar

- H) O que entende sobre a **prática interdisciplinar**?
- H.1 – Qual a importância da **prática interdisciplinar para o cuidado em saúde**?

I) Ao final da entrevista, a pesquisadora perguntará ao entrevistado se há algo que gostaria de comentar ou acrescentar na entrevista. Em seguida, agradece a oportunidade de escuta.

Ao final da entrevista, a pesquisadora perguntará ao entrevistado se há algo que gostaria de comentar ou acrescentar na entrevista. Em seguida, agradece a oportunidade de escuta.

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa A prática colaborativa e o trabalho em equipe: um estudo de caso sobre o Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), desenvolvida por Liziene de Souza Arruda, discente do Mestrado em Saúde Pública do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor DrºCarlos Otávio Fiúza Moreira, que atua na área saúde e sociedade desse Programa.

Esta pesquisa tem o objetivo central de descrever e analisar a percepção dos profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso sobre a colaboração interprofissional, identificando elementos facilitadores e complicadores para o trabalho compartilhado. A metodologia da pesquisa prevê entrevistas sobre esse assunto e você foi selecionado para ser um dos entrevistados. Sua participação é muito importante para que a pesquisa tenha valor científico. Para isto, convido-o (a) a participar falando do que você conhece sobre o assunto. A entrevista terá duração de aproximadamente uma hora. Para abreviar o tempo da entrevista e facilitar a coleta, os dados serão gravados com a sua autorização prévia. As entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais ficando sob a minha posse.

Esclareço que seu nome não será divulgado de forma alguma e as perguntas da entrevista não se referem a aspectos morais sobre sua intimidade, nem tratam de temas que possam prejudicar sua vida funcional na instituição que trabalha. As respostas serão confidenciais e utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa.

Saiba que toda pesquisa possui riscos maiores e menores que variam de acordo com o objeto de estudo. O possível risco desta pesquisa é o constrangimento em falar sobre determinado assunto relacionado aos profissionais que trabalham com você. Caso se sinta constrangido ou desconfortável durante a entrevista, você tem plena autonomia para decidir-se quer ou não continuar a entrevista. Você não precisa responder às perguntas que não quiser e pode se retirar a qualquer momento da entrevista. A sua participação é voluntária. Você poderá obter esclarecimento ou tirar dúvidas sobre os procedimentos da pesquisa. Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de artigos científicos, palestras dirigidas ao público participante e de uma dissertação de Mestrado.

Rubrica do Pesquisador: _____

Rubrica do Participante: _____

Após sua participação, em algum momento, se você quiser saber sobre o andamento da pesquisa, ou esclarecer alguma dúvida, pode me telefonar, ligando para (21)996128194, ou enviar uma mensagem pela internet para e-mail: lizienefarma@gmail.com

A realização desta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP/FIOCRUZ) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (CEP/HUPE/UERJ). Caso necessite de algum esclarecimento ético da pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP da ENSP pelo telefone e Fax: (021) 25982863, e-mail: cep@ensp.fiocruz.br e pelo site: <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Telefone e Fax - (0XX) 21- 2598286, e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Site: <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manginhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Telefones: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879 e - ail: conep@saude.gov.br

Liziene de Souza Arruda

Local: _____ **Data:** ____/____/____

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

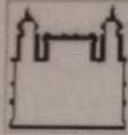
Nome do participante: _____

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi redigido em duas vias (1º via participante e 2º via pesquisador), sendo entregue a 1º via assinada e rubricada para o participante da pesquisa.

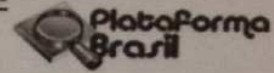
Rubrica do Pesquisador: _____

Rubrica do Participante: _____

ANEXO 1



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A prática colaborativa e o trabalho em equipe: um estudo de caso sobre o Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ)

Pesquisador: Liziene de Souza Arruda

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40138114.1.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 957.110

Data da Relatoria: 15/02/2015

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a uma solicitação de emenda para inclusão do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro como instituição coparticipante ao projeto.

A apresentação do projeto foi descrita no parecer consubstanciado de aprovação de número 945.577, emitido em 04/02/2015.

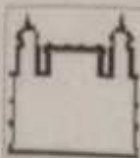
Objetivo da Pesquisa:

Conforme descrito no parecer consubstanciado de aprovação de número 945.577, emitido em 04/02/2015.

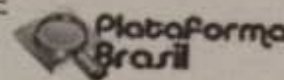
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito no parecer consubstanciado de aprovação de número 945.577, emitido em 04/02/2015.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 957.110

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme descrito no parecer consubstanciado de aprovação de número 945.577, emitido em 04/02/2015.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme descrito no parecer consubstanciado de aprovação de número 945.577, emitido em 04/02/2015.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicitação de emenda aprovada.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação", cujo modelo se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

RIO DE JANEIRO, 19 de Fevereiro de 2015

Assinado por:

Carla Lourenço Tavares de Andrade
(Coordenador)

Carla Lourenço Tavares de Andrade
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 21.041-210

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

