REFACS

Artigo Original
Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.
http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/index
ISSN: 2318-8413 DOI: 10.18554/refacs.v10i2.5414

Práticas colaborativas em unidades básicas de saúde e o papel da gerência

Collaborative practices in basic health units and the role of management

Prácticas colaborativas en las unidades básicas de salud y la función de la gerencia

Wellington Pereira Lopes[1], Brigida Gimenez Carvalho[1]

Recebido: 15/04/2021 **Aprovado:** 11/02/2022 **Publicado:** 29/06/2022

Objetivo: analisar as práticas colaborativas e estratégias utilizadas pela gerência na atenção primária à saúde. **Método:** estudo qualitativo, realizado em 2019, por meio de entrevistas com gerentes em um município do norte do Paraná. Os dados foram interpretados pela análise de discurso e discutidos com base no referencial teórico da Prática Colaborativa. **Resultados:** Participaram cinco gerentes uma de cada região da cidade e organizou-se quatro categorias: *Práticas colaborativas na atenção básica*; *Papel do gerente na promoção de práticas colaborativas*; *Incipiente participação do usuário na construção de práticas colaborativas;* e *Situações que interferem na consolidação das práticas colaborativas*. **Conclusão:** demonstrou-se a presença das práticas colaborativas, de modo que as gerentes utilizavam principalmente as estratégias: liberação de agenda profissional, articulação de espaços para matriciamento e debates do processo de trabalho, *feedbacks* individuais e organização da logística.
Descritores: Administração de Serviços de Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Atenção Primária à Saúde; Comportamento cooperativo.

Objective: to analyze the collaborative practices and strategies used by management in primary health care. **Methods:** qualitative study, carried out in 2019, through interviews with managers in a municipality in the Northern region of the state of Paraná, Brazil. Data were interpreted by discourse analysis and discussed based on the theoretical framework of Collaborative Practice. **Results:** Five managers participated, one from each region of the city, and four categories were organized: *Collaborative practices in primary care*; *Role of the manager in promoting collaborative practices*; *Incipient user participation in the construction of collaborative practices*; and *Situations that interfere in the consolidation of collaborative practices*. **Conclusion:** the presence of collaborative practices was demonstrated, so that the managers mainly used the strategies: release of professional agenda, articulation of spaces for matrix support and debates of the work process, individual feedbacks and organization of logistics.
Descriptors: Health Services Administration; Patient Care Team; Primary Health Care; Cooperative behavior.

Objetivo: analizar las prácticas colaborativas y estrategias utilizadas por la gerencia en la atención primaria a la salud. **Método:** estudio cualitativo, realizado en 2019, a través de entrevistas con gerentes de un municipio del norte de Paraná, Brasil. Los datos se interpretaron mediante el análisis del discurso y se discutieron a partir del marco teórico de la Práctica Colaborativa. **Resultados:** Participaron cinco gerentes de cada región de la ciudad y se organizaron cuatro categorías: *Prácticas colaborativas en la atención básica; Función del gerente en la promoción de prácticas colaborativas; Participación incipiente del usuario en la construcción de prácticas colaborativas;* y *Situaciones que interfieren en la consolidación de las prácticas colaborativas*. **Conclusión:** se demostró la presencia de las prácticas colaborativas, de modo que los gerentes utilizaron principalmente las estrategias: liberación de la agenda profesional, articulación de espacios para el soporte matricial y debates del proceso de trabajo, *feedbacks* individuales y organización de la logística.
Descriptores: Administración de los Servicios de Salud; Grupo de Atención al Pacient; Atención Primaria de Salud; Conducta cooperativa.

Autor correspondente: Wellington Pereira Lopes – E-mail: wellingtonp43@gmail.com

1 Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, Londrina/PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

Com a transição demográfica e epidemiológica ocorrida nas últimas décadas no Brasil, observou-se queda da natalidade e redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias; com concomitante aumento das doenças crônicas não transmissíveis, pelo processo de envelhecimento, aumento da obesidade e do sedentarismo[1].

Tais mudanças intensificaram as demandas da população aos serviços de saúde e trouxeram à tona a necessidade de se adotar métodos e estratégias que consigam suprir de forma integral e resolutiva esse novo perfil epidemiológico. Algumas das estratégias pertinentes são as atividades em equipes e as práticas colaborativas[2].

O trabalho em equipe é caracterizado pelo envolvimento de diversos profissionais que, juntos, reconhecem seu lugar como membros e se integram para atender as demandas de seus usuários. Entretanto, tal prática requer integração entre os trabalhadores, conhecimento de papeis e funções de cada núcleo profissional, planejamento e a construção ampliada de projetos terapêuticos coletivos que visem atender situações mais urgentes e complexas. O trabalho em equipe pode ser visto como uma prática de profundo compartilhamento de valores e reciprocidade nas ações desenvolvidas em coletividade[2].

A prática colaborativa consiste no trabalho entre dois ou mais profissionais e usuário e visa o bem-estar do assistido, reduzindo o antigo modelo de hierarquia e competição entre os envolvidos, criando uma rede de parceria durante esse processo, porém mantendo autonomia de decisão a respeito do caso. Diferente do trabalho em equipe, a prática colaborativa é mais flexível e requer menor nível de reciprocidade, interdependência e compartilhamento interprofissional, porém, sem menosprezar o trabalho em rede no cuidado[3].

A prática colaborativa traz a ideia de garantir cuidado com a pessoa e não para a pessoa como expectadora de todo o processo. Desta forma, há uma mudança da necessidade do serviço e dos profissionais para as necessidades do usuário. Assim, a prática colaborativa não está apenas ligada entre os profissionais, mas também engloba a participação do usuário[2].

Na Atenção Primária á Saúde (APS), organizada por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF), as gerências das unidades devem proporcionar um ambiente mais favorável às práticas colaborativas. Estas devem ser integradas, de acordo com a complexidade do caso, garantindo o envolvimento dos profissionais e usuário no cuidado, diminuindo a fragmentação das ações e buscando maior integralidade[3].

Deste modo, o gerente da Unidade Básica de Saúde (UBS) tem o papel não apenas de gerenciar conflitos, mas de buscar a integralidade nas ações de saúde dos usuários, por meio da organização do processo de trabalho com vistas ao trabalho colaborativo. Para que isso

aconteça, a inclusão do usuário se faz importante na formulação das estratégias para articular e integrar os profissionais, bem como ao incentivo para que as práticas colaborativas integrem o processo de trabalho[2-4]. Deste ponto, questiona-se: *Quais estratégias são adotadas no cotidiano de seu trabalho para as práticas colaborativas entre os trabalhadores em UBS?* Assim, este estudo tem como objetivo analisar as práticas colaborativas e estratégias utilizadas pela gerência na atenção primária à saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter analítico, que foi realizada em um município de grande porte localizado no norte do Paraná, com área territorial de 1.652,596 km^2 e população estimada de 575.377 habitantes[5]. A rede de APS constitui-se por 54 UBS, sendo 42 na região urbana, 12 na rural e, no ano de 2016, contou, em média com 92 equipes da ESF, o que cobria 57,9% da população, além de 10 equipes do Núcleo Ampliado e Saúde da Família (NASF)[5].

Os sujeitos do estudo foram gerentes de UBS, um de cada região da cidade, a saber: norte, sul, leste, oeste e centro. Para definição dos sujeitos de pesquisa foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: unidades que se constituem em campo de prática da residência multiprofissional ou de atuação do NASF, sinalizadas pela coordenadora regional, considerado assim, como informante chave das unidades que desenvolviam práticas colaborativas em seu processo de trabalho.

Utilizou-se entrevista, guiada por um roteiro semiestruturado, contendo questões que versavam sobre: *como vê o desenvolvimento do processo de trabalho na unidade, se existem práticas colaborativas e como se manifestam, como organiza o processo de trabalho para que tais práticas aconteçam, como é participação dos usuários nesse processo e se há algum fator que interfere no desenvolvimento das práticas colaborativas*.

No primeiro momento foi realizado teste piloto (com uma gerente que não participou da pesquisa) e, apenas após constatação da aplicabilidade do roteiro, foi dado inicio a etapa de entrevista. Esse processo ocorreu entre os meses de maio a agosto de 2019. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos gerentes e gravadas de modo digital e transcritas na íntegra. Para a apresentação dos resultados as falas foram codificadas com a letra G, seguida de um número na ordem de realização das entrevistas, a saber: G1, G2...

A interpretação das entrevistas foi realizada por meio da análise de discurso proposto por Martins e Bicudo[6]. Compreendeu dois momentos: a análise ideográfica e a análise nomotética. No primeiro momento, procurou-se por unidades de significado e, para isso, foi

realizada a leitura flutuante das transcrições de cada entrevista, visando apropriar-se do fenômeno, o que permitiu conhecer as ideias centrais dos atores sociais. Num segundo momento, fez-se a análise nomotética, em que, após nova leitura das entrevistas, foram realizadas aproximações e identificadas convergências e divergências, o que permitiu construir categorias para a estruturação do fenômeno estudado[6].

Este trabalho adotou como referencial teórico a prática colaborativa[3], para analisar a colaboração em sistemas complexos e que apresentam formas heterogêneas de interação entre os diversos sujeitos, como é o processo de trabalho na APS.

O modelo teórico proposto por D'Amour *et al*[3] , sugere que a colaboração pode ser analisada em quatro dimensões, que estão inter-relacionadas. As duas primeiras dimensões envolvem relacionamentos entre indivíduos, e se referem a: 1) Objetivos e visão compartilhados que consistem na existência de perspectivas comuns e sua apropriação pela equipe, o reconhecimento de motivos divergentes e parcerias, e a diversidade de definições e expectativas em relação à colaboração. 2) Internalização que está relacionada à conscientização dos profissionais sobre suas interdependências e à importância de gerenciá-las. Traduz-se em um sentimento de pertencimento, conhecimento dos valores e disciplina de cada um e confiança mútua[3].

As outras duas dimensões envolvem o cenário organizacional, que influencia a ação entre os profissionais: 3) Formalização ou estruturação do atendimento, que se refere à existência e utilização de procedimentos documentados, o que contribui para esclarecer expectativas e responsabilidades e a 4) Governança que se refere às funções de liderança que dão suporte à colaboração; engloba o papel exercido pela autoridade a um direcionamento claro para o desenvolvimento de ações colaborativas, bem como o favorecimento de relações dialógicas entre os trabalhadores e o favorecimento à participação dos mesmos com vistas à resolução de problemas. Destaca-se ainda o papel do líder em promover ajustes na prática profissional e na orientação e apoio para a realização de ações interprofissionais inovadoras no ambiente de trabaho[3].

A coleta de dados com os gerentes se iniciou com a explicação e assinatura posterior do ermo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este trabalho encontra-e vinculado ao projeto de pesquisa intitulado: "Atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Unidades Básicas de Saúde do Município de Londrina", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), com o parecer nº 1.154.455/2015, CAAE: 46699415900005231.

RESULTADOS

Houve a participação de cinco gerentes, uma de cada região da cidade. Da análise dos resultados foram constituídas quatro categorias analíticas: *Práticas colaborativas na atenção básica*; *Papel do gerente na promoção de práticas colaborativas*; *Incipiente participação do usuário na construção de práticas colaborativas;* e *Situações que interferem na consolidação das práticas colaborativas*.

Práticas colaborativas na atenção básica

Para as gerentes, o trabalho desenvolvido na unidade é visto *como um trabalho sério colaborativo, comprometido e bastante resolutivo dentro da governabilidade dele* (G5) entre todos os servidores da UBS, inclusive com o NASF. Afirmou-se o desenvolvimento de um trabalho diferenciado e que, apesar das divergências de ideias, obtém-se um consenso, o que se reflete no trabalho integrado.

Houve observação de que o processo de trabalho era diferente antes inserção do NASF no serviço, *a gente trabalhava mais cada um dentro do seu setor* [...] *não era multiprofissional* (G3). Esta entrevistada referiu ainda que, a partir do momento em que o NASF foi inserido na UBS e que o Programa Saúde da Família teve a inserção da odontologia, ocorreu uma mudança radical no processo de trabalho, sendo transformado de um modelo uniprofissional para um modelo interprofissional.

Em contrapartida, houve relato de que ainda existe trabalho individualizado em alguns momentos, embora haja a necessidade de alterar esse quadro. Destaca que *a própria formação dos profissionais tende a* [fazer] *que o trabalho seja assim* (G4), o que favorece a criação desse cenário.

Com relação à organização do trabalho e às práticas colaborativas, os profissionais efetivam tais práticas nos trabalhos em conjunto, nos momentos de discussão de casos mais complexos e na construção de um projeto terapêutico singular.

Também houve referência ao desenvolvimento de planejamento entre a equipe para o enfrentamento de problemas relacionados aos indicadores de saúde e ao alcance de metas pactuadas. E ainda que *o NASF é um apoio necessário para equipe de atenção básica conduzir e desenvolver ações junto com a comunidade e até para o matriciamento* (G1).

Apesar de o trabalho colaborativo ser mais visível nos grupos, *ele também ocorre no atendimento do dia a dia, eles sempre trocam informações* (G2). Há o compartilhamento *de atividades, de dúvidas, de questionamentos um com o outro* [para estar] *complementando o*

atendimento (G2) e potencializando suas ações.

No acesso aos profissionais do NASF, foi referida que há maior facilidade no dia em que estão na unidade. Esta facilidade é mais perceptível em unidades em que há residentes, pois estes permanecem na unidade todos os dias da semana. Para a entrevistada, a inserção da residência na unidade tornou o trabalho multiprofissional mais abrangente.

Apesar da manifestação de avanço do processo de trabalho nas unidades estudadas rumo às práticas colaborativas, ainda há o sentimento de dificuldade, principalmente por parte de *funcionários mais antigos; eles tem uma resistência maior neh, você chama pra fazer uma reunião, olha com cara feia* (G4).

De acordo com essa entrevistada, além das práticas colaborativas ocorrerem nos grupos, elas também ocorrem nas consultas compartilhadas. Refere a existência de uma sensibilização grande entre os colegas e que quando há algum servidor doente ou precisando de algum tipo de ajuda, há uma colaboração mútua entre os profissionais, sendo mantido todo o atendimento à população da melhor forma possível, por meio de coberturas de escalas e atendimentos compartilhados.

A equipe de enfermagem é a categoria que mais realiza práticas colaborativas na unidade; *vejo que essa equipe é mais colaborativa e vai em busca e tem, digamos, um potencial pra isso* (G1). Esta entrevista*da* cita que, em virtude do quadro de servidores não estar completo e de não ter nenhum Agente Comunitário de Saúde (ACS) na UBS, esta equipe se organiza até para suprir o trabalho que deveria ser desenvolvido por outras categorias profissionais como o ACS.

Além da equipe de enfermagem, o NASF foi outro grupo mencionado entre aqueles que desenvolvem práticas colaborativas. E, entre os profissionais integrantes do NASF, não houve destaque especial a nenhuma categoria especifica, pois se *precisa de repente de uma psicóloga, de uma educadora física de uma nutricionista que assim, agrega conhecimento, eu acho que não tem uma categoria que se destaca nesse sentido* (G3).

Por sua vez, referiu-se que, até por parte do NASF, há dificuldade na definição de suas atribuições na UBS e da resistência de vários núcleos profissionais na construção de trabalhos colaborativos. Apesar dessa constatação, isso tem se minimizado com o apoio do NASF *eu acho que isso é uma construção que tem melhorado muito no dia a dia* (G4).

Papel do gerente na promoção das práticas colaborativas

Houve unanimidade de que o trabalho da gerência da UBS interfere de forma positiva para a ocorrência de práticas colaborativas nas unidades, pelo fato de organizarem o processo de trabalho da equipe, quando abrem espaço para discussão de variados temas nas reuniões gerais, além de estarem abertas a sugestões e ideias que auxiliem no trabalho de forma democrática.

Como estratégia foi mencionada a organização das reuniões, que garantem maior integração entre os trabalhadores da unidade, *sempre tento misturar as categorias nos grupos, tipo um profissional do NASF, um técnico, um ACS, odonto, com um profissional médico, enfermeiro pra mesclar as equipes com essa troca de experiência e fortalecimento de vínculo* (G2).

A interferência da gerente ocorre não apenas abrindo os espaços nas reuniões, mas principalmente na flexibilização das agendas dos profissionais. Isso permite a participação dos diferentes profissionais nas ações que ocorrem no dia a dia e para que consigam organizar os matriciamentos e as oficinas de integração: *colocando o profissional a disposição dos grupos, a gente colabora nesse sentido, de estar viabilizando as agendas dos profissionais e organizando oficinas de integração* (G3).

Também contribuem ao promoverem a articulação, organização e viabilização da infraestrutura para o desenvolvimento de atividades pela equipe com grupos da comunidade: *eu acredito que eu interfiro mais no sentido de facilitar que aconteçam essas coisas, não só tecnicamente, mas de logística, de facilitar e de fazer acontecer* (G4).

Também, por meio de *feedbacks* para a equipe, ou, especialmente, de forma individual para algum profissional quando necessário, no intuito de sensibilizar o trabalhador sobre a importância das práticas colaborativas e do trabalho em equipe, e também de quebrar preconceitos e paradigmas criados ao longo do exercício profissional: d*ependendo da situação pode ser uma ação direta mesmo, eu chamo a pessoa pra conversar, eu exemplifico como que tem que acontecer, muitas vezes eu dou dica pra pessoa,* [principalmente quando é uma pessoa] *que tem o feeling mais apurado* (G5).

Foi trazido a saúde mental da equipe, na busca de maneiras de auxiliá-los quando possível e se disponibilizar a ouvi-los em caso de sofrimento emocional: *a gente investe na saúde mental nossa e dos funcionários. Aqui você tem esse tempo de perguntar você não tá bem hoje? como que eu posso te ajudar?, no geral um ajuda o outro* (G5).

Incipiente participação do usuário na construção de práticas colaborativas

Nas práticas colaborativas foi referido: *bem pouca participação. Às vezes a gente tenta tirar deles o que eles precisam, o que eles querem, mas eles não têm muito essa manifestação. Acho que é até alguma coisa já cultural mesmo, que vem de sempre ter algo pronto* (G2). Uma forma de participação citada foi a caixa de sugestão deixada na recepção da unidade. A caixa é aberta periodicamente, e as demandas ali deixadas são lidas e atendidas, sempre que possível.

E ainda houve relato que não existe participação popular de forma direta na formulação de prática colaborativa, porém reforça o respeito que a população tem pela equipe em momentos de oficinas, reuniões gerais da UBS e capacitações em que são necessárias o fechamento da unidade por um período do dia. *No dia que a gente se fecha aqui dentro pra estar fazendo essa capacitação da equipe, você percebe que são poucas as abordagens na porta. Então assim, já é uma maneira de ajudar bastante* (G5).

Situações que interferem na consolidação das práticas colaborativas

Apontou-se a falta de sensibilidade de alguns membros da equipe em dar suporte quando necessário ao outro, na qual numa escala diferente acaba gerando situação desconfortável entre servidores. Isso atrapalha o desenvolvimento das práticas colaborativas, como demonstrado no excerto: *eu ainda percebo uma certa resistência de alguns servidores, não são todos, mas ainda tem um ou outro que não tem essa sensibilidade, talvez falta de interesse* (G1).

Também a ocorrência de imprevistos, a falta de um profissional sem aviso prévio e a necessidade de cobertura imediata interferem de forma negativa no processo de execução das práticas colaborativas: *hoje por exemplo, faltaria um profissional pra tocar um grupo, então* antes *eu já tenho que prever alguém pra estar substituindo, se chegar o dia e esse profissional não vir, mesmo que a pessoa vá assumir o grupo, ela se desgasta se ficar sabendo na hora* (G2).

O fato de o NASF trabalhar sempre unido entre eles, não estar todos os dias na UBS e não ser um membro efetivo da equipe, acaba dificultando a criação de vínculo com os demais integrantes: *o NASF tem mais atividade entre eles. O ACS às vezes acaba se colocando em outra posição, tipo o NASF é nível superior, é diferente, não é todo dia que ele tá aqui, então quando chega é um corpo estranho, né. Daí o ACS tem aquela cultura de que 'eu estudei menos, eu sou menos, eu sou discriminado'* (G2).

Por outro lado, houve relato de uma entrevistada que não vê dificuldades com sua equipe devido a familiarização com os profissionais do NASF e com a Residência Multiprofissional em

Saúde da Mulher que atua em sua unidade; reforça ainda que a pratica colaborativa faz parte do dia a dia em sua UBS e nega qualquer tipo de hierarquização entre os profissionais.

Citou-se também a falta de: estimulo salarial, reposição do quadro profissional, e de estrutura ideal da UBS interferindo de forma negativa no processo de trabalho, consequentemente desmotivando a equipe a realizar um trabalho melhor: *há muita gente desestimulada por causa de salário, por causa de um carro que não tem, por causa de uma estrutura física que não tá bacana, por causa de um recurso humano que não tem reposição há anos* (G4).

Relatou-se ainda que a formação uniprofissional é algo que interfere negativamente no processo de construção das práticas colaborativas, o que interfere no convívio cotidiano do trabalho, por questões irrelevantes, quando comparados à complexidade dos problemas dos usuários. A resistência por mudanças na organização do trabalho por profissionais mais antigos e a falta de compreensão sobre a importância das reuniões, foram citados como fatores que dificultam a construção das práticas colaborativas no ambiente de trabalho. A não valorização de espaços de discussão coletiva sobre o trabalho: *chega na hora da reunião vai no banheiro, toma café, faz de tudo, mas não aparece na reunião, então eu sinto que em todas as categorias a gente tem uma resistência* (G4).

Há dificuldade também em envolver a odontologia nas práticas colaborativas. Uma entrevistada afirmou ter dúvidas se a culpa disso é apenas dos profissionais, ou até mesmo de fatores como a própria construção isolada do espaço físico destes profissionais: *a gente vê que tem muitos profissionais capacitados pra desenvolver muita coisa, mas a gente vê que na hora do vamos ver mesmo que é na hora do vamos sentar vamos conversar e vamos fazer da ação, o trem emperra* (G4).

As opiniões inflexíveis e o corporativismo profissional atrapalham a criação de novas atividades para a população, assim como prejudicam as práticas colaborativas, especialmente quando estas contrariam o interesse de alguma categoria profissional: *isso atrapalha bastante porque você não consegue implantar um grupo, um* ambulatório *e também os conceitos de classe, que a gente sabe que tem, né, no geral, os médicos são mais unidos em uma classe, os enfermeiros em outra* (G5).

DISCUSSÃO

Verificou-se trabalho integrado e práticas colaborativas entre os profissionais nas UBS estudadas. Este avanço certamente é reflexo de uma concepção ampliada de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e de uma apreensão também ampliada das necessidades dos usuários, por meio da articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação[6]. No Brasil, desde 2006, a Saúde da Família foi a estratégia eleita para efetivar uma abordagem mais ampla e qualificada da APS[7].

Posteriormente, para apoiar as equipes de saúde da família e ampliar a abrangência e a resolutividade de suas ações, por meio de práticas integradas e compartilhamento dos múltiplos saberes para a oferta de um cuidado integral, houve a criação dos NASF[8].

A inserção desses novos profissionais provocou mudanças no processo de trabalho para um trabalho colaborativo, com a implementação de novos arranjos. Neste estudo foram citados o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares para os casos mais complexos, consultas compartilhadas, atendimento a grupos de usuários com problemas comuns, o planejamento conjunto para a proposição de estratégias de enfrentamento a problemas do território, além do desenvolvimento de ações juntamente com a comunidade, resultados que corroboram pesquisa sobre a atuação dos NASF em três municípios da região norte do Paraná[9].

Nas práticas colaborativas, foram destacados os profissionais da enfermagem. Uma investigação refere que o trabalho em equipe e as práticas colaborativas têm sido discutidos na enfermagem desde 1950 com vistas a suprir a falta de recursos humanos, revelando a importância da integração entre os membros da equipe de enfermagem, como meio de prestar um atendimento integral, humanizado e efetivo[10].

Embora o termo equipe seja utilizado para designar o corpo de integrantes da enfermagem, há estudos que apontam que o trabalho da enfermagem ainda se encontra hierarquizado e fragmentado, dificultando a resolutividade das ações e impedindo o desenvolvimento das práticas colaborativas no processo de trabalho[11]. Porém, essa realidade de hierarquização e fragmentação dos processos de trabalho não foi verificada nas unidades pesquisadas neste estudo.

Pelo contrário, as equipes de enfermagem se destacaram no desenvolvimento das práticas colaborativas, por apresentarem maior envolvimento com o trabalho, maior compartilhamento das atividades desenvolvidas, e compromisso na execução do trabalho de profissionais em falta na unidade e até mesmo de outras categorias. Estas características apresentadas referem-se a dimensões que envolvem os relacionamentos entre os

profissionais: objetivos e visão compartilhados e a internalização, destacando-se o sentimento de pertença, a confiança mútua, bem como a consciência de suas interdependências. Estas duas dimensões apontam para a existência de comunicação efetiva e disposição dos profissionais em contribuir no trabalho de seus pares, fundamental na prática colaborativa[3].

No trabalho dos profissionais da enfermagem e do NASF, apontou-se a existência de confiança e reconhecimento do outro no trabalho. Essas características fortalecem o vínculo entre a equipe, além de abrir espaços para formulação de acordos e pactuações entre as diferentes categorias profissionais[10-11]; sendo fundamental que cada profissional se sinta como membro da equipe, compreendendo a sua importância e o seu papel no serviço[11].

Embora boa parte dos trabalhadores se sinta como membro integrado, a equipe de odontologia aparece nos relatos de forma isolada, como se não fizesse parte da equipe. Vários motivos podem justificar tal isolamento. Um deles é a formação técnica do cirurgião-dentista, considerada como tradicional, segmentada, voltada para a inserção no mercado privado, com foco no atendimento curativo e individualizado. Outro motivo pode ser a localização do espaço odontológico, visto que, na maioria das unidades, fica em um espaço a parte da unidade, dificultando a criação de vínculo com os demais profissionais[12].

Também abordou-se o papel das gerentes de unidades para as práticas colaborativas entre os trabalhadores com destaque para a influência positiva. Essa influência se dá tanto pela forma como organizavam o processo de trabalho, como por propiciarem espaços mais democráticos nas reuniões, incorporando sugestões e ideias vindas dos trabalhadores para novas atividades e projetos, e ainda por flexibilizarem as agendas, com vistas a: consulta compartilhadas, participação dos diferentes profissionais em atividades com grupos de usuários[2].

Estudo de revisão aponta que o apoio da gestão é fundamental para a garantir a participação dos profissionais em reuniões de equipe, para reuniões de matriciamento entre NASF e ESF, e que a falta de apoio representou obstáculo para a realização de atividades multiprofissionais[13].

Para a atuação gerencial que favoreça práticas colaborativas e o cuidado integral na AB, há necessidade de contemplar a articulação dos diversos saberes, e de habilidades de comunicação, escuta qualificada, estratégias de gerenciamento de conflitos, criatividade, capacidade de articular novas ideias propostas e o desenvolvimento da equipe. Além disso, o gerenciamento do cuidado requer a construção de uma nova realidade organizacional e muitas vezes a desconstrução de velhos conceitos e paradigmas que interferem de forma negativa[14].

Ao analisar tais práticas gerenciais sob o referencial da pratica colaborativa[3], tem-se a dimensão da *governança*, com destaque para o papel da liderança em promover ajustes na prática profissional, assim como o *favorecimento de relações dialógicas* entre os trabalhadores e, *orientação e apoio para a realização de ações interprofissionais inovadoras* no ambiente de trabalho.

Uma outra ação gerencial reconhecida foi a *organização e viabilização da infraestrutura*, tanto dentro da unidade como em outros espaços da comunidade, para o desenvolvimento de atividades com grupos pela equipe. A atuação das gerentes entrevistadas neste aspecto remete às funções de liderança que dão suporte à colaboração, e engloba o papel exercido para um direcionamento claro visando o desenvolvimento de ações colaborativas, além do favorecimento à participação dos profissionais com vistas à resolução de problemas dos usuários[3].

Trabalhos identificaram que a ausência de infraestrutura adequada, relacionada à disponibilização de espaço físico, assim como a oferta insuficiente de recursos materiais para a realização de atividades, interferem negativamente no cotidiano das práticas de trabalho dos profissionais na AB[15-16]. Estudo de revisão integrativa apontou que a configuração favorável do espaço físico e a possibilidade de encontros breves e frequentes entre os profissionais no local de trabalho foram facilitadores para a colaboração interprofissional[17].

No gerenciamento democrático e comunicativo, os participantes constroem acordos em conjunto. Ou seja, o gerente é aquele que conduz sua equipe por meio da comunicação, podendo ser um facilitador no processo de trabalho, potencializando o trabalho colaborativo, garantindo a abertura de espaço para comunicação horizontal e favorecendo o compartilhamento de poder com sua equipe[2].

Apesar das várias atividades desenvolvidas pelas gerentes, não foram mencionadas ações que envolvessem o usuário de forma mais ativa nesse processo, sendo um dos motivos da participação incipiente na construção do cuidado. A pouca participação dos usuários na formulação das práticas colaborativas e no autocuidado, como também foi observado nesta pesquisa, dificulta a criação da autonomia do paciente, além de eximi-lo do protagonismo desse processo. Isso tem sido considerado um retrocesso para o cuidado centrado no usuário. A não participação ativa do usuário reduz o cuidado a uma atuação prescritiva e transversal, prejudicando os princípios da equidade e da integralidade[18].

Alguns aspectos negativos no modo de atuação do NASF foram mencionados: presença em dias esporádicos, atuação em diversas unidades, o que atrapalha o desenvolvimento do cuidado de forma integral[19]; contexto na qual alguns trabalhadores tenham dificuldade em

reconhecê-los como parte da equipe e de seu real papel na produção do cuidado aos usuários.

Resultado semelhante foi encontrado em estudo[13] em que apontam a existência de entendimentos conflitantes entre os profissionais do NASF e as ESF no que se diz respeito à função do matriciamento, o que dificulta a realização das práticas colaborativas. Esse contexto dificulta a criação da consciência de interdependência entre ESF e NASF, sendo um nó crítico na construção de confiança mútua entre ambas as equipes[3].

Outra dificuldade se referiu à não abertura de alguns profissionais para atuar em processos de trabalho integrado e colaborativo, bem como o corporativismo profissional. Existe uma grande diferença entre a lógica de cuidado tradicional e a lógica do cuidado colaborativo com metas compartilhadas. O trabalho na lógica colaborativa coloca em xeque o cuidado vertical pautado na diferenciação, na hierarquização e no poder de uma categoria sobre a outra, e traz a discussão do trabalho com interesses compartilhados entre os profissionais, quebrando barreiras, preconceitos e paradigmas em prol do usuário[20].

Considera-se que a formação uniprofissional coloca o estudante dentro do seu núcleo profissional, não havendo internalização, da prática compartilhada e o potencial das práticas colaborativas[21]. Soma-se a isto o despreparo para atuação na APS e, apesar desta constar nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde, há insuficiência nesta formação[22].

A reduzida preparação para a prática interprofissional é defendida como relacionada às diversas estruturas culturais e ao centrismo na profissão que permeiam os ambientes de formação na área da saúde; esse contexto demanda a construção de novos currículos, que permitam a competência cultural interprofissional[23].

No Brasil, uma estratégia que tem sido propulsora da prática interprofissional é a residência multiprofissional. Estudo revelou que a residência multiprofissional em saúde da família imprimiu alterações na micropolítica, reflexão e práticas do processo de trabalho[24].

Acredita-se que a formação interprofissional é a melhor opção para preparar o profissional de saúde, pela compreensão dos papeis de cada núcleo profissional, da interdependência das áreas e, consequentemente, na diminuição da hierarquização, competição e fragmentação nos processos de trabalho, o que possibilita um cuidado integral[2].

CONCLUSÃO

As práticas colaborativas na APS são realizadas principalmente pela equipe de enfermagem e pelo NASF, e acontecem nos momentos das discussões de casos, nos trabalhos em grupos, no dia-a-dia por meio de troca de informações e, em casos mais complexos, por meio da formulação de projetos terapêuticos singulares.

O gerente tem o papel de governança fundamental no estímulo das práticas colaborativas na UBS e se utiliza de diversas estratégias: liberação de espaços para reuniões gerais e de matriciamento na equipe, articulação das agendas para trabalhos coletivos, organização da logística para o desenvolvimento de grupos e realização de atividades de integração em conjunto com o NASF.

Esse estudo teve como limitação o fato das UBS entrevistadas terem sido apontadas como as mais avançadas nas práticas colaborativas pelo informante chave, o que não permite a generalização dos resultados à totalidade dos serviços de saúde da APS.

Considerando que o resultado desta pesquisa aponta para a incipiente participação dos usuários na formulação das práticas colaborativas, bem como as recentes mudanças ocorridas na Política Nacional da Atenção Básica e de seu financiamento; recomenda-se que estudos futuros sejam realizados para articular estratégias de cuidado envolvendo o usuário, assim como trabalhos que avaliem as possíveis repercussões do novo modelo de financiamento nas práticas colaborativas na APS.

REFERÊNCIAS

1. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2012 [citado em 29 abr 2021]; 21(4):529-32. DOI: http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001
2. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2018 [citado em 29 abr 2021]; 22(Suppl 2):1525-34. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827
3. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Rodriguez MLS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv Res. [Internet]. 2008 [citado em 19 abr 2021]; 8(188):1-14. Disponível em: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-8-188.pdf
4. Carvalho BG. Coordenação de Unidade na Atenção Básica no SUS: Trabalho, Interação e Conflitos. [tese]. Sao Paulo, SP: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo; 2012. 300p.
5. IBGE | Cidades@ | Paraná | Londrina | Panorama [Internet]. 2021 .[citado em 4 maio 2021]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/londrina/panorama
6. Martins J, Bicudo M. A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamento e recursos básicos. 5. ed. São Paulo: Centauro, 2005. 110p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Brasilia, v. 143, n. 61, 2006. Seção 1: 71-76.
8. Araujo Neto, Albuquerque JD, Napoleao IM, Vasconcelos LG, Magalhães ML. Aspectos

restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. Physis [Internet]. 2018 [citado em 30 abr 2021]; 28(4):e280417.
DOI: https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280417
9. Mazza DAA, Carvalho BG, Carvalho MN, Mendonça FF. Práticas colaborativas em núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica. Saude e Pesqui. [Internet]. 2022 [citado em 14 abr 2021]; 15(1):e-9566. DOI: 10.17765/2176-9206.2022v15n1.e9566
10. Souza GC, Peduzzi M, Silva JAlM, Carvalho BG. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016 [citado em 30 abr 2021]; 50(4):642-9. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080623420160000500015
11. Laccort AA, Oliveira GB. A importância do trabalho em equipe no contexto da enfermagem. Uningá Review Journal [Internet]. 2017 [citado em 14 abr 2021]; 29(3):6-10. Disponível em: http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1976/1572
12. Mello ALSF, Andrade SR, Moyses SJ, Erdmann AL. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [citado em 30 abr 2021]: 205-14. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1748
13. Mazza DAA, Carvalho BG, Carvalho MN, Mendonça FF. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela?. Physis [Internet]. 2020 [citado em 30 abr 2021]; 30(4):e300405. DOI: https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300405
14. Pena Júnior JB, Curcio F, Borges N. A relevância dos saberes gerenciais do enfermeiro na estratégia saúde da família: uma revisão de literatura. Múltiplos Acessos [Internet]. 2021; [citado em 28 abr 2021]; 5(2):152-66. Disponível em: :http://www.multiplosacessos.com/multaccess/index.php/multaccess/article/view/166
15. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. Trab Educ Saúde. [internet]. 2018; [citado em 05 maio 2021]:683-702. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00122
16. Oliveira IF, AMO, Paiva RA, Oliveira KSA, Nascimento MNC, Araújo RL. The role of the psychologist in NASF: challenges and perspectives in primary health care. Temas Psicol. [Internet]. 2017 [citado em 30 abr 2021]; 25(1):291-304. DOI: http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-17Pt
17. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. Int J Nurs Stud. [Internet]. 2015 [citado em 30 abr 2021]; 0452(7):1217-30. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008
18. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. Interface (Botucatu) [Internet]. 2016 [citado em 01 maio 2021]; 20(59):905-16. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511
19. Araújo EMD, Galimbertti PA. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. Psicol Soc. [Internet]. 2013 [citado em 11 abr 2021]; *25*(2):461-8. Disponível em: https://www.scielo.br/j/psoc/a/vFKZFXT58XWLj6sdKXhDP3w/?format=pdf&lang=pt
20. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2015. [citado em 01 maio 2021]; 20(8):2511-21.
DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014
21. Costa DAS, Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. Interface. [Internet]. 2018 [citado em 01 maio 2021]; 22(67):1183-95.
DOI: https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376
22. Souza GC, Peduzzi MS, Alcântara JM, Carvalho BG. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration?. Rev Esc Enferm USP [Internet].

2016. [citado em 01 maio 2021]; 50(4):642. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015
23. Costa MV, Freire Filho JR, Brandão C, Silva JAM. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Interface (Botucatu, Online) [Internet]. 2018 [citado em 01 maio 2021]; 22(Suppl 2):1507-10 DOI: https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0636
24. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. Interface (Botucatu, Online) [Internet]. 2015 [citado em 01 maio 2021]; 19(55):1221-32. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0653

Editor Associado: Rafael Gomes Ditterich

Conflito de Interesses: os autores declararam que não há conflito de interesses.

CONTRIBUIÇÕES
Wellington Pereira Lopes e **Brigida Gimenez Carvalho** contribuíram na concepção, coleta e análise dos dados, redação e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)
Lopes WP, Carvalho BG. Práticas colaborativas em unidades básicas de saúde e o papel da gerência. Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2022 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 10(2):154-69. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)
LOPES, W. P.; CARVALHO, B. G. Práticas colaborativas em unidades básicas de saúde e o papel da gerência. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.** [Internet]. 2022 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 10(2):154-169. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)
Lopes, W.P., & Carvalho, B.G. (2022). Práticas colaborativas em unidades básicas de saúde e o papel da gerência. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc., 10*(2), 154-169. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons