



USUÁRIO, FAMÍLIA E COMUNIDADE COMO PARTE DA EQUIPE DE SAÚDE NA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

USER, FAMILY, AND COMMUNITY AS A PART OF THE HEALTH TEAM IN INTERPROFESSIONAL COLLABORATION

USUARIO, FAMILIA Y COMUNIDAD COMO PARTE DEL EQUIPO DE SALUD EN LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL

Eliezer Magno Diógenes Araújo ¹
José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior ²

RESUMO

.....

O trabalho em equipe na saúde pública vem requerendo um olhar cuidadoso por parte de pesquisadores e profissionais da saúde, na medida em que envolve conceitos complexos e propõe novas maneiras de lidar com as pessoas e gerir as organizações. Este artigo aborda o tema da colaboração interprofissional, no contexto do trabalho da atenção primária à saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), destacando o papel do usuário como parte importante desse processo. Faz-se uma revisão conceitual sobre o tema, que é problematizado em relação a outros conceitos, como: integralidade, autonomia, saúde como direito e participação. Propõe-se que a valorização das práticas de cuidado em saúde nas famílias, entre vizinhos, nos grupos religiosos, nas iniciativas culturais e esportivas locais e do entrelaçamento das distintas formas da assistência à saúde (formais e informais) pode ampliar os horizontes da colaboração interprofissional, passando a considerar o usuário, família e comunidade como parte desse fazer em saúde.

.....

Palavras-chave: Colaboração interprofissional; Atenção primária à saúde; Integralidade; Participação.

1. Psicólogo. Doutorando em Direitos Humanos, Saúde Global e Políticas da Vida na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e no Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra. Membro do grupo de pesquisa em Políticas Públicas, Planejamento, Gestão e Recursos Humanos em Saúde da Fiocruz.

2. Médico. Professor na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Pesquisador docente no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) da Fiocruz.

ABSTRACT

Teamwork in public health has required a careful look on the part of researchers and health professionals, as it involves complex concepts and proposes new ways of dealing with people and managing organizations. This article addresses the theme of interprofessional collaboration, in the context of working in the primary health care (PHC) and the Family Health Strategy (FHS), highlighting the user's role as a significant part of this process. We conduct a conceptual review on the theme, which is discussed in relation to other concepts, such as: integrality, autonomy, health as a right, and participation. We propose that appreciating health care practices in families, among neighbors, in religious groups, in local cultural and sports initiatives, and the intertwining of various health care modes (formal and informal) can broaden the horizons of interprofessional collaboration, starting to consider the user, family, and community as a part of this making of health care.

Keywords: *Interprofessional collaboration; Primary health care; Integrality; Participation.*

.....

RESUMEN

El trabajo en equipo en la salud pública ha requerido una mirada cuidadosa por parte de investigadores y profesionales de la salud, ya que implica conceptos complejos y propone nuevas formas de tratar con la gente y gestionar las organizaciones. Este artículo aborda el tema de la colaboración interprofesional, en el contexto del trabajo en la atención primaria de salud (APS) y la Estrategia Salud de la Familia (ESF), destacando el papel del usuario como una parte importante de este proceso. Se realiza una revisión conceptual del tema, que se discute en relación a otros conceptos, como: integralidad, autonomía, salud como derecho y participación. Se propone que la apreciación de las prácticas de cuidado de salud en las familias, entre vecinos, en grupos religiosos, en iniciativas culturales y deportivas locales y del entrelazamiento de las diferentes formas de atención de salud (formales e informales) puede ampliar los horizontes de la colaboración interprofesional, y se pasa a considerar al usuario, la familia y la comunidad como una parte de este hacer de salud.

Palabras clave: *Colaboración interprofesional; Atención primaria de salud; Integralidad; Participación.*

.....

INTRODUÇÃO

O trabalho em equipe na saúde pública vem requerendo um olhar cuidadoso por parte de pesquisadores e profissionais da saúde, na medida em que envolve conceitos complexos e propõe novas maneiras de lidar com as pessoas e cuidar das organizações. Os serviços de saúde produzidos por essas equipes envolvem, em grande parte, um trabalho intangível, derivado de ações de e interações entre organizações, equipes, profissionais e pacientes¹.

Os processos interativos desenvolvem-se na vida cotidiana compartilhada com outros seres humanos. Cada indivíduo contribui decisiva e singularmente na construção de seus processos de interação social, que podem assumir diferentes formas, como, por exemplo, a colaboração interprofissional.

A colaboração interprofissional é um tópico bastante significativo no contexto geral dos processos e das organizações de trabalho, apresentando-se como um constructo polissêmico, complexo, atual e emergente no sentido de proporcionar respostas às necessidades envolvidas no trabalho em equipe, sobretudo nos serviços de saúde². Em

relação direta com o conceito de educação interprofissional, esse tema tem sido alvo de numerosos estudos, detalhados adiante, e está na base de diversas iniciativas em todo o mundo, destacando-se experiências no Canadá³, no Reino Unido e na Austrália. A Organização Mundial da Saúde (OMS) mantém seu Grupo de Estudo em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, que dissemina informações de várias entidades parceiras⁴.

No caso do Brasil, nos serviços de saúde pública, o trabalho em equipe interdisciplinar é um dos fundamentos da atenção primária à saúde (APS), que tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioridade para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso implica que os processos de trabalho em equipe devem focar a efetivação da integralidade e a articulação das ações de promoção da saúde⁵.

No entanto, o trabalho colaborativo na APS e na ESF, na perspectiva da democratização das ações, deve levar em conta a interação entre o trabalhador e o usuário, a população e os grupos sociais que devem participar dos processos de cuidado⁶.

Nesse sentido, os modelos de colaboração interprofissional devem identificar o usuário como coprodutor do serviço de saúde, sendo afetados por demandas, condições de vida, pobreza, exclusão social, concepções pessoais e pontos de vista⁷.

Este artigo aborda o tema colaboração interprofissional, no contexto de trabalho da APS e da ESF, destacando o papel do usuário como parte importante desse processo.

METODOLOGIA

Faz-se uma revisão bibliográfica e conceitual sobre o tema, que é problematizado em relação a outros conceitos, como: integralidade, autonomia, saúde como direito e participação. Foram consultadas as bases de dados SciELO e MedLine. Na SciELO foram adotados os termos de busca “colaboração” e “interprofissional”, sem restrição quanto ao ano de publicação; foram encontrados apenas 3 artigos, sendo 2 deles publicados recentemente. Na MedLine se optou pelos termos equivalentes na língua inglesa, “interprofessional” e “collaboration” e foram encontradas mais de 4 mil referências, com destaque para o aumento considerável do número de publicações na última década.

Foram encontrados estudos adicionais em diversas bases de dados: Cochrane Library, EPOC e CINAHL, cobrindo o período de 1950 a 2007, por meio do cruzamento de descritores relacionados ao tema, como: interprofissional, interdisciplinar, colaboração e equipe. Essas referências bibliográficas são descritas resumidamente a seguir.

Optou-se pela construção de diagramas para facilitar a apreensão dos conceitos apresentados, que descrevem dimensões e indicadores de análise da colaboração interprofissional e uma matriz de competências para o desenvolvimento do cuidado colaborativo na APS.

O CONCEITO DE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

O tema central deste estudo, a colaboração interprofissional, pode ser identificado na literatura com várias denominações, como: relações interprofissionais, comportamento colaborativo, equipes de trabalho, práticas colaborativas, clima organizacional, entre outros. Esse tema é abordado junto com temas correlacionados, como: interdisciplinaridade, interprofissionalidade, transdisciplinaridade, equipes multiprofissionais, eficácia grupal. Cobre-se um grande conjunto de disciplinas e teorias, sobretudo com base em teorias psicológicas ou sociológicas.

De modo geral, esse tema se relaciona à urgência do estabelecimento de novas relações entre os profissionais da saúde, divergindo do modelo biomédico tradicional e visando

*recursos humanos
na área da saúde
têm introduzido uma
visão renovada sobre
a importância da
interdisciplinaridade.*

à diversidade de ações e à busca de comunicação horizontal e gestão do processo de trabalho⁸.

O levantamento bibliográfico levou à identificação de dois grandes grupos de estudos.

O primeiro com predominância de métodos quantitativos, no campo do comportamento organizacional⁹, que é interdisciplinar no que se refere ao estudo de indivíduos e grupos atuando em organizações. Esse campo, em sua perspectiva intermediária (ou meso-organizacional) trata especificamente do comportamento de grupos e equipes e suas formas de cooperação, melhoria de desempenho e clima organizacional.

E o segundo com predominância de métodos qualitativos, no campo da saúde coletiva¹⁰, no subcampo de aplicação tecnológica, correspondente ao planejamento e gestão da saúde. Trata-se do desenvolvimento de práticas colaborativas, com destaque para a importância da interdisciplinaridade na integração da equipe e nos processos formativos, geralmente relacionando a educação interprofissional à colaboração interprofissional.

Alguns dos estudos mais atuais, nacionais e internacionais, apresentam características comuns, como: a) predominância de abordagem qualitativa; b) foco em processos formativos derivados das relações interprofissionais e do comportamento colaborativo; c) desenvolvimento em cenários de APS.

Destaca-se o estudo de Ivana Barreto¹¹, pela abordagem do Ensino Superior no contexto da saúde da família. Segundo a autora, no Brasil, políticas recentes para capacitação dos recursos humanos na área da saúde têm introduzido uma visão renovada sobre a importância da interdisciplinaridade, que foca a implementação de novas práticas e o desenvolvimento da colaboração interprofissional, como, por exemplo, o programa de extensão denominado “Liga de Saúde da Família”.

Vale destacar o extenso trabalho de revisão de Zwarenstein, Goldman e Reeves¹², que buscou avaliar o impacto de intervenções e práticas, com vistas à mudança do nível de colaboração. São comparados diversos estudos, considerando a satisfação do usuário e/ou a efetividade e a

eficácia alcançada pela equipe e questionando como o nível de colaboração pode afetar a prestação do serviço de saúde.

Outra revisão, liderada por Danielle D'Amour², concentrou-se na base conceitual da colaboração a partir da análise de marcos teóricos distintos. Entretanto, evidencia limites em relação a bases empíricas que possam subsidiar essas teorias, não demonstrando claramente como as práticas colaborativas alcançam melhores resultados em termos de qualidade do cuidado ao paciente. Os autores sugerem como linha de pesquisa a influência de fatores externos (contexto macro-organizacional) no processo colaborativo.

Outro aspecto da literatura estudada é a apresentação de classificações, modelos e tipologias para compreender melhor os processos de trabalho em equipe, como se pode verificar na formulação teórica de Marina Peduzzi¹³, que apresenta uma tipologia de equipes multiprofissionais em saúde, com base na Teoria do Agir Comunicativo de Habermas. Faz-se distinção entre duas modalidades de equipes: equipe agrupamento e equipe integração. E são apresentados critérios de classificação, no entanto, sem bases empíricas que possam sustentar sua formulação.

Danielle D'Amour e colaboradores¹⁴ apresentam um modelo canadense de tipologia e avaliação da colaboração interprofissional, composto por 4 dimensões que se desdobram em 10 indicadores de colaboração (Figura 1). Os autores avaliam o modelo com base em dados empíricos, por meio de uma pesquisa qualitativa que utiliza entrevistas semiestruturadas. São apontados 2 tópicos importantes para pesquisas futuras: a) o interesse do paciente e seus familiares e o papel destes na colaboração interprofissional; e b) a adaptação do modelo para outros contextos culturais.



Figura 1. Modelo de colaboração interprofissional – dimensões e indicadores de análise.
Fonte: Elaborada pelos autores.

Araújo e colaboradores¹⁵ propõem um esquema integrativo entre três importantes conceitos: educação interprofissional, colaboração interprofissional e promoção da saúde.

A colaboração é um conceito plural, mas de forma geral implica a ideia de compartilhamento e de ação coletiva.

Em outros estudos^{15,16} se explicita a necessidade de novos modos de fazer em saúde, nos quais o usuário recebe o empenho dos diversos setores e níveis de atenção. O modelo de avaliação da colaboração interprofissional é utilizado com profissionais da APS e os resultados são tratados com procedimentos estatísticos descritivos e inferenciais, com uso do coeficiente de correlação e do alfa de Cronbach, para a verificação de sua confiabilidade.

Estudos qualitativos sobre colaboração interprofissional têm buscado identificar padrões, consistências e inconsistências e o reconhecimento de categorias empíricas e teóricas com foco nos desafios cotidianos na busca do trabalho colaborativo em equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹⁷.

A colaboração é um conceito plural, mas de forma geral implica a ideia de compartilhamento e de ação coletiva orientada por objetivos comuns, no espírito de confiança e harmonia entre os membros de uma equipe de trabalho. Algumas indicações na literatura² procuram detalhar o funcionamento da colaboração e apontar alguns conceitos que podem esclarecer melhor esse constructo, como: interdependência, compartilhamento, parceria e poder, como explicitado adiante.

a. Interdependência: desejo comum dos profissionais que compõem uma equipe de atender as necessidades do cliente/usuário, desenvolvendo uma maior tendência para a mútua dependência do que para a autonomia e gerando um trabalho sinérgico.

b. Compartilhamento: forma como os membros de uma equipe compartilham responsabilidades, valores e processos de tomada de decisão, planejando e intervindo em tarefas que exigem colaboração.

c. Parceria (ou sociedade): traz a noção de dois ou mais atores envolvidos em tarefas colaborativas. Caracteriza-se por uma relação de coleguismo e demanda uma comunicação clara e honesta, com confiança e reconhecimento do valor do outro.

d. Poder: empoderamento simultâneo de cada participante da equipe e reconhecimento dessa distribuição de poder. Sendo um produto das interações sociais entre os membros da equipe.

Os limites da compreensão desse fenômeno têm raízes em nosso processo de formação, que geralmente adota um paradigma disciplinar¹⁰, encontrando dificuldades para efetivar uma lógica da colaboração. Cada disciplina desenvolve fortes referenciais teóricos que confirmam o acesso à jurisdição profissional e que muitas vezes são rigidamente circunscritas².

A superação de certos paradigmas encontra várias barreiras na prática, especialmente quando vemos que o ambiente de trabalho, em seus processos de interação social, não oferece apenas oportunidades, mas uma variedade de restrições e ameaças. Trata-se de uma questão de integração *versus* diferenciação, ou melhor, de uma constante dinâmica de oposição entre a colaboração interprofissional e o profissionalismo e da dicotomia entre interdependência e autonomia.

Por um lado, as corporações profissionais visam a garantir um mercado definido e inviolável, mas também buscam expandir territórios, aumentar o grau de dominação sobre outras profissões. Por outro lado, a lógica do trabalho na APS, aponta a necessidade de construir objetivos comuns, partilhar conhecimentos, especialidades, experiências, habilidades e, até, a intersubjetividade¹⁸.

Se a prática profissional é baseada em processos autônomos paralelos e independentes, não poderá haver integração na equipe, mas se a autonomia individual é restrita e preciso do outro para realizar meu trabalho de modo eficaz, a equipe pode desenvolver uma autonomia coletiva e um processo de trabalho mais integrativo e colaborativo.

INTEGRALIDADE, AUTONOMIA E DIREITO À SAÚDE

A atuação interdisciplinar relaciona-se positivamente a vários fatores, como: a mudança do modelo médico assistencial, ampliação das linhas de cuidados em saúde, necessidade de vínculo na relação interprofissional e com o usuário, além da participação e autonomia dos cidadãos no processo saúde-doença, bons resultados na qualidade da assistência e na efetivação da saúde como direito social. Há evidências de melhoramento no acesso e na coordenação dos serviços de saúde, na melhoria do cuidado ao paciente, evitando complicações, especialmente em doenças crônicas, melhoria na satisfação do paciente e aceitação do tratamento⁴.

Isso nos remete ao desafio de considerar o indivíduo em sua totalidade e atuar na perspectiva da integralidade. Ou seja, na abordagem ampliada ao indivíduo e/ou ao grupo, em consideração aos diversos aspectos do ser humano: seu contexto familiar, social, cultural e ambiental. O desenvolvimento desse princípio requer que o profissional da

constante dinâmica de oposição entre a colaboração interprofissional e o profissionalismo.

saúde compreenda e proporcione condições de mudanças no processo saúde-doença, integrando em suas práticas ações de promoção, prevenção e reabilitação.

A integralidade deve inovar todos os serviços, a produção do cuidado em saúde, a análise crítica de contexto, problematizando saberes e competências específicas de cada profissão¹⁹. De modo que a reorganização do trabalho interprofissional nas equipes dos serviços do SUS é condição necessária para a conquista da integralidade¹⁸. Isso exige uma superação dos modelos tradicionais de atuação multiprofissional em saúde, que reforçam o paradigma biomédico com ênfase na doença e na cura²⁰.

Implementada em 1994, a ESF, como modelo re-orientador da rede de assistência à saúde a partir da APS, empenha-se em promover a universalização do acesso da população brasileira à integralidade da assistência e à equidade. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a ESF deve trabalhar com a lógica da corresponsabilização da saúde entre usuário/família e profissional, o que favorece a prevenção, a identificação, o tratamento e a cura de doenças, além da reabilitação e do monitoramento dos agravos à saúde coletiva.

No entanto, como esclarece Mauro Serapioni²¹, observar a importância dos setores informais (usuários, famílias e comunidades) por parte das políticas públicas não é suficiente para garantir a qualidade do cuidado, se não houver o fortalecimento da autonomia. A corresponsabilização e a participação da comunidade só podem ser efetivadas na medida em que o usuário é considerado como sujeito ativo na produção do cuidado.

José Ricardo Ayres²² denuncia que a concepção predominante de sujeito nas políticas de saúde é incompatível com os princípios e valores que deveriam orientar o SUS. A efetivação da integralidade passa, então, pelo reconhecimento desse usuário como sujeito de direitos, compreendendo-o não como ser individual, mas relacional, contingente e histórico. O cuidado compartilhado é entendido como processo dialógico e não somente interventivo.

Cabe destacar a relação intrínseca entre a concepção de saúde e a concepção do direito à saúde. Nunes²³ distingue duas dinâmicas de relação entre essas concepções. Na

primeira, o direito à saúde é visto como imperativo centrado na responsabilização individual. Na segunda, associada a concepções ampliadas de saúde (como os princípios do SUS), relaciona-se ao conceito de justiça sanitária, no qual a realização do direito passa por processos de reconhecimento identitário de pessoas ou grupos afetados por certas doenças, pela promoção da vida em várias dimensões e pela autonomia dos sujeitos.

Há todo um campo discursivo na saúde coletiva que associa essa autonomia do indivíduo à responsabilidade e à gestão de si. Dessa forma, dá-se importância a variáveis subjetivas na análise em saúde, entendendo que o sujeito participa ativamente na autoavaliação de seu estado de saúde²⁴. Entretanto, quando essa autonomia individual passa a ser associada à noção de risco, torna-se evidente uma demanda econômica, de ênfase neoliberal, que visa ao controle dos gastos públicos com serviços de saúde relativos a problemas evitáveis, consequência de estilos de vida não saudáveis.

Além disso, Nunes²³ denuncia o imperativo do princípio da prevenção e da medicalização da sociedade, que, seguindo receitas neoliberais, promete melhor a qualidade de vida daqueles dispostos a vincular sua vida ao complexo médico-industrial, com foco no controle dos comportamentos de risco e em uma visão individualizada (e, portanto, ideológica) de problemas de ordem econômica, social e política.

Entende-se que a organização do trabalho interprofissional na saúde e a conquista da integralidade deve dialogar de perto com a corresponsabilização do usuário, compreendendo-o como cidadão de direitos. Vê-se, contudo, que a efetivação da saúde como direito pode adquirir, na prática das políticas públicas de saúde, vieses contraditórios que individualizam problemas coletivos e mercantilizam esses mesmos direitos.

O USUÁRIO COMO PARTE DA EQUIPE

O trabalho em equipe na APS surge como resposta à complexidade dos fenômenos relativos ao processo saúde-doença, bem como à necessidade de uma série diversificada de ações para efetivação da atenção integral à saúde⁶. Essa divisão do trabalho entre diversas categorias está presente no planejamento de ações, na definição de prioridades, em intervenções mais criativas e efetivas, na redução da duplicação de serviços e na redução de custos.

No entanto, esse processo não ocorre de forma homogênea ou espontânea, pois envolve o contexto da alta especialização, do corporativismo, da compartimentalização de saberes e de um modelo assistencial biomédico de cunho clínico e individualista. Há frágeis articulações de experiências nos serviços e entre serviços²⁵.

Esse entendimento é importante no sentido de que o

trabalho em equipe, para além dos discursos retóricos de eficiência, cooperação e inventividade nas práticas em saúde, diz respeito a agentes concretos que realizam seu trabalho conjuntamente, em contexto sócio-histórico cheio de contradições. O debate sobre o trabalho envolve a compreensão de que nenhuma atividade humana pode ser totalmente padronizada e controlada, de modo que coletivo prescrito se distingue do coletivo real, permeado por sofrimento, pesar e incertezas²⁶.

Esse olhar sobre o trabalhador da saúde enquanto agente histórico indica que, além do direcionamento a práticas multiprofissionais, é necessário um olhar para os microprocessos do trabalho, com vistas à superação do modelo hegemônico⁷. O que requer a articulação e participação dos usuários e dos trabalhadores²⁵. Esse é o grande desafio para as equipes da ESF: possibilitar uma prática de saúde na qual usuário e a população sejam partícipes do trabalho em equipe⁷.

Entretanto, como vimos, a incorporação do usuário como sujeito ativo no processo de cuidado não é ponto pacífico, nem na sua legitimação, com base na noção de direito e autonomia individual, podendo levar novamente a uma visão clínica e individualizante, nem na sua operacionalização, pois envolve a superação do assistencialismo clientelista por parte dos profissionais e das ambiguidades, da alienação e do sentimento de impotência, decorrentes da intensa situação de opressão e desigualdade social a que estão submetidas historicamente as populações que compõem o público prioritário das ações da APS.

Vale destacar outro nível de participação popular, para além daquela instituída por meio do sistema de conselhos e das experiências de mobilização social. Trata-se de uma participação que ocorre na reorientação das práticas cotidianas de atenção à saúde²⁷.

O sistema de conselhos e conferências de saúde tem se dedicado principalmente a temas ligados à gestão e ao planejamento das políticas de saúde e à luta pela ampliação de recursos. Contudo, tem contemplado a articulação e o apoio às práticas solidárias e de enfrentamento dos problemas de saúde na sociedade. Algumas dimensões da luta popular pela saúde só podem ser percebidas se houver uma inserção no mundo popular. Muitas iniciativas na ESF tem se

*a conquista da
integralidade deve
dialogar de perto com
a corresponsabilização
do usuário.*

pautado pelo viés da educação popular, visando a construir uma prática de saúde de forma dialogada entre a população e os profissionais²⁷.

Em relação à noção de colaboração interprofissional, destaca-se a experiência do sistema de saúde do Canadá, que tem avançado na construção de um modelo de competências interprofissionais que possam auxiliar educadores e profissionais da saúde a vivenciar uma aprendizagem significativa e integrativa, aplicada em situações reais.

A estrutura de competências proposta pelo Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), liderado pelo professor John Gilbert, da Universidade de British Columbia³, propõe 6 domínios de conhecimento, habilidades e valores julgados essenciais para a prática colaborativa interprofissional: 1) Cuidado centrado no paciente/usuário/família/comunidade; 2) Comunicação interprofissional; 3) Esclarecimento de papéis; 4) Funcionamento da equipe; 5) Esclarecimento de papéis; 6) Resolução de conflitos (Figura 2).

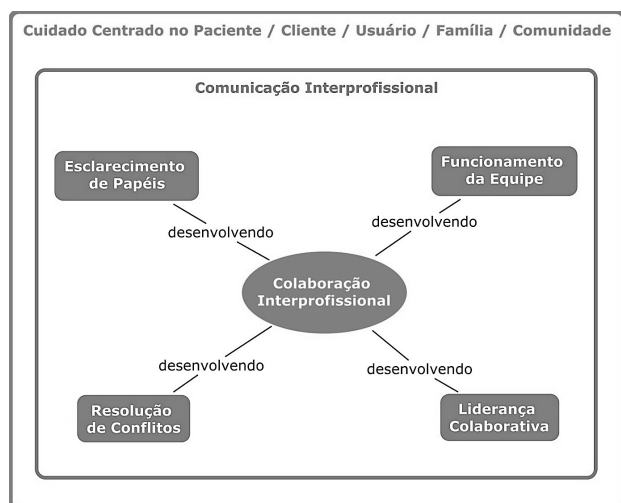


Figura 2. Matriz de competências para o desenvolvimento de práticas colaborativas interprofissionais.

Fonte: Elaborada pelos autores.

A colaboração, como cuidado centrado no usuário, busca o desempenho interativo entre as equipes multiprofissionais de saúde e a comunidade, possibilitando a aquisição e o aprimoramento dos conhecimentos das diferentes especificidades, permitindo a troca de saberes e a obtenção de eficácia nas ações de promoção da saúde.

Nesse contexto, os profissionais da saúde devem assumir um papel de “educadores aprendizes”, capazes de construir uma nova realidade a partir de um conhecimento comum entre profissionais e usuários. Compreende-se a comunidade como constituída por sujeitos ativos que interagem com o meio, dotados de capacidade para estabelecer com este uma relação custo-benefício satisfatória²⁸.

os profissionais da saúde devem assumir um papel de “educadores aprendizes”.

Essa centralidade no usuário requer o reconhecimento da estrutura dos interesses que estão em jogo, na base dos relacionamentos entre profissionais e usuários, que pode focar os interesses: do usuário, das profissões, da organização ou particulares. E passa, portanto, por uma distribuição do poder, ou melhor, pela realização da participação enquanto exercício de aprendizagem do poder²⁹.

Mesmo considerando a importância dos interesses e dos pontos de vista dos usuários para a colaboração interprofissional, a produção sobre práticas que visem a esse fim ainda é pequena¹⁴. No entanto, alguns estudos^{21,27} apontam alternativas de articular os cuidados formais (advindos do trabalho em saúde) aos cuidados informais (práticas solidárias de saúde que ocorrem cotidianamente nas comunidades): a) mobilizar redes de suporte social; b) promover estratégias grupais (grupos de apoio mútuo) em nível comunitário; e c) reforçar laços de vizinhança e solidariedade.

Por meio da valorização das práticas de cuidado nas famílias, entre vizinhos, nos grupos religiosos, nas iniciativas culturais e esportivas de caráter local e do entrelaçamento das distintas formas da assistência à saúde (formais e informais), pode-se ampliar os horizontes da colaboração interprofissional, passando a considerar o usuário, a família e a comunidade como parte desse fazer em saúde?

É possível, especialmente se essa valorização se soma à interação terapêutica dialógica, não utilitarista, por meio da qual se pode buscar a flexibilização das normas e prescrições tecno-burocráticas²². Concorda-se com o pensamento de Eleanor Conill³⁰ destacando que é a dinâmica dos atores sociais, dos sujeitos das relações no cotidiano assistencial, que reproduz ou cria teorias e novos modelos assistenciais.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Eliezer Magno Diógenes Araújo participou do levantamento bibliográfico, do delineamento da pesquisa, da coleta e análise dos dados e da redação do manuscrito; **José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior** participou da revisão do aporte conceitual e metodológico da pesquisa e da revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006. p. x-y.
2. D'Amour D, Ferrada-Videla M, Rodriguez LSM, Beaulieu MD. Conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005;19(Suppl 1):116-31.
3. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Canadian Interprofessional Health Collaborative [document on the internet]. Vancouver (BC): University of British Columbia; 2010 [cited 2016 Nov 7]. Available from: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
4. Health Professions Network Nursing and Midwifery Office. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice [document on the internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2016 Nov 7]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1
5. Brasil. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
6. Crevelim M, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de Saúde da Família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(2):323-31.
7. Silva-Roosli AC, Athayde M. Gestão, trabalho e psicodinâmica do reconhecimento no cotidiano da Estratégia Saúde da Família. In: Assunção AA, Brito J, organizadores. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011. p. x-y.
8. Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ÁLP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface Comun Saúde Educ* [serial on the internet]. 2005 [cited 2013 Oct 4];9(18):521-36. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n18/a05v9n18.pdf>
9. Chiavenato I. *Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
10. Almeida Filho N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate aberto. *Rev Adm Pública*. 2000;34(6):11-34.
11. Barreto ICHC, Lóiola FA, Andrade LOM, Moreira AEMM, Cavalcanti CGCS, Arruda CAM, Silva ALF. Development of interprofessional collaborative practices within undergraduate programs on healthcare: case study on the Family Health Alliance in Fortaleza (Ceará, Brazil). *Interface Comun Saúde Educ* [serial on the internet]. 2011 [cited 2016 Nov 7];15(36):199-212. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100016
12. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [serial on the internet]. 2009 [cited 2016 Nov 7];(3):CD000072. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000072.pub2/abstract>
13. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.
14. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martín-Rodríguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:188.
15. Araújo EM, Cavalcante MMB, Mesquita KCM, Lima ÉG, Correia RBF, Silva ALF. Educação interprofissional e promoção da saúde: desafios para Estratégia Saúde da Família. In: Catrib AMF, Dias MSA, Frota MA, organizadores. *Promoção da saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família*. Campinas (SP): Saberes; 2011. v. 1, p. 197-207.
16. Araújo EMD. A dinâmica da colaboração interprofissional no contexto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Sobral (CE): Universidade Federal do Ceará; 2012.
17. Araújo EMD, Galimberti P. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. *Psicol Soc* [serial on the internet]. 2013 [cited 2016 Nov 7];25(2):461-8. Available from: <http://www.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs2/index.php/seerpsicsoc/article/view/3598/2230>
18. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface Comun Saúde Educ* [serial on the internet]. 2007 [cited 2016 Nov 7];11(22):239-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/05.pdf>
19. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006. p. 419-56.
20. Andrade LOM, Barreto ICHC, Martins Jr TA. A Estratégia Saúde da Família no Brasil e a superação da medicina familiar. *Sanare* (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2003 [cited 2016 Nov 7];4(1):57-64. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/117/109>
21. Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciênc Saúde Coletiva* [serial on the internet]. 2005 [cited 2013 Oct 5];10(Suppl):243-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>

22. [Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ/Abrasco; 2009.](#)

23. [Nunes JA. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. Revista Crítica de Ciências Sociais \[serial on the internet\]. 2009 \[cited 2016 Jan 15\];\(87\):143-69. Available from: file:///D:/RCCS_87_Joao_Arriscado_Nunes.pdf](#)

24. Gimenes GF. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. Trab Educ Saúde [serial on the internet]. 2013 [cited 2016 Nov 7];11(2):291-318. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a03v11n2.pdf>

25. Dalla Vecchia M. Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2012.

26. Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Rev Saúde Pública [serial on the internet]. 2009 [cited 2013 Oct 4];43(4):721-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/90.pdf>

27. Vasconcelos EM. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: Fleury S, Lobato LVC, organizers. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. x-y.

28. Araújo LM. Saúde da família, educação popular e práxis médica [document on the internet]. [date unknown]. Available from: http://www.prac.ufpb.br/copac/extelar/producao_academica/artigos/pa_a_saude_da_familia_educacao_popular_e_praxis.pdf

29. Sousa ML, Tófoli LF. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária: acesso e cuidado integral. Cadernos ESP [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Nov 7];6(2):13-21. Available from: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/76/63>

30. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública [serial on the internet]. 2008 [cited 2013 Oct 5];24(Suppl 1):s7-s16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>

Recebido em 21/05/2016 Aprovado em 22/10/2016