

Gestão do trabalho interprofissional no projeto terapêutico singular: proposta de modelo de processo de trabalho

Marcia Mazzeo Grande¹ , Regina Yoneko Dakuzaku Carretta² , Amanda Goshima Kronka² ,
Aline Inocenti² , Aldaísa Cassanho Forster² 

RESUMO

Objetivo: propor um modelo para organização das atividades de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) no contexto da estratégia da Saúde da Família (ESF), facilitando a colaboração interprofissional. **Método:** Trata-se de pesquisa qualitativa. Utilizou-se a estratégia de pesquisa-ação, envolvendo uma equipe multiprofissional de saúde e ações de colaboração interprofissional para aprimorar a prática. A pesquisa-ação foi escolhida por mostrar-se adequada para estudos em cenários sociais, em contextos diversos. Os pesquisadores e a equipe acordaram que a discussão do PTS ocorresse em reuniões amplas para favorecer a discussão, reflexão e propostas de ações para o caso. O trabalho de campo envolveu aproximadamente 20 reuniões com a equipe que geravam subseqüentes momentos reflexivos da pesquisa. Essa dinâmica favoreceu a proposta do modelo. As etapas do trabalho da pesquisa foram reconhecimento do problema, planejamento, implementação e avaliação. **Resultado:** Nas reuniões do trabalho coletivo, a equipe pesquisadora percebeu problemas no processo do PTS, tais como: falta de clareza dos objetivos; planejamento e direcionamento das ações colaborativas interprofissionais pouco efetivos para envolver paciente e família no cuidado de saúde. Nesse contexto, propôs-se um modelo de PTS com quatro etapas: Discussão do caso, Designação, Execução e Encerramento ou nova abordagem do processo de atenção. **Conclusão:** O modelo proposto é uma contribuição teórica e necessita de mais estudos empíricos para validar sua aplicação no âmbito da ESF. Identificou-se, como limitante para a gestão do cuidado para o PTS, a falta de formação pré- e pós-graduada em educação interprofissional dos participantes. No entanto, o modelo se justifica na medida que ajuda a construir ações interprofissionais, recomendadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e órgãos internacionais da saúde (OMS e OPAS).

Palavras-chave: Projeto terapêutico singular, Modelo de processo de trabalho, Trabalho interprofissional, Estratégia saúde da família, Pesquisa-ação.

INTRODUÇÃO

Com o Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado Brasileiro buscou garantir a saúde, no sentido amplo, como dever do Estado e para isso propôs um conjunto de políticas sociais e econômicas¹.

Desde sua implementação em 1990, o SUS elegeu políticas e ações incentivando a qualificação dos profissionais e estruturas físicas para "superar as dificuldades impostas pela necessidade de tornar a atenção à saúde mais efetiva, eficiente e equitativa"² na rede básica. Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujos atributos derivam da Atenção Primária à Saúde (APS) e englobam equipes multiprofissionais em um contexto de processo

de trabalho orientado para a comunidade e seus determinantes sociais da saúde.

A evolução do trabalho das Equipes de Saúde da Família (eSF) mostrou a necessidade de agregar outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros ao serviço. Como resposta à essa demanda, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)³, modalidade assistencial que possibilitou um cuidado diferenciado da APS, com a inclusão no processo de trabalho de outras categorias, tais como, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, entre outros.

O NASF foi considerado um espaço profícuo para o desenvolvimento da educação interprofissional das eSF na APS, ressaltando-se o protagonismo dos profissionais para a interação e integração

1. Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto, (SP), Brasil.

2. Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto, (SP), Brasil.



das práticas, constituindo um processo de trabalho de colaboração interprofissional^{2,3}.

A colaboração interprofissional compreende um trabalho em que profissionais de saúde, de diferentes profissões, assumem responsabilidades, atuam com interdependência, sabem de suas funções e têm orientações objetivas para prestação de cuidado integrado^{4,5}.

Isto posto, no sentido de facilitar o processo de trabalho de colaboração interprofissional, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) se apresenta como um "instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso"⁶, integrando variados conhecimentos e visões dos diversos membros de uma equipe de saúde.

Entende-se por PTS como "um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com apoio matricial, se esse for necessário"⁷.

O PTS compõe-se de quatro momentos:

- 1) Diagnóstico e análise: considera os aspectos físicos, psíquicos e sociais do caso, para um diagnóstico contemplando os riscos e vulnerabilidade do usuário.
- 2) Definição de ações e metas: com propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o usuário/família/responsável, preferencialmente pelo profissional da equipe com melhor vínculo com ele. Segundo Ditterich, Gabardo e Moysés⁸, a equipe percebe "momentos chave" (mudanças no ciclo de vida, surgimento de doenças, entre outros) para eleger a abordagem PTS para a família.
- 3) Divisão de responsabilidades e tarefas para os membros da equipe, além de um profissional de referência para garantir a continuidade do cuidado e definição de quem coordenará a gestão do caso⁶.
- 4) Reavaliação: discutir a evolução e necessidades de reformulações no projeto.

Pode-se perceber na abordagem do PTS um desafio para inovar o processo de assistência, em que se necessita intensificar a interação profissional, para melhor qualificar a atenção à saúde, reduzir conflitos e ampliar a colaboração interprofissional, bem como melhorar a qualidade da gestão do cuidado em termos de equidade, eficiência e efetividade^{2,5,9}.

Um estudo realizado sobre a utilização de PTS na atenção à saúde mental no Brasil, mostrou que há incongruência entre o que preconiza o Ministério da Saúde para a elaboração do PTS e o que se verifica na prática, especialmente no que se refere: à participação e corresponsabilidade entre equipe e usuário na construção do PTS; à definição de metas; à divisão de responsabilidades nas equipes envolvidas; à dificuldade de articular profissionais de diferentes áreas de conhecimento para o atendimento ao paciente; e ao compartilhamento e discussão de informações sobre os casos^{10,11}.

Não obstante de o PTS ser um recurso para melhor eficácia das ações terapêuticas, a sua efetivação representa um desafio, pois são necessários elementos como comunicação no trabalho em equipe e construção conjunta de abordagens de casos clínicos, o que desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação entre os profissionais, a utilização das reuniões de como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão e discussão^{3,7}.

Neste contexto, surgiu a seguinte questão de pesquisa: como o PTS pode ser incorporado na rotina da equipe da saúde da família (eSF) favorecendo a colaboração interprofissional?

Trata-se assim de considerar aspectos pertinentes ao planejamento e à organização do processo de trabalho no âmbito da eSF, no sentido de estabelecer uma rotina de trabalho orientada para o uso de PTS e o estabelecimento de um ambiente organizacional interno que favoreça a colaboração interprofissional².

Para responder à essa questão, elaborou-se esta pesquisa-ação, cujo objetivo é propor um modelo para a organização das atividades de PTS no contexto da ESF, facilitando a colaboração interprofissional.

MATERIAIS E MÉTODOS

O trabalho está sendo desenvolvido em um serviço de formação profissional para a saúde, integrado à rede básica de um município de grande porte paulista, por meio de um convênio com uma universidade pública. O serviço conta com uma equipe de saúde da família, de acordo com as normatizações da Política Nacional de Atenção Básica¹², para prestar assistência à saúde à população de uma área de referência. Pelo fato de ser um serviço escola, a equipe desenvolve preceptoria na formação de

profissionais da saúde, abrangendo residência de medicina de família, residência multiprofissional e ensino de graduação. Neste contexto, a universidade elabora, em parceria, as atividades dos programas de ensino com a equipe e promove pesquisas voltadas à atenção à saúde, por meio dos docentes e pesquisadores ligados a esses serviços.

A oferta de serviços inclui a assistência a pacientes com necessidades múltiplas de saúde e alta taxa de envelhecimento, como pacientes em cuidados paliativos, portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, o serviço se organiza para atender doenças agudas e acompanhar o desenvolvimento de crianças e adolescentes, mulheres e adultos.

A presença de pacientes vulneráveis pela idade e pelo comprometimento das complicações, resultantes das doenças crônicas não transmissíveis, demanda uma abordagem diferenciada dos profissionais de saúde e dos cuidadores, voltada para a educação interprofissional da equipe entre si e entre ela e os cuidadores¹³.

Dado esse contexto de presença de casos, aqui designados como casos complexos, que encerram várias coisas ou ideias, que não são simples, buscou-se uma estratégia de pesquisa-ação. Trata-se, portanto, de pesquisa qualitativa com vista à intervenção. Essa estratégia permite explorar uma forma de organizar o trabalho da equipe em ambiente de colaboração interprofissional, tendo o PTS como elemento nucleador da assistência ao paciente e sua família, para cumprimento dos atributos da longitudinalidade, da coordenação e orientação familiar da APS como ordenadora do cuidado da família na Rede de Atenção à Saúde (RAS)^{3,6,14,15}.

Na pesquisa-ação aborda-se uma situação ou problema coletivo, envolvendo participantes de modo colaborativo¹⁶. É uma tentativa continuada, sistemática e empiricamente fundamentada para aprimorar a prática no serviço de saúde^{16,17}.

Por ser uma estratégia de pesquisa contínua, possibilitando melhorias frequentes nas situações estudadas; proativa; participativa, envolvendo profissionais de diversas áreas de atuação; documentada, permitindo o registro do aprendizado obtido; e intervencionista^{17,18}, mostrou-se adequada para responder à questão de pesquisa proposta.

Com base na fundamentação de Tripp¹⁷, que estabelece um protocolo para a aplicação da pesquisa ação, os pesquisadores e a eSF acordaram que as

discussões do PTS fossem realizadas nas reuniões de equipe, garantindo, além da participação de todos da equipe, o tempo necessário para discussões e propostas de ações, visando à integralidade da atenção à saúde¹⁹. As etapas da pesquisa foram:

1) Reconhecimento do problema:

- Situação: Não havia uma compreensão ampla da extensão e utilidade do PTS para a melhoria da atenção ao paciente e à família. Observou-se um potencial para intervenção¹⁹.
- Participantes: todos os membros da equipe multiprofissional, acrescidos dos residentes da medicina de família e da residência multiprofissional, além de os pesquisadores/professores associados ao serviço.
- Práticas atuais: atendimentos individuais, atendimentos coletivos da comunidade e atividades de educação permanente. Essas práticas são preconizadas para a ESF. O PTS era inserido nas atividades, porém sem uma rotina de acompanhamento. Os casos eram selecionados a partir das reuniões de equipe e discutidos mensalmente.
- Intenção: O PTS tem potencial para ser uma prática que engloba os atributos da APS^{14,20}, e ser um elemento nucleador da colaboração interprofissional na APS¹⁹. Além disso, exige uma abordagem integrada, centrada no paciente e na sua família, o que contribui para que a formação profissional se adéque às necessidades de fortalecimento do SUS¹³.

2) Planejamento

- Submissão e aprovação da proposta da pesquisa-ação à equipe da unidade para intervenção dos pesquisadores, com foco no PTS.

3) Implementação

- O processo de aprendizagem interprofissional ocorreu no acompanhamento de um caso complexo de saúde, que favorecia a interação e a troca de saberes entre os profissionais e estudantes para o aprimoramento de suas competências^{3,19}. A partir de um caso de um paciente sob cuidados paliativos, demandando cuidados clínicos, orientações à família, suporte ao cuidador principal e articulação com outros serviços da rede de apoio do

SUS (Centro de Referência da Assistência Social-CRAS, laboratórios, Serviço de Atenção Domiciliar-SAD) e prestadores privados. Vale enfatizar que tanto o caso como a família foram abordados considerando aspectos sociais, comunitários e culturais, que compõem os atributos da APS^{14,21}, caracterizando a articulação dos aspectos intersetoriais em uma Rede de Atenção à Saúde ampliada¹⁵. Essa etapa da pesquisa foi realizada no período de 11/2017 a 10/2019, que resultou em aproximadamente 20 reuniões com a equipe e os subsequentes momentos reflexivos dos pesquisadores. O PTS em pauta foi proposto pela eSF, pelos pesquisadores e residentes.

- Os métodos de coleta de dados foram a observação, o registro das reuniões de equipe, nas quais discutiu-se o caso estudado e relatórios do trabalho do PTS.
- 4) Avaliação
- Após as reuniões de equipe, os pesquisadores se reuniam para análise e reflexões dos dados coletados. Nessas reuniões, procurou-se construir uma visão compartilhada dos problemas enfrentados pela eSF para a condução efetiva do PTS. Esta visão evoluía à medida que a interação entre os pesquisadores e a eSF se aprofundava, e se faziam considerações, no sentido de a equipe refletir sobre encaminhamentos possíveis para ações mais adequadas às necessidades de saúde da família e paciente, bem como melhorar o processo do PTS em si e promover a colaboração interprofissional^{2,5,8,10}.
 - A partir da visão compartilhada do problema, os pesquisadores elaboraram uma primeira versão de uma proposta de modelo de trabalho, com vistas à promoção da colaboração interprofissional no contexto do PTS. Esse modelo foi apresentado à eSF para discussão e avaliação. Com base nos questionamentos e sugestões feitas pela equipe, o modelo proposto foi ajustado para ser implementado^{13,17}.

Ressalta-se que este trabalho aborda o modelo até a fase de sua implementação. A aplicação do modelo será objeto de outros estudos a serem realizados futuramente. No entanto, pretende-se que a eSF tenha, com a implementação desse modelo, um processo de trabalho que possibilite propor abordagens inovadoras

e integradoras, da seleção de casos para o PTS até a definição das ações pela equipe, bem como das ferramentas de controle, com instrumento específico de planejamento, registro e acompanhamento das ações.

RESULTADO: UM MODELO ORGANIZACIONAL PARA USO DO PTS VISANDO A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESF

A partir do acompanhamento das reuniões foram levantados os seguintes problemas conceituais e operacionais:

- a) Limitação do entendimento adequado do conceito de PTS;
- b) Falha na aplicação efetiva do PTS: não se identificou um planejamento prévio ou uma comunicação adequada com a família na abordagem do plano de cuidado ao paciente. Isso suscitou questionamentos dos familiares do paciente sobre o processo do cuidado;
- c) A coordenação do trabalho pela equipe multiprofissional não foi desenvolvida a contento, implicando em um acúmulo de ações que sobrecarregaram os cuidadores e o próprio paciente;
- d) Embora multiprofissional, percebeu-se que as competências colaborativas da equipe eram insuficientes para os propósitos da aprendizagem interprofissional.

Somado a isso, várias questões foram levantadas nas reuniões de avaliação do PTS, no que se refere à sua resolatividade:

- a) A decisão de realizar o PTS foi tomada somente pela equipe da unidade de saúde, ou seja, a construção não foi conjunta com a família. Em função disso, certas ações da equipe não foram compreendidas por ela;
- b) Falta de clareza quanto aos aspectos da coordenação da APS envolvidos no processo de atenção, tanto por parte da eSF e também de outros prestadores da Rede de Atenção à Saúde¹⁵ quanto dos familiares e cuidadores;
- c) O processo de aprendizagem de colaboração interprofissional era incipiente e, portanto, a equipe multiprofissional não dispunha de competências e habilidades para promover ações colaborativas interprofissionais; e

- d) Falta de definição de um coordenador de PTS para o caso.

Considerando os relatórios das reuniões com a eSF na realização do PTS, nas quais se analisaram as dificuldades acima levantadas, foi elaborado um modelo para executar as atividades de PTS dentro da ESF orientado para a realização da colaboração interprofissional (Figura 1). Esse modelo possui quatro etapas, que abrangem desde a eleição do caso até finalização do PTS, ou definição de nova abordagem da atenção pela equipe: reunião de equipe, designação de casos de PTS, execução do PTS e encerramento do PTS.

A seguir será discutido, individualmente, cada elemento do modelo proposto.

● Reunião de equipe

No âmbito da ESF, o processo de trabalho contempla a reunião de equipe mensal, com a finalidade de compreender cada caso no contexto da família e comunidade. Abarcando, assim, aspectos não apenas clínicos, mas sócio-econômico-culturais, tornando-se a família o próprio caso^{10,21,22}. A equipe utiliza o "setting", ou a discussão de casos, para implementar um modo diferenciado de planejar e compartilhar a clínica e o processo terapêutico.

É nesta reunião de equipe que se deve iniciar a avaliação do caso para definir necessidade de desenvolvimento do PTS ou não. Sendo o caso eleito para o PTS, inicia-se o estudo da situação na

sua complexidade. Neste ponto, recomenda-se a utilização de ferramentas específicas, como aquelas de abordagem familiar, a exemplo do genograma, ecomapa e *checklist*⁸. É fundamental ter clareza das prioridades do caso a serem consideradas, tanto pelos membros da equipe quanto do usuário/família^{21,22,23}.

Nesta fase utiliza-se um instrumento normatizador para o acompanhamento, controle e programação das ações futuras, a saber, o Registro de Caso PTS. Esse instrumento contém o ecograma, genograma, informações de registro do paciente e da família, dos problemas de saúde, da discussão clínica do PTS pela equipe, das ações programadas e a serem realizadas, do plano de cuidado atualizado em cada reunião e dos prazos para as ações futuras até a solução do caso. Ele será utilizado durante todo o processo e deve ser preenchido durante a discussão do caso pela equipe.

● Designação dos casos

Esta etapa inicia-se com a formação de equipes de profissionais para condução de cada caso, considerando-se a intencionalidade do resultado segundo os fatores sociais, demográficos e clínicos do paciente e/ou da família¹⁰. Essas equipes devem ser multiprofissionais e adequadas às necessidades dos pacientes e/ou famílias assistidas no PTS^{24,25}. Para qualificar a atenção, é desejável que as profissões ali envolvidas "aprendam juntas no local de trabalho, de uma maneira planejada e com metas"¹³. A intenção é que o contexto favoreça a aprendizagem interprofissional, uma vez

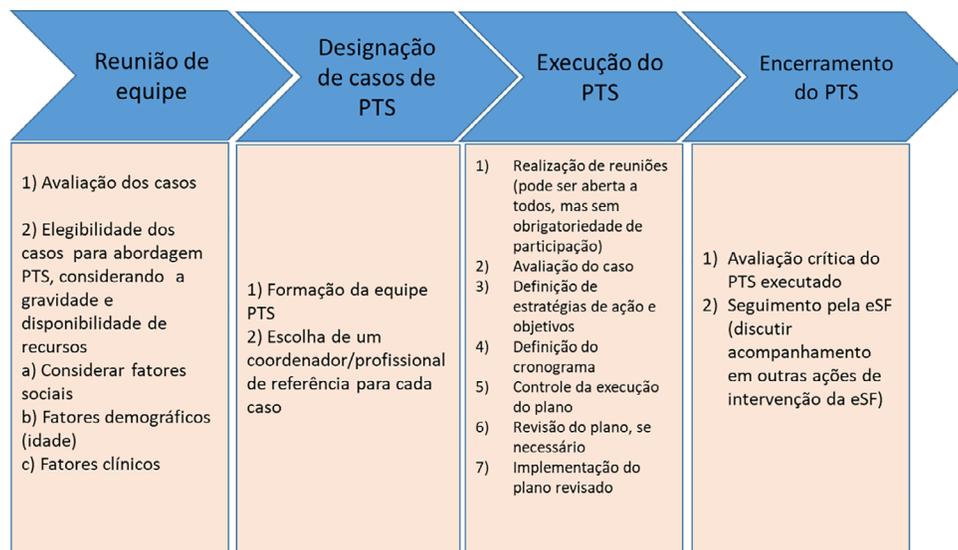


Figura 1. Modelo para aplicação do PTS no contexto da ESF
Fonte: os autores

que o ambiente de trabalho pode oferecer aportes aos participantes “com conhecimento, ideias e apoios para fazer mudanças no sentido do trabalho interprofissional crescente”^{3,7,13,19}.

O segundo passo é a escolha de um coordenador, preferencialmente o profissional de referência, para cada caso. As atribuições de coordenador devem facilitar o trabalho interprofissional, a regulação de conflitos, a ligação entre paciente e/ou família e a equipe, o acompanhamento e avaliação de um plano de atenção à saúde e elaboração de relatórios². Os relatórios são elaborados com os dados do instrumento Registro de Caso PTS, que deve ser preenchido pelo coordenador.

Destaca-se a importância de o coordenador exercer uma liderança colaborativa, um dos domínios do trabalho interprofissional¹³. Tal liderança, a ser desenvolvida em uma prática interprofissional, se dá por meio do compartilhamento de decisões e implica que cada membro seja responsável por suas ações, envolvendo tanto os profissionais, quanto o paciente e seus familiares^{25,26}.

Os passos 1 e 2 do modelo são importantes para garantir a coesão da equipe e dos propósitos do PTS, evitando ações fragmentadas e desconexas dos participantes. A elaboração dessas etapas racionaliza o uso de recursos organizacionais como pessoas, recursos financeiros, tempo demandados, além de garantir o comprometimento da equipe com as metas descritas do plano de trabalho no Registro de Caso PTS. Dessa forma, essas etapas têm o objetivo de mitigar os problemas práticos diagnosticados por Baptista et al.¹¹, além de criar um ambiente de trabalho propício para promover o aprendizado interprofissional contínuo¹³.

● Execução do PTS

O principal objetivo desta etapa é a elaboração de uma estratégia de ação definindo os objetivos do PTS para cada caso. Esse plano deve ser uma construção coletiva da equipe multiprofissional. Destaca-se aqui, a importância do coordenador para o desenvolvimento da colaboração interprofissional^{5,13}, no sentido de prover efetividade, equidade, integralidade no atendimento do paciente e da família.

Além da elaboração da estratégia de ação e dos objetivos, outras atividades desta etapa são:

- Realizar reunião - propõe-se realização de reuniões mensais. Porém, a periodicidade será definida pela equipe considerando a complexidade e programação das ações a serem desenvolvidas.

- Avaliação do caso: diagnóstico da situação de saúde da família
- Designar os responsáveis por cada atividade
- Estabelecer um cronograma de atividades
- Estabelecer critérios de avaliação
- Monitorar a execução do plano
- Redefinição dos objetivos e cronograma do plano, se necessário.

A etapa de execução constitui-se, assim, no núcleo da ação assistencial, no que se refere à integralidade, continuidade, coordenação e orientação familiar, que compõem a APS²⁷. Além disso, as práticas assistenciais devem valorizar a participação das famílias e dos cuidadores, com os quais devem-se pactuar objetivos, ações e metas do PTS¹⁰. Entende-se no plano de ações a articulação com outros pontos de atenção na rede de saúde, tanto pública como privada, bem como serviços intersetoriais (assistência social, educação entre outros).

A orientação para o resultado da atenção, por meio do PTS e do trabalho em grupo se constitui o método para o desenvolvimento das competências e habilidades para a aprendizagem profissional e interprofissional. Oliveira¹⁰ reconheceu as potencialidades do projeto terapêutico como um novo instrumento e/ou tecnologia para a operacionalização de novas concepções do processo saúde-doença e que facilitem a incorporação de saberes de distintas áreas do conhecimento, no enfrentamento dos desafios da atenção e da gestão no cotidiano do SUS.

Sendo a ESF uma das portas de entrada da rede de atenção à saúde (RAS), o PTS pode ser a prática que busque a inovação no cuidado para evitar atividades de intensa medicalização para enfrentamento de problemas gerados pela transição demográfica e epidemiológica, que os pacientes e famílias ficam sujeitos devido aos efeitos dos determinantes sociais da saúde, como pela vulnerabilidade da idade, gênero, posição no mercado de trabalho, etc. Além disso, o PTS pode favorecer a humanização do cuidado, conforme preconizado pelas instituições a que o SUS se vincula – OPAS e OMS^{22, 28}.

Nessa fase, utiliza-se novamente o instrumento Registro de Caso PTS para apontamento e avaliação das atividades realizadas, bem como para o planejamento das atividades futuras. Na Figura 2, o fluxograma apresenta o processo de trabalho, bem como as atividades a serem desenvolvidas na etapa 3.

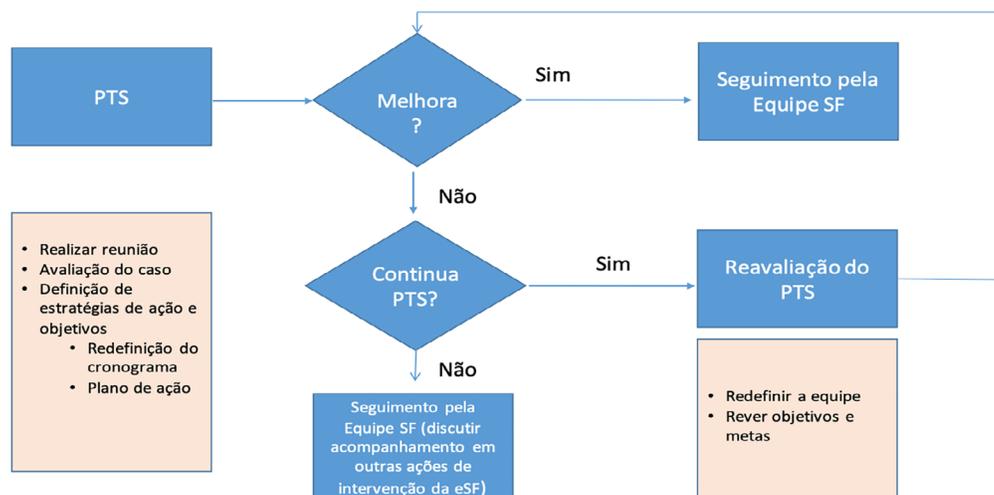


Figura 2. Fluxograma da etapa Execução do PTS

Fonte: os autores

● Encerramento do PTS

Nesta etapa, a equipe do PTS deve fazer uma reflexão e consolidar o processo de atenção ao paciente. Sugere-se a realização de um relatório sucinto, indicando a evolução do caso. Esse documento deverá estar vinculado ao prontuário do paciente e de sua família. Essa etapa é importante também para que os principais aprendizados obtidos sobre a dinâmica do PTS e os relativos à colaboração interprofissional sejam registrados e compartilhados com a eSF, para serem usados no processo de atenção na APS (longitudinalidade)¹⁹. Isso pode trazer melhorias para qualidade da atenção, nas dimensões eficácia, eficiência e aceitabilidade⁹. Além disso, pode contribuir para a melhoria da formação profissional e interprofissional dos médicos e enfermeiros, dos residentes, dos técnicos e enfermagem e dos agentes comunitários que compõem o serviço de saúde²⁷, além dos graduandos de vários cursos da área de saúde que têm este serviço como cenário de práticas.

CONCLUSÃO

O modelo proposto pode materializar um processo de organização do trabalho inovador e adequado para o aprendizado da colaboração interprofissional, pois facilita a articulação das competências (conhecimento, habilidade e atitude) dos diferentes profissionais.

Ademais, com objetivo de prover algumas ações para as necessidades de saúde, específicas e transitórias dos pacientes e famílias, a eSF analisa e

identifica momentos oportunos para agir e superar dificuldades de acesso, além de integrar as ações na rede de saúde (referência e contrarreferência). Assim, o modelo contribui para mitigar os problemas oriundos da duplicação das ações, reduzir possíveis erros devido à falha de comunicação entre os profissionais e entre estes e o paciente/família/cuidadores, tornando mais clara ao paciente/família a linha de ação do cuidado para sua segurança.

No que se refere à capacitação para o trabalho interprofissional, o modelo cria oportunidades para desenvolver conhecimento e habilidade para a prática colaborativa com foco no paciente/família, podendo se constituir um método de aprendizagem ativo e progressivo para o trabalho interprofissional.

O modelo proposto é uma contribuição teórica, que necessita de estudos empíricos para validar sua aplicação no âmbito da APS. Além disso, em função das especificidades de cada local, deve ajustar-se às necessidades sociais das equipes e da população. No entanto, ele se justifica na medida que ajuda a construir ações interprofissionais, recomendadas pelas organizações de referência da saúde, como a OMS e OPAS.

Espera-se também, que o modelo facilite a produção de conhecimento e intercâmbio dos saberes específicos dos profissionais para uma colaboração interprofissional, inovadora, apropriada para a intervenção, com o envolvimento do paciente, cuidador/família para alcançar um nível mais adequado, ou confortável, de atenção para o paciente e sua família em relação ao problema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2016 [cited 2021 Oct 20]. 496 p. Available from: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
2. Matuda CG, Aguiar DML, Frazão P. Colaboração interprofissional e a reforma sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, 2013; 22 (1): 173-186. doi 10.1590/S0104-12902013000100016. [cited 2021 Oct 20]. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/VNzbPNmY3rDP6r7Pfhwrtrfr/?lang=pt>.
3. Freire JR Filho, Forster AC, Magnago C, Caccia Bava MCGG, Rivas NPP. Trabalho em equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família da microrregião de saúde de Passos/Piumhi, MG. *CEREUS*, 2015, 7(2). [cited 2021 Oct 20]. Available from: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/151>.
4. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective interprofessional education, argument, assumption a evidence*. Oxford: Blacwell Publishing, 2005.
5. Reeves S. Porque precisamos de educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20 (56):185-96. doi 10.1590/1807-57622014.0092.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 116 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). [cited 2021 Oct 24]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). [cited 2021 Oct 24]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf.
8. Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR. *Saúde Soc.* 2009; 18 (3):515-524. doi 10.1590/S0104-12902009000300015.
9. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med.* 1990 Nov;114(11):1115-8. PMID: 2241519.
10. Oliveira GN. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. Dissertação de mestrado. Campinas, SP. 2007. [cited 2021 Oct 24]. Available from: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312027/1/Oliveira_GustavoNunesde_M.pdf
11. Baptista JA, Camatta MW, Filippou PG, Schneider JF. Singular therapeutic project in mental health: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180508. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF; 2017.
13. Barr H, Low H. Introdução à educação interprofissional. Brandão C, Freire JR Filho, Costa MV, Agreli H, translator. Local. CAIPE, Centro para o Avanço da Educação Interprofissional, 2013. 38p.
14. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. [cited 2021 Oct 24]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>.
15. Mendes EV. As redes de atenção à saúde; revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos In: *As redes de Atenção à Saúde*. Mendes EV. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il 1. P.84
16. Thiollent M. *Metodologia de pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez: Autores Associados; 1986.
17. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*; 2005, 31(3): 443-466. [cited 2021 Oct 24]. Available from: <https://www.scielo.br/j/ep/a/3DkbXnqBQyq5bV4TCL9NSH/?format=pdf&lang=pt>.
18. Porto MFS, Cunha MB, Pivetta F, Zancan L, Freitas JD. Comunidades ampliadas de pesquisa ação como dispositivos para uma promoção emancipatória da saúde: bases conceituais e metodológicas. *Ciênc, Saúde Colet.* 2016; 21(6):1747-1756. doi 10.1590/1413-81232015216.25802015.
19. Zwarenstein M, Reeves S. Knowledge translation and interprofessional collaboration: where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. *J. contin. educ. health prof*; 2006, 26: 46-54. [cited 2022 Mar 22]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16557506/>.
20. Ferreira JBB, Delatorre TA. Atenção primária à saúde e suas particularidades. In: Forster AC, Ferreira JBB, Vicentine FB. (Organizadores) *Atenção à Saúde da Comunidade no âmbito da atenção primária à saúde na FMRP-USP. Ribeirão Preto (SP): Funpec:Editora*, 2017. 280p. [cited 2021 Oct 24]. Available from: <http://apsgestao.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2020/05/Livro1.pdf>.
21. Buss, P. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde; 2008. [cited 2021 Oct 24]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Brasília Ministério da Saúde; 2020. 98 p. Il. [cited 2021 Oct 24]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 2ª. Ed. 60 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [cited 2021 Oct 24]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf.

24. Bessant J, Caffyn S, Callgher M. An evolutionary model of continuous improvement behavior. *Technovation*, 2001; 21:67-77. doi 10.1016/S0166-4972(00)00023-7.
25. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver: CIHC; 2010. [cited 2021 Oct 24]. Available from: <https://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf>.
26. Almeida PF, Medina MG, Fausto M, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MH. Coordenação do cuidado e APS nas redes e regiões. Reunião preparatória "De Alma Ata à Estratégia Saúde da Família: 30 anos de APS no SUS - Avanços, desafios e ameaças". Congresso ABRASCÃO. 2018. [cited 2021 Oct 24]. Available from: <http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/02/Almeida-Medina-Fausto-Giovanella-et-al-Coordenacaodocuidado2018-1.pdf>
27. Freire JR Filho, Silva CBG, Costa MV, Forster AC. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 2019; 43(spe): 86-96. [cited 2021 Oct 20]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43nspe1/0103-1104-sdeb-43-spe01-0086.pdf>.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Melhor em casa – a segurança do hospital no conforto do seu lar. Caderno de Atenção Domiciliar Volume 2. Brasília-DF; 2012:14p. (Acesso em 11/05/2021). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL2_CAP1.pdf

Contribuição dos autores:

Marcia Mazzeo Grande
Regina Yoneko Dakuzaku Carretta
Aldaísa Cassanho Forster

Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados, participação na redação da versão preliminar, e participação na revisão e aprovação da versão final.

Amanda Goshima Kronka
Aline Inocenti

Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados.

Agradecimentos

Agradecemos à equipe de profissionais do Núcleo de Saúde da Família “Prof. Dr. Breno J. G. Simões, ligado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), pela participação nas reuniões e nas atividades da pesquisa.

Conflitos de interesse:

Nenhum

Autor Correspondente:
Regina Yoneko Dakuzaku Carretta
reginadc@fmrp.usp.br

Editor:
Prof. Dr. Felipe Villela Gomes

Recebido: 31/10/2022
Aprovado: 01/02/2023
