

Prática interprofissional em saúde: a compreensão de profissionais atuantes em centros especializados do SUS

Interprofessional practice in health: the understanding of professionals working in specialized centers of the SUS

Graziela Liebel¹ 

Camila Tavares²

Débora Frizzo Pagnossin¹ 

Rafael Silva Fontenelle³ 

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima¹ 

¹Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho Universidade do Vale do Itajaí, SC, Brasil

²Graduanda, Universidade do Vale do Itajaí, SC, Brasil

³Coordenador do Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual. Graduação em Fisioterapia, Universidade do Vale do Itajaí, SC, Brasil

Autor correspondente:

Graziela Liebel

E-mail: grazielalieber_fono@hotmail.com

Recebido em 21/03/2022

Aprovado em 12/05/2022

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a prática interprofissional em dois serviços especializados – Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual e no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, serviços oferecidos pelo SUS.

Método: pesquisa qualitativa exploratória e descritiva. Dados coletados através de entrevista semiestruturada com 16 profissionais, gravadas e transcritas. Os relatos foram analisados por meio de análise temática ajustada.

Resultados: nos relatos dos profissionais de saúde foi possível observar que a sobrecarga de trabalho e os interesses dos usuários tem implicado nas práticas interprofissionais, e que, apesar de esforços recentes para implementação da educação interprofissional na graduação em saúde, isso ainda não está acontecendo efetivamente. Os profissionais de saúde apresentam o conhecimento teórico conforme as suas falas, porém este não é aplicado no dia a dia.

Conclusão: é importante repensar o processo de trabalho em saúde e a formação em saúde, tendo como base a construção de práticas interprofissionais colaborativas.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Sistema Único de Saúde; Prática Interprofissional em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the knowledge of health professionals about interprofessional practice in two specialized services – the Specialized Center for Physical and Intellectual Rehabilitation and the Hearing Health Care Service, services offered by the SUS.

Method: exploratory and descriptive qualitative research. Data collected through semi-structured interviews with 16 professionals, recorded and transcribed. Collections were analyzed using adjusted thematic analysis.

Results: in the reports of health professionals, it was possible to observe that the work overload, and the interests of users, have implied in inter-professional practices, and that despite recent efforts to implement interprofessional education in undergraduate health, this is still not happening effectively. Health professionals present theoretical knowledge according to their speeches, but this is not applied in everyday life.

Conclusion: it is important to rethink the health work process, as well as health training based on the construction of collaborative inter-professional practices.

Keywords: Qualitative Research; Unified Health System; Interprofessional practice in health.

INTRODUÇÃO

A prática interprofissional em saúde, conhecida sinteticamente por interprofissionalidade, foi apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, realizada na antiga cidade de Alma-Ata, hoje Astana, no Cazaquistão, em 1978. De cunho estratégico, visando à promoção de “Saúde para todos no ano 2000”¹, o termo ensejava a necessidade dos serviços de atenção primária à saúde (APS) priorizarem a educação interprofissional para uma prática colaborativa em saúde.

A estratégia consiste em uma pedagogia voltada para a melhoria dos resultados das práticas de saúde em todo o mundo², sobretudo porque contribui positivamente para a percepção, compreensão e eficácia das relações de trabalho em equipe³. A materialização desse caminho “ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si, para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde”⁴.

Para alcançar a prática interprofissional colaborativa em saúde é preciso executar alguns domínios essenciais: comunicação interprofissional, por meio de uso de prontuários, principalmente, cuidado centrado na pessoa e família, clarificação dos papéis profissionais, dinâmica de funcionamento

da equipe; resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa⁵.

No âmbito da academia brasileira, a interprofissionalidade tem se configurado como um dos caminhos para aprimorar o cuidado em saúde, por meio da formação de um profissional com capacidade de trabalhar em equipe, de forma colaborativa, nos serviços de APS⁶. Esse caminho tem como fulcro as práticas colaborativas que se caracterizam pela atuação profissional das diversas especialidades em saúde, juntamente com o paciente e/ou seus familiares, cuidadores e comunidade, mantendo o foco centrado no usuário(a), pois de tal forma, objetivam contribuir simultaneamente a fim de alcançar a integralidade, compondo um modelo qualificado de atenção ampliada à saúde⁷.

Na especificidade dos serviços de APS no Brasil, a prática interprofissional tem sido vista como ato que se realiza por meio da reflexão sobre os diferentes papéis profissionais e da tomada de decisão compartilhada, caminho pelos quais se constroem dialogicamente os saberes, com respeito às singularidades das diversas práticas profissionais⁸.

A literatura elucida que os modelos de práticas de saúde são delineados em conformidade às necessidades dos usuários. Visto que essas necessidades sofrem modificações constantemente, surge a premência de transformações de tais modelos em consonância com essa dinâmica⁹. Em decorrência das contínuas modificações na dinâmica do trabalho, a colaboração em ato (trabalho em equipe) vem sendo objeto de análise constante, uma vez que o tema acumula necessidades de concretização, no sentido de acompanhar as transformações dos serviços em saúde¹⁰, tradicionalmente executados na lógica individual. Essa perspectiva transformadora – a de um futuro desejado de colaboração nas práticas de saúde – é de cunho político e estratégico e nela se baseia a Educação Interprofissional (EIP)¹¹. Os programas Pró-Saúde e PET-Saúde consistem em políticas indutoras da prática interprofissional.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi lançado em 2005, pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em conjunto com o Ministério da Educação, Secretaria de Educação Superior (SESu) e Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), com o objetivo de estimular a transformação do processo de formação e do processo da produção de saberes¹².

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) foi criado, em 2010, por meio da Portaria Interministerial n.º 421, de 03 de março de 2010. Em seu Art. 2º, lê-se que o PET-Saúde “[...] tem como pressuposto a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, dirigido aos estudantes [...]”. Em perspectiva prática, o PET-Saúde assume a defesa “[...] das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento [...]”¹³.

Nesse sentido, o programa PET-Saúde surge com o objetivo de trazer uma mudança na formação dos profissionais de saúde, buscando a integração entre ensino, serviço e comunidade, ou seja, formar profissionais aptos a trabalharem na APS SUS. Quase dez anos depois, o PET-Saúde foi reeditado com o foco na Educação Interprofissional, para se configurar em uma estratégia educacional de qualificação dos serviços de atenção à saúde e da formação dos futuros profissionais da saúde. O projeto busca inter-relacionar ensino, serviço e comunidade, com o foco no direito à saúde¹⁴.

Se considerarmos a concretização da integralidade no SUS, as práticas de saúde interprofissional podem ser uma ferramenta nos níveis hierárquicos de complexidade do SUS – atenção primária, média complexidade e alta complexidade – assim, é razoável pensar que a realização do princípio integralidade requer práticas colaborativas/interprofissionais em seus três níveis de complexidade.

Nessa linha compreensiva, o objetivo do estudo foi analisar a prática interprofissional dos profissionais de saúde no Serviço Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual e no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, serviços oferecidos pelo SUS.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, de caráter exploratório-descritivo, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, sob o parecer de n.º 111536/2019, e CAAE 20119019.1.0000.0120, desenvolvido no ano de 2020.

A pesquisa foi realizada em dois centros de média e alta complexidade do SUS: Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual (CER II) – média complexidade, cujas referências são os cur-

sos de graduação em Fisioterapia e Psicologia, da Escola de Ciências da Saúde, UNIVALI¹⁵, e no Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva (SASA) – média e alta complexidade, vinculado ao curso de graduação em Fonoaudiologia da UNIVALI¹⁶.

O CER II é uma referência no diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) para os 11 municípios que compõem a Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí. Foi credenciado pelo MS, em 2014, na representação de componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na integralidade de atenção à saúde. Os atendimentos são regulados pelo Sistema de Regulação do Ministério da Saúde (SisReg/MS) e o fluxo é pactuado entre os 11 municípios assistidos. A entrada do(a) usuário(a) se dá através de encaminhamento médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) em que o usuário está cadastrado, bem como da rede hospitalar e de outros espaços institucionais de referência. Os serviços do CER II contam com profissionais, das seguintes áreas: médico neurologista, médico neuropediatra, médico clínico geral, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, assistente social, enfermeiro e nutricionista¹⁷.

O SASA, por sua vez, foi credenciado ao MS, inicialmente como um serviço de média complexidade do SUS (2005) e posteriormente como de alta complexidade (2011), quando inseriu crianças de 0 a 3 anos. É uma referência para 52 municípios de Santa Catarina e sua equipe é composta por fonoaudiólogos, médicos otorrinolaringologistas, psicólogos, assistente social e neuropediatra. Responde pelo cuidado ao(à) usuário(a) do diagnóstico à reabilitação¹⁸. Os atendimentos também são regulados pelo SisReg/MS e o fluxo dos(as) usuários(as) se dá da seguinte forma: o usuário entrega a documentação para atendimento no SASA na sua Unidade Básica de Saúde ou no Setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) da Secretaria Municipal de Saúde, a depender do município de origem. Este encaminhamento é cadastrado no SisReg/MS e os agendamentos obedecem a uma fila de espera única, estadual, regulada por um sistema de classificação de risco¹⁹.

Para a composição dos grupos de participantes, solicitou-se às respectivas coordenações, as listagens dos profissionais atuantes em ambos os serviços. Em seguida, fez-se contato com todos os integrantes. Do total de 22 profissionais lotados no CER II, 11 compuseram o grupo participante,

sendo 2 fisioterapeutas, 2 psicólogos, 4 fonoaudiólogos, 1 nutricionista, 1 terapeuta ocupacional e 1 assistente social. Quanto ao SASA, dos 22 profissionais, 5 aceitaram participar da pesquisa e 2 recusaram.

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, com 16 perguntas. Elas foram realizadas por meio de ligações de áudio com vídeo, sendo gravadas e transcritas para análise.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise temática ajustada. Optou-se por essa adaptação, uma vez que o estudo priorizou não a frequência com que os argumentos e ideias se repetiam, mas a significância²⁰.

Inicialmente, verificou-se se os textos brutos tinham representatividade e se eram pertinentes para responder aos objetivos do estudo, quanto à

análise da prática interprofissional em saúde nos dois centros pesquisados. Foram realizadas leituras livres sem compromisso com interpretação. A etapa seguinte consistiu em explorar as unidades de registro (termos, expressões, frases) e na sequência procedeu-se à codificação, à leitura transversal do material e à categorização²⁰. A categoria gerada foi: **Prática Interprofissional de Saúde: um processo em construção**.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização da amostra da pesquisa (Quadro 1) demonstra a heterogeneidade quanto ao tempo de formação e o tempo de atuação nos serviços especializados.

Todos os profissionais entrevistados do CER II foram do sexo feminino (100%), com tempo de

Quadro 1

Caracterização dos participantes da pesquisa nos serviços CER e SASA de Itajaí- SC/ Brasil, ano 2020.

Participantes	Idade/ sexo	Serviço	Área de formação	Tempo de formação	Tempo de experiência profissional	Tempo de trabalho no serviço
1	23/F	CER	Psicologia	1 ano e 6 meses	1 ano e 6 meses	1 ano e 2 meses
2	29/F	CER	Terapia Ocupacional	4 anos	4 anos	1 ano e 2 meses
3	34/F	CER	Fisioterapia	15 anos	15 anos	6 anos
4	32/F	CER	Fonoaudiologia	4 anos	4 anos	1 ano
5	43/F	CER	Nutricionista	20 anos	20 anos	2 anos e 6 meses
6	25/F	CER	Psicologia	3 anos	3 anos	1 ano e 2 meses
7	35/F	CER	Fonoaudiologia	12 anos	12 anos	4 anos
8	33/F	CER	Fisioterapia	10 anos	10 anos	6 anos
9	29/F	CER	Fonoaudiologia	7 anos	7 anos	1 ano e 6 meses
10	36/F	CER	Fonoaudiologia	15 anos	15 anos	2 anos
11	53/F	CER	Serviço Social	32 anos	20 anos	1 ano e 8 meses
12	37/F	SASA	Fonoaudiologia	15 anos	15 anos	11 anos
13	43/F	SASA	Pedagogia Fonoaudiologia	22 anos 8 anos	15 anos	7 anos
14	53/F	SASA	Serviço Social	30 anos	30 anos	25 anos
15	38/F	SASA	Fonoaudiologia	17 anos	16 anos	13 anos
16	40/F	SASA	Fonoaudiologia	13 anos	13 anos	9 anos

* CER – Serviço de Reabilitação Física e Intelectual

** SASA – Serviço de Atenção à Saúde Auditiva

atuação em suas áreas específicas variando de 1 ano e ½ a 32 anos. O tempo médio de trabalho dos profissionais é 2 anos e ½. Quanto aos profissionais do(a) SASA, a faixa etária variou gradualmente entre 37 e 53 anos, com a supremacia de mulheres, com tempo de experiência superior a 15 anos.

Ao serem questionados sobre as prováveis diferenças entre a prática multiprofissional e interprofissional e sobre o modo como os profissionais entendiam os dois conceitos, participantes que trabalham no CER II e no SASA relataram distintas percepções:

“O trabalho interprofissional vai além do multiprofissional, entendo como algo que vai dos saberes de cada profissão onde se interligam nas intervenções” (SASA 2).

“[...] interprofissional a gente [...] tenta focar no paciente, não lembro muito dos conceitos. O multidisciplinar eu acho que [...] a gente avalia de maneira independente e depois a gente conversa entre nós da equipe” (CER II 2).

“Eu acho que existe! Mas eu não tenho certeza se eu sei diferenciar as duas modalidades” (CER II 6). “Interprofissional eu já vejo como todos os profissionais numa causa só, por exemplo a questão do aparelho auditivo, todos trabalhando para esta causa do paciente” (SASA 3).

“[...] multiprofissional está mais voltado a várias profissões trabalhando, mas cada uma na sua especificidade, e o interprofissional também trabalha junto, mas uma atravessa a outra, tem mais diálogo, mais trocas no sentido interdisciplinar” (CER II 1).

“Interprofissionalidade são várias especialidades atuando em um mesmo caso” (CER II 10).

“[...] ainda existe uma dificuldade de compreensão entre os conceitos multi/inter, então há uma identidade não específica dentro do centro especializado” (CER II 7).

Percebe-se que os participantes CER II 2, CER II 6 e CER II 7 têm dúvidas, no âmbito teórico-prático, enquanto os participantes CER II 1, CER II 10, SASA 2 e SASA 3 demonstram entender o sentido da prática interprofissional de saúde historicamente configurado pela OMS. Ao relatar que o trabalho interprofissional tem “[...] mais trocas no sentido interdisciplinar [...]” o participante CER II 1 sinaliza que a concretização da prática interprofissional requer uma formação em saúde pautada

no intercâmbio disciplinar (grade curricular). Já, o participante SASA 2 expressa que na prática interprofissional de saúde, diferentes saberes interligam-se nas intervenções.

Em que pese a Constituição Federal de 1988 ter garantido que o ordenamento da formação em saúde cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS)²¹, e as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos das Ciências da Saúde recomendarem um perfil reflexivo, crítico e humanista ao egresso²², o que está posto até hoje é que a grande maioria dos cursos de graduação em saúde continua estruturada por disciplinas, prevalecendo uma formação de saberes e fazeres específicos de cada categoria profissional, que restringem a interação entre acadêmicos de diferentes profissões. O efeito não poderia ser outro: os profissionais da saúde têm dificuldades para trabalhar em equipe, reproduzindo um modelo de cuidado baseado no corpo repartido, pouco resolutivo e que reforça o corporativismo e o isolamento profissional²³.

No entanto, faz-se oportuno refletir que a prática interprofissional colaborativa em saúde está em processo de construção no Brasil e tem sido inserida paulatinamente na formação profissional por meio da EIP, que é alcançada a partir da interação de duas ou mais profissões que aprendem “[...] com [...] a partir [...] e sobre o outro” para melhorar a colaboração e qualidade do cuidado⁴.

Ao serem indagados sobre como se deu a abordagem da EIP na graduação e o modo como foi abordado, parte dos depoimentos sinalizou positivamente para a abordagem interdisciplinar, com vistas a uma prática futura interprofissional; alguns disseram que essa abordagem se deu de maneira superficial (CER II 4) e outros, ainda, conforme depoimentos a seguir:

“Quando nós tínhamos aulas de saúde coletiva, os professores comentavam sobre questões mais multiprofissionais” (CER II 4).

“Foi abordado em [...] disciplinas [...] mais [...] voltadas para a prática do SUS, [...] saúde coletiva [...] mais na teoria” (CER II 1).

“[...] foi abordado de forma superficial durante a minha formação, o local que mais tive contato com serviço interprofissional foi no PET-Saúde” (CER II 4).

“[...] foi muito superficial [...]. O conceito foi trabalhado, mas não foi aprofundado” (CER II 4).

Na relação com os dados, observou-se que os participantes que mencionaram a existência do tema interprofissionalidade na formação de modo superficial são os que possuem maior tempo de formação; os que relacionaram o desenvolvimento de questões sobre o tema na teoria da Saúde Coletiva são os que se formaram recentemente. Esse fato é importante, pois, para interpretar essas falas é fundamental levar em conta o tempo histórico em que os profissionais se formaram, visto que a OMS lançou esse conceito em 1978, mas não foi instantânea a sua introdução na formação brasileira. Na realidade, o regime militar promoveu uma Reforma Universitária em 1968, nos moldes da formação estadunidense, baseada em especialidades, que até hoje tem traços na formação em saúde no Brasil. O investimento interprofissional no Brasil coincide com o processo de desenvolvimento do SUS, no contexto da redemocratização.

Quanto aos que passaram pelo tema das práticas interprofissionais na disciplina Saúde Coletiva, na Universidade, torna-se oportuno registrar um limite do estudo: o de não ter sido possível saber se os docentes que ministraram Saúde Coletiva para acadêmicos(as) dos cursos de Psicologia e Fisioterapia (vinculados ao CER II) foram os mesmos que assumiram a Saúde Coletiva na graduação em Fonoaudiologia (SASA). Esse limite precisa ser considerado, já que temos diferentes pensamentos no campo Saúde Coletiva.

A Saúde Coletiva é uma disciplina política, forjada no contexto de ditadura militar, em meados dos anos de 1970, vinculada à luta por democracia e ao Movimento de Reforma Sanitária^{22,24}. Ao contrário, por exemplo, de Anatomia, cuja identidade está consolidada desde o século XIII, quando dissecações para estudo se tornaram parte do ensino médico da Universidade de Bolonha, sob orientação do prof. Mondino de Luzzi (1270-1326)²⁵. Os docentes de Anatomia não são sujeitos socialmente constituídos, mas desde sempre sujeitos da Anatomia; já os da Saúde Coletiva, são constituídos/produzidos todos os dias.

Nessa linha, não é difícil compreender a heterogeneidade da produção, nos diferentes momentos históricos que se impuseram desde os anos de 1970²⁶. Logo, não é razoável pensar que a prática interprofissional foi aprofundada “pela” Saúde Coletiva, mas por docentes que estavam representando essa área, no dado contexto.

Ainda com base nas falas supracitadas, é possível pensar que em um ambiente em que a maioria dos profissionais estudou teoricamente e de modo não aprofundado a interprofissionalidade, impõe-se a necessidade de executar ações de educação profissional pelos serviços. Papel este que deve ser do PET-Saúde, para dar condições a um efetivo trabalho em equipe, com integralidade no cuidado, com os profissionais aprendendo uns com os outros e se comunicando, de modo qualificado e efetivo.

Nesse sentido, o atual modelo de formação dos profissionais de saúde tem criado mais um cenário de competição, com reduzido destaque na importância da comunicação, humanismo e outras habilidades. A partir disso, o tribalismo das profissões, ou silos das profissões, tem sido muito bem desenvolvido. Por tribalismo das profissões ou silos profissionais entende-se a tendência de cada profissão atuar separadamente, por conta da cultura neoliberal, da formação separada, construindo uma identidade profissional rígida, formando uma barreira para comunicação entre os profissionais de diferentes áreas²⁷.

Barr e Low²⁸ comentam que um grande desafio na realidade do trabalho e na formação em saúde interprofissional é o efetivo preparo para trabalhar em equipe e para as práticas colaborativas.

Em outra abordagem, na solidão de sua especificidade um profissional não é capaz de resolver as diferentes situações que surgem ao longo das práticas em saúde no SUS, mostrando como o trabalho em equipe é importante, pois as práticas profissionais se completam e buscam alcançar o objetivo comum: cuidar integralmente do usuário.

E, aqui, indagações são levantadas: o que significa “efetivo preparo”, como citam Barr e Low²⁸ senão formar agentes de saúde, com o auxílio das Ciências Sociais e Humanas? Quais são as prováveis determinações explicativas para a hegemônica formação em saúde na contracorrente da interprofissional? Por que é tão desafiador formar em saúde na lógica do trabalho em equipe, para fins de práticas colaborativas? Qual é o sentido de co-laborar no momento histórico em que esta pesquisa se realiza? O que está em jogo?

O neoliberalismo é um pano de fundo do jogo. Parece, também, estar em jogo o que se quer, de fato, como finalidade na formação em saúde. Saúde como direito ou saúde como consumo?

Quando profissionais do CER II foram indagados sobre como veem o trabalho cotidiano no serviço, algumas participantes responderam que o veem como interprofissional e outras demonstraram que a lógica de trabalho no Centro corresponde à multiprofissional:

“[...] no CER o trabalho é mais voltado à interprofissionalidade. [...] os momentos de avaliação e discussão de caso são feitos em conjunto. [No entanto] algumas pessoas ainda têm um pouco de dificuldade em se desprender do seu saber específico” (CER II 6).

“[...] buscamos sempre manter o trabalho interprofissional” (CER II 5).

“O trabalho multiprofissional é praticamente a rotina diária” (CER II 10).

“[...] hoje eu considero que eu trabalho dentro de uma equipe multi, mas com o desejo de uma equipe inter” (CER II 7).

Os relatos sinalizam uma disjunção conceitual por profissionais atuantes no mesmo espaço de trabalho. Enquanto CER II 6 expressa uma busca que os profissionais do CER II pretendem para manter o trabalho interprofissional, a participante CER II 5 aponta para a prática multiprofissional como praticada na rotina diária. A ausência de conformidade entre o modelo teórico que sustenta a prática, e a própria prática, acaba restringindo a possibilidade de elaborar um percurso integral para o exercício do cuidado resolutivo.

Não ter uma prática comum nos serviços pode ser prejudicial, tanto para os profissionais, quanto para os pacientes e seus familiares. Para os profissionais pode haver prejuízo do relacionamento entre os membros e a equipe, pois não estarão alinhados ao mesmo propósito. Para o paciente e sua família, a ausência de uma prática sintonizada pode gerar resultados demorados e não tão resolutivos, de forma que muitas vezes o paciente terá que voltar para procurar novos atendimentos, pois suas necessidades não foram totalmente resolvidas. Considerando que saúde é socialmente determinada e que as condições de vida de usuários e usuárias do SUS têm sido profunda e cotidianamente afetadas pelas questões macroeconômicas nacionais, a necessidade de organizar os serviços por meio de um balizamento conceitual tem se tornado um imperativo, como sinalizado neste estudo.

Sobre as questões com as quais se buscou conhecer os elementos facilitadores e dificultadores da prática interprofissional, o entendimento sobre interprofissionalidade foi o fator mais citado como facilitador da prática interprofissional, e a incompreensão desta prática também foi citada como dificultadora do exercício futuro na lógica interprofissional. Além disso, participantes comentaram que ofertar cursos, formações ou capacitações, sobre o tema, seria algo a agregar positivamente, conforme ensejam as falas:

“[...] o fortalecimento da equipe, a educação no sentido do que é o trabalho interprofissional e o objetivo dele [...]” (CER II 3).

“Eu acho que é importante o profissional ter a compreensão da importância do compartilhamento de saberes [...]. A maior dificuldade é quando o profissional não é flexível e quer deter o conhecimento somente para ele” (CER II 6).

“Eu acho que uma identidade para o serviço, onde a gente entenderia como o serviço funciona, entenderia o conceito da interprofissionalidade e os benefícios dele [...]” (CER II 7).

Depoimentos também mencionaram que o melhor relacionamento em equipe, melhor comunicação e melhor trabalho em equipe seriam facilitadores das práticas interprofissionais, conforme o exemplo transcrito a seguir: “[...] a própria comunicação entre equipe e bom relacionamento com os membros da equipe. [...] talvez o mau relacionamento entre os membros da equipe seja um dificultador” (CER II 9).

É na educação interprofissional que os profissionais irão compreender a melhor forma de comunicação e interação entre si, fazendo com que o relacionamento mútuo seja criativo, o que é essencial para a efetiva comunicação em tomadas de decisões e compartilhamento de saberes²⁹. Percebe-se, ao longo das falas, que o desejo das entrevistadas para um efetivo trabalho em equipe e uma melhor comunicação encontra-se à espera de condições para sua consecução, uma vez que elas não tiveram contato efetivo com a educação interprofissional.

Badwin³⁰ considera que para a efetiva comunicação, os profissionais devem permitir a abertura do canal de comunicação, o que facilita a interlocução e a escuta da opinião do outro, a fim de melhorarem os resultados em saúde. Além disso, um canal de comunicação aberto dá a oportunidade

de os profissionais conversarem sobre os desafios e as conquistas do dia a dia.

Sendo assim, é essencial fortalecer o entendimento de que as especialidades das profissões são complementares e que a lógica da prática interprofissional é uma estratégia para melhorar a qualidade da atenção à saúde³¹.

Quanto às competências individuais para o trabalho interprofissional, observaram-se nas falas, que o trabalho interprofissional envolve ainda muitos desafios no dia a dia dos profissionais. Conseqüentemente, a interdisciplinaridade na formação em saúde é uma competência que resulta de um conjunto de habilidades, atitudes e conhecimentos³¹. Ao questionar os participantes sobre quais as competências necessárias para o efetivo trabalho interprofissional, foram citados o conhecimento sobre o tema e sobre a própria profissão, assim como saber trabalhar em equipe e entender a importância do compartilhamento de saberes, como transcrito:

“Saber trabalhar em equipe [...], respeitar o outro e saber escutar” (CER II 4).

“Domínio da própria profissão [...], abertura para interprofissionalidade” (CER II 5).

“É importante a gente ter flexibilidade e saber da importância de compartilhar seus saberes” (CER II 6).

“[...] é necessário [...] abertura dos profissionais nas relações interpessoais; um conhecimento aprofundado sobre o tema; profissional aberto a compartilhar seu saber específico” (CER II 7).

“Bom relacionamento com as pessoas, [...] disposição, conhecimento sobre as demais áreas dos outros profissionais, conhecer os profissionais que você tem contato [...], mas principalmente o conhecimento” (CER II 9).

O bom relacionamento está intrinsecamente ligado com o respeito entre os profissionais, o que é essencial para uma boa comunicação, citado também nas entrevistas. Quando essa comunicação é efetiva e de qualidade, possibilita a articulação das ações e a cooperação entre os profissionais³². A empatia é a capacidade de se colocar no lugar do outro. Ao trabalhar na área da saúde, essa habilidade é essencial. Os profissionais do CER II, por exemplo, precisam escutar os pacientes com atenção e fazer com que o pouco tempo das consultas, uma das di-

ficuldades citadas, seja proveitoso. Além disso, precisam acolher os pacientes e seus familiares, conforme citado a seguir por CER II 9: “[...] habilidades de empatia, se colocar no lugar do outro, [...], ser flexível para ouvir o outro, ser aberto a receber as críticas construtivas sobre o trabalho”.

Nessa linha compreensiva a pesquisa pode retratar profissionais sobrecarregados e com dificuldades de implementar o conhecimento teórico das práticas interprofissionais, evidenciando que o processo de formação precisa ser mais dinâmico e didático, para que se possa implementar um processo de trabalho em saúde com base em práticas colaborativas e interprofissionais. Importante destacar que esse estudo é um produto da experiência de acadêmicos no projeto PET-Saúde Interprofissionalidade da Universidade do Vale do Itajaí, SC.

CONCLUSÃO

Este estudo apontou que a prática interprofissional não está acontecendo efetivamente, e que a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde tem contribuído. A formação também foi relatada pelos profissionais de saúde como pouco efetiva no processo de mudança dos processos de trabalhos, pois não se apresenta de forma dinâmica com foco em experiências práticas. Apesar dos esforços recentes para implementação da educação interprofissional na graduação, esse modelo de atuação se apresenta de forma incipiente nos serviços especializados do SUS.

De acordo com os profissionais dos serviços pesquisados, o que existe é o conhecimento teórico, porém, isso não é aplicado no dia a dia, principalmente pela sobrecarga de trabalho. Isso demonstra a importância que o Programa de Educação pelo Trabalho tem na qualificação desses profissionais.

É preciso que se avalie constantemente a implementação da educação interprofissional, para que o Sistema Único de Saúde seja contemplado com profissionais de saúde qualificados para o trabalho em rede de forma colaborativa, provendo assim um cuidado integral e resolutivo aos seus usuários. Espera-se que este estudo possa contribuir com a qualificação profissional para SUS.

REFERÊNCIAS

1. Barr H. Interprofessional education: the Genesis of a global movement. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education; 2015. [accessed Nov 05, 2020]. Available from: <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement>
2. Dow AW, Zhu X, Sewell D, Banas CA, Mishra V, Tu S. Team work on the rocks: rethinking interprofessional practice as networking. *J Interprof Care* [Internet] 2017 [accessed Nov 05, 2020]; 31(6): 677-678. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2017.1344048>
3. Fleischmann N, Tetzlaff B, Werle J, Geister C, Scherer M, Weyerer S, *et al*. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): a grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. *BMC FamPract* [Internet] 2016 [accessed Nov 05, 2020]; 17(123): 1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-016-0522-z>
4. Organização Mundial de Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010. [acesso em Nov 05, 2020]:10. Disponível em: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Marco%20para%20A%C3%A7%C3%A3o%20em%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Interprofissional%20e%20Pr%C3%A1tica%20Colaborativa%20-%20OMS.pdf>
5. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competence Framework. Vancouver: CIHC; 2010. [accessed Nov 05, 2020]. Available from: <http://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf>
6. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária em Saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet] 2015 [acesso em Nov 05, 2020]; 49(Esp 2): 16-24. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>
7. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface* [Internet] 2016 [acesso em Nov 05, 2020]; 20(59): 905-916. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>
8. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface* [Internet] 2017 [acesso em Nov 05, 2020]; 21(62): 601-613. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>
9. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet] 2015 [acesso em Nov 05, 2020]; 20(6): 1869-1878. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
10. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface* [Internet] 2018 [acesso em Nov 05, 2020]; 22(Suppl 2): 1525-1534. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
11. Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface* [Internet] 2016 [acesso em Nov 05, 2020]; 20(56): 197-198. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde PRÓ-SAÚDE. Brasil: 2007. [acesso em Nov 05, 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf
13. Brasil. Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [acesso em Nov 05, 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html

14. Brasil. Ministério da Saúde. Edital nº 10, 23 de julho 2018 Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-SAÚDE/INTERPROFISSIONALIDADE – 2018/2019. 27 jul. 2018. [acesso em Nov 05, 2021]. Disponível em: https://in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/33889041/do3-2018-07-24-edital-n-10-23-de-julho-2018-selecao-para-o-programa-de-educacao-pelo-trabalho-para-a-saude-pet-saude-interprofissionalidade-2018-2019-33889037
15. Vieira NU. CER II da Univali é referência no diagnóstico de autismo na região. 2019. [acesso em Nov 05, 2020]. Disponível em: <https://www.univali.br/noticias/Paginas/cer-ii-da-univali-e-referencia-no-diagnostico-de-autismo-na-regiao.aspx>
16. Pagnossin DF, Belmiro FCP, Filho IM, Schillo R, Portes JRM, Dias A, *et al.* Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva (SASA). Cartilha informativa. Itajaí: Univali; 2016. [acesso em Nov 05, 2020]. Disponível em: <https://www.univali.br/noticias/Documents/cartilha%20sasa%2028%20nov%202016.pdf>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Sem Limite. Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade). Ref. Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012. 2013. [acesso em Nov 05, 2020]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171010/13131007-portaria-793.pdf>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [acesso em Nov 05, 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-965134>
19. Santa Catarina. Secretaria Estadual de Saúde. Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência. Serviço de Saúde Auditiva. Protocolo de acesso para consulta em saúde auditiva. Documento impresso. Florianópolis; 2020.
20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
21. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [acesso em Nov 05, 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
22. Da Ros MA, Lima RCGS, Massimo C. Fundamentos da Promoção da Saúde requerida pelo SUS. In: Farhat EMP, Dittrich MG. Educação e saúde: políticas públicas e vivências dialógicas. Itajaí: Ed. da Univali; 2016. p. 97-115.
23. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (update). *Cochrane Data base Syst Rev* [Internet] 2013 [accessed Nov 05, 2020]; 28(3): CD002213. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>
24. Osório A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saude soc.*, [Internet] 2015 [acesso em Nov 05, 2020]; 24(supl. 1): 205-218. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018>
25. Talamoni ACB, Bertolli Filho C. A anatomia e o ensino de anatomia no Brasil: a escola boveriana. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [Internet] 2014 [acesso em Nov 05, 2020]; 21(4): 1301-1322. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-597020140>
26. Schraiber LB. Saúde coletiva: um campo vivo. In: Paim J. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 9-19.

27. Kell M do CG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2010 [acesso em Nov 05, 2020]; 15(Supl, 1): 1533-1541. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15suppl1/1533-1541/pt>
28. Barr H, Low H. *Introducing Interprofessional Education*. Fareham: CAIPE; 2013.
29. Costa MV da, Peduzzi M, Freire Filho JR, Silva CBG. *Educação interprofissional em saúde*. Natal: SEDIS-UFRN; 2018.
30. Baldwin A. *Exploring the interacional determinants of collaboration on interprofessional practice in community-based geriatric care*. Winnipeg. Tese [Doutorado em Filosofia] – University of Manitoba; 2012.
31. Mattos MP, Gomes DR, Silva MM, Trindade SNC, Oliveira ERA de, Carvalho RB de. Prática interprofissional colaborativa em saúde coletiva à luz de processos educacionais inovadores. *Revista Baiana de Saúde Pública* [Internet] 2019 [acesso em Nov 05, 2020]; 43(1): 271-287. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n1.a3106>
32. Peduzzi M, Oliveira MA de C, Silva JAM da, Agreli HLF, Miranda Neto MV de. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Martins M de A, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilhos EC de, Cerri GG. *Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria*. Barueri: Manole; 2016 [acesso em Nov 05, 2020]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf