

ARTIGO ORIGINAL

O CUIDADO INTERPROFISSIONAL E SEUS DESDOBRAMENTOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Cibele Correia Semeão Binotto¹, Márcia Niituma Ogata²
Priscila Victorelli Pires Vargas³, Flávio Adriano Borges Melo⁴

Destaques:

- (1) Cuidado interprofissional potencializa uma oferta de assistência resolutive.
- (2) Bom clima de trabalho em equipe favorece boas práticas em saúde.
- (3) A ideia de pertencimento ao grupo gera uma rede potente de produção do cuidado.

RESUMO

Objetivo: Identificar possíveis facilitadores ou barreiras para o cuidado interprofissional colaborativo na atenção primária à saúde e sua relação com o cuidado seguro. *Método:* Trata-se de um estudo qualitativo exploratório com uso da técnica de grupo focal com equipes de saúde da família de um município do interior do Estado de São Paulo. O critério de inclusão foi pertencer à equipe há, no mínimo, seis meses. O critério de exclusão foi estar de férias ou afastado no período da coleta de dados. Foi utilizado um roteiro com perguntas norteadoras sobre as práticas interprofissionais colaborativas e o cuidado seguro. O produto da transcrição foi tratado no *software* Iramuteq e analisado à luz do referencial teórico das práticas interprofissionais colaborativas e do cuidado seguro. *Resultados:* Foram formadas seis classes: implementação do cuidado seguro, objetivos do trabalho, tomada de decisão, construção do cuidado, comunicação da equipe e ações que integram o cuidado seguro. A forma como cada membro desempenha seu papel, a compreensão dos objetivos do trabalho, a comunicação, como o cuidado é ofertado e como as divergências em equipe são trabalhadas, refletem no desempenho e na resolatividade do trabalho. *Conclusão:* Os fatores relacionados ao cuidado seguro e ao clima de equipe, assim como a satisfação no trabalho, sofrem influência da forma como a equipe interage no seu cotidiano.

Palavras-chave: relações interprofissionais; segurança do paciente; Atenção Primária à Saúde.

1 Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos/SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6406-4092>

2 Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos/SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8390-7334>

3 Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos/SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7086-6913>

4 Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos/SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5941-4855>

INTRODUÇÃO

Atualmente a temática da colaboração interprofissional tem sido enfatizada na área da saúde como um dos requisitos para a reforma política no modelo formativo e no modelo desejado para a atenção em saúde global¹⁻². Em um momento em que o mundo enfrenta desafios relacionados à falta de profissionais da saúde, os formuladores de políticas procuram estratégias inovadoras que possam contribuir para políticas e programas em prol da saúde mundial¹.

Conceitualmente, o termo colaboração interprofissional é amplo e composto por outros dois termos: a Prática Interprofissional Colaborativa (PIC), que é a descrição da colaboração interprofissional utilizada nos cenários de práticas assistenciais, e o trabalho em equipe, que é definido como um nível mais profundo de trabalho interdependente e compartilhado³⁻⁴.

Trabalho em equipe é a base para uma assistência de qualidade e segura, além de ser capaz de gerar satisfação pessoal e sensação de pertencimento entre os integrantes. Quando desempenhado de forma satisfatória, diversos benefícios podem ocorrer, tais como otimização dos recursos financeiros, atendimento mais assertivo e resolutivo e melhorias nos indicadores de saúde⁵⁻⁶.

Para a consolidação de um sistema universal de saúde é fundamental uma boa prática clínica, responsabilidade na prevenção de doenças e promoção da saúde, com garantia de amplo acesso aos serviços e um cuidado interprofissional capaz de ampliar a formação de vínculo no território, favorecendo a participação da comunidade no autocuidado, sendo desafios presentes que precisam ser explorados, trabalhados e aprimorados constantemente⁷.

A PIC pode melhorar o uso adequado dos recursos clínicos e a assistência mais segura aos pacientes, além de reduzir internações e diminuir tensões e conflitos entre os prestadores de assistência, minimizando as taxas de falhas no cuidado e de mortalidade, dentre diversos outros benefícios¹.

Com a criação da “The World Alliance for Patient Safety”, medidas para reduzir danos mundiais têm valorizado a segurança do paciente como um marco essencial para o desenvolvimento do cuidado qualificado na esfera nacional, porém os investimentos ainda permanecem no âmbito hospitalar. Considerando que a Atenção Primária em Saúde (APS) é a principal porta de entrada ao sistema de saúde e concentra a maioria dos atendimentos, é necessário que este ponto da atenção não fique à margem dos investimentos e pesquisas relacionados à segurança do paciente⁸.

Para a existência da PIC as equipes de saúde precisam colaborar entre si por meio do compartilhamento de responsabilidades entre seus membros, manter a interdependência, ter clareza dos papéis profissionais, e suas tarefas precisam estar bem definidas, assim como seus objetivos necessitam ser conhecidos pelos diferentes componentes. O ideal é que, além dessa colaboração entre si, ocorra também uma colaboração entre outros serviços do sistema de saúde, formando o sistema de redes com comportamento colaborativo⁹.

A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil melhorou o acesso e a utilização dos serviços de saúde para a população em geral, bem como para grupos vulnerabilizados econômica e socialmente, como idosos e portadores de doenças crônicas não transmissíveis¹⁰. A ESF desenvolve estratégias de expansão, qualificação e consolidação da APS por oferecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial para gerar um cuidado resolutivo e impactar de forma positiva nas situações de saúde das coletividades¹¹.

Compreender o papel da PIC e sua relação com um cuidado mais seguro no contexto da APS pode ser um caminho para enfrentar os desafios contemporâneos que envolvem o sistema de saúde. Assim, o objetivo desta pesquisa foi identificar possíveis facilitadores ou barreiras para o cuidado interprofissional colaborativo na APS e sua relação com o cuidado seguro.

MÉTODO

Este é um estudo qualitativo exploratório, com uso da técnica de grupo focal, que permite que o pesquisador colete informações sobre um tema específico por meio de uma discussão participativa entre indivíduos reunidos em um mesmo local e por um determinado período. Essa coleta de dados é apropriada para quem busca entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos¹²⁻¹³.

Participaram da pesquisa profissionais da saúde de três ESFs de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. A identificação dessas equipes ocorreu a partir da primeira etapa da coleta de dados de uma tese de Doutorado¹⁴, que identificou os melhores climas de equipe por meio do uso da Escala de Clima de Trabalho em Equipe (ECTE), um instrumento autoaplicável baseado nos conceitos de concepções compartilhadas e clima organizacional; 23 ESF de um total de 30 equipes foram elencadas com os melhores climas. Dentre as unidades com os melhores climas, foram selecionadas três para a realização do grupo focal, pois apresentavam, em suas equipes, ao menos um representante de cada categoria profissional.

Assim, participaram da pesquisa enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de saúde bucal. O critério de inclusão foi pertencer à equipe da ESF há, no mínimo, seis meses. O critério de exclusão foi estar de férias ou afastado no período da coleta de dados. Foi feito contato telefônico e combinado com a(o) enfermeira(o) o dia para a realização do grupo. A coleta de dados ocorreu durante o mês de julho de 2022. Os encontros aconteceram na própria unidade de saúde, no dia em que há, habitualmente, as reuniões de equipe. Foram realizados três encontros, sendo um em cada unidade.

No momento da coleta de dados foram apresentados os objetivos dessa etapa da pesquisa, esclarecidas as dúvidas e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma via com as pesquisadoras e outra com o participante, além de informado sobre o sigilo e anonimato mantido sobre os dados e os participantes.

Neste estudo o ambiente para a realização do grupo foi o próprio local de trabalho na sala de reuniões das equipes de saúde. Além de garantir a familiaridade aos participantes, o ambiente também foi adequado para as discussões. Participaram dessa etapa a pesquisadora principal e uma observadora previamente treinada, que ficou responsável pelas anotações durante a discussão.

As cadeiras na sala de reunião foram dispostas em círculo para que todos pudessem visualizar uns aos outros durante a discussão. Os diálogos dos grupos foram gravados em áudio e, posteriormente, transcritos. Os encontros duraram, em média, 1 hora e 45 minutos.

A moderadora utilizou-se de uma questão disparadora para identificar as características do trabalho em equipe que poderiam facilitar ou prejudicar o cuidado seguro. Após a discussão e apontamentos, a pesquisadora principal leu ao grupo os principais pontos discutidos e achados daquele encontro para legitimar as observações registradas.

Realizou-se a transcrição dos áudios das entrevistas dos grupos focais. Essa é uma estratégia que valoriza a interação entre os participantes e o pesquisador, ressalta a troca de experiências e opiniões dos participantes e, dessa forma, constroem-se coletivamente os resultados da pesquisa¹³. Para o tratamento dos dados transcritos utilizou-se o *software Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq), que permite a análise de conteúdo das classes¹⁵⁻¹⁶.

O Iramuteq considera o total do conteúdo analisado como *corpus* e, neste estudo, a transcrição de cada áudio dos três grupos focais, constituídos por segmentos de texto, resultaram em um *corpus* de análise, sendo a unidade de saúde a única variável utilizada. O *software* gerou classes a partir da análise de semelhança do vocabulário, o que se relacionou com a variável de interesse analisada, constituindo-se em um arquivo eletrônico único que, após ser trabalhado pelo programa, resultou em

um dendrograma com seis classes. A análise fatorial recuperou os segmentos de texto de cada classe do *corpus* original para nomeação posterior das classes e leitura.

Esse tratamento dos dados é a base para a análise realizada pelo pesquisador, que contextualizou cada classe, refletindo, teoricamente, sobre o conteúdo e recuperando os textos e vocabulários típicos utilizados. A interpretação e análise dos dados foram realizadas com base na literatura pertinente sobre segurança do paciente e sobre as características da prática interprofissional colaborativa. A intersecção entre essas abordagens forneceu dados para a análise do material.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos com número do parecer 4.280.360 e número CAAE 30735120.7.0000.5383 em 2020.

RESULTADOS

Participaram dos três grupos focais 23 profissionais de saúde, sendo 7 da unidade A, 9 da unidade B e 7 da unidade C. Em todas as unidades havia, ao menos, um representante de cada categoria profissional (médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem, agentes comunitários(as) de saúde, dentistas e auxiliares bucais).

O Iramuteq, para tratamento do material, analisou 136 segmentos de texto, retendo 101 do total de textos para a elucidação das classes. Isso corresponde a 74,26% do texto, constituindo um bom *corpus* de análise que demonstra os seguintes resultados:

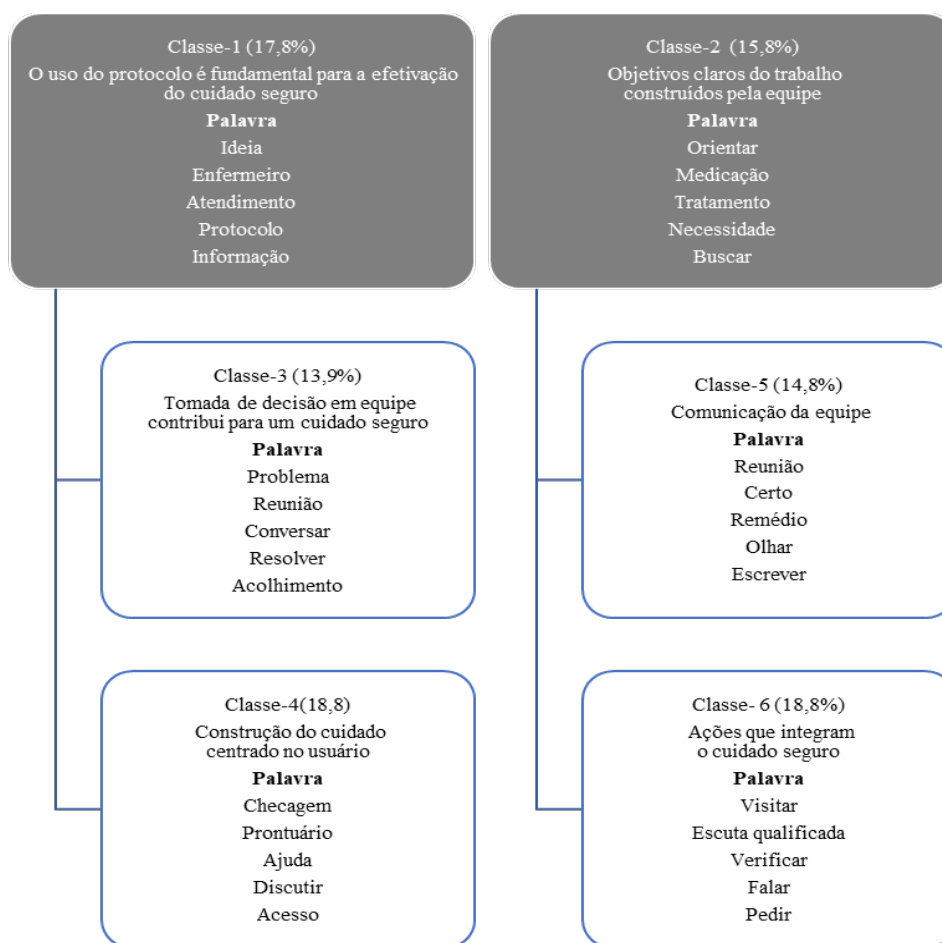


Figura 1 – Dendrograma: Contribuições da equipe para um cuidado seguro.

Fonte: A autora.

Observa-se que o *corpus* é composto por seis classes, posto que as classes três e quatro estão relacionadas com a classe um, enquanto as classes cinco e seis estão relacionadas com a classe dois.

Classe 1: o protocolo é fundamental para a realização do cuidado seguro

As palavras são exemplos de ações mencionadas pelos profissionais que permitem prestar um cuidado mais seguro, conforme pode ser observado nos seguintes segmentos de falas:

Quase sempre só uso protocolo. Inclusive nós fazemos educação permanente e já abordamos vários temas. Assim, fizemos um mural com fluxograma. Por exemplo, para um paciente com diabetes, quando solicitar exame de rastreamento para diabetes, o que fazer se o exame estiver normal, o que fazer se o exame estiver alterado? (Enfermeira, Unidade A).

Porque o que eu falo para os alunos que passam na unidade é o seguinte: a gente tem na ciência níveis de evidência. A gente faz um estudo multicêntrico, reunindo milhares de pacientes para testar protocolos, vários centros no mundo ao mesmo tempo para testar um protocolo, um tratamento. E esse tratamento é positivo, eu tenho o melhor nível de evidência, nível A. Foi testado em vários países, com várias equipes. Porque quando surge uma doença nova como o Covid, ah, porque eu tratei no meu consultório alguns pacientes com Ivermectina e vi que eles melhoraram. Esse é o nível de evidência pior que existe! Porque tem muitos vieses; pode ter sido uma coincidência (Médico, Unidade B).

Classe 2: objetivos claros do trabalho construídos pela equipe

A classe dois remete aos objetivos do trabalho realizado e como esses objetivos são discutidos e tratados na equipe. Tal fato pode ser identificado por meio de segmentos de fala como os que seguem:

Discutimos os objetivos na reunião, comunicamos o porquê precisamos daquela visita. Exemplo: Ah, você vai fazer a visita, aquela que vai pensar no Papanicolau, mas tem uma conversa para ver se há questão de saúde mental. Exemplo: aquela que vai passar com você agora; nós estamos investigando se ela tem um problema de saúde mental; então a observação já é mais ampla. Às vezes precisamos ir pelas beiradas para não perder o vínculo. Temos uma comunicação para deixar claro os objetivos e as necessidades de atendimento (Enfermeira, unidade A).

Acho que sim, temos objetivos traçados, por exemplo, nós temos um bom controle dos psicotrópicos, das receitas controladas. Nós temos um arquivo das receitas, a gente separa quinzenalmente os prontuários e o doutor já deixa pronto na data específica de pegar; nós separamos os prontuários na data, então não adianta o paciente vir antes (Enfermeira, unidade A).

No início acho que tivemos dificuldades, até mesmo nas falas. Às vezes dizíamos “tem que vir porque a receita venceu”, o que parecia um pouco chato para o paciente. Precisamos explicar o mecanismo da medicação e seu uso, mas isso foi uma construção (Enfermeira, unidade B).

Classe 3: Tomada de decisão em equipe contribui para o cuidado seguro

As palavras que emergiram dessa classe indicam a importância do diálogo na tomada de decisão coletiva da equipe, podendo ser explicitado por meio dos seguintes segmentos:

Decidimos muitas coisas juntos. E não é assim, a Secretaria que mandou, ou o médico, ou a enfermeira, ou o dentista, nós decidimos juntos o cuidado; é horizontal, não é porque um falou que é 100% certo (Médico, unidade A).

Não é de você ser ruim ou negar atendimento; é que passa a ser injusto com as pessoas que realmente moram aqui no território, ou os que mudaram de fora para cá. Temos que tentar ser justo para que você consiga atender de forma boa o maior número possível de pessoas. Não vamos fazer de uma forma irracional de interromper um tratamento, um pré-natal (Técnica de enfermagem, unidade B).

O foco nesse momento sempre é o usuário. Como exemplo, na segunda-feira chegou um casal com um bebê de quatro dias que era de outro território; quando o rapaz mudou para cá a mulher estava na maternidade e ela, mãe de primeira viagem, veio porque a criança estava com desconforto respiratório. E aí outra técnica que não está presente veio e disse: “olha o paciente não é daqui, está fazendo ficha agora porque acabou de mudar, o que vamos fazer?” Eu disse “vamos acolher”; então fizemos o acolhimento, depois conversamos na reunião de equipe; “o que vamos fazer?” Nós estamos com quase 8 mil pessoas. A gente está vivenciando isso quase todos os dias (Enfermeiro, unidade C).

Classe 4: Construção do cuidado centrado no usuário

A classe 4 abordou termos relacionados ao planejamento do cuidado por meio de conversas e ações práticas, como checar o prontuário e garantir o acesso à assistência. As falas a seguir representam o conteúdo trabalhado:

Antes de termos esse controle das receitas acontecia assim: quando o paciente ficava sem receita ele pegava do vizinho, do parente. Aí, quando não tinha remédio nenhum, aparecia aqui surtado, causando o maior tumulto, querendo o remédio, um desafio para o acesso. Então foi um trabalho de formiguinha, de conscientização. Antes de acabar o remédio vem na unidade. A gente notou que diminuiu muito os casos de pessoas surtadas aqui na frente. Isso também acabou contribuindo para a melhor qualidade de vida deles (Enfermeira, unidade A).

Notamos que a pessoa que toma um benzodiazepínico de maneira correta traz tranquilidade para toda a família. Então, não é um trabalho só para o paciente, mas para toda família. O foco é trazer qualidade de vida não só para o paciente, mas também para toda a família (Técnica de enfermagem, unidade B).

Classe 5: Estratégias de comunicação entre a equipe e com o usuário

Essa classe aborda a comunicação da equipe em prol da segurança do paciente. Na sequência estão alguns trechos de falas que expressam essa ideia:

Também tem uma coisa, nós nos envolvemos muito com os pacientes porque já assumimos muito todo o cuidado. Então, eu falo: olha, a sua pressão está alta, já te dei o remédio agora, mas vou te avaliar novamente. Se alguém ali na frente te perguntar, você já informa que já tomou o remédio, tá bom? Já avisei as técnicas, já anotei, mas você também avisa. Já aconteceu de prescrever o remédio X, não era garrancho, dava para entender certinho. Por algum motivo, mesmo com a letra legível, o usuário foi na farmácia, pegou o medicamento Y e começou a tomar. Voltou na unidade dizendo que não melhorou; eu perguntei: “mas você tomou certinho o medicamento X?” Ele disse que “não, estava tomando o Y”. Na verdade, era o X. Ele olhou a receita e disse: “Verdade, era X”. O próprio paciente não olhou a receita e o medicamento (Médico, unidade A).

A comunicação acontece. Eu tive um caso de um paciente com um problema cardíaco que precisava de extração. Eu pedi a visita do médico; ele foi lá, avaliou, tinha uma medicação. Com a enfermeira também conversamos, porque são problemas complexos que não são só problemas odontológicos (Dentista, unidade B).

Quando temos dificuldade de comunicação geralmente utilizamos a reunião de equipe para resolver. Um exemplo foi esse assunto dos agendamentos. Quando iniciamos a reunião ela começou bastante tensa. Todos puderam colocar suas dificuldades; a questão maior era o que era de acolhimento, o que era para agendamento, o que eu estou fazendo está certo? (Enfermeiro, unidade C).

Classe 6: Ações que integram o cuidado seguro

Essa classe apresenta as ações descritas e que foram elencadas pelas equipes como atividades já desenvolvidas, que, na visão dos integrantes, já contribuíram para um cuidado mais seguro.

Paciente liga pedindo visita. Perguntamos o que está acontecendo e, dependendo do que ele falar, já orientamos: “Olha, agora você precisa procurar um pronto-atendimento para verificar isso. Depois podemos agendar uma visita para o acompanhamento, mas você precisa ser avaliado antes. Não dá para esperar até a outra semana”. Tentamos acolher e entender o que está acontecendo. O acolhimento é importante (Enfermeiro, unidade C).

A gente já pergunta: “Mas você está sentindo alguma coisa? Está com dor no peito?” Porque, se não pergunta, a pessoa fala: “Vim medir a pressão”, e aí fica ali esperando 10, 15 minutos, mas ela também está com dor no peito e não foi avaliada, não falou. É importante checar porque, se não, a pessoa acha que se ela verificar a pressão e estiver boa, pode ir embora, mas, às vezes, ela tem sintomas e não está bem (Médico, unidade A).

A enfermagem é ampla. Ela faz a identificação do nome, identificação da medicação. A gente sempre tem que fazer a confirmação do nome duas, três vezes, porque você chama um nome, entra outro. Então, é sempre confirmar, porque sempre acontece isso. Acho que eles ficam ansiosos. Medicação é todo aquele esquema: é a dose, a medicação, o nome do paciente, horário que foi aplicado, como vai ser aplicado, né. A vacina, a orientação de qual vacina está sendo tomada, qual a reação, sendo ela moderada, leve ou grave, as reações que podem ser esperadas (Técnica de enfermagem, unidade C).

A gente faz procedimentos; nós temos que ter cuidado com o preenchimento correto da ficha. Temos que fazer um plano de tratamento de cada paciente. Esses pacientes geralmente passam com a gente uma vez por mês. Com relação aos encaminhamentos também; quando a gente faz para unidade especializada a gente liga, pede para eles virem aqui, entrega a guia, orienta certinho a data de como vai ser o tratamento nessa unidade. Nós sempre batemos nas mesmas teclas, porque algumas informações precisam ser reforçadas sempre (Dentista, unidade C).

DISCUSSÃO

Os achados dos grupos focais refletem a importância do uso de instrumentos de cuidado, como os protocolos, para uma assistência mais efetiva e assertiva com a valorização das evidências científicas para orientar as condutas da equipe.

Nas falas dos profissionais de saúde o uso de protocolos é evidenciado como uma ferramenta que pode nortear a assistência, principalmente em casos de doenças já conhecidas até doenças novas, como a Covid-19. Assim, o uso de fluxos e protocolos bem definidos, com constante atualização, é um ponto primordial para uma boa assistência^{8,17}. O compartilhamento dessas informações com toda a equipe e, em situações possíveis, a construção com a equipe, proporciona um cuidado mais assertivo.

Um estudo realizado na APS para avaliar as dimensões do trabalho e a PIC, revelou que os protocolos assistenciais também são utilizados como ferramentas de interação e têm potencial para estimular discussões entre a equipe, especialmente em situações de epidemias de arboviroses. Isso porque promovem debates sobre a ocorrência de casos, condutas, estado geral de saúde da população do território, número de óbitos, entre outros¹⁸.

De acordo com D'Amour *et al.*¹⁹, a formalização está presente nos processos colaborativos e pode ser exemplificada pelo próprio uso de ferramentas e protocolos que apoiem toda a organização do processo de trabalho.

Um dos eixos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) é o estímulo à prática assistencial segura, que envolve o uso de protocolos. A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece um conjunto de protocolos básicos definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com algumas práticas que devem ser elaboradas e instituídas, como a prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, identificação do paciente, comunicação nos estabelecimentos de saúde, emprego seguro de equipamentos e materiais, dentre outros²⁰.

Apenas a existência de um protocolo não é capaz de predizer uma boa prática, mas, sim, sua adoção por todos os membros da equipe. A coesão, um dos resultados da PIC, pode contribuir para o uso dessa padronização e para o compartilhamento desse conhecimento. Uma equipe que apresenta um bom clima de trabalho tem maiores chances de compartilhar condutas, decisões e adotar boas práticas de forma mais padronizada. Ou seja, uma equipe com um bom clima de trabalho potencializa a atividade colaborativa e consegue integrar seus membros para um cuidado mais integral e coeso²¹.

O excesso de informações, algumas precisas e outras não, que tornaram difícil encontrar fontes e orientações confiáveis, conhecido por infodemia, é um fenômeno que pode gerar desinformação, afetando negativamente a vida das pessoas e levando a comportamentos e atitudes que não condizem com as orientações sanitárias. É importante destacar que essa situação está relacionada ao contexto social, político, cultural, tecnológico e educacional da sociedade. Assim, esse fenômeno pode se apresentar em maior ou menor escala de acordo com o local vivenciado²²⁻²³.

Somado a isso, manter os objetivos claros pode promover um ambiente coeso, onde cada membro compreende a finalidade das ações realizadas. Isso também está relacionado com o cuidado prestado ao usuário. Quando o usuário é o foco do cuidado é importante que todos os membros da equipe entendam claramente os objetivos, o que também facilita a execução da PIC⁴.

Também é mencionado que cada profissional entende como deve contribuir em casos específicos. Essa compreensão do papel de cada um durante a atuação profissional está de acordo com o crescente debate acerca da interprofissionalidade, que se refere à integração de práticas e à articulação intencional e colaborativa entre diferentes profissões. É importante destacar, no entanto, que esse processo é construído diariamente²⁴.

Compreender claramente os objetivos do trabalho desenvolvido parte do princípio de que a formação profissional preparou a pessoa para atuar na área. Muitas vezes, o trabalho na APS, especialmente em uma ESF, pode ser realizado por profissionais sem formação específica. Nesta pesquisa, a maioria dos profissionais de nível superior das ESFs que participaram tinham formação direcionada para a Saúde da Família, residência ou Especialização. Em outras localidades do país, todavia, isso pode ser diferente.

A essência do trabalho em equipe está centrada nas ações interprofissionais, capaz de agregar diferentes campos técnicos e trabalhadores com diferentes saberes e vivências. Para manter a segurança do paciente são necessários objetivos e estratégias que estejam de acordo com as necessidades individuais e coletivas. Isso inclui o compartilhamento de saberes e vivências, aprendizados intersetoriais e o gerenciamento e organização de um cuidado em rede capaz de contemplar uma abordagem multidimensional²⁵.

Para estabelecer metas claras é importante refletir sobre as atividades que devem ser realizadas para contribuir com a integração e aprendizado contínuo sobre o processo de trabalho da equipe, fator que contribui para a interdependência entre seus membros e para a PIC. A construção de um projeto assistencial comum pode ser um bom reflexo de metas bem estabelecidas, além de colocar o usuário e a família no centro do cuidado prestado^{4,26}.

Com base nas opiniões dos profissionais que participaram deste estudo, a reunião da equipe foi considerada um momento adequado para se discutir os objetivos do grupo, considerando-se que essa interação é essencial para o desenvolvimento do trabalho. Ainda, a maneira como os conflitos inerentes ao processo de trabalho é percebida e mediada determina a melhor ou pior coesão da equipe^{27,18}.

Nos exemplos citados nas falas dos participantes há, porém, o reconhecimento de que o trabalho desenvolvido deve ser horizontal. Essa percepção é fundamental para a mudança de modelo esperada em uma ESF que visa a reorganizar o sistema de saúde.

Segundo Franco²⁸ e Santos *et al.*²⁹, a ideia de pertencimento dos trabalhadores entre si também é um fator favorável para a realização de ações e atos sincronizados que geram uma rede potente

de produção do cuidado. Não existe uma autossuficiência do trabalho em saúde, sendo necessário o trabalho coletivo para o atendimento do usuário, que precisa estar centrado nas necessidades de saúde. Dessa forma, o trabalhador opera sempre em um campo relacional de acordos e contratos que oscilam entre conflitos e harmonia, mas que é capaz de compartilhar saberes, fazeres, tecnologias e subjetividades.

Fortalecer os espaços coletivos de reflexão da prática pode contribuir para momentos de tomada de decisão compartilhada, gerando maior chance de potencializar as conexões percebidas e introduzidas pelos sujeitos ativa e conscientemente, o que contribui para democratizar o trabalho²⁶.

Quando, contudo, existe uma sobrecarga de trabalho, essa pode gerar um prejuízo no relacionamento da equipe. Falhas na comunicação e dificuldades na continuidade da atenção prestada aos usuários podem ser apontamentos que influenciam diretamente na qualidade e, conseqüentemente, na segurança do cuidado prestado. Esses são alguns dos desafios que têm afetado instituições brasileiras³⁰⁻³¹.

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 há uma menção à cobertura universal, que estabelece uma relação entre o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a cobertura de 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e 12 ACSs por equipe. Essa política reafirma que não é recomendado ultrapassar o limite máximo de pessoas cadastradas a fim de não afetar a qualidade do trabalho oferecido³². A PNAB de 2017, porém, não faz menção à cobertura universal, mas, sim, faz referência à cobertura de 100% em áreas com risco de vulnerabilidade social, levando em consideração critérios epidemiológicos e sociodemográficos³²⁻³³.

Com essa determinação é possível formar equipes com apenas um ACS. Quando uma política não define claramente o número de ACSs por equipe e flexibiliza os parâmetros de cobertura, isso reforça os riscos de barreiras ao acesso e qualidade do serviço de saúde. No caso da presente pesquisa, o problema em destaque não foi o número de ACSs, mas, sim, o elevado número de famílias cadastradas em algumas unidades, o que, segundo a própria equipe, gera prejuízo ao acesso e à qualidade no segmento da assistência³³.

Para reduzir a sobrecarga profissional é imperativo que haja um número adequado de profissionais para que ocorra um cuidado seguro, e é responsabilidade institucional fornecer condições adequadas nas unidades. Estudos demonstram que existe uma associação entre a segurança do paciente e a carga de trabalho dos profissionais, e revelam que em locais com menor número de usuários também há melhores indicadores de qualidade da assistência^{34,25}.

Ainda, segundo Magalhães, Dall'Agnol e Marck³⁵, essa determinação inadequada do número de pessoas utilizando o serviço pode favorecer a rotatividade dos membros da equipe e dificultar o trabalho seguro devido ao cansaço e a doenças dos profissionais.

No que se refere à construção do cuidado centrado no usuário, o ideal é que todos sejam protagonistas com diferentes graus de autonomia e controle dos processos. Esse tipo de trabalho é o trabalho vivo, que possibilita uma valorização da autonomia e do protagonismo dos atores com estímulo ao vínculo e à responsabilização nos cenários de prática^{36,31}.

Um dos fundamentos da ESF é a prestação da assistência com cuidado centrado no usuário e na família. Para que essa lógica se desenvolva é necessário que a atenção não esteja voltada para o profissional de saúde, mas para a necessidade de saúde apontada pelo usuário. Alguns instrumentos são capazes de fortalecer essa lógica, como a equipe interprofissional, que pode completar a assistência necessária, além do uso da clínica ampliada, que centraliza o cuidado a partir do usuário³¹.

Para que a construção do cuidado esteja centrada no usuário e na família, como prevê a estratégia, é necessária uma equipe que possa trabalhar de forma colaborativa e que tenha o suporte adequado, como o matriciamento realizado por uma equipe multiprofissional e espaços para discussão e consolidação da educação permanente⁷.

Com a PNAB de 2017 o componente interprofissional foi enfraquecido pela extinção do credenciamento e financiamento federal do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em nome de uma maior autonomia do gestor municipal na composição da equipe^{8,7}.

Em se tratando da forma de comunicação entre a equipe e desta com o usuário, segundo o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente, a comunicação eficaz ajuda a evitar eventos adversos e a melhorar a segurança do paciente, enquanto a comunicação inadequada está entre as principais causas de mais de 70% dos eventos adversos, como falhas no cuidado na administração de medicamentos, identificação incorreta do paciente, prescrição inadequada, entre outros³⁷⁻³⁸.

Valorizar a comunicação nas relações pode romper barreiras de poder, fortalecer o compartilhamento de conhecimento e decisões, transferir o foco do profissional para o usuário e transformar o saber individual em saber coletivo. É relevante reconhecer, portanto, a importância da comunicação para um cuidado mais seguro e colaborativo. A intersecção entre a PIC e a segurança do paciente passa pela comunicação efetiva no ambiente de trabalho³⁸.

É preciso educar em equipe quem vai trabalhar em equipe. Ou seja, para exigir competências que favoreçam o trabalho em equipe é necessário desenvolver essas habilidades desde a formação. O planejamento do processo de ensino-aprendizagem, orientado pelos pressupostos da interprofissionalidade, pode melhorar as relações entre membros de diferentes profissões, superando a dificuldade histórica de comunicação^{2,4}.

Um facilitador para o diálogo é o entendimento da mudança dos interesses dos profissionais para os interesses dos usuários dos serviços de saúde. Isso mantém a perspectiva da integralidade do cuidado e possibilita a ampliação da comunicação interprofissional, do compartilhamento de ações, avanços e competências colaborativas^{9,10}.

Com relação ao cuidado seguro, destacam-se as visitas domiciliares como sendo uma ferramenta de cuidado na APS, desenvolvida por todos os membros da equipe de saúde, mas principalmente pelo ACS. As visitas são consideradas instrumentos de cuidado que permitem uma avaliação ampliada das condições de vida e saúde da população. Elas devem ser planejadas em equipe, de acordo com as necessidades diante das vulnerabilidades e riscos existentes nos territórios²⁵.

Na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a APS é vista como coordenadora do cuidado e porta de entrada preferencial do usuário aos diferentes pontos de atenção da RAS. Em 2012 a OMS estabeleceu um grupo de trabalho composto por especialistas para discutir a segurança dos cuidados na APS, por considerar a importância e a complexidade desse sistema^{1,25,30}.

No que diz respeito aos cuidados tomados desde a identificação do paciente até as precauções durante a administração de medicamentos e vacinas, estudos recentes demonstram que os riscos mais perceptíveis estão relacionados à imunização, mas existem vários procedimentos invasivos executados durante a assistência na APS que poderiam gerar um evento adverso, como verificação da glicemia capilar, nebulização, curativos, coleta de exame citopatológico, administração de medicamentos, entre outras ações²⁵.

O acolhimento da demanda espontânea indica mudanças significativas na forma de trabalhar em equipe, nos modelos de cuidado e nas relações entre os profissionais. O atendimento da demanda espontânea, valorizando a equidade e o uso da responsabilidade, potencializa um cuidado seguro pela equipe, que está empenhada em manter a atenção integral à saúde²⁵.

O trabalho em equipe é uma estratégia necessária para enfrentar as crescentes complexidades dos sistemas de saúde que precisam de uma abordagem ampliada e contextualizada, capaz de acompanhar as mudanças demográficas locais e as mudanças epidemiológicas, que podem ser locais ou mundiais, como as vivenciadas a partir de 2020²⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível identificar vários componentes que podem contribuir para o estabelecimento da PIC, tais como: uso de protocolos assistências como uma ferramenta de interação e compartilhamento de informações, favorecendo uma prática segura e um cuidado padronizado, objetivos claros de trabalho com foco no usuário, manter metas claras para toda a equipe, favorecer espaços de compartilhamento de decisões, valorizar a comunicação assertiva que rompe relações de poder, além de estimular o processo de formação profissional com os pressupostos das práticas interprofissionais.

As barreiras que dificultam o cuidado seguro são a sobrecarga de trabalho e a falta do quantitativo profissional. Essas situações podem causar prejuízos para a comunicação, continuidade do cuidado prestado e indicadores de qualidade, além da falta de apoio e incentivo político para o fator interprofissional. Este estudo apresenta a limitação da participação de três equipes de saúde da família, porém o bom clima de equipe dessas unidades não excluiu os desafios existentes; esses podem prevalecer em diversas localidades. Assim, este estudo pode contribuir para identificar e refletir sobre o trabalho e o cuidado seguro nesse contexto.

Tendo em vista o ineditismo da pesquisa na APS, sugerimos que o estudo seja ampliado para demais equipes de saúde, a fim de identificar outros possíveis facilitadores ou barreiras para o cuidado interprofissional colaborativo na APS e sua relação com o cuidado seguro.

REFERÊNCIAS

- ¹ World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. World Health Organization. 2010. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- ² Arruda LS, Moreira COF. 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. *Interface*, Botucatu. 2018;22(64):199-210. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0613>
- ³ Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int. J. Nurs. Stud.* 2015;52(7):1217-1230. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25862411/> DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008
- ⁴ Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: A conceptual analysis. *J Interprof Care.* 2017;31(6):679-684. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28876142/> DOI: 10.1080/13561820.2017.1351425
- ⁵ Caneppele AH et al. Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19. *Esc. Anna Nery.* 2020;24(spe). DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0312>
- ⁶ Rosen MA et al. Teamwork in healthcare: key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am. Psychol.* 2018;73(4):433-450. DOI: <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- ⁷ Giovanella L, Franco CM, Almeida PF de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. Saúde Colet.* 2020;25(4):1475-1482. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
- ⁸ Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 nov 2019. seção 1, p. 97.* [Acesso em: 23 mar 2023]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/11/2019&jornal=515&pagina=97..>
- ⁹ Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care.* 2018;32(1):1-3. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>
- ¹⁰ Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate.* 2018;42(spe1):18-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
- ¹¹ Grasel J, Zuge SS, Soratto J, Trindade L de L, de Brum CN, da Silva CB. Satisfação de profissionais da Estratégia Saúde da Família durante a pandemia de Covid-19. *Rev. Cont. Saúde.* 2023;23(47):e13888. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/13888>
- ¹² Silva IP, Pegoraro RF. Revisão de literatura sobre grupos focais no contexto da assistência social. *Interação Psicol.* 2022;26(1):114-124. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/riep.v26i1.66809>

- ¹³ Alves JG, Braga LP, Souza C da S, Pereira EV, Mendonça GUG, Oliveira CAN de, et al. Grupo focal on-line para a coleta de dados de pesquisas qualitativas: relato de experiência. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2023;27:e20220447. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0447pt>
- ¹⁴ Binotto CCS. Práticas interprofissionais colaborativas para um cuidado seguro na estratégia saúde da família. 2023. [Tese de Doutorado]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/18101>
- ¹⁵ Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006.
- ¹⁶ Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Toulouse: Iramuteq.org, 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>.
- ¹⁷ Sarti TD et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(2):e2020166. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>
- ¹⁸ Escalda P, Parreira CMS. Dimensions of interprofessional work and of collaborative practices developed at a primary care unit by a family health team. *Interface*. 2018;22(Supl. 2):1717-1727. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0818>
- ¹⁹ D'Amour D et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(188). DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- ²⁰ Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Fundação Oswaldo Cruz: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2014. 40 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>
- ²¹ Costa MV et al. Educação interprofissional no Brasil: desafios e agenda para o futuro. In Dias MAS, Vasconcelos MIO. Interprofissionalidade e colaboratividade na formação e no cuidado no campo da Atenção Primária a Saúde. Sobral: Edições UVA; 2021.
- ²² World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on Covid-19. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- ²³ Barreto M. S. et al. Fake news about the COVID-19 pandemic: perception of health professionals and their families. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210007. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0007>
- ²⁴ Farias DN et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. *Trabalho, educação e saúde*. 2022;16(1):141-162. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>
- ²⁵ Silva APF et al. Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. *ver Gaucha Enferm*. 2019;40(spe). DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180164>
- ²⁶ Peduzzi M et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, educação e saúde*. 2020;18(suppl 1):e0024678. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
- ²⁷ Araújo AC de, Vieira LJE de S, Ferreira Júnior AR, Pinto AGA, Freitas KM de, Ribeiro CL. Processo de trabalho para coordenação do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2023;27:e20220330. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0330pt>
- ²⁸ Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In Pinheiro R, Ferla A A, Mattos RA. *Gestão em Redes*. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/Uerj-Cepesc; 2006. p. 459-473.
- ²⁹ Santos, R. R. et al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras pesqui saúde*. 2016;18(1):130-139. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/15144>
- ³⁰ Capucho HC, Cassiani SHB. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Rev Saude publica*. 2013;47(4):791-798. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004402>
- ³¹ Silva MC et al. Adaptação transcultural e validação da escala de clima do trabalho em equipe. *Rev Saude publica*. 2016;50:52. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006484>
- ³² Ministério da Saúde(BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF*; 24 out. 2011. seção 1. p. 48-55. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/10/2011&jornal=1&pagina=48>
- ³³ Morosini MVG, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2018;42(116):11-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
- ³⁴ Parand A et al. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2014;4(9):e005055. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005055>

- ³⁵ Magalhães AMM, Dall’Agnol CM, Marck PB. Nursing workload and patient safety – a mixed method study with an ecological restorative approach. Rev Lat Am Enfermagem. 2013;21(spe):146-154. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700019>
- ³⁶ Merhy EE, Franco TB. Reestruturação produtiva em saúde. In Pereira IB, Lima JCF. (org.). Dicionário de educação profissional em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Fundação Oswaldo Cruz; 2018. p. 348-352. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>
- ³⁷ Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. Comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde. São Paulo: IBSP; 2017. Disponível em: <https://ibsp.net.br/materiais-cientificos/comunicacao-ineficaz-esta-entre-as-causas-raizes-de-mais-de-70-dos-erros-na-atencao-a-saude>
- ³⁸ Sousa JBA. et al. Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: desafio na segurança do paciente. Brazilian Journal of Health Review. 2020;3(3)6467-6479. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-195>

Submetido em: 28/2/2024

Aceito em: 10/12/2024

Publicado em: 27/5/2025

| Contribuições dos autores | |
|---|---|
| Cibele Correia Semeão Binotto: | Conceituação, curadoria de dados, análise formal, redação do manuscrito original, redação, revisão e edição. |
| Márcia Niituma Ogata: | Análise formal, administração do projeto, supervisão, redação, revisão e edição. |
| Priscila Victorelli Pires Vargas: | Curadoria de dados, redação, revisão e edição. |
| Flávio Adriano Borges Melo: | Curadoria de dados, redação, revisão e edição. |
| Todos os autores aprovaram a versão final do texto. | |
| Conflito de interesse: | Não há conflito de interesse. |
| Financiamento: | Não possui financiamento. |
| Autor correspondente: | Cibele Correia Semeão Binotto Universidade Federal de São Carlos – UFSCar Rod. Washington Luís, s/n – Monjolinho, São Carlos/SP, Brasil. CEP 13565-905 cibelec_s@yahoo.com.br |
| Editora: | Dra. Adrielle Zagmignan |
| Editora chefe: | Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz |

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

