

Colaboração interprofissional:

um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil*

Liziene de Souza Arruda^(a)
Carlos Otávio Fiúza Moreira^(b)

Arruda LS, Moreira COF. Interprofessional collaboration: a case study regarding the professionals of the Care Center for Elderly, Rio de Janeiro State University (NAI/UERJ), Brazil. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(64):199-210.

The paper analyses the meanings of interprofessional collaboration using as source the perception of health professionals working in the Elderly Care Center of the State University of Rio de Janeiro (NAI / UERJ). This is a qualitative, descriptive and analytical case study. The research that led to this paper was a desk review of the interprofessional collaboration concept. In addition, we performed 13 semi-structured interviews with professionals working on different areas in the NAI-UERJ, from March to June 2015. The praxiological perspective of Pierre Bourdieu (sociology of practice), and especially the notions of habitus and field, were instrumental in the analysis and interpretation, as keys for understanding the relationship between practice and professional education of agents. A debate regarding different dimensions of interprofessional collaboration in the context of their interactions in care production is presented as a partial result of the research.

Keywords: Interprofessional relations. Collaborative practice. Elderly.

O artigo analisa os sentidos da 'colaboração interprofissional' a partir da percepção dos profissionais de saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ). Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa de caráter descritivo-analítico. Na pesquisa que deu origem ao artigo, foi realizada revisão documental sobre o conceito de 'colaboração interprofissional', além de 13 entrevistas semiestruturadas com profissionais de diferentes áreas do NAI-UERJ, no período de março a junho de 2015. A perspectiva praxiológica de Pierre Bourdieu, sua sociologia da prática, com destaque para as noções de habitus e campo, auxiliaram na análise e interpretação, sendo crucial para a compreensão das relações entre práticas e formação profissional dos agentes. Como parte dos resultados da pesquisa, apresentam-se, aqui, discussões sobre distintas dimensões da colaboração interprofissional, no âmbito de suas interações na produção do cuidado.

Palavras-chave: Relações interprofissionais. Prática colaborativa. Idoso.

* Extraído de "Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre o Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro", dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, em 2016.

^(a) Coordenação de saúde integral e Reinserção social, Departamento Geral de ações socioeducativa. Rua Estrada do Caricó, 111, Galeão, Ilha do Governador, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21941-450. lizienefarma@gmail.com

^(b) Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. otavio@ensp.fiocruz.br

Introdução

Nas últimas décadas, a temática sobre a colaboração interprofissional se destacou no campo da saúde, como componente de uma ampla reforma política no modelo de formação e de atenção à saúde. Para isso, contribuíram a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a questão da melhora na qualidade do cuidado, na perspectiva de uma atenção integral, contínua, ampliada¹⁻⁵. Publicações de órgãos de saúde internacionais apontaram para a necessidade de reorganização das redes de atenção à saúde e formação, com ênfase na colaboração entre os profissionais e nas demandas de saúde dos usuários e da população^{1,3,4,6,7}. O cenário de saúde apontava, também, para a necessidade de se melhorar a compreensão dos processos de saúde e doença, além do aumento da complexidade do cuidado, advindo da mudança do perfil epidemiológico e demográfico, exigindo especialização médica e avanços tecnológicos que reforçam a questão da reestruturação das práticas em saúde⁸.

A colaboração interprofissional é uma estratégia do trabalho em equipe; consiste no processo de convivência no espaço comum entre diferentes profissões que desenvolvem a clínica ampliada, envolvendo o processo de comunicação e tomadas de decisões compartilhadas para a melhor produção do cuidado em saúde³. Ela repercute no campo da educação, ao sinalizar para a necessidade de formar profissionais preparados para trabalharem de forma interprofissional frente às demandas de saúde¹.

O Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), vinculado à Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATi) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), é um serviço especializado de geriatria e gerontologia de nível secundário, que atende idosos com dependência ou maior risco de fragilidade. Desde a sua criação em 1993, este serviço se propõe a realizar trabalho em equipe com diversas áreas profissionais articuladas (farmácia, medicina, nutrição, fisioterapia, enfermagem, psicologia e serviço social); opera 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, o que possibilita desenvolver o cuidado em resposta às demandas de saúde⁹.

O NAI também oferece processos de formação profissional em saúde com os Programas de Treinamento Interprofissional em Saúde do Idoso, Residência Médica em Geriatria e Gerontologia, e Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ).

O NAI se organiza em 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. A lógica do 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, as deliberações e tomada de decisão em equipe⁹.

A proposta de trabalho em equipe desenvolvida no NAI, ao longo dos anos, vem adotando práticas em saúde que se aproximam de concepções de clínica ampliada¹⁰, integralidade¹¹ e de princípios que norteiam tanto a Política de Humanização¹² quanto a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹³, para promover a produção de cuidado numa perspectiva gerontológica. Por esta razão, o NAI pode ser considerado um espaço favorável para se compreender melhor a operacionalidade da colaboração interprofissional, tendo em vista que poucos estudos sobre o tema dão enfoque à prática cotidiana com diferentes áreas profissionais no serviço de saúde. Justifica-se, deste modo, a necessidade de mais estudos para se apreenderem seus determinantes e seu impacto no serviço de saúde⁶.

A colaboração interprofissional aparece aqui como uma alternativa para se compreenderem as formas de comunicação e de interação entre os profissionais, em resposta aos problemas que configuram a complexidade do cuidado ao idoso. Por este motivo, o objetivo da pesquisa que deu origem a este artigo foi analisar a percepção dos profissionais de saúde do NAI/UnATi/UERJ em relação à colaboração interprofissional, a fim de se compreenderem os sentidos da colaboração, a interação entre os profissionais e a produção do cuidado.

Método

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e analítico, que incorpora a questão do significado e da intencionalidade como pertinentes às ações, às relações e às estruturas sociais¹⁴.

O referencial teórico que orientou o desenho de pesquisa, o processo de coleta de dados (entrevistas semiestruturadas), o roteiro temático com perguntas abertas e fechadas, e a análise do material integralizado no trabalho de campo foi a produção teórica sobre a colaboração interprofissional¹⁵, combinada com a sociologia da prática de Pierre Bourdieu, as noções de *habitus* e campo, com ênfase nas relações entre práticas e formação profissional¹⁶⁻¹⁸.

Foram entrevistados 13 profissionais de saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), segundo os critérios de inclusão: aceitação e disponibilidade para participar da pesquisa; atuação profissional nas áreas de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Psicologia, Serviço Social e Nutrição, com seus respectivos registros no conselho federal de cada área de atuação; e tempo mínimo de um ano de atuação no serviço especializado de saúde do idoso. As entrevistas abertas ou em profundidade¹⁵ foram realizadas no período de março a junho de 2015, a partir de um roteiro temático de questões norteadoras, o que permitiu ao entrevistador explorar amplamente as questões desejadas.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Para a interpretação do material, utilizamos a análise de conteúdo na modalidade temática¹⁹. A partir de leituras repetidas e em profundidade do material, foram identificadas as unidades de conteúdo, que foram organizadas em temas afins, levando em consideração os determinantes sistêmicos, organizacionais e de interação da colaboração interprofissional²⁰. Os profissionais entrevistados foram identificados em suas falas pela letra E (entrevistado), seguida do número correspondente à ordem cronológica da entrevista. A partir da leitura das entrevistas realizadas, foram identificadas as categorias de análise associadas às percepções dos profissionais em relação: aos sentidos da colaboração, a interação entre os profissionais e a produção do cuidado. O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), em março de 2015.

Resultados e discussões

Os profissionais de saúde entrevistados foram os seguintes: dois assistentes sociais, dois enfermeiros, três fisioterapeutas, um médico, um farmacêutico e dois psicólogos. Desse total, 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. Estavam formados nos respectivos cursos de graduação na área da saúde há 14 anos, em média, com variação entre 4 a 32 anos.

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 e terceirizado do NAI. Em relação à área de especialização, encontrou-se ampla variedade de formação entre os entrevistados: sete profissionais se especializaram na área de atuação atual (saúde do idoso); três profissionais têm mestrado (ciências médicas, serviço social e enfermagem), um concluiu o doutorado na área de saúde pública, e dois estão cursando o doutorado (um em serviço social e outro em nutrição).

A análise do material permitiu o agrupamento das percepções em várias unidades de registro e, para efeito deste artigo, foi considerada a categoria 'Dimensões da colaboração interprofissional', que apresentou alta frequência e relevância para a temática da pesquisa. Esta categoria reuniu o modo como os profissionais do NAI concebem e traduzem as interações na produção do cuidado da saúde do idoso, bem como as perspectivas sobre a colaboração interprofissional desenvolvida no NAI. Para desenhar a categoria acima, a discussão foi agrupada em três subcategorias, apresentadas com fragmentos das entrevistas e análise do material.

Troca informal, relação interpessoal e cooperação entre profissionais

As trocas informais entre os profissionais do NAI ocorrem em diferentes ambientes do cenário de prática e vão além do instituído: corredor, porta de banheiro, copa, bar, transporte (van), etc. Alguns entrevistados também citam telefone, e-mail e WhatsApp como recursos tecnológicos que facilitam a troca de informação, as interações entre eles.

Os profissionais entrevistados consideram que as trocas com outros durante a dinâmica do trabalho asseguram uma melhor produção do cuidado do idoso. Justificam, também, que o ritmo de produtividade do NAI é muito intenso, necessitando dessas oportunidades de trocas informais.

Baldwin²¹ 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 melhorarem os resultados de saúde. Além disso, o canal de comunicação aberto também dá oportunidade aos profissionais de compartilharem entre eles suas inquietações e vitórias geradas no dia a dia do trabalho.

A interdependência dos agentes pode ser verificada nas trocas informais que ocorrem na dinâmica do processo de trabalho do NAI. Além disso, os profissionais relataram a importância de apoio imediato nas demandas urgentes, que não podem esperar até reunião de final de turno ou necessitam da opinião (suporte) do outro para tomar decisão imediata. Apontam, também, a disponibilidade dos profissionais em atenderem as solicitações para realizarem a consulta compartilhada fora da programação agendada, indicando que as decisões tomadas na consulta compartilhada também são levadas para as reuniões de equipe de final de turno.

“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)

Assim, estes dispositivos colaborativos de comunicação podem ser considerados elementos facilitadores do trabalho compartilhado; sua adoção denota a disponibilidade do profissional para o acolhimento das demandas dos membros da equipe, corroborando a proposta do modelo de prática do NAI e a proximidade com o conceito de colaboração interprofissional. Percebemos, aí, esforços para ampliar o nível de interação entre os profissionais e reduzir a fragmentação do cuidado. Observamos que as trocas informais estabelecem e reforçam também: as relações interpessoais, o respeito mútuo, a confiança no outro e a atenção para sua solicitação, favorecendo de algum modo o trabalho colaborativo.

Baldwin²¹, 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 estes os determinantes de qualidade da colaboração.

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

“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)

“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)

A confiança se estabelece por meio da competência do profissional, de suas habilidades e atitudes, da forma de ele agir profissionalmente com o outro. Para desenvolver a confiança, é necessário, também, um investimento de tempo, esforço, paciência e experiências anteriores positivas²¹.

Ainda em relação às cooperações, elas 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 dos alunos (residentes) e nas interações para construção de ações compartilhadas. Essas tensões entre agentes (preceptor e residente) podem ser relacionadas com as suas distintas posições no espaço social como um todo e no meio específico.

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

D'Amour et al.³ 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, pois 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 de transferir a responsabilidade da tomada de decisão apenas para a equipe médica, o que tende a sobrecarregar o trabalho desta equipe. Entende que há situações em que os profissionais não médicos têm competência profissional para a tomada de decisão, conforme o caso e a situação.

“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 em 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 práticas no modelo biomédico, ainda hegemônicas no campo da saúde, e com as predisposições internalizadas nos processos de formação ou em experiências profissionais anteriores. Mesmo profissionais de saúde não médicos tendem a atuar de acordo com o modelo 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, e se fazem visíveis também nas referidas predisposições internalizadas (*habitus*) nos processos de socialização profissional anteriores, é a força e a fraqueza do *habitus*^{16,17,18}

Durante as deliberações dos casos atendidos, os profissionais buscam, entre as equipes de final de turno, aquele profissional de saúde com quem o usuário e seu familiar têm maior vínculo e empatia.

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)

Observa-se que a equipe multiprofissional do NAI valoriza a participação do psicólogo nas deliberações da equipe. Contudo, verificou-se também que a troca de informação entre este profissional e outras áreas requer um manejo distinto, devido ao sentido que os psicólogos tendem a dar ao sigilo das narrativas dos pacientes.

“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”. (E10)

Uma das hipóteses relativas aos processos associados à colaboração interprofissional, levantada no estudo de McDonald e McCallin²², 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 na fala acima de um dos entrevistados, ao reconhecer especificidades de sua profissão e o *ethos* próprio da área de atuação.

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 agiriam ora na direção do trabalho mais fragmentado 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 tendem a manter determinadas visões e práticas, mesmo quando estas são tensionadas pela prática culturalmente instalada no Núcleo. A fragmentação do cuidado em saúde ainda pode ser observada na conservação de estruturas do modelo assistencial da universidade; na especificidade de algumas categorias profissionais que mantêm práticas dominantes em sua área, 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 do modelo médico-centrado.

Da perspectiva de Bourdieu, pode-se supor que os roteiros de ação dos profissionais não são operados necessariamente de forma consciente. Ao invés de partir do pressuposto da intencionalidade do sujeito, ele considera que as relações entre o agente, sua matriz de ação (*habitus*) e o campo em que atua oferecem uma compreensão mais consistente das práticas sociais, inclusive as profissionais. Essa matriz de ação, de que fala o referido autor, se forma nos processos de socialização por que passam os agentes, e deixam marcas que se expressam em seus corpos, discursos e práticas. Isso nos ajuda a compreender a permanência de certas visões e ações de alguns profissionais, a despeito da tensão exercida pelo modelo de prática culturalmente instalada no espaço institucional em que atuam¹⁷. Por isso que os agentes necessitam de estímulos que induzam um mesmo *habitus* a produzir práticas diferentes, pois este é um sistema de potencialidades constituídas na relação com as estruturas, capaz de reproduzi-las ou modificá-las¹⁶.

Em relação à participação de familiares e usuários nas tomadas de decisões de saúde junto à equipe, há convergência sobre a necessária participação, mas com visões distintas, entres os profissionais do NAI, sobre o nível da mesma. 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 a equipe de saúde. De uma forma geral, os entrevistados consideram que a tomada de decisão se dá de forma consensual entre profissional e sujeitos.

“A concepção de família na área da gerontologia é uma concepção que o serviço social critica. Ela é muito restritiva na 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”. (E11)

“A tomada de decisão clínica no 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.³ 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 Callin²², em seus estudos, apontaram quatro questões que permanecem como desafios à colaboração. Uma delas é a questão da relação entre pacientes e familiares, e de como se dá a interação destes com os profissionais de saúde.

D’Amour et al.³ observam que os usuários 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 os sujeitos participem 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 os sujeitos na dinâmica da prática colaborativa.

Os profissionais do NAI lançam mão do recurso da reunião familiar 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.

Caldas²³ demonstrou que é fundamental para a atenção ao idoso, 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 de os familiares cumprirem as estratégias de cuidado não quer dizer que todas as demandas do idoso foram atendidas. O ideal é estabelecer alternativas que insiram os sujeitos nas decisões sobre os rumos do cuidado em saúde.

O cuidado centrado no paciente emergiu na fala do médico da equipe 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, em interação com os profissionais de saúde, que possibilita desenvolver o cuidado em resposta às demandas.

“Hoje em dia a maior tecnologia que existe na medicina é o 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 o 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 aplicam para esse paciente”. (E2)

Apesar da formação profissional do médico aparecer 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. Embora a formação original deles o pressione 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 os provocando”. (E11)

San Martins-Rodriguez et al.²⁰ consideram que a formação profissional para desenvolver a prática colaborativa requer que os agentes sejam estimulados a desenvolver novas competências; este o papel-chave do programa de educação profissional.

Para o médico, sua experiência como residente de geriatria proporcionou outra forma de ação na produção do cuidado:

“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, trata-se da incorporação de certo modelo de práticas e cuidado da instituição estudada. O processo de formação profissional do NAI oferece dispositivos colaborativos que reforçam a prática do trabalho compartilhado.

Relação de interdependência e forma de lidar com as fronteiras profissionais

Nesta última subcategoria, verifica-se 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”. (E1)

Nesta mesma pesquisa, citamos que D'Amour et al.³ identificaram a interdependência dentre os conceitos da colaboração interprofissional, relacionando-a à mútua dependência entre os membros da equipe e ao reconhecimento das limitações que caracterizam a prática autônoma; algo bem ilustrado pela fala do profissional acima (E1).

Além disso, a interdependência se relaciona com o aumento da complexidade das demandas da área de saúde; é o caso do serviço especializado do NAI, que oferece assistência ao idoso com risco de dependência ou maior fragilidade, demandando cuidados mais complexos. Os profissionais tendem a interagir entre si trazendo melhores contribuições, tanto nos aspectos teórico quanto nos aspectos práticos, para a resolução dos problemas de saúde³.

“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 coisas, por isso não tem como uma disciplinar dar conta de sua demanda”. (E6)

Esses profissionais parecem compreender a limitação da sua área de atuação, e que uma única área da saúde não dará conta de toda a demanda de cuidado do idoso. Tal fato se justifica devido às múltiplas dimensões que as necessidades de saúde expressam – social, psicológica, biológica e cultural –, do intenso processo de especialização do conhecimento e das complexas intervenções no cuidado do idoso. Além disso, parte dos entrevistados considera que a interdependência também

está relacionada: ao acesso fácil a uma determinada área profissional, à disponibilidade do outro em receber a sua solicitação, ao rápido *feedback* e à abertura para as trocas informais.

Para Peduzzi²⁴, a equipe representa, além de relações de trabalho, relações de saberes, poderes e, sobretudo, relações interpessoais. Esse modo de trabalhar exige que os profissionais utilizem seus saberes operantes particulares, baseados em distintas lógicas de julgamento e de tomada de decisão quanto à assistência a se prestar, de forma compartilhada e negociada. Por isto que a interação entre os agentes implica: a articulação de diferentes áreas profissionais, trocas informais, parcerias, conhecimento da área profissional do outro e o reconhecimento, pelo outro, de sua necessidade para a atenção à saúde.

Ainda em relação 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. Com isso, a interconsulta ou o encaminhamento para outro profissional de saúde podem ser realizados 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 mostrarem certa flexibilidade na área da saúde do idoso, um entrevistado reconheceu que ainda identifica dificuldade para implementar o modelo praticado no NAI, que transcende as categorias profissionais específicas. 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.

Nas falas dos entrevistados, observamos que a formação profissional (graduação e estágios) não propicia espaços de atuação compartilhada, preservando, ainda, um tipo de formação disciplinar, unilateral e especializada.

Para Furtado²⁵, 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 antagônicas. 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 as suas limitações profissionais e a área de atuação do outro. Assim, deve buscar ativamente pelas outras áreas profissionais para complementar as necessidades de saúde do indivíduo, possibilitando o alcance de melhores resultados de saúde²⁴. O modelo de prática desenvolvido no NAI se configura na direção do agente social ter de lidar com a interdependência profissional e disciplinar, permitindo o reconhecimento do seu limite de atuação e o limite da outra área profissional.

Considerações Finais

A proposta do NAI/UERJ é considerada um arranjo institucional potente para se abordar a colaboração interprofissional, ao prever a ação conjunta, integrada e articulada com os profissionais de diversas categorias (medicina, farmácia, nutrição, psicologia, serviço social e fisioterapia). As práticas na área da saúde do idoso articulam diferentes profissionais do campo da saúde, sendo, então, um espaço apropriado para compreender melhor a operacionalidade do trabalho compartilhado, suas características, seus limites.

Os resultados apresentados aqui permitiram identificar componentes interacionais e organizacionais da colaboração que são instituídos pelo NAI. Considera-se que 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 (espaços coletivos) e interacionais que apoiam o trabalho compartilhado e permitem que os agentes sociais sejam estimulados a lidar com as fronteiras profissionais.

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

Por outro lado, os resultados apontaram para a 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.

Apesar de este estudo não aprofundar a discussão sobre questões relativas ao processo de formação profissional ofertada pelo NAI, à luz da educação interprofissional, o ensino está presente neste espaço o tempo todo e nas discursões dos agentes sociais. A hierarquia no ensino, por exemplo, emerge em tensões eventuais entre as posições dos agentes (ser preceptor ou ser residente), que se refletem na dificuldade de interação e cooperação entre esses profissionais.

Em relação à proposta de cuidado praticada no NAI, ela tenta colocar a participação dos sujeitos (idoso e familiar), com suas demandas de saúde, no centro da produção de cuidado. Para tanto, a equipe do NAI lança mão de algumas alternativas que envolvem esses sujeitos, no sentido de desenvolver estratégias de cuidado em conjunto, por meio dos recursos da reunião familiar ou do critério de vínculo e afinidade dos sujeitos para com um dos membros da equipe, sendo este o responsável por acompanhá-los no tratamento e ampliar a mediação com a equipe cuidadora.

Mesmo não sendo o foco do trabalho, a pesquisa propiciou alguns questionamentos sobre as relações entre pacientes, familiares e profissionais do NAI, num contexto de cuidado do idoso com algum nível de dependência. 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 da família, que necessita aprender a lidar com tal realidade, compartilhar suas inquietações com a equipe de saúde para construir conjuntamente estratégias de cuidado.

Espera-se 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.

Colaboradores

Liziene Arruda participou na concepção do artigo, elaboração da metodologia, obtenção e análise do material discursivo, redação final do artigo; Carlos Otávio Moreira participou na elaboração da metodologia, discussão dos resultados e revisão final do artigo.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. Genebra: OMS; 2010 [citado 19 Dez 2016]. 64 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf.
2. Matuda CG, Aguiar DCL, Frazão P. Cooperação interprofissional e reforma sanitária no Brasil: implicações para o modelo e atenção. *Saude Soc.* 2013; 22(1):173-86.
3. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martín Rodrigues L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical framework. *J Interprof Care.* 2005; 19 Supl 1:116-31.
4. D'Amour DGL, Goulet L, Labadie JF, San Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8(1):188.
5. Furtado JP. Equipes de referências: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre as disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu).* 2007; 22(11):239-5.
6. Gaboury I, Bujold M, Boon H, Mother D. Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: key components. *Soc Sci Med.* 2009; 69(5):707-15.
7. Gaboury I, Laurent ML, Boon H, Moher D. Interprofessional collaboration within integrative healthcare clinics through the lens of the relationship-centered care model. *J Interprof Care.* 2011; 25(69):124-30.
8. Azevedo CS, Sá Castilho M, Miranda L, Graboys V. Caminhos da organização e gestão do cuidado no âmbito hospitalar brasileiro. *Polit Planej Gestão Saúde.* 2010; 1(1):95-115.
9. Motta LB, Caldas CPA, Assis M. Formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI UNATI/UERJ. *Cienc Saude Colet.* 2008; 13(4):1143-51.
10. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. Application of Paideia methodology to institutional support, matrix support and expanded clinical practice. *Interface (Botucatu).* 2014; 18 Supl 1:983-95.
11. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica.* 2004; 20(5):1411-16.
12. Ministério da Saúde (BR). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.* Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2004; p.1-20.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, 19 Out 2006.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2013.
15. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa.* 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Bourdieu P. *Esboço de uma teoria da prática.* In: Ortiz R, organizador. Pierre Bourdieu. São Paulo: Ática; 1983.

17. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2007. A gênese dos conceitos de habitus e de campo.
18. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. São Paulo: Papirus; 2014.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
20. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferreira-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*. 2005; 19 Supl 1:132-47.
21. Baldwin A. Exploring the interacional determinants of collaboration on interprofessional practice in community-based geriatric care [tese]. Winnipeg: Faculty of Education, University of Manitoba; 2012.
22. McDonald C, McCallin A. Interprofessional collaboration in palliative nursing: what in the patient-family role? *Interprof Palliat Nurs*. 2010; 16(6):286-9.
23. Caldas CP. O idoso em processo de demência: o impacto da família. In: Minayo MCS, organizadora. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
24. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(1):103-9.
25. Furtado JP. Equipes de referências: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre as disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu)*. 2007; 22(11):239-5.

Arruda LS, Moreira COF. Colaboración inter-profesional: un estudio de caso sobre los profesionales del Núcleo de Atención al Anciano de la Universidad Estadual de Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):199-210.

El artículo analiza los sentidos de la "colaboración inter-profesional" a partir de la percepción de los profesionales de salud del Núcleo de Atención al Anciano de la Universidad Estadual de Río de Janeiro (NAI/UERJ). Se trata de un estudio de caso, con abordaje cualitativo de carácter descriptivo-analítico. En la investigación que dio origen al artículo, se realizó una revisión documentaria sobre el concepto de "colaboración inter-profesional" además de 13 entrevistas semi-estructuradas con profesionales de diferentes áreas, en el período de marzo a junio de 2015. La perspectiva praxiológica de Pierre Bourdieu, su sociología de la práctica, con destaque para las nociones de habitus y campo, auxiliaron en el análisis e interpretación, resultando crucial para la comprensión de las relaciones entre prácticas y formación profesional de los agentes. Como parte de los resultados del estudio, se presentan aquí discusiones sobre distintas dimensiones de la colaboración inter-profesional, en el ámbito de sus interacciones en la producción del cuidado.

Palabras clave: Relaciones ínter-profesionales. Práctica colaborativa. Anciano.

Submetido em 31/10/16. Aprovado em 12/12/16.