



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

ANA MARIA VIEIRA LORENZZONI

**PRÁTICAS COLABORATIVAS EM ONCOLOGIA:
COMPREENSÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DE
UMA EQUIPE ASSISTENCIAL**

PORTO ALEGRE
2020

ANA MARIA VIEIRA LORENZZONI

**PRÁTICAS COLABORATIVAS EM ONCOLOGIA:
COMPREENSÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DE
UMA EQUIPE ASSISTENCIAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Professor Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga

PORTO ALEGRE
2020

AGRADECIMENTOS

Ao meu amor, companheiro, e colega de profissão, Thiago Hessel, por sempre me inspirar, incentivar, acolher, e fortalecer, trazendo tranquilidade aos meus dias, até mesmo aqueles mais difíceis. Obrigada por compreender minhas ausências, dando-me suporte para prosseguir mesmo cansada. Ofertou-me um colo, aconchego, comida afetiva, e parceria também nos brindes dos momentos comemorativos, obrigada por ter participado desta fase da minha vida comigo.

Aos meus amigos, que acreditaram na minha capacidade, motivaram-me a começar essa pós graduação, a seguir em frente, e me deram suporte para a conclusão dessa etapa das mais diversas formas, tanto num colo, como na ajuda técnica, como também nos momentos de desopilação, auxiliaram-me assim, a manter a minha saúde mental equilibrada nessa fase, especialmente de conclusão.

A minha família, que mesmo sem possuir uma trajetória acadêmica, souberam sempre me incentivar a batalhar pelas minhas conquistas através do estudo.

Ao Prof. Dr. Luiz Fernando, orientador que acolheu minha proposta de estudo, e com seu conhecimento e habilidade me ajudou a transformar um humilde projeto, nessa grande pesquisa, bem fundamentada e concluída mesmo em tempo de pandemia, demonstrou confiança na minha competência, estimulou meu desenvolvimento, compreendeu os momentos de bloqueio criativo e cansaço, sempre com uma palavra de apoio, obrigada por esses dois anos de parceria.

Ao Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde, e os Professores, muito obrigada pelos momentos de reflexão, por me ajudarem a sair da caixa, observar o mundo com outros olhos, e compreender melhor a saúde pública, os princípios do Sistema Único de Saúde e sobre justiça social.

Aos meus queridos colegas do mestrado, que presente ter partilhado com vocês esta trajetória, levarei cada um de vocês no meu coração.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, instituição onde tenho orgulho de atuar, por ser uma instituição de incentivo à qualificação profissional, pesquisa e ensino.

Às colegas, enfermeiras do ambulatório de quimioterapia, parceiras na minha caminhada profissional que ocupam espaço afetivo na minha vida extra-hospital, por me apoiarem, e vibrar com as minhas conquistas, desde a expectativa da seleção deste mestrado, até os momentos finais na conclusão. Aquele colo amigo, aquela

palavra de apoio, e suporte emocional, mas também me auxiliaram no manejo da escala de trabalho, tornando possível ausentar-me em dias de aulas, e até mesmo facilitando folgas para o meu processo de escrita.

Aos membros da banca avaliadora, por prontamente aceitaram meu convite, e toparam contribuir com seu conhecimento e experiência acadêmica, na qualificação da escrita da minha dissertação.

A todos os profissionais da equipe multiprofissional do serviço de oncologia, que atuam comigo na assistência ao paciente oncológico, em especial aos participantes do estudo, que voluntariamente, se disponibilizaram a contribuir com a pesquisa.

Às demais pessoas que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a minha trajetória até aqui.

“A educação não transforma o mundo,
a educação muda pessoas, e as pessoas
transformam o mundo.”

(Paulo Freire)

RESUMO

OBJETIVO: O cuidado ao paciente oncológico é complexo e necessita ser realizado por uma equipe que atue de forma integrada, constituída por profissionais que contemplem todas as necessidades dentro do seu processo de trabalho. Este estudo teve como objetivo compreender o processo assistencial da equipe multiprofissional do ambulatório de quimioterapia a partir da opinião dos trabalhadores.

METODOLOGIA: Estudo qualitativo, exploratório descritivo, tendo como cenário o ambulatório de quimioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A amostra foi escolhida de forma intencional, por profissionais de diferentes formações, que atuam no cuidado ao paciente oncológico no ambulatório de quimioterapia do HCPA (n=11). As informações foram submetidas à análise de conteúdo do tipo temática, conforme Minayo.

RESULTADOS: Os interlocutores da pesquisa identificam a importância do trabalho da equipe pela melhor assistência do paciente, adquiriram suas habilidades de trabalho em equipe dentro da prática no cotidiano, o cuidado é desenvolvido de forma individual direto com o paciente, em parceria com colegas, e também em espaços para discussão do processo de cuidar. A demanda de trabalho é apontada por uma questão limitadora, considerando o fluxo de atendimento, e as estratégias de integração emergem contribuindo com ideias para a criação de *rounds* e reuniões multiprofissionais, trazendo integração e proximidade da assistência individual para o grupo como equipe colaborativa.

PRODUTO: foi desenvolvido um material de caráter educativo-informativo (Boletim Informativo), como objetivo, fornece suporte a equipe multiprofissional do ambulatório de quimioterapia, para a qualificação do processo assistencial com vistas às práticas colaborativas. Ainda como resultado deste trabalho, foi desenvolvido um artigo científico que será enviado para a Revista Brasileira de Cancerologia, e o resumo deste trabalho foi aprovado para apresentação em forma de e-pôster virtual, na 40ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A compreensão do processo assistencial a partir da opinião dos trabalhadores trouxe a identificação dos desafios enfrentados pela equipe para uma assistência interprofissional colaborativa, para a construção de orientações que qualifiquem o processo assistencial do ambulatório de quimioterapia, com vistas às práticas colaborativas.

Palavras-chave: Equipe de assistência ao paciente. Prática profissional. Oncologia.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The care for cancer patients is complex and needs to be carried out by a team that acts in an integrated manner, made up of professionals who address all the needs within their work process. This study aimed to understand the care process of the multidisciplinary team of the chemotherapy outpatient based on the workers' opinion. **METHODOLOGY:** Exploratory, and descriptive study, with the chemotherapy outpatient clinic of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) as its setting. The sample was chosen intentionally by professionals from different backgrounds, who work in the care of cancer patients at the HCPA chemotherapy outpatient clinic (n = 11). The information was submitted to thematic content analysis, according to Minayo. **RESULTS:** Research interlocutors identify the importance of teamwork for better patient care, acquired their teamwork skills within the daily practice, care is developed individually directly with the patient, in partnership with colleagues, and in spaces for discussing the care process. The demand for work is pointed out by a limiting issue, considering the flow of care and the integration strategies emerge contributing ideas for creating multi-professional rounds and meetings, bringing integration and proximity of individual assistance to the group as a collaborative team. **PRODUCT:** educational-informational material (Information Bulletin) was developed to provide support to the multidisciplinary team of the chemotherapy outpatient clinic, aiming at the qualification of the care process with a view to collaborative practices. As a result of this work, a scientific article was developed that will be sent to the Revista Brasileira de Cancerologia, and the summary of this work was approved for presentation in the form of a virtual e-poster at the 40th Scientific Week of Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **FINAL CONSIDERATIONS:** The understanding of the care process from the workers' opinion brought the identification of the challenges faced by the team for collaborative interprofessional assistance, for the construction of guidelines that qualify the care process of the chemotherapy outpatient clinic, with a view to collaborative practices.

Keywords: Patient care team. Professional practice. Oncology.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|---------|--|
| CIHC | <i>Canadian Interprofessional Health Collaborative</i> |
| COMPESQ | Comissão de Pesquisa |
| COMSEQ | Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente |
| DCN | Diretrizes Curriculares Nacionais |
| HCPA | Hospital de Clínicas de Porto Alegre |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INCA | Instituto Nacional de Câncer |
| MEC | Ministério da Educação |
| MS | Ministério da Saúde |
| SEOH | Serviço de Enfermagem Onco-hematológica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| PIP | Prática Interprofissional |
| PNAO | Política Nacional de Atenção Oncológica |
| PNPCC | Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS |
| PNS | Pesquisa Nacional de Saúde |
| RBC | Revista Brasileira de Cancerologia |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFRGS | Universidade Federal do Rio Grande do Sul |
| UNICRUZ | Universidade de Cruz Alta |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 OBJETIVOS | 15 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 15 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 15 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA | 16 |
| 3.1 A ONCOLOGIA COMO CENÁRIO ESTRUTURAL DO ESTUDO | 16 |
| 3.2 PROCESSOS DE TRABALHO | 18 |
| 3.3 TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO AO PACIENTE ONCOLÓGICO..... | 21 |
| 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA | 25 |
| 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO..... | 25 |
| 4.2 CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO DO ESTUDO | 25 |
| 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO | 27 |
| 4.3.1 Caracterização dos participantes da pesquisa | 28 |
| 4.4 CONSTRUÇÃO DOS DADOS | 29 |
| 4.5 ANÁLISE DE DADOS | 30 |
| 4.6 ASPECTOS ÉTICOS | 30 |
| 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 33 |
| 5.1 EIXO TEMÁTICO 1 – COSTURA DAS PRÁTICAS DO CUIDADO | 33 |
| 5.1.1 Compreensão do fazer da equipe | 33 |
| 5.1.2 Como aprendemos a trabalhar juntos | 37 |
| 5.1.3 Como exercemos o cuidado | 39 |
| 5.1.4 Reuniões: espaços (des)integrados | 45 |
| 5.2 EIXO TEMÁTICO 2 – LIMITES E POSSIBILIDADES DE PRÁTICAS COLABORATIVAS | 49 |
| 5.2.1 Relação entre trabalho e demanda | 49 |
| 5.2.2 Possíveis estratégias de integração e colaboração | 52 |
| 6 PRODUTO TÉCNICO | 59 |

| | |
|--|------------|
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 60 |
| REFERÊNCIAS..... | 64 |
| ANEXOS | 70 |
| ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DA COMPESQ FAMED/UFRGS | 71 |
| ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO HCPA/UFRGS..... | 72 |
| ANEXO C – ARTIGO CIENTÍFICO..... | 78 |
| ANEXO D – POSTER 40ª SEMANA CIENTÍFICA HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)..... | 116 |
| ANEXO E – BOLETIM INFORMATIVO..... | 117 |
| APÊNDICES | 120 |
| APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA..... | 120 |
| APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 121 |

1 INTRODUÇÃO

O interesse em construir este estudo teve início através das possibilidades de atuações e vivências interprofissionais que a oncologia remete e, ao compreender que a complexidade assistencial que um paciente oncológico demanda não é tarefa de um profissional apenas, e sim de uma equipe, de um grupo constituído por profissionais com diferentes formações, e por isso capazes de se envolver neste cuidado integral.

Concluí minha graduação em Enfermagem em dezembro de 2006, na Universidade de Cruz Alta. Desde o ano de 2007, a oncologia começou a fazer parte da minha história profissional. A partir de então, especializei-me em Enfermagem Oncológica, Farmacologia e Interações Medicamentosas e Psico Oncologia por compreender a importância que estas temáticas possuem para a atuação no âmbito da oncologia.

O mestrado profissional em Ensino na Saúde tornou-se um divisor na minha história pessoal, acadêmica e profissional. Isso porque pude compreender as múltiplas dimensões do ensino, da saúde e das políticas públicas, somada à integração multiprofissional em sala de aula, em um contexto favorável que permitiu expandir o meu conhecimento coletivo. Disciplinas ricas, com gatilhos para análise crítica do cuidar e do ensinar, conduzidas por professores com grande vivência de saúde e gestão pública, contribuíram para o desenvolvimento muito mais do que apenas para este estudo, como para a formação de uma profissional mais madura, crítica e sensível quanto à importância da potência do ensino na saúde.

Ao longo do caminho do meu desenvolvimento profissional, pude experimentar diversas possibilidades da assistência ao paciente onco-hematológico, tanto na área privada quanto na área pública, como em unidade de internação para quimioterapia e cuidados paliativos, hemoterapia e banco de sangue, unidade de ambiente protegido para transplante de células tronco-hematopoiético. Por fim, mas não menos importante, o ambulatório de quimioterapia, onde atuo há mais tempo e possuo maior afinidade enquanto enfermeira oncológica.

Comecei as minhas atividades como Enfermeira no Hospital de Clínicas de Porto Alegre no mês de junho de 2014, e desde então desenvolvo minhas atividades dentro do Serviço de Enfermagem Onco-Hematológico, estando envolvida nos cuidados aos pacientes onco-hematológicos usuários do SUS. Paralelamente a esta atividade profissional de dedicação exclusiva, tive oportunidade de contribuir em

algumas universidades do estado na composição do quadro docente dos programas de especializações Multiprofissional em Oncologia.

Destaco que, no ambulatório de quimioterapia, estamos próximos às equipes multiprofissionais especializadas e focadas no cuidado, característico da instituição, que busca constantemente a assistência qualificada e a melhoria dos processos. Assim, vejo como oportuna a revisão e a compreensão da prática e do fazer destes profissionais, construir orientações que possam contribuir na qualificação dos processos para que a entrega do cuidado ao paciente compreenda a complexidade demandada pela especialidade em questão.

Novos aspectos incorporam a dinâmica do trabalho em saúde, como podemos observar nas modificações do perfil epidemiológico que vêm ocorrendo no Brasil nas últimas décadas.

Essas modificações, são originadas pela mudança das causas de mortalidade e morbidade em conjunto com outras transformações – demográficas, sociais e econômicas – é denominada pelo fenômeno da transição epidemiológica. Esse processo engloba, basicamente, três mudanças: aumento da morbimortalidade pelas doenças e agravos não transmissíveis e pelas causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para grupos mais idosos; e a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante, com grande impacto para o sistema de saúde (BRASIL, 2020). As modificações do perfil de morbimortalidade exigem diferentes desdobramentos para a dinâmica de trabalho de modo a suprir uma assistência cada vez mais complexa.

O câncer não é uma doença nova. Registros evidenciam que esta doença foi detectada em múmias egípcias, comprovando sua existência há mais de três mil anos antes de Cristo. Atualmente, está entre as doenças não transmissíveis que mais impactam na mudança do perfil de adoecimento da população brasileira (BRASIL, 2020).

O acometimento da doença oncológica afeta diversas dimensões da vida humana, e o cuidado a estes pacientes é complexo. Considerando o cenário deste cuidado, entende-se que ele necessita ser realizado por uma equipe que atue de forma integrada, constituída por profissionais que atendam e contemplem esta demanda.

Do mesmo modo, para acompanhar o cenário cada vez mais desafiador da assistência em saúde, os profissionais compreenderam este movimento e partiram em busca de aperfeiçoamentos, de capacitações e de especializações. Além das especialidades, há a necessidade da formação de equipes de trabalho, que atendam as diligências dos seus pacientes, considerando que nenhum profissional sozinho é detentor da experiência e dos conhecimentos imprescindíveis para um atendimento de excelência (MOSSER; BEGUN, 2015).

Porém, dentro do cenário atual, ainda que em equipe, os profissionais trabalham isolados, pois são produtos de uma formação baseada na própria também isolada área de atuação, em que cada um aprendeu o seu fazer diante de determinadas circunstâncias, mas não aprendeu a atuar interprofissionalmente (PEDUZZI, 2013). A atuação interprofissional, segundo Peduzzi (2013) vem para realizar uma ruptura de um paradigma dominante em que os profissionais atuam dentro de suas especialidades, porém de maneira afastada dos demais profissionais, para uma metodologia baseada na multiplicidade dos intersaberes do cuidado integral ao paciente dentro de suas necessidades em saúde, conforme garante o princípio da integralidade do SUS.

A PIP permite contribuir no cenário assistencial, aumentando a resolutividade dos serviços e aprimorando a qualidade da atenção de saúde, evitando omissões, diminuindo a possibilidade de duplicações de cuidados, evitando esperas e adiamentos desnecessários e qualificando a comunicação entre os profissionais, pois todos os elementos reconhecem a atuação de cada área, tal qual suas fronteiras (PEDUZZI, 2013). Ainda, Peduzzi (2013) salienta que profissionais com distintas formações na saúde articulam seu saber específico com o saber dos outros dentro da organização do trabalho, compartilhando as ações e delegando atividades a outros profissionais como prática colaborativa. Esta otimiza recursos e amplia a atenção às carências de saúde do usuário, uma vez que as demandas são complexas e heterogêneas, o que requer dedicação integral, e não apenas individual.

A crescente preocupação com o trabalho em equipe dentro do contexto dos cuidados à saúde produz a necessidade de identificar métodos, conceitos e processos tanto de ensino como de aprendizagem focados na arquitetura de habilidades indispensáveis para o desempenho da prática profissional de caráter integrado (PEDUZZI, 2016).

Assim, compreendendo os desafios em que os profissionais de saúde estão envolvidos, diante do crescente aumento de casos na área da oncologia e, conseqüentemente, da complexidade em trabalhar diante desta demanda, reconheço como indispensável compreender o processo assistencial da equipe multiprofissional do ambulatório de quimioterapia a partir da opinião dos trabalhadores. Assim, sendo possível identificar os desafios enfrentados pela equipe para uma assistência interprofissional colaborativa e apontar as dimensões que possam favorecer o trabalho interprofissional no ambulatório de quimioterapia. Desse modo, construir orientações para qualificar o processo assistencial, com vistas às práticas colaborativas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o processo assistencial da equipe multiprofissional do ambulatório de quimioterapia a partir da opinião dos trabalhadores.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os desafios enfrentados pela equipe para uma assistência interprofissional colaborativa;
- apontar as dimensões que favoreçam a interprofissionalidade no ambulatório de quimioterapia;
- construir orientações para qualificar o processo assistencial do ambulatório de quimioterapia, com vistas às práticas colaborativas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura, visando conhecer melhor a temática da pesquisa, que serão abordados os seguintes assuntos com embasamento na literatura científica: oncologia como cenário estrutural do estudo, processos de trabalho, e trabalho em equipe na atenção ao paciente oncológico.

3.1 A ONCOLOGIA COMO CENÁRIO ESTRUTURAL DO ESTUDO

Dentro da temática da oncologia, a questão fundamental é a ocorrência do câncer: uma doença cujo processo tem início com um dano a um gene de uma célula, e apresenta progressão quando os mecanismos do sistema imunológico de reparação ou destruição celular fracassam. Assim, tem como característica comum o crescimento desordenado das células, com capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos. Esta doença é responsável pela segunda causa de óbito no país, atrás somente das doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2020).

O câncer, segundo Bray *et al.* (2018), é o principal problema de saúde pública no mundo e compõe as quatro principais causas de morte prematura (as que ocorrem antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países. Os números de incidência e de mortalidade por esta doença vêm aumentando em todo o mundo.

A diversidade genética dentro das comunidades e entre os indivíduos distribuídos entre as populações mundiais conferem diferentes tipos e subtipos de câncer, bem como às diversas formas de exposições químicas, infecções, componentes dietéticos e outros fatores que dão origem a mutações. Fatores de risco de câncer podem ser encontrados no ambiente físico, ser herdados, ou representar comportamentos ou costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural (WHO, 2014; BRASIL, 2020).

A mais atualizada estimativa mundial, do ano de 2018, assinala que ocorreram no mundo cerca de 18 milhões de novos casos de câncer e 9,6 milhões de óbitos (BRAY *et al.*, 2018). O mais incidente é o câncer de pulmão, seguido pelos cânceres de mama, de colón e do reto e de próstata (BRAY *et al.*, 2018). Medidas de prevenção, detecção precoce, investigação diagnóstica e tratamento são a estrutura fundamental para conduzir o controle do câncer. A magnitude crescente do problema do câncer é parcialmente a consequência do crescimento e envelhecimento da população. Tais

transições demográficas significam que até 2030 mais de 20 milhões de novos casos de câncer serão diagnosticados anualmente (WHO, 2014). O número de novos casos no Brasil acompanha o panorama mundial, e cresce a cada ano. O Instituto INCA estima, para o biênio de 2020/2022, a ocorrência de cerca de 625 mil casos novos anuais de câncer no país (BRASIL, 2020).

A busca pela possibilidade da oferta de melhor qualidade de vida ao paciente, vislumbrando sua cura ou, pelo menos, o controle da doença é combustível para que pesquisadores avancem no conhecimento sobre o câncer e como conduzir sua terapêutica, na prevenção e em seu combate. Os avanços da ciência têm proporcionado extraordinária evolução, e parecem que serão ainda mais prósperos na próxima década (FERNANDES JUNIOR, 2010).

A complexidade do cenário epidemiológico também vem se modificando nas últimas décadas. Frenk *et al.* (2010) menciona a contribuição de outros fatores além do aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como a ampliação da população urbana, trazendo aumento da concentração de pessoas em espaços com condições sanitárias mais precárias, com riscos infecciosos, ambientais e comportamentais, somado à constante necessidade de racionalização dos custos dos serviços de saúde apontam uma nova forma de enfrentamento dos problemas de saúde.

Entre as orientações voltadas para a organização do sistema de saúde em relação ao controle do câncer do Brasil, Migowski *et al.* (2018) destacam a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS (PNPCC), criada em 2013 em substituição da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), modificando o conceito de atenção oncológica para controle do câncer. A PNPCC ressalta princípios e diretrizes de promoção, cuidado integral, vigilância, educação, comunicação e incorporação tecnológica. Apresenta também as responsabilidades das ações de controle do câncer, bem como dos pontos de atenção e dos sistemas de apoio que compõem a rede de atenção à saúde, descrevendo como as ações devem ser delineadas e concretizadas em diversos níveis de atenção, garantindo a integralidade determinada pelo SUS (BRASIL, 2013).

Os esforços na expansão da assistência oncológica no Brasil traduziram-se em um aumento expressivo de serviços de saúde no SUS. Nos últimos 15 anos, houve um avanço de 71,3% no número de estabelecimentos de saúde habilitados para

tratamento oncológico, trazendo progressos para o alcance da universalidade do acesso da população aos serviços (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

Indo ao encontro do desenvolvimento terapêutico das doenças oncológicas, o tratamento para os pacientes acometidos pelo câncer apresentou evoluções relevantes e positivas ao longo da história.

A terapia antineoplásica é uma das principais formas de tratamento, juntamente com a cirurgia e a radioterapia. Trata-se de um tratamento sistêmico, que emprega medicamentos denominados quimioterápicos ou antineoplásicos, administrados em intervalos regulares, variando de acordo com cada esquema terapêutico a ser determinado fundamentalmente pelo tipo de tumor, pela extensão da doença e da condição física do paciente (BONASSA *et al.*, 2012a; BRASIL, 2020).

Este formato terapêutico pode ser administrado em hospitais especializados ou não, em unidades ambulatoriais e em clínicas oncológicas. Para definir se o tratamento será ambulatorial ou se o paciente será internado, consideram-se aspectos como: complexidade do caso, tempo de duração do ciclo de tratamento e a toxicidade aguda do protocolo; grau de adesão que o paciente tem ao tratamento proposto; facilidade de locomoção entre sua casa e o local para realizar o tratamento; e os aspectos econômicos envolvidos dentro de seu contexto (BONASSA *et al.*, 2012b).

A rigor, o controle de qualquer doença depende extremamente de programas de promoção à saúde, prevenção, detecção precoce, tratamento e assistência aos pacientes. Este cuidado é realizado pelos profissionais da saúde empenhados com a ética da saúde e com a proteção da vida, tanto do indivíduo como da população, nos diversos tipos de serviços de saúde (BRASIL, 2020).

3.2 PROCESSOS DE TRABALHO

Grandes desafios permeiam as construções diárias do cuidado, causados pelo impacto das importantes mudanças que a sociedade impõe aos serviços de saúde. O enfrentamento desses desafios demanda do sistema de saúde um grande esforço no que tange a oferta de serviços coerentes com as demandas sociais e sanitárias, assegurando uma resposta à expectativa da assistência e fortalecendo o conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado conforme as diretrizes do SUS. No entanto, a grande parcela de responsabilidade é dos profissionais de saúde e envolve diretamente a sua dinâmica de trabalho (COSTA *et al.*, 2018).

Ao iniciar esta breve reflexão sobre o trabalho e sua dinâmica dentro da sociedade contemporânea, observamos a ideia de Marx, segundo Merhy e Feuerwerker (2016), que classifica o trabalho não somente em sua dimensão operacional, mas como uma atividade que expõe a relação entre o homem e o mundo em um processo de recíproca produção. Quanto ao processo de trabalho, pode ser definido como uma atividade orientada a um fim, que se caracteriza pela produção de valores de uso, apropriação do elemento natural para a satisfação de necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre homem e natureza, perene condição natural da existência humana e, por conseguinte, comum a todas as suas formas sociais (MARX, 1994).

Para Taylor (1987), a maneira de organizar os processos de trabalho altera as relações entre máquina e operário, pois pode impactar os seus movimentos no tempo. Ou seja, Taylor também reconhecia que a fábrica é um lugar de intensa dominação, porém entendia que essa dominação deveria ser constantemente pensada. Isso porque, caso contrário, os operários tenderiam a abrir “linhas de fuga”, modificando as lógicas da produção e construindo uma produção ao seu jeito. O ser humano, logo, em suas atividades produtivas, tende sempre a buscar maneiras de exercer sua autonomia e criatividade por meio do trabalho vivo em ato. Não possuindo esta liberdade, desinteressa-se, desmotiva-se e, por fim, produz menos – a menos que seja controlado ou coagido (MERHY, 1997).

Os processos de trabalho em saúde são a forma como os profissionais realizam a produção dos seus serviços, refletindo o cotidiano das suas atividades. O trabalho em saúde, por sua vez, possui características específicas: é realizado em equipe, é coletivo, é consumido no exato momento em que é executado e é mediado por tecnologias, normas e máquinas (GIL; LUIZ; GIL, 2016; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

Dentro desse processo estruturado, há um encontro entre o agente produtor, que possui suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias), com o agente consumidor, que se torna objeto da ação daquele produtor, mas sem que deixe de ser um agente que coloca seus conhecimentos e representações, inclusive expressos como um modelo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para o momento do trabalho. Na conexão entre produtor e consumidor, emerge ao último a expectativa do controle dos problemas que se identificam como necessidade de

saúde, em que o organismo possa estar bem e funcionando para seguir sua trajetória e manter sua autonomia (MERHY, 2004).

A ação propositada do trabalho se concretiza em um processo cujo o trabalhador, através do trabalho vivo em ato, captura interessadamente um objeto para produzir bens ou produtos. Assim, o trabalho em si é o trabalho vivo, e os instrumentos de trabalho e a organização do processo de trabalho são o trabalho morto, portanto, produtos de um trabalho vivo anterior (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

Para Merhy (2004), pensar em modelagens dos processos de trabalho em saúde em qualquer tipo de serviço que consigam combinar a produção de cuidados de forma eficaz com conquistas, resultados, cura e proteção, é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelos gestores e trabalhadores dos departamentos de saúde. O desafio constante é a quebra de barreiras do modelo predominante, que, em seu cerne, carrega os modelos centralizados em procedimentos uniprofissionais.

No operar as tecnologias leves, Merhy (2004) lembra que, como o acolhimento, ou a própria clínica, o processo operatório é mais leve, ao fazer do trabalho vivo em ato, o que permite redefinir o conceito de recursos escassos, pois a tecnologia leve nunca é escassa, ela é sempre em processo e em produção. Os modelos de atenção comprometidos com a vida devem saber explorar de forma positiva as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas que compreendem o conjunto das ações de saúde (MERHY, 2004).

Os serviços de saúde apresentam tendências à fragmentação do cuidado dedicado ao paciente, configurando uma teia de ações realizadas por diferentes agentes, frequentemente sem conexão explícita. Todavia, na atualidade, não cabe a qualquer profissional da saúde, de forma separada, contemplar todo conjunto de demandas de saúde de um paciente, sendo imprescindível que exista uma articulação das diversas formas do cuidado realizadas pelo setor, pela unidade e pelo serviço, integrando-os entre si (PEDUZZI; CIAMPONE; LEONELLO, 2016).

Batista e Gonçalves (2011) reconhecem que os serviços de saúde se distinguem uns dos outros, considerando sua natureza e operacionalização institucional, como os processos de condução e organização do trabalho, os formatos de interação entre unidades e como respondem as dificuldades. O cuidado em investigar as determinantes dos problemas remete a abordagem das múltiplas formas

que o processo de trabalho envolve, isso incluiu questões de esfera organizacional, técnica e humana.

Além de questionar o que ocorre nos processos de trabalho e seus serviços já instituídos, deve-se desenvolver a capacidade de criar interrogações a respeito da prática, abrindo possibilidades de o trabalhador produzir novos modos e singularidades de desempenhar o trabalho na saúde em circunstâncias concretas. Estas possibilidades podem melhorar o equacionamento do uso dos meios e dos benefícios produzidos, objetivando uma diminuição da dependência, e maior autonomia dos usuários (MERHY, 2004).

3.3 TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO AO PACIENTE ONCOLÓGICO

O espaço central de todo sistema sanitário é ocupado pelo encontro único entre um grupo de pessoas que precisam de serviços de saúde e outro, que foi encarregado por entregá-los. Este processo é alcançado por meio de uma combinação especial, que inclui competência técnica e orientação para o serviço, conduzida pelo compromisso ético e pela responsabilidade social, formadores da essência do trabalho profissional (FRENK *et al.*, 2010).

Segundo Mosser e Begun (2015), o aumento das múltiplas profissões no campo da saúde proporcionou uma série de conhecimentos e aptidões para as tarefas de prevenção e tratamento. O atendimento à saúde tem a importante capacidade de cura, porém ele é complexo, muitas vezes descoordenado ou fragmentado. Através de organização em equipes, podemos reduzir os riscos desta fragmentação e alcançar uma forma eficaz de cuidado. Contudo, para que essa maneira de atendimento obtenha sucesso, é imprescindível adotar um novo método de assistência, um eficiente trabalho em equipe.

O intenso processo de especialização na área da saúde tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde sem considerar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes. Frente a isso, o trabalho em equipe vem como uma estratégia fundamental de unificação dos profissionais detentores desse conhecimento em benefício do usuário (PEDUZZI, 2001).

Embora haja concordância conceitual em torno do trabalho em equipe na saúde, ainda persiste e predomina a noção de equipe que se restringe à coexistência

de vários profissionais que dividem além da mesma área física, os mesmos pacientes, porém atuam de forma isolada, compartilhando dificuldades na sua prática como equipe. No entanto, uma equipe necessita além do compartilhamento de espaço, integração, para a busca da integralidade da atenção em saúde (PEDUZZI; CIAMPONE, 2006).

Os serviços de assistência oncológica seguem uma busca contínua para garantir a melhora e o controle dos sintomas físicos, psíquicos e sociais decorrentes da complexidade da doença. Este trabalho só pode ser realizado de maneira global quando possui característica multiprofissional, desde o momento do diagnóstico, percorrendo até os últimos momentos da vida do paciente (BRANDI; CAVASINI, 2013). Bifulco (2010) ainda acrescenta que o caráter multiprofissional da equipe está na atuação efetiva dos profissionais de diferentes formações, uma vez que cada um coloca a serviço do paciente os conhecimentos de sua área de competência, e o cuidado requer interação com os demais integrantes da equipe. Trabalhar em uma equipe multiprofissional não é possuir uma síntese de saberes ou de uma identidade de objeto teórico, e sim a homogeneidade dos objetivos a serem atingidos para cuidado integral do paciente, com incansável diálogo entre as profissões vizinhas – que possuem interfaces e temáticas comuns, mas mantêm a especificidade do seu saber (RIBA; DIAS, 2014; PEDUZZI, 2016a).

Os prefixos “multi” e “inter” expressam o grau de interação entre as diferentes áreas de conhecimento ou núcleos profissionais. A interdisciplinaridade e a interprofissionalidade conferem um reconhecimento de interdependência, com uma interação caracterizada pela colaboração entre os diferentes domínios em torno de um objetivo comum (COSTA *et al.*, 2018).

A preocupação crescente com o trabalho em equipe no cuidado em saúde traz à tona a necessidade de identificar métodos, conceitos e processos de ensino e aprendizagem objetivados ao desenvolvimento das competências necessárias para a atuação integrada ao paciente. Essa competência vai além da excelência técnica, proporcionando contribuição para a gestão dos serviços, do próprio sistema de saúde, e controle social, sustentando até mesmo a formulação de políticas no cuidado em saúde (PEDUZZI, 2016a).

A rotina dos profissionais de saúde geralmente está organizada em ambientes coletivos, caracterizada pela interação constante com os outros. Essas interações assumem diversas formas, e uma delas é a colaboração. O termo colaboração

transmite a ideia de compartilhar e implica em ações coletivas, orientadas pela um objetivo comum, norteadas pelo espírito de harmonia e confiança, particularmente no contexto dos profissionais de saúde, que compartilham o cuidado com colegas da equipe, na entrega do cuidado (D'AMOUR *et al.*, 2005).

Ao entender como trabalhar de forma interprofissional, estes agentes estão prontos para desenvolver a prática colaborativa. Trata-se de um passo fundamental na transição de sistemas de saúde fragmentados para o fortalecimento de seus processos, otimizando as habilidades de seus membros, compartilhando o gerenciamento de casos e prestando assistência qualificada aos pacientes e à comunidade (OMS, 2010).

D'amour *et al.* (2005) salientam que a colaboração interprofissional é um fator chave em iniciativas destinadas a aumentar a eficácia dos serviços de saúde. É importante ainda que o conceito de colaboração seja bem compreendido, pois, embora os problemas de saúde sejam cada vez mais complexos, os profissionais da saúde criam cada vez mais interdependência entre si.

Muitos profissionais acreditam desenvolver sua assistência dentro dos padrões da prática colaborativa simplesmente por atuarem em conjunto com outros profissionais, enquanto, na realidade, podem estar simplesmente trabalhando em um grupo em que cada indivíduo usou suas próprias habilidades para alcançar um objetivo comum. No entanto, colaboração está relacionada ao desenvolvimento de sinergia dos membros da equipe e acontece quando dois ou mais sujeitos com diferentes experiências e habilidades interagem para criar algo que nenhum teria criado de modo individual (OMS, 2010).

De acordo com o Centro Avançado da Educação Interprofissional, é necessário que os trabalhadores aprendam juntos para então trabalhar juntos, através das práticas colaborativas (CAIPE, 2002). Assim, os estudiosos deste centro estão evidenciando a importância das práticas colaborativas no processo de formação e no trabalho em saúde, com o foco na capacidade de aprender a colaborar uns com os outros (COSTA *et al.*, 2018).

Deste modo, a prática empregada de forma interprofissional inevitavelmente aumenta a resolutividade e a qualidade dos serviços. Isso porque é caracterizada por atuações colaborativas de profissionais com diferentes formações, articulando seu saber específico com os outros dentro da própria organização, favorecendo a otimização dos recursos e a ampliação do conhecimento na atenção às necessidades

de saúde dos usuários, considerando sua heterogeneidade de forma integral (OMS, 2010).

Em uma constante busca da melhor integração e desfragmentação dos serviços, melhorando o gerenciamento das necessidades latentes da assistência em saúde, faz-se necessário ampliar os horizontes no que tange a atuação dos profissionais. A busca pela formação de equipes com perfil colaborativo, preparado para a prática desafiadora de que se está diante é um desafio crescente da atualidade – ambicioso, porém necessário. Assim, a busca pela constituição do trabalho em equipe aliada a práticas colaborativas efetivas e de qualidade no cuidado ao paciente expõe os partícipes do processo assistencial a desafios permanentes (PEDUZZI; CIAMPONE; LEONELLO, 2016).

Do mesmo modo como a maioria das ideias inovadoras, a prática colaborativa necessita de defensores que reconheçam que a forma atual do sistema de saúde não é ideal, tampouco sustentável, e que o caminho para a construção de uma força de trabalho de saúde colaborativa é uma das formas de fortalecer e transformar o sistema. O objetivo é que, com o tempo, a prática colaborativa se torne componente da educação e da prática de todos os profissionais da saúde, sendo incorporada nas capacitações das equipes e na prestação de serviços de saúde (OMS, 2010). No entanto, para atingir este objetivo, são necessárias mudanças de atitudes, dos sistemas e das operações (OMS, 2010).

A construção de novas diretrizes curriculares para as profissões da área da saúde concretizou as inovações educacionais nos cursos de graduação de modo que os princípios do SUS fossem alcançados (DA HORA *et al.*, 2013). Essas mudanças propostas para os currículos dos cursos da área da saúde trouxeram às instituições de ensino superior o desafio de realizar uma formação generalista, humana, crítica e reflexiva, em que os profissionais fossem capazes de atuar dentro da integralidade da atenção à saúde e em equipe multiprofissional, atendendo aos princípios que norteiam o SUS (DA HORA *et al.*, 2013).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A seguir, apresento o caminho metodológico que orientou a implementação da pesquisa, principiado pelo delineamento do estudo, a contextualização do cenário, participantes do estudo, a construção, a análise dos dados e os aspectos éticos relacionados a pesquisa.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A investigação desenvolveu-se enquanto pesquisa qualitativa de caráter exploratório descritivo. A pesquisa qualitativa se caracteriza por responder a demandas particulares, interessando-se na realidade das ciências sociais que não pode ser quantificada, trabalhando com o universo de valores, crenças e atitudes, correspondendo aos fenômenos e às relações mais profundas que não podem ser reduzidas à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2014). Segundo Gil (2017), este tipo de estudo tem a finalidade de proporcionar maior proximidade com o problema, considerando os mais variados aspectos do fato ou do fenômeno a ser estudado.

A pesquisa exploratória, de acordo com Gil (2017), é capaz de proporcionar maior familiaridade ao problema, tornando-o mais explícito e proporcionando ao pesquisador a oportunidade de conhecer melhor o objeto de investigação, sendo, portanto, uma técnica bastante comum na maioria das pesquisas de caráter acadêmico. Os estudos descritivos, por sua vez, objetivam desvelar as características de determinada população ou fenômeno, até mesmo servindo para proporcionar uma nova visão do problema, complementando a pesquisa exploratória, levantando opiniões e atitudes de um determinado grupo que vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, determinando a natureza dessa relação, (GIL, 2017).

4.2 CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO DO ESTUDO

A imersão deste estudo teve como cenário o ambulatório de quimioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O HCPA é uma instituição pública e universitária, integrante da rede de hospitais universitários do MEC e vinculado academicamente à UFRGS. Inaugurado no ano de 1971, o hospital é referência na

assistência de diversas especialidades, ensino, pesquisa e gestão em saúde, comprometido com o cuidado humanizado e o atendimento integral ao cidadão, prioritariamente por pacientes procedentes do Sistema Único de Saúde (HCPA, 2020).

O hospital conquistou, ao final de 2013, a Acreditação pela *Joint Commission International* (JCI), sendo o primeiro hospital universitário do Brasil e o terceiro na América do Sul a possuir este certificado, e desde então mantém esta certificação, conferida anualmente nos processos de auditoria da JCI. Na prática, isso significa que os usuários, em sua maior parte pacientes do SUS, podem contar com um hospital que acompanha padrões internacionais de qualidade e segurança, além de ser reconhecido pela excelência na pesquisa e ensino (HCPA, 2020).

Dentre as mais de 60 especialidades médicas de assistência que contemplam os ambulatorios do HCPA, está o serviço de oncologia e hematologia. Estas duas especialidades apresentam importantes semelhanças das linhas de cuidado e estão vinculadas à Zona 11, que é composta por uma equipe multiprofissional, caracterizada por enfermeiros e técnicos de enfermagem, médicos, farmacêuticos, nutricionista, assistentes sociais, psicólogas e administradores (HCPA, 2020). Entretanto, ainda conta com o serviço de apoio para exames laboratoriais e de imagem, odontologia, cirurgias, grupo de pele, cuidado com estomas, equipe da dor, acompanhamento genético, pesquisa clínica, radioterapia, e serviço de transfusão de hemocomponentes, emergência, internação – clínica e oncológica e serviço de transplante de células tronco hematopoéticas –, além de ofertar dentro da sua área física, o serviço de quimioterapia ambulatorial (HCPA, 2020).

No ambulatório de quimioterapia, é proporcionada assistência a pacientes adultos e pediátricos acometidos por doenças onco-hematológicas, que necessitam realizar tratamento quimioterápico sem indicação de internação hospitalar. Sua disposição é constituída por 11 acomodações para pacientes adultos e oito acomodações para pacientes pediátricos. Estes pacientes têm seu tratamento agendado previamente pelos auxiliares administrativos, após consulta com a equipe médica oncologia/hematologia, em que são realizadas avaliações conforme a periodicidade de cada ciclo de quimioterapia. Os atendimentos ambulatoriais ocorrem de segunda-feira a sexta-feira, no período das 7h30 às 19h.

Para compreender a dimensão das atividades do serviço, podemos identificar, segundo relatórios internos, dados da assistência do ano de 2019 que podem estratificar o contexto, como os seguintes números: 33.738 consultas ofertadas pelo

ambulatório de oncologia e hematologia, 9.851 sessões de quimioterapia ambulatorial para cerca de 7.329 pacientes. Estes pacientes são provenientes não somente da região da grande Porto Alegre, mas também de diversas localidades do interior do estado. A demanda de encaminhamento do paciente é regulada via unidade básica de saúde conforme a referência regional que este usuário está inserido. A outra forma de encaminhamento ocorre de acordo com a demanda espontânea, recebida em atendimentos na emergência do hospital, a qual evolui para diagnóstico e, então, o tratamento de fato, independentemente de referência que ele esteja inserido previamente.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para atingir os objetivos almejados pelo estudo, foram convidados a fazer parte da pesquisa, de forma intencional, enfermeiros, farmacêuticos, médicos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e administradores hospitalar que atuam no cuidado ao paciente oncológico em tratamento no ambulatório de quimioterapia do HCPA. A amostragem intencional, também conhecida como proposital, segundo Polit e Beck (2011), baseia-se na crença do conhecimento que o pesquisador possui sobre a população, podendo ser usado para seleção dos sujeitos da amostra. Também Minayo (2017), dentro de um conjunto de decálogo de recomendações para a construção da amostra qualitativa, ressalta a importância de privilegiar os sujeitos sociais que detêm as particularidades que o investigador pretende conhecer, assim como considerar um número suficiente de interlocutores que proporcione reincidência e complementariedade dos elementos obtidos.

Para a participação na pesquisa, foram ponderados os seguintes critérios de inclusão: i) atuar no mínimo há um ano na assistência ao paciente oncológico em tratamento quimioterápico ambulatorial no HCPA; e ii) consentir a participação no estudo. Ficaram excluídos os profissionais que atuam há menos de um ano na assistência ao paciente oncológico em tratamento quimioterápico ambulatorial no HCPA, bem como aqueles que estavam em cumprimento de licenças, férias ou atestados durante o andamento da coleta dos dados. A pesquisadora realizou o convite individualmente aos profissionais via e-mail institucional, especificando claramente os objetivos do estudo, e assim, após o aceite, programando a entrevista com data e horário, de acordo com a disponibilidade dos participantes.

No que tange a particularidade característica das amostras em pesquisas qualitativas, Minayo (2017) garante que a amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno, buscando a qualidade das ações e das interações em todo decorrer do processo. Seu critério principal não é numérico, ainda que exista a necessidade de justificar e delimitar a multiplicidade de interlocutores na participação do estudo.

4.3.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Participaram do presente estudo onze profissionais (especificados por P1 a P11) componentes do Serviço de Oncologia Ambulatorial do HCPA. Entre eles, dez são de nível superior e um profissional de nível técnico, das seguintes categorias: dois enfermeiros, um técnico de enfermagem, dois farmacêuticos, dois médicos, um administrador, uma assistente social, uma nutricionista e uma psicóloga. Os sujeitos são predominantemente do gênero feminino, de idade entre 29 e 61 anos. Quanto ao tempo de formação, a média é de 15 anos, e como atuação específica na oncologia de oito anos. Todos os participantes de nível superior possuem pelo menos uma formação de pós-graduação, variando entre residência, especialização, mestrado e doutorado, conforme o Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização dos participantes da pesquisa

| | Sexo | Idade | Graduação | Tempo de Formação | Tempo de atuação na oncologia | Pós-Graduação (Residência, Especialização ou Mestrado) |
|-----|-----------|-------|---------------------------|-------------------|-------------------------------|--|
| P 1 | Feminino | 41 | Enfermagem | 11 | 11 | Mestrado |
| P 2 | Feminino | 44 | Técnico de Enfermagem | 17 | 4 | Não |
| P 3 | Feminino | 56 | Assistente Social | 8 | 7 | Residência |
| P 4 | Feminino | 38 | Administração de Empresas | 11 | 9 | Especialização |
| P 5 | Feminino | 56 | Farmácia | 32 | 16 | Mestrado |
| P 6 | Feminino | 30 | Medicina | 4 | 1 | Residência |
| P 7 | Feminino | 61 | Enfermagem | 32 | 12 | Especialização |
| P 8 | Masculino | 29 | Medicina | 4 | 3 | Residência |

| | Sexo | Idade | Graduação | Tempo de Formação | Tempo de atuação na oncologia | Pós-Graduação (Residência, Especialização ou Mestrado) |
|-----|-----------|-------|------------|-------------------|-------------------------------|--|
| P 9 | Feminino | 41 | Nutrição | 17 | 12 | Mestrado |
| P10 | Feminino | 46 | Psicologia | 19 | 6 | Especialização |
| P11 | Masculino | 37 | Farmácia | 15 | 8 | Doutorado |

Fonte: elaborado pela autora (2020).

4.4 CONSTRUÇÃO DOS DADOS

As informações deste estudo foram coletadas individualmente por meio da técnica de entrevista semiestruturada, composta por questões abertas (APÊNDICE A). A definição do método de coleta por entrevista semiestruturada ocorreu por compreender a possibilidade de entendimento da articulação baseada em um roteiro prévio, permitindo uma abordagem facilitada, que assegura que as hipóteses ou seus pressupostos sejam abordados na conversa (MINAYO, 2014).

As entrevistas foram realizadas com o mesmo teor para todos os entrevistados. Os áudios foram gravados pelo *smartphone* da pesquisadora e transcritos integralmente para melhor entendimento do material. A coleta dos dados ocorreu nos meses de março e abril em horários previamente agendados de acordo com a disponibilidade dos participantes. Optou-se em entrevistá-los na sala de reuniões da Zona 11 do HCPA, onde foi possível garantir conforto e privacidade aos participantes.

Para estabelecer uma relação de empatia e sintonia entre o entrevistador e o entrevistado, foi utilizada a técnica *rapport*. Esta técnica de entrevista, segundo Lawley e Tompkins (1994), proporciona ao entrevistado um sentimento de compreensão e apoio, criando um vínculo de segurança e relaxamento durante o momento da entrevista. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 30 minutos. Após a escuta e a devida transcrição das respostas da entrevista, a pesquisadora solicitou individualmente a cada participante do estudo que realizasse o processo de validação das informações obtidas, permitindo a cada interlocutor a leitura, revisão e, então, confirmação das informações extraídas de cada questão da entrevista.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos pelas entrevistas dos participantes do estudo foram áudios gravados, transcritos na íntegra e estudados conforme a metodologia de análise de conteúdo descrita por Minayo (2014), que concerne técnicas de pesquisa que possibilitam tornar replicáveis e legítimas as inferências sobre dados de um determinado contexto por meio de processos especializados e científicos. Dentre as modalidades de análise de conteúdo, encontramos a análise temática, que operacionalmente se desdobra em três etapas (MINAYO, 2014):

1. Pré-análise: consiste na organização do material de pesquisa e na leitura flutuante desses apontamentos a serem analisados. Nesta fase há um estudo profundo do material, orientado pelos objetivos e referencial teórico. O texto das entrevistas é recortado em unidade de registro, que expressa o real significado daquele contexto, composta por frases ou palavras-chave.
2. Exploração do material: um processo de operação classificatória, em busca de categorias, que são expressões e termos significativos onde o conteúdo das falas serão organizados.
3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados da pesquisa são expostos baseados no propósito do estudo, o pesquisador faz inferências e realiza interpretações, inter-relacionando com o referencial teórico.

Por fim, foi realizada uma nova leitura, revisando e buscando a coleta de informações que pudessem corroborar dentro do enquadramento dos eixos temáticos e suas categorias.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento deste trabalho garantiu o respeito aos preceitos éticos que regulam a pesquisa envolvendo seres humanos em nosso país, e compreenderá os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, apontados na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O desenvolvimento da pesquisa ocorreu após a sua aprovação pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFRGS, e pelo Comitê

de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA, por meio do protocolo CAAE 26861119.6.0000.5327 e do parecer número 3.824.452 (ANEXOS A e B).

Em conformidade com a Resolução 466/2012, os voluntários da pesquisa foram claramente informados sobre os objetivos, a justificativa e a metodologia da pesquisa. Também foram assegurados o anonimato (não identificados, em qualquer momento do projeto e do trabalho final, nome ou núcleo de atuação) e a privacidade dos participantes, bem como a liberdade de renúncia na participação do estudo a qualquer momento, sem a necessidade de uma razão revelada, tampouco algum prejuízo às suas atividades profissionais.

Da mesma forma, foi afirmado ao participante que o seu envolvimento na pesquisa não incidirá em qualquer ônus financeiro. Os participantes também foram informados de que a realização do estudo apresenta benefícios, considerando que os resultados obtidos poderão subsidiar avanços na atuação da equipe multiprofissional voltadas aos pacientes do ambulatório de quimioterapia. Quanto aos riscos, foi informado o desconhecimento de qualquer risco na participação da pesquisa, ainda assim seria possível apresentar desconforto em tratar especificamente de suas atividades profissionais diárias, somado ao tempo de dedicação à entrevista, que o entrevistado despenderá à pesquisadora. Ficou elucidado ainda que as informações obtidas através da coleta serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos vinculados ao estudo, incluindo a possibilidade de publicações científicas.

Aos voluntários, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborado com linguagem simples e objetiva. Ficou assegurado aos participantes o direito de requerer esclarecimentos e informações sobre a investigação durante todas as suas fases, inclusive após sua publicação. Ao concordarem com todos os aspectos, o pesquisado e a pesquisadora assinaram o TCLE, conforme descrito detalhadamente no Anexo B, em duas vias, sendo que uma das vias foi entregue ao participante e a outra foi arquivada pela pesquisadora.

Aos participantes da pesquisa, foi solicitada a autorização para a gravação da entrevista. O áudio contendo as respostas e os documentos assinados pelos participantes com as transcrições das falas serão guardados por cinco anos e destruídos após esse período, conforme a Lei dos Direitos Autorais (BRASIL, 1998).

Com o objetivo da garantia do anonimato e preservar a identidade dos sujeitos entrevistados, cada participante recebeu um código para a sua identificação precedido

pela letra P (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, e P11), conforme a ordem cronológica de concretização das entrevistas.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para elucidar a discussão dos resultados, identificamos a necessidade de dividi-lo em duas fases, compostas por dois eixos temáticos, que estão intitulados como: Costura das Práticas do Cuidado, e Limites e Possibilidades para as Práticas Colaborativas.

5.1 EIXO TEMÁTICO 1 – COSTURA DAS PRÁTICAS DO CUIDADO

O termo “costura das práticas do cuidado” surgiu através da forma com que se observa a assistência, no cotidiano, dentro do fazer de cada profissional protagonista do cuidar. Neste eixo temático, serão discutidas as categorias que emergiram através da leitura das falas dos interlocutores da pesquisa. Identificaram-se quatro categorias de análise: i) compreensão do fazer da equipe; ii) como aprendemos a trabalhar juntos; iii) como exercemos o cuidado; e iv) reuniões: espaços (des)integrados.

5.1.1 Compreensão do fazer da equipe

A gente sabe que se o paciente tem assistência de todos juntos, e todos estão falando a mesma língua com o paciente, mostrando que todos estão empenhados e fazendo o mesmo trabalho, mostrando para eles, eu acho que eles se sentem até mais acolhido (P6, 2020).

Nesta categoria, apontar-se-ão como os participantes da pesquisa, componentes da equipe multiprofissional do ambulatório de quimioterapia, compreendem o trabalho desenvolvido dentro do seu conjunto. Compreender a realidade da atuação dos colegas do próprio grupo é fundamental para que o cuidado assistencial tenha um formato fluido e consistente. O efetivo trabalho em equipe é uma potente condição para o enfrentamento dos problemas e das necessidades de saúde dos usuários, dentro de sua dinamicidade e complexidade (COSTA, 2017).

A prestação de serviços de saúde, segundo Mosser e Begun (2015), envolve profissionais altamente especializados, o que torna o trabalho em equipe um constante desafio. À estes profissionais é requerido a compreensão sobre os demais membros da equipe e a compreensão da forma como cada um deles pode contribuir

com o que é capaz, a serviço do usuário, ou até mesmo em apoio ao atendimento que lhe é prestado.

As falas descritas abaixo, apresentadas pelos interlocutores da pesquisa, demonstram o reconhecimento da importância do trabalho da equipe pela melhor assistência do paciente, potencializado pelo conhecimento que os profissionais detêm sobre o fazer do outro, do mesmo modo, evidenciam também confiança na propriedade com que este trabalho é desempenhado:

A gente atua juntos nesse processo. Tu sabe que não vai conseguir dar toda assistência para o paciente sozinho, sabe que tem uma pequena parte do tratamento dele que tu acaba contribuindo, que todos os outros vão contribuir também para fazer com que o tratamento funcione, então eu respeito cada um na sua função, e o que eles realmente fazem é muito importante em todo o processo, desde o processo de acolhimento do paciente. Acredito que é no respeito a cada profissional que a gente trabalha bem juntos (P6, 2020).

Eu não vejo outra forma de trabalhar, acho que o paciente oncológico necessita de um olhar multiprofissional, precisa de múltiplos olhares. Não existe como só um profissional dar cobertura e suprir todas as necessidades desse paciente, então é imperativo que se atue multiprofissionalmente, não existe outra forma. Eu acho que nós realizamos as atividades juntos embora, cada um se ocupe de uma coisa, mas elas estão entrelaçadas (P7, 2020).

Merhy e Feuerwerker (2016) afirmam que a tarefa de produzir atos de saúde é compartilhada por todos os trabalhadores da assistência. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto. Como todos realizam esse movimento, mobilizando saberes específicos adquiridos a partir de vivências concretas, o compartilhamento desses olhares seguramente amplia e enriquece as probabilidades de compreender e comunicar-se com os usuários dos serviços de saúde.

Costa *et al.* (2018a), ao considerar trabalho em equipe, defende com naturalidade a existência de divisão do trabalho, marcada pelas especificidades das profissões, e isso não implica na desarticulação dos processos. Dentro da complexidade do fazer em saúde, é evidente que um profissional sozinho não conseguirá oferecer todas as respostas exigidas nas mais diferentes situações, justificando definitivamente a importância do trabalho em equipe.

Nas falas descritas a seguir, é possível identificar que os participantes, ao compreender o que os colegas realizam, comprometem-se com o desenvolvimento de redes de contatos. Os interlocutores afirmam que buscam complementar o cuidado juntamente com o seu colega, na resolução de uma situação gerada por uma

necessidade do usuário, e que sozinho, ele não poderá resolver, atuando assim, em conjunto com a sua equipe.

Vejo se existe alguma necessidade desse paciente com relação a um cuidado. Através disso a gente se conversa dentro da equipe, eu converso com os outros profissionais para a gente chegar num acordo e poder atender melhor esse paciente. Enfim, qualquer atividade que eu sei que necessita de algum dos profissionais, alguma das atividades profissionais de um outro profissionais do grupo a gente se conversa, e vai atrás do que é preciso (P5, 2020).

Eu sempre tive essa coisa de fazer contato com o outros, acho que nós multi sabemos muito fazer isso, e eu acredito na questão de poder trabalhar juntos e isso implica em atitudes individuais de algumas pessoas da equipe. Eu acho que a gente trabalha muito bem, de uma forma multi e não interprofissional, mas a gente pode pensar em algo, e acho que a gente poderia aprimorar muito o nosso trabalho junto (P10, 2020).

A execução das atividades ocorre separadamente [...], entretanto, a interação entre as áreas como os contatos e as discussões é o principal fator para que a assistência ao paciente seja plena e segura, pois cada profissional contribui com a sua parcela/conhecimento dentro do processo (P11, 2020).

Peduzzi *et. al.* (2020) afirmam que quanto mais dialógicas forem as relações de trabalho, mais integradas serão as ações de cuidado na saúde; por outro lado, quanto menos dialógicas as relações de trabalho, mais fragmentada será a dinâmica dos processos da equipe. Como a construção de relações se dá em ato e nas circunstâncias específicas de cada encontro, não há uma hierarquia na capacidade de estabelecer um bom contato, identificar um problema ou imaginar possibilidades para o seu enfrentamento. Aliás, em geral, de acordo com as situações, são diferenciados os membros da equipe que cumprem um papel mais ativo nesse processo (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

A realidade do efetivo trabalho em equipe se forma pelas articulações das ações das diversas áreas mediante o conhecimento de sua interdependência e da complementaridade entre o agir instrumental e o agir comunicativo (PEDUZZI *et. al.*, 2020). No entanto, em algumas falas, é possível identificar um isolamento entre as atividades entre si, afirmando uma necessidade de aperfeiçoar a inter-relação entre os membros da equipe assistente: “Alguns eu nem lembro porque a gente fica fechadinha aqui, não tem contato, não visualiza, parece que vem tudo pronto.” (P2, 2020).

Muitas dessas atuações acabam ficando dentro do consultório. [...] Claro que a gente consegue acionar esse serviço, mas é um trabalho desenvolvido dentro do consultório e de forma individualizada, sem ter muita inter-relação com outros profissionais (P1, 2020).

Por mais que a gente saiba que uma assistência de qualidade para complexidade do paciente que a gente atende, ela necessita do trabalho equipe, e isso tem que ser muito forte, na prática isso ainda não acontece. Eu encontrei aqui equipes fragmentadas, e cada um na caixinha (P4, 2020).

Desenvolver trabalho integrado é, sem dúvidas, um constante desafio para os serviços de saúde. Sabe-se que os resultados são positivos. A questão central é identificar como melhorar e unificar a assistência para que o grupo multiprofissional esteja engajado neste cuidado.

Para Peduzzi, Leonello e Ciampone (2016), o trabalho em equipe representa um dos principais pilares da assistência integral na saúde, que é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais. Dessa forma, faz-se necessária a articulação das diversas ações realizadas no interior da equipe, do setor, da unidade e do serviço, integrando-os entre si.

A *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC, 2010) descreveu seis importantes domínios relacionados a competências interprofissionais aplicadas a todas as profissões de saúde. Dentre essas competências, juntamente com a comunicação interprofissional, a atenção centrada no usuário/paciente, a dinâmica de funcionamento da equipe, a liderança colaborativa e a resolução de conflitos, está a clareza de papéis. A clareza do trabalho e da atuação dos diferentes profissionais se refere ao conhecimento do seu próprio fazer no processo de trabalho, bem como dos demais colegas da equipe.

Para que os profissionais da saúde possam qualificar a sua assistência colaborativa, eles necessitam ter a oportunidade de aprender sobre os outros, com os outros e entre si, de forma que seja desenvolvida uma força de trabalho em saúde em que todos trabalhem conectados para proporcionarem serviços abrangentes na assistência à saúde (OMS, 2010). A compreensão do fazer do próprio grupo de trabalho atuante na assistência ao paciente amplia as possibilidades. A identificação de cada rede de contato e apoio que o profissional poderá contar dentro da trajetória do cuidar traz às atividades e, conseqüentemente ao grupo, uma característica potente sustentada pela integração dos saberes, uma vez que o cuidado pode se tornar qualificado e integral, compreendendo cada lacuna da necessidade apresentada pelo paciente.

5.1.2 Como aprendemos a trabalhar juntos

A gente sabe o quanto isso é importante para o paciente, a gente vai juntos, construindo, entendendo um pouco, o que que o outro profissional faz, e nisso a gente vai aprendendo a trabalhar juntos (P9, 2020).

Na categoria a seguir, vamos conhecer de que maneira os participantes da pesquisa aprenderam a trabalhar juntos na assistência ao paciente oncológico.

A atuação dentro da coletividade é uma prática importante, e vem apresentando uma crescente evidência. O princípio para novos horizontes no ensinar dentro do território brasileiro teve como marco com a aprovação do Plano Nacional de Educação, em 2001, que estabeleceu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), no sentido de afirmar a flexibilidade e a diversidade nos programas de estudos oferecidos pelas diferentes instituições de educação superior (BRASIL, 2001).

Costa *et al.* (2018b) sustenta que, com a intenção de contribuir para a consolidação do SUS no Brasil, o MEC e o Ministério da Saúde instituíram as DCNs para 14 profissões da saúde, com o objetivo de oferecer uma formação que possibilite a qualificação do cuidado da assistência à saúde, contemplando os princípios do SUS. Nesse contexto, a graduação foi compreendida como uma etapa do processo de formação, que necessita ser contínuo, a fim de enfrentar a constante transformação da produção de conhecimentos e uma formação que congregue as metodologias de aprender e que procure acolher às demandas da sociedade, além de priorizar a formação de profissionais mais autônomos e flexíveis. Nessa linha, pode-se observar, na fala de um dos participantes expôs, a sua experiência de qualificação para a prática em equipe dentro da universidade, quando teve a oportunidade de conhecer a integralidade do cuidado:

Como é que eu aprendi? Na minha formação eu tive momentos de refletir sobre o trabalho de outros profissionais, a gente teve o “Ver-SUS”, a gente tinha o “Aprender SUS” muito voltado ao Sistema Único de Saúde voltado ao cuidado integral – a integralidade (P4, 2020).

Ainda, a presença de políticas de saúde e educação apresentam o poder de reorientar processos de formação dos profissionais da saúde, assim como o modelo de atenção em saúde, como a do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET-Saúde, que disparou andamentos de reformas curriculares com foco na adoção de iniciativas interprofissionais, inferindo modificações significativas na complexidade

do cuidar (COSTA *et al.*, 2015; COSTA, 2017). Freire Filho e Silva (2017) salientam que as articulações entre os Ministérios da Saúde e Educação estabeleceram formalmente a criação de programas de residências multiprofissionais com a finalidade de contemplar diversas categorias de profissionais da saúde dentro de um único processo de formação. Estes programas trazem o desenvolvimento de competências na interprofissionalidade.

Na fala a seguir, a participante expõe o ganho que a formação em residência de caráter multiprofissional trouxe para suas habilidades em trabalho em equipe.

A minha formação em residência multiprofissional, só reforçou esse meu desejo de trabalhar em equipe, essa minha crença de que a única forma de prestar uma assistência adequada, cada um com seu saber porque aí ganha o paciente, mas ganha muito a equipe com cada troca que tem entre os profissionais (P3, 2020).

Ademais, Costa (2017) considera que a compreensão desses aspectos centrais para dos princípios fundamentais da interprofissionalidade não implica de forma alguma na desvalorização de iniciativas que já acontecem no cotidiano da formação dos profissionais de saúde. Isso porque são espaços de características potentes e que precisam ser valorizados para o fortalecimento da educação interprofissional e da colaboração nos cenários da educação e do trabalho em saúde.

Sabemos que as novas modalidades curriculares ainda não repercutem de forma potente e unificada dentro das equipes de saúde. No entanto, sabe-se que essa habilidade pode ser adquirida no dia a dia, aprendendo uns com os outros dentro dos processos em que os profissionais estão inseridos, como podemos observar nas falas dos interlocutores da pesquisa: “Foi o dia a dia que acabou me ensinando a trabalhar em equipe.” (P2, 2020); “A gente aprende a trabalhar juntos no dia a dia, fazendo as coisas a gente acerta e erra, e aprende uns com os outros.” (P7, 2020); e “Esta construção é uma constante em nossas rotinas diárias, a qual deve ser sempre pautada pela parceria multiprofissional centrada no cuidado ao paciente.” (P11, 2020).

Isso é uma coisa que com o dia a dia a gente vai sentindo, vai fazendo parcerias, e vai estabelecendo a nossa rede de contatos, e facilitando a comunicação com alguns desses colegas. A gente vai tentando fazer melhor na nossa prática no momento que a gente se relaciona com outros colegas, e conhece o trabalho, a visão e a contribuição de cada um na assistência ao paciente (P1, 2020).

Assim, pode-se identificar que os profissionais que participaram deste estudo

adquiriram suas habilidades de trabalho em equipe dentro da sua prática cotidiana, de maneira informal. O cuidado dentro da rotina assistencial ensina como conduzir a prática profissional da melhor forma e suprir as necessidades complexas dos usuários de saúde, tornando constante o aprendizado daqueles profissionais que desejam aprimorar sua assistência em equipe.

A cultura da formação uniprofissional ainda apresenta uma tendência na centralização do desenvolvimento das competências específicas de cada profissional, uma vez que as práticas colaborativas também consistem em um tema novo, ainda pouco conhecido nos processos de formação em saúde na realidade brasileira (COSTA, 2017).

Eu acho que isso não é uma coisa que a gente aprendeu, essa questão do trabalho interprofissional é um tema muito novo, pelo menos nos currículos da graduação. Então muitos dos profissionais que atuam no hospital não tiveram essa formação voltada para inter-relacionar com membros de outras equipes e com outras formações (P1, 2020).

Na minha época de faculdade não havia esse tipo de disciplina no curso, então foi trabalhando juntos durante o trabalho, nos cursos atualização ou em congressos assistindo palestras, e depois quando passei a integrar esse grupo de assistência ao paciente oncológico (P5, 2020).

Portanto, o cenário da assistência em saúde, *a priori*, é composto por uma geração de profissionais cuja formação foi baseada na uniprofissionalidade, exercem sua assistência e o trabalho em equipe da melhor forma que entendem, visto que esta habilidade pode ser desenvolvida ao longo da sua experiência do fazer. A outra geração de profissionais, foi formada em um processo mais recente, que possuíram o conceito da interprofissionalidade implementado em seu currículo desde o início de sua graduação. A questão mais importante é que os profissionais estejam engajados no processo do cuidar, entrelaçando-se aos fatores fundamentais, sendo um deles, o cuidar em equipe, de forma colaborativa.

5.1.3 Como exercemos o cuidado

Nesta categoria, a partir desta fala, entender-se-á o processo de trabalho na visão dos interlocutores da pesquisa. O cuidado também é realizado de forma individual. O ato do cuidar, todavia não ocorre sozinho, pois, dentro do contexto, outros

profissionais estão envolvidos nesta prática assistencial, de forma direta, ou indireta, trazendo limites, mas também potencialidades em cada contexto.

Tem poucas coisas que a gente consegue fazer claramente - trabalho em equipe, porque às vezes são processos diferentes, dentro do mesmo grande objetivo. Mas também de certa maneira não existe como a gente conseguir fazer de uma forma muito diferente, que cada um tem o seu processo dentro dessa manufatura, então cada um faz no seu cantinho e no final o processo acaba pronto, esse é o jeito que o serviço que organiza (P8, 2020).

A equipe multiprofissional desenvolve seu papel especializado na assistência ao paciente, planejando seu cuidado, absorvendo a complexidade da especialidade dentro do processo de trabalho em que estão inseridos e enfrentando os desafios relacionados aos processos de trabalho internos e externos. Segundo Merhy (2004), todo profissional de saúde, independente da atividade que desempenha na produção de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, e como tal deve atuar no terreno específico das tecnologias leves, produzir acolhimento, possuir responsabilidades e criar vínculos.

O termo profissional da saúde tem característica inclusiva e se refere a todos os indivíduos envolvidos em ações que objetivam a promoção da saúde, incluindo os que preservam e promovem a saúde, os que realizam diagnósticos e tratam doenças, profissionais de apoio e gestores de saúde. São profissionais de áreas com distintas competências (OMS, 2010).

Mosser e Begun (2015) trazem uma importante questão: por séculos, os profissionais da saúde concluíram suas formações acreditado que todos os resultados da assistência, tanto positivos como negativos, estariam relacionados unicamente com o desempenho individual. Contudo, cada profissional desempenha de forma particular as atividades inerentes a sua formação na assistência ao paciente. São cuidados uniprofissionais que fazem parte do grande contexto do cuidar, que não pode ser conduzido sozinho. Nas falas a seguir, pode-se identificar o cuidado a partir da observação de cada interlocutor: “As minhas atividades são: dispensar os medicamentos que o paciente vai utilizar em casa, e além de dispensar eu oriento como ele vai utilizar, como ele vai transportar e guardar em casa, o modo que ele vai usar.” (P5, 2020); “A minha questão é o cuidado médico do paciente com câncer, isso envolve diagnóstico, envolve a avaliação inicial, o planejamento do tratamento, realização do tratamento e acompanhamento depois.” (P8, 2020); e “O papel da

nutrição sempre que possível é prevenir e minimizar aqueles déficits nutricionais e controlar os eventos adversos do tratamento oncológico” (P9, 2020).

O enfermeiro na assistência ao paciente oncológico tá muito focado nessas avaliações, nos encaminhamentos e também na administração dos medicamentos necessários para o tratamento, no nosso caso os quimioterápicos (P1, 2020).

O serviço social identifica rede de apoio familiar e social, para ter um suporte no decorrer do tratamento, identifica as políticas de saúde - e quais aquele paciente tem direito, e faz os encaminhamentos, contata a rede de saúde, de assistência, de habitação (P3, 2020).

Cada profissão de saúde possui uma história única, um domínio profissional característico e sua própria trajetória educacional. O que caracteriza essas identidades profissionais é o que torna a compreensão cruzada um componente fundamental do exitoso trabalho em equipe. As funções, a formação e os valores das diferentes profissões de saúde dão a cada uma delas um caráter próprio às equipes (MOSSER; BEGUN, 2015).

Assim, podemos identificar que o cuidado, ainda que integrado, é um grande contexto composto por vários atores que possuem diferentes papéis. Estes desempenham o seu processo de produção do cuidado e, quando conectados, realizam a assistência baseada em um objetivo comum para benefício do usuário e de seus familiares.

Os debates sobre a integralidade em saúde no Brasil nasceram junto da Reforma Sanitária, advento responsável pela mobilização da formação e do trabalho em saúde no país, tornando evidente o esgotando da perspectiva da uniprofissionalidade (FERLA; TOASSI, 2017). A prestação de serviço em saúde compreende uma trama de profissões altamente especializadas. Este cenário torna o trabalho em equipe desafiador, demandando dos profissionais esforços para compreender sobre o fazer dos demais componentes da sua equipe e a maneira como cada um deles pode colaborar com aquilo que é competente a serviço do paciente, ou então no suporte ao atendimento que lhes é prestado (MOSSER; BEGUN, 2015). Nas falas a seguir, pode-se observar de que forma os participantes do estudo percebem o cuidado conjunto/colaborativo que é realizado dentro da sua atuação de forma integrada.

A gente atua com a enfermagem nas reações da quimioterapia, com a psicologia quando tem algum paciente muito angustiado com tratamento, com o serviço social, principalmente dos laudos de judicialização, no andamento de processos, a gente tenta ver junto como pode recorrer da melhor maneira (P6, 2020).

A enfermagem é o primeiro profissional da equipe que identifica as necessidades do paciente e encaminha para o serviço social. Com a nutrição nós trabalhamos, muito juntos porque muitas vezes eu que oriento também, ou reforço a orientação. A psicologia, muitas vezes eu identifico situações e já comunico a colega [...]. O profissional administrativo, eu faço contato direto com eles, para os pacientes que tem tratamento concomitantes. Tudo que a gente faz é para segurar que o processo assistencial vai transcorrer da forma mais segura. Então o trabalho é junto (P3, 2020).

Nós trabalhamos bem como equipe multiprofissional, e conseguimos fazer com que exista uma sinergia entre as profissões. [...] A gente procura trabalhar juntos, e quando a gente identifica alguma situação, a gente chama o profissional responsável, as equipes estão disponíveis para atender o que o paciente demandar (P7, 2020).

É possível identificar que o cuidado integrado acontece especialmente quando o membro da equipe consegue perceber maneiras de complementar o seu cuidado com o auxílio de outro profissional, proporcionando um cenário de assistência capaz de contemplar a complexidade da necessidade do usuário. Por outro lado, Ceccin (2017) considera ao paciente, inviável a condução do seu tratamento sem a presença de uma equipe integrada. Como por exemplo, uma mulher com neoplasia de mama em tratamento – seja ele curativo ou paliativo, necessita ser assistida por uma equipe multiprofissional que atenda as suas necessidades biopsicossociais, ou então, ela mesma terá que inventar essa integralidade, para que ela possa reinventar sua inteireza, através de grupos paralelos extra muro hospitalar.

No âmbito do cuidado, dentro da equipe multiprofissional, está inserido o administrador, trabalhador que não possui uma formação técnica em saúde, contudo exerce sua atividade como operador de saúde, com grande importância na gestão dos processos e com característica agregadora no cuidar. De acordo com Merhy (2004), um administrador está inserido na relação com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nessa intervenção, ocupando uma função de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares, permitindo agir em saúde diante do caso concreto apresentado, atuando como um agente institucional que possui um poder burocrático e administrativo na organização, como podemos identificar na fala abaixo.

Eu tenho que poder ter a visão do todo e principalmente, entender que pontos são nevrálgicos nesta intersecção aí dessas áreas, para que o trabalho multiprofissional aconteça. [...] a gente não pode ter a visão só administrativa e seca do processo, a gente tem que olhar para assistência (P4, 2020).

Assim, debruçar-se sobre os determinantes dos problemas se relaciona com a abordagem das múltiplas dimensões que envolve o processo de trabalho, compreendendo questões de esfera organizacional, técnica e humana (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Nas falas abaixo, pode-se perceber, além da integração da assistência, os relatos sobre outra forma de integração da equipe, citadas como uma rotina presente no ambulatório de quimioterapia.

Também são avaliados os pacientes que precisam iniciar o tratamento, e agendado o tratamento, é discutido em equipe, avaliando as prioridades desse paciente o melhor momento para ele iniciar a terapia (P1, 2020).

A gente tem um trabalho interprofissional, que é o agendamento do paciente novo, que reúne o enfermeiro, o administrativo e o médico – cada um com o seu papel bem definido dentro da reunião, que se faz uma análise daquele paciente que está iniciando: vê se o paciente está apto para iniciar, verifica se ele tem exame pendente ou não, se ele vai usar cateter ou não, se ele tá “redondinho” para iniciar, se a quimioterapia tá prescrita e tá liberada (P4, 2020).

Este momento de discussão é uma estratégia adotada pelo serviço de oncologia para agilizar os agendamentos dos pacientes que estão iniciando o tratamento quimioterápico, garantindo o cumprimento da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012¹. Assim, em seu segundo artigo, a lei assegura que:

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único (BRASIL, 2012).

Esta estratégia é conduzida através de uma reunião em que um representante médico, um enfermeiro e um administrativo discutem, diariamente, os casos dos novos pacientes que necessitam de agendamento para iniciar seu tratamento, definindo juntos e garantindo a brevidade do começo da terapia antineoplásica. Todavia, nas falas de determinados interlocutores, ao serem questionados sobre o

¹ “Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início” (BRASIL, 2012).

funcionamento do trabalho da equipe ao paciente, emerge a ideia da assistência com uma característica de manufatura.

A gente precisa de uma produtividade que está muito acima do usual de oncologia em geral, e que só é conseguido através de um modelo em que a gente segmenta e especializa trabalho em pessoas específicas, delimita exatamente o trabalho de cada um, para que no final o paciente acabe o processo. O modelo atual de trabalho é uma espécie de manufatura, que o paciente vai passando pelas pessoas, e cada um aperta um parafusinho para que no final o processo ocorra (P8, 2020).

Para contextualizar esse conceito, considera-se a fala do sociólogo Karl Marx (1994) sobre processos de trabalho, nas quais explora a temática da manufatura, cujo significado remete a cooperação estabelecida pela divisão do trabalho, um mecanismo de produção cujos órgãos são seres humanos, pois no resultado do trabalho de um está o ponto de partida para o trabalho do outro. Este conceito manufatureiro de trabalho possui como berço a prática do artesanato. Através da composição de diversos e independentes ofícios, o produto passa por diversas mãos até seu acabamento final, de forma que os artesãos perdem a sua independência no trabalho por operarem apenas intervenções parciais do grande processo de produção de uma única mercadoria. Este mecanismo é caracterizado pela capacidade de introduzir a divisão do trabalho no processo de produção (MARX, 1994).

Dentro da realidade do serviço de oncologia, pode-se identificar resquícios desse perfil de característica manufatureira. Esta identificação se dá ao compreender que alguns dos processos de trabalho são divididos em etapas: “Eu acho que a gente trabalha bem com todas as atividades voltadas cada um no seu quadrado, mas com todas as atividades voltadas para o paciente.” (P7, 2020).

A verdade é que a gente consegue fornecer todos os cuidados para todos os pacientes que a gente tem, porque este modelo está estabelecido e funciona, de certa forma ou pelo menos na maioria das vezes liso. Funciona de forma adequada (P8, 2020).

Como podemos observar nas falas destacadas acima, esta característica não confere ineficiência ao trabalho, e sim a seu oposto. Compreende-se que, nesse formato, no atual cenário, com os atuais recursos disponíveis, acarretou um maior resultado assistencial.

5.1.4 Reuniões: espaços (des)integrados

Ambientes que oportunizam a integração no ambiente de trabalho trazem benefícios que aproximam os colaboradores, que podem compartilhar suas ideias, conhecer as limitações individuais e do próprio grupo e aperfeiçoar fluxos assistenciais. De acordo com o Marco para Atenção em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (OMS, 2010), a prática colaborativa é efetiva quando há oportunidades para reuniões de equipe, de modo que os profissionais de saúde possam decidir sobre as metas comuns e os planos de gerenciamento de pacientes, revisar tarefas individuais e compartilhadas e negociar recursos partilhados. Estratégias de comunicação efetiva, gerenciamento de conflitos e diálogo frequente entre a equipe e os membros da comunidade exercem um indispensável papel na construção de uma adequada cultura de trabalho.

A criação de oportunidades para reunir o grupo de trabalho e realizar intercâmbios da rotina é um desafio constante de uma equipe e fazem parte da forma como eles exercem o cuidado. Estabelecer horários compatíveis aos envolvidos não é uma tarefa simples, porém necessária, considerando os frutos que esta atividade oferece não somente aos profissionais, como principalmente ao usuário, razão das atividades profissionais da rotina de trabalho.

Segundo Mosser e Begun (2015), o trabalho da equipe de saúde não pode ser conduzido sem que os indivíduos envolvidos participem de momentos integrativos. A maior parte dos profissionais clínicos tem aversão a reuniões, pois elas tomam tempo que eles poderiam utilizar para consultas ou procedimentos, por exemplo. A escassez de reuniões operacionais é comum e coloca em risco a qualidade do cuidado por infringir uma das principais categorias que caracterizam a efetividade das equipes: a comunicação eficiente entre o grupo. Nesse sentido, seguem as falas: “As reuniões do grupo que antes eram semanais depois passaram quinzenais e hoje é sob demanda.” (P5, 2020) e:

O outro limite é conciliar um horário de reunião de fique bom para todos, é muito difícil conciliar esse horário. As reuniões da equipe multiprofissional ao paciente de cabeça e pescoço aconteciam toda segunda-feira, depois passaram a ser quinzenalmente e agora elas estão bem espaçadas acontecendo casualmente (P3, 2020).

Percebe-se, nas falas acima, a dificuldade quanto à manutenção da rotina de

reunião entre os profissionais que compõem o Programa Multiprofissional de Cuidado ao Paciente Oncológico, citado informalmente como “grupo multiprofissional do paciente de cabeça e pescoço”. Para Peduzzi *et al.* (2016), é indicado conservar uma rotina de reuniões com frequência, duração e locais definidos, pois são indispensáveis os investimentos permanentes na sustentação da integração e da colaboração da equipe, mantendo o autossustento deste grupo.

Por outro lado é importante que os membros da equipe e sua liderança evite o mero cumprimento de um ritual ausente de sentido, garantindo que as reuniões permitam que o trabalho em equipe siga na direção dos resultados esperados para os usuários.

Espaços para discussões de casos e processos são momentos em que a equipe multiprofissional tem a oportunidade de dialogar entre si sobre o formato do cuidado, articulando o fazer: “Não tem uma reunião com a equipe de enfermagem, com serviço social, com a psicologia, não tem nada estabelecido. O que a gente acaba tendo são reuniões entre as equipes médicas de outras áreas ou outros setores.” (P6, 2020).

Cada profissão faz a sua reunião. Então é muito difícil que ocorra uma reunião multiprofissional, é só quando existe algum problema ou alguma ocorrência que precisa ser discutida com a equipe multiprofissional que é criada a oportunidade para que esses profissionais de fato dividam o mesmo espaço e se debruçam sobre a discussão de um problema, por exemplo (P1, 2020).

No entanto, é possível identificar que a maior parte das reuniões ocorrem de forma uniprofissional. Reunir-se com seus pares está muito distante de ser um problema, pois este tipo de encontro é indispensável para a manutenção e o alinhamento da assistência desses profissionais. Todavia, é necessário reunir o grupo como um todo, uma vez que sabemos que o usuário está dentro de um processo múltiplo em que todos os membros da equipe atuam de uma forma diferente e não menos importante para que o resultado seja alcançado. Observa-se, na fala abaixo, o entendimento do interlocutor da pesquisa sobre a importância desse intercâmbio e a falta que ele representa na assistência ao paciente:

Com as equipes multiprofissionais, a gente acaba não tendo esse tipo de reunião, então eu acho que isso acaba empobrecendo tratamento do paciente também porque são áreas que tem muito a contribuir para as coisas que estão acontecendo com os pacientes (P6, 2020).

Dentro desse contexto, D'Amour *et al.* (2008) postulam a ideia conceitual de colaboração interprofissional, que corresponde ao trabalho em equipe e que se refere às circunstâncias de trabalho nas quais os profissionais de saúde anseiam por trabalhar juntos. Isso porque reconhecem o fato de que ao estarem conectados, produzirão melhores ganhos no cuidado e na atenção à saúde de usuários, famílias e da comunidade sem implicar na perda de sua autonomia no trabalho.

Os momentos de troca e integração muitas vezes ocorrem à distância, via e-mail, aplicativo de troca de mensagens e telefone. Podemos observar, nas falas a seguir, o destaque para este mecanismo de contato como forma de comunicação entre as equipes: “Trabalhamos juntos através de reuniões, contatos - telefone, e-mail e WhatsApp.” (P11, 2020).

A gente contato através de grupo de WhatsApp, ou por telefone ou eu mesmo vou até a Zona 11, ou pela reunião a gente conversa e vê o que que precisa que aquele paciente precisa, e através da atividade de cada um agente tenta proporcionar que esse paciente tenha uma assistência da qual ele necessita (P5, 2020).

As reuniões são para acontecer quinzenalmente, com toda equipe assistencial para discussão de casos. Apesar de que a gente sabe que a questão do médico foi bem complicada, nesse grupo, poucas vezes ele esteve presente. Então essas discussões acontecem assim, ou às vezes até mesmo pelo grupo no WhatsApp (P9, 2020).

É importante identificar que estes mecanismos facilitam a comunicação diária, porém não devem ser usadas como rotina para comunicação formal entre o grupo. Mosser e Begun (2015) salientam que o advento do e-mail e da videoconferência sugeriu, para algumas pessoas, que as reuniões presenciais não seriam mais necessárias. Mesmo quando se reúnem pessoalmente, os membros enfrentam um desafio ao tentar atingir um propósito comum. Sem interações presenciais hábeis de favorecer o engajamento dos participantes, essas tarefas coletivas ficam ainda mais desafiadoras. É necessário investir no intercâmbio, ou seja, nas trocas importantes entre os diversos profissionais da equipe para assegurar que ela funcione bem.

No que pulsa às práticas colaborativas, observam-se as oportunidades para a tomada de decisão compartilhada e reuniões de equipe como rotina. Dessa maneira, os profissionais de saúde podem decidir sobre finalidades comuns e planos de gerenciamento de pacientes, assim como avaliar tarefas individuais e compartilhadas e negociar os recursos. Sistemas e processos de informação estruturados, estratégias

de comunicação efetiva, políticas para a resolução de conflitos e diálogo frequente entre a equipe e os membros da comunidade desempenham um papel importante no estabelecimento de uma boa cultura de trabalho (OMS, 2010).

Dentro da realidade do HCPA, existem programas institucionais que atuam de forma multiprofissional de forma constante e estruturada. Por exemplo, a Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente (COMSEQ), que, por definição, são equipes multiprofissionais formadas por pessoas motivadas e capacitadas para realizar o ciclo de gerenciamento de circunstâncias de riscos, incidentes e eventos adversos.

Existe a Comissão de Segurança e Qualidade que a oncologia possui para discutir as ocorrências relacionadas aos tratamentos com quimio e radioterapia, onde é uma equipe composta por membros da equipe multiprofissional, para discutir esses casos e melhorar os processos para que essas ocorrências sejam minimizadas e evitadas no futuro (P1, 2020).

A COMSEQ é um belo exemplo de trabalho em equipe interdisciplinar e interprofissional, porque além de trabalhar com outros profissionais de outras profissões, a gente atua com outros profissões que atuam em instâncias distintas do hospital (P4, 2020).

Conforme a fala de P4, a equipe multiprofissional da COMSEQ é um exemplo de trabalho integrado, pois atua implementando e monitorando as ações de melhorias resultantes da análise de riscos, incidentes e eventos adversos. Ainda, porque mantém a periodicidade conforme o previsto em seu projeto inicial.

Além da COMSEQ, o serviço de oncologia está presente em outros programas de assistência do hospital. O Programa Multiprofissional de Cuidado ao Paciente Oncológico, igualmente composto por uma equipe multiprofissional, tem a função de promover a integração entre diferentes profissionais, proporcionar assistência aos pacientes oncológicos adultos, além de promover ações de ensino e pesquisa com a previsão de encontros entre os membros semanalmente: “Tem a reunião do grupo multiprofissional atenção ao paciente oncológico [...]. Tem a reunião dos novos agendamentos.” (P4, 2020).

Também a outra estratégia seria o grupo multiprofissional de cabeça e pescoço onde também conta com uma equipe multi, para que cada um de sua contribuição são junto ao paciente oncológico que vai iniciar um tratamento com quimio e radio concomitantes (P1, 2020).

A gente tem o grupo multiprofissional de cabeça e pescoço, que foi um grupo de pacientes que foi eleito para dar uma assistência individualizada, mais personalizada, porque é um paciente que demanda muito cuidado, tem muitas necessidades que precisam ser resolvidas, e a gente então fez um

programa um projeto de dar uma assistência a mais para estes pacientes (P7, 2020).

Este grupo é composto, especialmente, por atividades destinadas aos pacientes acometidos por neoplasia do tipo cabeça e pescoço que realizam concomitantemente ou não o tratamento de quimioterapia e radioterapia. A eleição desse grupo de pacientes se deu por seu perfil, invariavelmente com inúmeras necessidades biopsicossociais. No entanto, o fator que os membros da equipe não ambicionavam era a assustadora baixa adesão ao tratamento que estes pacientes apresentam e, em decorrência disso, todo o conjunto da sua assistência, tornando o atendimento descontinuado em razão deste fenômeno.

5.2 EIXO TEMÁTICO 2 – LIMITES E POSSIBILIDADES DE PRÁTICAS COLABORATIVAS

Os limites e as possibilidades das práticas colaborativas são encontrados dentro da composição da pesquisa, em que se identificam, através da fala de cada ator do cuidado, os pontos de fragilidades e de avanços em potencial na integração da equipe. Dentro desse eixo temático, desvelam-se duas categorias de análise: a relação entre trabalho e demanda e as possíveis estratégias de integração.

5.2.1 Relação entre trabalho e demanda

A relação entre trabalho e demanda é um fator importante na atuação das atividades profissionais, posto que, para desenvolver um trabalho colaborativo de qualidade, é necessário disponibilidade do grupo assistencial para a prestação das suas atividades de forma efetiva. “A verdade é que para atender a quantidade de pacientes que a gente tem, a gente não consegue oferecer muito mais do que já tá oferecendo, por uma questão de restrição de tempo e pessoal mesmo.” (P8, 2020)

A alta demanda aqui referenciada também é uma realidade dentro do cenário do sistema público de saúde brasileiro, consolidando-se como uma constante fonte de preocupação e empenho dos profissionais que atuam na assistência. “O primeiro limite é a demanda excessiva, que aí dificulta um pouco para essas trocas [...]. Uma pessoa sozinha para atender uma demanda tão grande é difícil.” (P3, 2020). “Os limites realmente é a falta de tempo, e a demanda de trabalho que tá muito alta. [...] A

gente quer ajudar, o problema realmente é a falta de tempo, a gente tá sempre correndo atrás para poder fazer tudo o que quer fazer” (P5, 2020)

Segundo o IBGE (2020), existe uma forte dependência da população brasileira em relação aos serviços de saúde pública. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS) investigou aspectos da cobertura dos planos de saúde, a saúde suplementar, estimando a proporção de pessoas que têm acesso a tais serviços, e identificou que 71,5% das pessoas não têm acesso à saúde suplementar, ou seja, estas dependem única e exclusivamente do SUS (IBGE, 2020).

A restrição maior é da quantidade de atendimento que a gente precisa fazer, e da quantidade de pessoal que a gente tem. E isso acontece, porque realmente a onco tem uma demanda de produtividade que é razoavelmente grande. Então é difícil a gente conseguir fazer muitos processos de forma diferente, e a verdade que esse processo manufaturado é um processo que gera grande produtividade, embora, às vezes a gente possa fornecer um cuidado melhor fazendo diferente (P8, 2020).

Portanto, esta parcela relevante da população usuária do SUS *versus* a limitação de recursos que os profissionais da saúde e gestores enfrentam ao gerenciar esta demanda colocam este ponto como um desafio a ser enfrentado diariamente. Dentro desse contexto, Cirilo *et al.* (2016) afirma que o déficit de recursos humanos, físicos e estruturais aliado à alta demanda de pacientes compõe fatores que interferem na atenção dentro do contexto assistencial. O mesmo autor reforça que número inadequado de profissionais à demanda do serviço pode gerar sobrecarga de trabalho, estresse e desgaste físico e emocional. Isso está relacionado diretamente com a crescente situação do câncer no Brasil, evidenciado nos índices epidemiológicos da atualidade (CIRILO *et al.* 2016).

Eu acho ainda bastante deficitário o contato que a gente tem no ambulatório, e é muito pouco esse contato, e o retorno de como que eles estão enxergando os pacientes. É difícil da gente parar um dia e conversar a respeito disso, na maioria das vezes não temos muito tempo (P6, 2020).

Tem muita coisa a fazer, a gente tem muita coisa para contribuir, e paciente tem muitos benefícios do trabalho em equipe assim. Mas eu acho que tem a limitação do tempo, uma dificuldade que a gente teve e ainda às vezes tem, é a disponibilidade (P7, 2020).

O número de atividades assistenciais que a gente tem às vezes impacta em ter um atendimento mais de perto, mas consecutivo. Às vezes a gente atende aquele paciente, e eu vou conseguir atender ele de novo somente depois de três ou quatro meses, onde ele já terminou o tratamento, até pelo número de paciente que eu atendo.[...] E hoje a gente sabe que o grupo assistente tem

dificuldade de fazer, e de realizar as reuniões, de dar atendimentos mais seguidos para esses pacientes é por isso, é o número de atividades, número de pacientes, que cada que cada um da equipe atende (P9, 2020).

Entretanto, ao executar a assistência colaborativa, é possível obter pontualmente benefícios que interferem de forma positiva, como: planejamento dos serviços, estabelecimento de prioridades, redução da duplicação de atividades, e intervenções criativas com redução de atividades desnecessárias, resultando diretamente na redução de custos e possibilitando, assim, o investimento em outros processos da assistência (DE PINHO, 2006).

De acordo com a OMS (2010), é de fundamental importância a disponibilidade de tempo e ambientes apropriados para a prestação do fazer assistencial.

Outro aspecto limitante que emergiu nos discursos dos interlocutores além da alta demanda de trabalho é a questão do atual espaço físico destinado à assistência: “É importante que esses profissionais estivessem próximos, acho que isso facilitaria muito para as trocas entre nós que acontece com os outros profissionais.” (P3, 2020) e:

As vezes a gente esbarra na questão da área física, que quer fazer alguma atividade integrada e não existe uma sala para que essa atividade ocorra e aconteça com outros profissionais, a alta demanda de pacientes e o fator tempo (P1, 2020).

A atual área física do Serviço de Oncologia e da Unidade de Quimioterapia do HCPA foi inaugurada no ano de 2004. Desde a sua inauguração até o momento atual, já se passaram 16 anos e ocorreram diversas transformações no cenário da saúde, tanto epidemiológico como de processos relacionados à assistência. Diante do aumento significativo da demanda, tornou-se gradualmente um espaço pequeno. Com isso, a ampliação que propõe um aumento de 70% da área física do HCPA contempla a concepção do Centro Integrado em Oncologia, que abrigará uma estrutura planejada para agregar o grupo multiprofissional assistente, trazendo o benefício da assistência, do ensino e da pesquisa ainda mais para perto do usuário (HCPA, 2019): “Eu acho que a possibilidade do Centro Integrado de Oncologia, as especialidades estarem juntas, e eu estando bem mais perto, eu acho que a gente consegue também fazer uma troca muito maior.” (P10, 2020).

Vamos esperar que para o Centro Integrado de Oncologia isso melhore, eu acho que inclusive isso tem que ser uns projetos para o centro. Lá as pessoas estarão mais próximas, as áreas vão estar mais próximas [...]. O cerne do projeto é a integração das áreas, mas tem que se discutir e botar na mesa a discussão do trabalho multiprofissional (P4, 2020).

A questão do espaço físico exerce um papel importante para a prática colaborativa, relacionando-se com a qualidade da assistência prestada por equipes interprofissionais. Para os profissionais de saúde que prestam serviços a pacientes e famílias que enfrentam problemas de saúde delicados como doenças crônicas, uma área privada e silenciosa é fundamental para a atenção à saúde de qualidade, com foco no paciente (WHO, 2000). Assim, dentro das limitações identificadas no decorrer desta pesquisa, emergiu a evidência da alta demanda de trabalho, colocando a relação entre trabalho e demanda como um fator que necessita de atenção na gestão pública.

5.2.2 Possíveis estratégias de integração e colaboração

Eu acho que é muito rico quando a gente tem uma possibilidade de intervenção seja educativa ou assistencial, num grupo de apoio com diversos profissionais contribuindo para a assistência do paciente, tem muitas demandas e precisa de uma atenção muito grande para suprir todas as dimensões desse paciente (P1, 2020).

Cada processo de trabalho imerso em ambientes coletivos é um organismo com diversas características, dentre elas, o dinamismo e o caráter desafiador. A identificação de possibilidades de melhorias e qualificação do processo proveniente da opinião dos membros do grupo necessita ser valorizada, considerando que estes trabalhadores são os principais atores da atividade assistencial que permeia o cuidar.

Dentro da redação que emergiu das entrevistas, identificaram-se agrupamentos comuns de possibilidades, capazes de viabilizar a integração do grupo e qualificar a assistência ao paciente oncológico e seu contexto familiar. O mais citado entre os interlocutores da pesquisa é a necessidade de reuniões em formato de *round*, criando um espaço para discussões multiprofissionais sobre os casos que surgem na assistência: “Para mim foi bem impactante não ter reuniões, não ter discussões de casos” (P3, 2020).

Como possibilidade de trabalho em equipe eu vejo duas possibilidades: uma delas seria a criar espaço para rounds multi e interprofissionais para que

discutissem casos, e fossem avaliados aqueles pacientes que precisam de uma atenção e um suporte maior para que de fato eles recebessem a atenção necessária durante o tratamento proposto (P1, 2020).

Eu acho que aqui tem que avançar, possibilidades tem, mas ainda tem muita resistência, que eu me surpreendi negativamente com isso [...] E era para ter *round*, era para discussão multiprofissional, interprofissional aqui, eu acho que isso é uma necessidade (P4, 2020).

Perversi *et al.* (2018) afirma que, embora os encontros denominados como *rounds* tenham sido originalmente idealizados como um método de ensino para estudantes do curso de medicina, atualmente sua utilização vislumbra dar suporte à prática clínica também nas demais profissões. O autor também destaca que, nos *rounds*, o processo de comunicação entre a equipe multiprofissional tem como sujeito principal o paciente e as prioridades são determinadas em conjunto (PERVERSI *et al.*, 2018).

A possibilidade seria fazer uma reorganização, ter uns dias específicos na semana para que se pudesse conversar entre as equipes para que conseguisse fazer um trabalho melhor. Seria uma maneira diferente, ter mais reuniões a respeito principalmente dos pacientes que a gente percebe que eles têm um pouco mais de dificuldade (P6, 2020).

Dentro desse contexto, Agrieli, Peduzzi e Silva (2016) explicam que, à medida que os profissionais centram atenção no usuário e nas suas necessidades em saúde dentro do seu processo de trabalho, modificam o foco, além da própria atuação profissional, restrita ao domínio da profissão e de sua especialidade, esse deslocamento se concentra à prática compartilhada entre equipe, juntamente com profissionais de outras áreas.

A comunicação entre os profissionais é o denominador comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação (PEDUZZI, 2001). Percebe-se, nas falas dos entrevistados, a fragilidade na interação entre os profissionais, motivada pela ausência de espaços para discussão sobre os pacientes. Evidencia-se, portanto, a necessidade de aproximação interprofissional, especificamente na fala a seguir, na qual compreende-se que essa necessidade é uma questão importante a ser conduzida de uma forma comprometida: “As possibilidades de integração seria melhorar a comunicação entre as áreas, com intuito de aprimorar processos e compreensão entre elas.” (P11, 2020).

Uma adequada oportunidade para integrar o grupo e aproximar os processos, são as intervenções educacionais e assistenciais, como podemos observar na fala de uma das participantes da pesquisa (P1). Esta profissional sugere atividades integradas tanto na área educativa quanto de impacto específico com o paciente. A qualificação do cuidado deve estar presente nos processos educativos para os profissionais de saúde. O ideal de profissional para o nosso sistema de saúde poderá ser atingido quando se reconhecerem as necessidades e o poder criativo de cada um, ouvir o que cada profissional tem para contribuir, gerando reflexão sobre a prática profissional (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Ainda, os autores Batista e Gonçalves (2011) acrescentam que todos os investimentos realizados em treinamentos e qualificação de pessoal, bem delineados, é apropriado para produzir transformações positivas no desenvolvimento das pessoas: “Outra possibilidade seria a reunião de diferentes profissionais de diversas áreas para que pudessem fazer alguma atividade de educação, ou algum grupo de apoio junto ao paciente oncológico/hematológico.” (P1, 2020).

O discurso acima, coloca em evidência algo além do processo educacional, uma outra forma de agregar o grupo com foco na assistência do usuário, caracterizada pelo grupo de apoio a pacientes. Este tipo de cuidado costuma trazer benefícios tanto ao usuário como para a equipe, fortalecendo a confiança entre o grupo: “Teve uma estratégia bem importante, que foi a criação do grupo multiprofissional, ele ainda precisa melhorar, precisa aprimorar e aperfeiçoar, e no momento ele tá um pouco disperso.” (P3, 2020).

Acho que nas reuniões do programa multiprofissional ao paciente oncológico, a ideia era que a gente pudesse criar estratégias que pudessem auxiliar numa integração maior do trabalho da equipe. Mas eu acredito que a gente teria que melhorar muito nesse sentido (P10, 2020).

O Programa Multiprofissional de Cuidado ao Paciente Oncológico é uma estratégia atual, dotada de um significativo potencial para uma assistência integrada e colaborativa. Porém, segundo os participantes da pesquisa, necessita de uma revisão em seu fluxo para obter melhorias e tornar as atividades mais potentes. Dentro do contexto trazido pelos interlocutores, uma boa estratégia seria a revisão dos objetivos deste programa, reunindo os membros desta equipe para discutir o processo atual,

explorando elementos relacionados às práticas colaborativas para que seu funcionamento traga maiores frutos.

Talvez a gente tivesse que repensar de escolher um grupo que a gente pudesse atuar melhor, né? Então talvez tenha que a gente se reunir de novo e repensar de como trabalhar melhor em um outro tipo de paciente que a gente pudesse atender (P5, 2020).

Outras oportunidades de cuidado multidisciplinar assim como existe ainda, aquela linha de cuidados paciente de cabeça pescoço, talvez o ideal fosse fazer isso para todos os pacientes com doença de trato gastrointestinal superior (P8, 2020).

O cuidado em saúde especializado, segundo Peduzzi, Ciampone e Leonello (2016), tende à fragmentação do cuidado prestado ao paciente, configurando uma teia de ações executadas por diferentes agentes e habitualmente sem conexões visíveis. Nenhum trabalhador de saúde apresenta, isoladamente, a possibilidade de acolher ao conjunto de demandas de saúde proporcionada pelos pacientes, ou até mesmo por um único usuário em particular. Portanto, torna-se imperativo que os profissionais reconheçam as conexões que existem entre as diversas atividades executadas, articulando as suas ações colaborativas.

Ainda, Peduzzi *et al.* (2016) expõe que, para desempenhar uma prática colaborativa centrada no paciente, faz-se necessário que a equipe assegure a comunicação efetiva, a articulação das ações e a colaboração efetiva entre os profissionais. Portanto, estes profissionais necessitam adotar estratégias para recomeçar a trabalhar juntos e integrados na assistência dos pacientes que estiverem relacionados ao programa.

Como afirma os autores Peduzzi, Ciampone e Leonello (2016), uma equipe torna-se coesa quando envolve seus componentes no processo de planejamento e de tomada de decisões. Os membros do grupo sentem-se responsáveis pelo sucesso e identificam-se como parte integrante da organização, dedicam-se para manter as relações cooperativas através de afirmação de objetivos compartilhados, comunicação aberta, reconhecimento e apoio.

Por fim, a última estratégia de integração do grupo assistencial mencionada pelos participantes da pesquisa foi a atividade da *nurse navigator*/enfermeira navegadora. Trata-se de uma área complexa, em que o paciente é exposto a um tratamento longo e, geralmente, não exclusiva de apenas uma modalidade de cuidado, contando com diversos serviços de apoio atuando concomitantemente.

O ideal na minha visão é daquilo que eu já conheci de alguns centros fora, que a gente tenha *nurse navigator*. A enfermeira já pode fazer uma avaliação daquele paciente desde o início, já vai montando o perfil daquele paciente, já vá discutindo o caso, acompanhando ao longo desse período pré, para que quando ele chegasse aqui as coisas já estivessem maduras, bem orientado (P4, 2020).

Idealizada nos Estados Unidos, a navegação de pacientes na área da saúde vem da década de 90 do século passado, iniciada com a finalidade de agilizar a confirmação diagnóstica e assegurar a continuidade do tratamento, do início ao fim, de pacientes acometidos com doenças crônicas (CARROLL *et al.*, 2010). Atualmente, dentro do contexto da oncologia, esse programa está direcionado à identificação das barreiras enfrentadas pelo paciente no acesso ao tratamento. Nesse sentido, resolvendo-as, reduzindo eventuais atrasos no acesso aos serviços, beneficiando tanto os pacientes em fase diagnóstica, em tratamento, e aqueles em cuidados paliativos (SHEJILA; MAMATHA; FERNANDES, 2015).

Talvez desse para integrar o trabalho em outras frentes, por exemplo as questões de acompanhamento - os pacientes que realizam acompanhamento por neoplasia, a navegação do paciente em geral, isso poderia certamente ser mais integrado. Acho que se a gente conseguisse organizar alguma coisa em relação ao seguimento dos pacientes e a navegação dos pacientes com a enfermagem seria ideal (P8, 2020).

Segundo Pautasso *et al.* (2018), o processo de trabalho e o conhecimento do enfermeiro estão direcionados ao cuidar, envolvidos no assistir ao paciente em todas as suas dimensões, compreendendo o cuidado de forma integral, seja ele preventivo, curativo ou para a reabilitação durante todo o tratamento oncológico. A implementação de programas de navegação, tendo o enfermeiro como ator na coordenação do cuidado e na continuidade da assistência, proporciona aos pacientes, aos serviços e ao sistema de saúde diferencial quanto à qualificação da assistência.

O ambulatório de quimioterapia do HCPA ainda não realiza a navegação de pacientes, no entanto, compreende a importância de profissional exclusivo para esta atividade, a qual fortalece o processo de atenção centrada no paciente.

Os usuários do serviço têm características particulares, muitas vezes vem ao atendimento desacompanhados, apresentam dificuldades de entendimento e compreensão de seu processo terapêutico e muitos encaminhamentos de consultas, exames e avaliações relacionadas à especialidade, fator este, gerador de ansiedade e motivos de equívocos, que atrasam a continuidade dos processos. Diante disso, a

navegação é identificada como uma das estratégias previstas para desenvolver dentro do Centro Integrado de Oncologia, considerando a ampliação de espaço físico e de recursos humanos que o novo formato assistencial ofertará aos usuários.

Merhy (2004) endossa esse argumento, expondo que, pelo ponto de vista do usuário, em geral, não existe a queixa da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, e sim da falta de interesse de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e dos seus problemas. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados no seu processo de doença e cura, o que indica a necessidade se sentir acolhido no sistema (MERHY, 2004).

Segundo a OMS (2010), a implementação de estratégias que promovem a colaboração interprofissional executa uma importante modificação, na qual o sistema atual migra de um estado fragmentado para outro em que os sistemas de saúde são fortalecidos, favorecendo melhoria nos resultados na saúde. Profissionais colaborativos asseguram práticas em saúde integrais através de trabalho colaborativo, respondendo com maior qualidade os problemas e as necessidades de saúde da população. Para tal, é preciso que os profissionais desenvolvam competências que garantam as modificações na lógica do modelo de atenção à saúde (REEVES, 2016; COSTA *et al.*, 2018).

Dentro desse contexto, identifica-se que, para realizar um trabalho integrado, qualificado e que beneficie o usuário tanto na sua individualidade como dentro de seu contexto familiar, necessita-se, sobretudo, de um modelo assistencial colaborativo. De acordo com os autores Mosser e Begun (2015), as equipes de saúde podem aperfeiçoar seu desempenho através de várias possibilidades, visando à melhoria do processo, incluindo treinamentos, formação da equipe e mudança cultural. Uma opção importante é a melhoria dos processos que utiliza métodos bem definidos para compreender processos, definir objetivos e qualificar os processos de trabalho, fazendo mudanças e, então, avaliando os efeitos gerados por essas modificações.

A revisão de processos e suas possíveis modificações são aliadas no desenvolvimento de atividades que favoreçam o princípio de uma prática colaborativa. Para isso, faz-se necessário reconhecer os aspectos que fortalecem e promovem essa prática, bem como as barreiras e os desafios que podem dificultar ou até mesmo impedir com que os profissionais possam operar de forma colaborativa em benefício

do atendimento às necessidades de saúde dos usuários e da comunidade (PEDUZZI; CIAMPONE; LEONELLO, 2016).

6 PRODUTO TÉCNICO

Após a investigação e a construção da análise dos resultados, é possível identificar potencialidades no cenário da pesquisa e desenvolver, de uma forma simples, um mecanismo de devolutiva para a sugestão de melhoria do processo estudado.

É dentro deste contexto que o mestrado profissional está inserido. Possui como objetivos: capacitar e qualificar os profissionais a fim de atender as demandas sociais, organizacionais e do universo do trabalho; provocar a articulação integrada do desenvolvimento profissional com diversas entidades, com a intenção de melhorar a eficiência e a eficácia no contexto das organizações tanto públicas, como privadas, através da origem e emprego de processos inovadores, para a resolução de problemas (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, como primeiro produto desta pesquisa, houve a concepção de um boletim de caráter educativo-informativo construído a partir dos resultados obtidos. O objetivo é fornecer suporte à equipe multiprofissional do ambulatório de quimioterapia para a qualificação do processo assistencial quanto às práticas colaborativas. Será apresentado como devolutiva ao serviço de oncologia em uma reunião programada com a presença dos participantes deste estudo, em que será realizada uma leitura acompanhada de discussão, promovendo a compreensão dos dados apresentados. Em razão da pandemia da COVID-19, essa devolutiva será programada para um outro momento oportuno.

Ainda, como segundo produto técnico resultado deste trabalho, desenvolveu-se um artigo científico (Anexo C). Após as contribuições da banca avaliadora, será encaminhado para a Revista Brasileira de Cancerologia (RBC), um periódico científico com formato *online*, de periodicidade trimestral, com acesso aberto e gratuito, publicado pelo INCA. Por fim, o resumo deste trabalho foi aprovado para apresentação em forma de e-pôster virtual na 40ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e será apresentado no evento virtual, que acontecerá de 09 a 13 de novembro de 2020 (Anexo D).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de realizar a pesquisa sobre as Práticas Colaborativas em Oncologia, tendo como objetivo a compreensão do processo assistencial da equipe multiprofissional do ambulatório de quimioterapia a partir da opinião dos trabalhadores, emergiu através da reflexão das atuações e vivências interprofissionais no cenário da oncologia. Ao longo da trajetória do mestrado profissional em Ensino na Saúde, tive a oportunidade de contracenar com profissionais que me ofertaram inspiração no desenvolvimento desta pesquisa, como professores mediadores de disciplinas com prática teórica-conceituais e metodológicas, os quais trouxeram conteúdos científicos e pedagógicos para o desenvolvimento de atividades de educação visando ao aprimoramento das práticas solidárias de atenção e de gestão em saúde, o que promoveu a nós, profissionais atuantes no Sistema Único de Saúde, a propriedade do desenvolvimento de produtos técnicos com aplicabilidade no trabalho. Profissionais estes, colegas de diferentes formações, porém com o similar objetivo de transformar e qualificar a assistência pública de saúde dentro de cada inserção ocupacional.

Não obstante, este trabalho alcançou sua conclusão após exaustiva pesquisa, leitura e sistematização da literatura baseada nas pesquisas anteriores de autores referência na especialidade e publicações bibliográficas científicas conceituais capazes de estabelecer embasamento teórico, permitindo e incentivando o princípio da construção do meu conhecimento acerca do tema. Este embasamento teórico e metodológico tornou possível a realização da análise dos resultados da pesquisa, colocando os achados de frente com a literatura.

Como objetivos específicos desta pesquisa, buscou-se, primeiramente, identificar os desafios enfrentados pela equipe para uma assistência interprofissional colaborativa e apontar as dimensões que favoreçam a interprofissionalidade no ambulatório de quimioterapia.

Estas questões nortearam o desenvolvimento do estudo, que se desenrolou em dois grandes eixos temáticos e cinco categorias. O primeiro eixo temático é composto pela temática Costura das Práticas do Cuidado, e as categorias que emergiram deste tema são: compreensão do fazer em equipe; como aprendemos a trabalhar juntos, como exercemos o cuidado e reuniões: espaços (des)integrados. O segundo eixo temático está intitulado como Limites e Possibilidades de Práticas Colaborativas, composto pelas seguintes categorias: relação entre trabalho e demanda e possíveis estratégias de integração e colaboração.

No que se relaciona com a compreensão do fazer em equipe, percebe-se que, quando a equipe identifica cada rede de contato e apoio profissional que pode contar como parceira dentro da trajetória do cuidar, traz às atividades e consequentemente ao grupo, uma característica potente sustentada pela integração dos saberes. O cuidado dentro da rotina assistencial ensina como é possível conduzir da melhor forma, e suprir as necessidades complexas dos usuários de saúde torna constante o aprendizado daqueles profissionais que desejam aprimorar sua assistência em equipe. O grupo refere que aprendeu a trabalhar de forma conjunta adquirindo habilidades de trabalho em equipe dentro da sua prática no cotidiano ao longo da sua experiência.

Ao aprofundar-se dentro da categoria de investigação sobre como o cuidado é exercido, fica evidente que cada profissional desempenha suas atividades inerentes a sua formação na assistência ao paciente com resquícios da característica manufatureira. Esta identificação se dá ao compreender que alguns dos processos de trabalho são divididos em etapas. Contudo, esta característica não confere ao cenário investigado ineficiência ao trabalho, e sim seu oposto, onde no atual cenário, com os atuais recursos disponíveis, demonstrou um maior resultado assistencial, até o presente momento.

Em relação aos momentos integrativos que são promovidos para discussão de casos e processos dentro do serviço de oncologia, identificou-se que a maior parte das reuniões ocorrem de forma uniprofissional. A dificuldade de conciliar horários que atenda a disponibilidade da equipe multiprofissional é um fator limitante, e na dificuldade de encontrar-se presencialmente, encontrou

uma forma de integração à distância, via e-mail, aplicativo de troca de mensagens e telefone. Entretanto uma comissão de segurança mantém o grupo multiprofissional integrando os saberes em benefício do usuário e da comunidade profissional de forma ativa e constante.

A relação entre trabalho e demanda é um fator importante no desempenho das atividades profissionais, posto que, para desenvolver um trabalho colaborativo de qualidade, é necessário disponibilidade do grupo assistencial para a prestação das suas atividades de forma efetiva. A pesquisa coloca em evidência uma importante alta demanda de trabalho, colocando a relação entre trabalho e demanda como um fator que necessita atenção na gestão pública.

Como apontamento das possíveis estratégias de integração e colaboração, identificaram-se agrupamentos comuns de oportunidades, capazes de viabilizar a integração do grupo, e assim qualificar a assistência ao paciente oncológico e seu contexto familiar, como espaços para reuniões em formato de *round*, possibilitando um espaço para discussões multiprofissionais sobre os casos que surgem na assistência. Além dos *rounds*, emergiu a necessidade de explorar elementos relacionados as práticas colaborativas, dentro do Programa Multiprofissional de Cuidado ao Paciente Oncológico, grupo este caracterizado pelo grande potencial para uma assistência integrada e colaborativa.

Intervenções educacionais e assistenciais, como atividades integradas, tanto na área educativa, quanto de impacto específico com o paciente foram apontadas como uma estratégia de agregar a equipe assistencial. Outra estratégia levantada pelos interlocutores da pesquisa, é a atividade da *nurse navigator* (enfermeira navegadora). Esta modalidade de assistência vem ganhando espaço na oncologia, trazendo resultados importantes e significativos numa área complexa como a área em questão.

Por fim, como último objetivo, a proposta da construção de orientações para qualificar o processo assistencial do ambulatório de quimioterapia, com vistas às práticas colaborativas, que após a etapa da análise e discussão dos resultados foi possível refletir e desenvolver o principal produto desta pesquisa. Trata-se da construção de um boletim informativo, composto por orientações, no

intento de instrumentar a qualificação do processo assistencial, voltadas à prática colaborativa dentro do processo de trabalho do cenário do estudo.

Fica evidente a necessidade de novas pesquisas dentro da temática da interprofissionalidade e das práticas colaborativas, visto que se trata de uma modificação de cultura.

Para que possamos alcançar êxito nos nossos objetivos da grande integração do saber é necessário que esse conhecimento tenha visibilidade, e acesso à comunidade científica, sem perder de vista aos profissionais que atuam na assistência direta ao usuário e seus familiares.

REFERÊNCIAS

- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n 59, p. 905-916, 2016.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
- BIFULCO, V. A. Psico-oncologia: apoio emocional para o paciente, a família e a equipe no enfrentamento do câncer. *In*: BIFULCO, V. A.; FERNANDES JÚNIOR, H. J.; BARBOZA, A. B. **Câncer: uma visão multiprofissional**. Barueri, SP: Manole, 2010.
- BONASSA, E. M. A. *et al.*. Conceitos Gerais em Quimioterapia Antineoplásica. *In*: BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4^a ed. São Paulo: Atheneu, 2012a.
- BONASSA, E. M. A.; *et al.*. Administração dos agentes antineoplásicos. *In*: BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4^a ed. São Paulo: Atheneu, 2012b.
- BRANDI, A. C.; CAVASINI, S. M. Psicologia como Suporte de Apoio ao Paciente, à Família e à Equipe em Oncologia. *In*: FONSECA, S. M.; PEREIRA, S. R. **Enfermagem em Oncologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.
- BRASIL. **Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001**. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, [2001]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10172.htm. Acesso em: 13 out. 2020.
- BRASIL. **Lei Federal 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Ministério da Ciência e Tecnologia. Lei dos Direitos Autorais. Brasília, DF: Casa Civil, [1998]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9610.htm. Acesso em: 31 mai. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DDF: Casa Civil, [2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 20 ago. 2020.
- Brasil. **Portaria GM no 874, de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DDF: Casa Civil, [2013]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 06 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria n. 389, de 23 de março de 2017**. Dispõe sobre o mestrado e doutorado profissional no âmbito da pós-graduação stricto sensu. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Brasília, DF: Casa Civil, [2017]. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/24032017-PORTARIA-No389-DE-23-DE-MARCO-DE-2017.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Inca, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-6-edicao-2020.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, [2012]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRAY, F. *et al.*. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

CAIPE, U. K. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. **Defining IPE**, 2002.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). **A national interprofessional competency framework**. 2010. Disponível em: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf. Acesso em: 04 mar. 2020.

CARROLL J. K.; HUMISTON S. G.; MELDRUM S. C. *et al.* Patients' experiences with navigation for cancer care. **Patient Educ Couns**, v. 80, n. 2, p. 241-247, ago. 2010.

CECCIN, R. B. Interprofissionalidade e Experiências de Aprendizagem: Inovações no Cenário Brasileiro. *In*: TOASSI, R. F. C. **Interprofissionalidade e formação na saúde**: onde estamos? Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

CIRILO, J. D. *et al.*. A gerência do cuidado de enfermagem à mulher com câncer de mama em quimioterapia paliativa. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 3, e4130015, out. 2016.

COSTA, M. A. *et al.*. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface: comunicação, saúde, educação, Botucatu**, v. 19, supl. 1, p. 709-720, 2015.

COSTA, M. V. *et. al.* **Educação interprofissional em saúde**. Natal: SEDIS – UFRN, 2018.

COSTA, D. A. S *et al.*. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 67, p. 1183-1195, dez. 2018.

COSTA, M. V. da. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. *In*: TOASSI, R. F. C. **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

DA HORA, D., L. *et al.*. Propostas inovadoras na formação do profissional para o Sistema Único de Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 471-486, 2013.

D'AMOUR, Danielle *et al.*. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of interprofessional care**, v. 19, n. sup1, p. 116-131, 2005.

D'AMOUR, Danielle *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC health services research**, v. 8, n. 1, p. 1-14, 2008.

DE PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**, v. 8, p. 68-87, 2006.

FERLA, A. A.; TOASSI, R. F. C. **Formação interprofissional em saúde: um caminho a experimentar e pesquisar**. 1ª ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

FERNANDES JÚNIOR, H. J. Dissecando e desmistificando o câncer. *In*: BIFULCO, V. A.; FERNANDES JÚNIOR, H. J.; BARBOZA, A. B. **Câncer: uma visão multiprofissional**. Barueri, SP: Manole, 2010.

FREIRE FILHO, J. R. F.; SILVA, C. B. G. Educação e prática Interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. *In*: TOASSI, R. F. C. **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

FRENK, Julio *et al.*. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIL C. R. R.; LUIZ I. C.; GIL M. C. R. **Gestão pública em saúde**: contexto de implantação e aspectos organizacionais da gestão do SUS. São Luís: Ed. UFMA; 2016.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Institucional**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao>. Acesso em: 13 abr. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: informações sobre domicílio, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 10 set 2020.

MARX, K. **O Capital**. 14ª ed. vol 1. São Paulo: Difel, 1994.

MERHY, E. E. Agir em saúde: um desafio para o público. In: MERHY, E. E. ; ONOCKO, Rosana (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. *et al.*. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil**: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MERHY, E. E; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. MERHY E. E, BADUY R. S., SEIXAS C. T., ALMEIDA DES, SLOMP JUNIOR H, organizadores. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, v. 1, p. 59-72, 2016.

MIGOWSKI, Arn *et al.*. A Atenção Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 2, p. 247-250, 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev Pesq Qual**, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017.

- MOSSER, G; BEGUN, J.W. **Compreendendo o trabalho em equipe na saúde**. Porto Alegre: AMGH, 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: OMS, 2010.
- PAUTASSO F. F. *et al.* Atuação do Nurse Navigator: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 39, e2017-0102, 2018.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.
- PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe. **Dicionário de educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.
- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. *In*: PEREIRA, I. B. *et al.*. **Dicionário de educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.
- PEDUZZI, M., *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.
- PEDUZZI, M. *et al.*. **Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional**. Clínica médica. 2ª ed. Barueri: Manole, p. 171-9, 2016a.
- PEDUZZI M. O SUS é interprofissional. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 56, p. 199-201, mar. 2016b.
- PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T; LEONELLO, V. M. Trabalho em equipe e prática colaborativa. *In*: KURCGANT, P. *et al.*. **Gerenciamento em Enfermagem**, v. 3, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- PEDUZZI, M. *et al.*. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020.
- PERVERSI, Paul *et al.*. Exploring reasoning mechanisms in ward rounds: a critical realist multiple case study. **BMC health services research**, v. 18, n. 1, p. 643, 2018.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 185-197, mar. 2016.

RIBA, J. P. C.; DIAS, J. J. Interdisciplinaridade e Cuidados Paliativos. *In*: SALTZ, E; JUVÉR, J. **Cuidados Paliativos em Oncologia**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Ed Senac Rio de Janeiro, 2014.

SHEJILA CH, MAMATHA SP, FERNANDES DJ. Oncology nurse navigator programme: a narrative review. **Nitte Univ J Health Sci**, v. 5, n. 1, p. 103-107, mar. 2015.

TAYLOR, F. W. **Princípios de administração científica**. São Paulo: Atlas, 1987.

TOMPKINS P; LAWLEY J. **The Magic Ingredient**: Part 1. 1994. Disponível em: <http://www.cleanlanguage.co.uk/articles/articles/112/1/Rapport-The-Magic-Ingredient/Page1.html>. Acesso em: 2 fev. 2020.

World Health Organization. The World health report: 2000: **Health systems: improving performance**. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>. Acesso em: 7 out. 2019.

World Health Organization (WHO). Genomics. *In*: INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **World Cancer Report**. Lyon: IARC; 2014.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DA COMESQ FAMED/UFRGS**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
Grupo de Pesquisa e Pós Graduação**Carta de Aprovação****Projeto**

2019/0601

Pesquisadores:**LUIZ FERNANDO CALAGE ALVARENGA**

ANA MARIA VIEIRA LORENZZONI

Número de Participantes: 10**Título:** PRÁTICAS COLABORATIVAS EM ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA:DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG).

10/02/2020



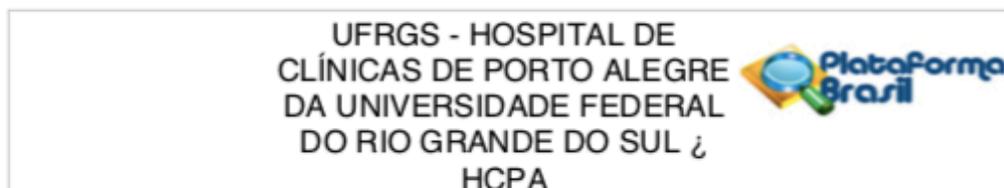
Assinado digitalmente por:
PATRICIA ASHTON PROLLA

Grupo de Pesquisa e Pós-graduação

13/02/2020 15:38:11

<https://sistemas.hcpqa.ecli.br/pesquisa/publico/cadastro/asp/oi/conferencia/Arquivo.shtm?oi=editemo730172>

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO HCPA/UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS COLABORATIVAS EM ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Pesquisador: Luiz Fernando Calage Alvarenga

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26861119.6.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.824.452

Apresentação do Projeto:

As práticas colaborativas estão relacionadas com a forma em que as equipes interagem entre si de maneira sinérgica para a assistência, atuando de maneira completa e resolutiva para o melhor produto final em comum: o cuidado integral ao paciente. A atuação interprofissional exerce um dos princípios básicos do Sistema único de Saúde (SUS) que é a integralidade, unindo os saberes multiprofissionais com um caráter unificado, contribuindo para o aprimoramento do cuidado, fornecendo efetividade na saúde aos pacientes. Este estudo tem como principal objetivo qualificar o processo assistencial da equipe multiprofissional do ambulatório de quimioterapia de um hospital público universitário do Rio Grande do Sul. Especificamente pretende: descrever o processo assistencial da equipe multiprofissional de oncologia ambulatorial, identificar os desafios enfrentados pela equipe para uma assistência interprofissional colaborativa, analisar dimensões que favoreçam a interprofissionalidade no ambulatório de quimioterapia e por fim, propor um novo processo de trabalho interprofissional baseado nas práticas colaborativas. Para atingir os objetivos supracitados, será realizado um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorrerá através de entrevistas individuais semiestruturadas. Os sujeitos do estudo serão os profissionais enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, administradores e nutricionistas que fazem parte da assistência multiprofissional do paciente no

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



Continuação do Parecer: 3.824.452

ambulatório de quimioterapia, escolhidos intencionalmente conforme os critérios de inclusão e exclusão. A análise dos dados será realizada com base na análise de conteúdo de Minayo. Os resultados e o produto técnico serão apresentados para a banca examinadora, posteriormente divulgados através de artigo científico e apresentados aos profissionais do serviço investigado, para expor formalmente a proposta de qualificação da assistência interprofissional derivada da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Qualificar o processo assistencial da equipe multiprofissional do ambulatório de quimioterapia.

Objetivos específicos:

1. Descrever o processo assistencial da equipe multiprofissional do ambulatório de quimioterapia;
2. Identificar os desafios enfrentados pela equipe para uma assistência interprofissional colaborativo;
3. Analisar dimensões que favoreçam a interprofissionalidade no ambulatório de quimioterapia;
4. Propor um novo processo de trabalho interprofissional baseado em práticas colaborativas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores, os riscos da pesquisa são mínimos, relacionados ao anonimato e identidade dos participantes. Para garantir o anonimato e preservar a identidade dos sujeitos entrevistados, serão utilizados códigos para a identificação de cada um dos participantes. Os benefícios serão as melhorias na atuação da equipe multiprofissional voltadas aos pacientes com câncer em quimioterapia. Ficará elucidado ainda que, as informações obtidas através da coleta serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos vinculados ao estudo, incluindo a possibilidade de publicações científicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de mestrado profissional, que tem como proposta final qualificar o processo assistencial da equipe multiprofissional do ambulatório de quimioterapia do HCPA. É uma pesquisa exploratória descritiva, de caráter qualitativo. Serão convidados a fazer parte da pesquisa, enfermeiros, farmacêuticos, médicos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, e administradores hospitalar que atuam no cuidado ao paciente oncológico em tratamento no ambulatório de quimioterapia do HCPA. Serão incluídos na pesquisa profissionais contratados pelo

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



Continuação do Parecer: 3.824.452

HCPA, atuantes como enfermeiro, farmacêutico, médico, nutricionista, psicólogo, assistente social, e administradores hospitalar, há pelo menos um ano na atenção aos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico no HCPA, que aceitem participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Serão excluídos aqueles profissionais que atuam há menos de um ano na atenção ao paciente oncológico em tratamento quimioterápico no HCPA, bem como, aqueles que estiverem ausentes cumprindo férias, licenças ou atestados durante o período de coleta das informações. Os participantes serão escolhidos de maneira intencional. A pesquisadora fará o convite pessoalmente aos profissionais que atuam na equipe multiprofissional no ambulatório de quimioterapia, seguindo os critérios de inclusão e exclusão mencionados anteriormente, e assim programando a entrevista de acordo com a disponibilidade dos participantes. As informações serão obtidas individualmente por meio da técnica de entrevista semi-estruturada. As entrevistas serão realizadas com o mesmo teor para todos os entrevistados, serão gravadas e transcritas integralmente para melhor compreensão do material. Para estabelecer uma relação de empatia e sintonia entre o entrevistador e o entrevistado, será utilizada a técnica rapport. Após a transcrição dos dados, será entregue ao entrevistado uma cópia para leitura e validação do conteúdo, que será assinada pelo participante. A análise dos dados obedecerá a metodologia de análise de conteúdo do tipo temática, uma proposta descrita por Minayo (2014), composta por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os autores apresentam TCLE e termo de delegação de funções.

Recomendações:

Corrigir a sala do CEP no TCLE, pois mudou para 2229.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 3.786.042 foram respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 30/01/2020. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLE de 30/01/2020 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
 Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL** 
HCPA

Continuação do Parecer: 3.824.452

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 10 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) O projeto deverá ser cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- c) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.
- d) Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.
- e) A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1407059.pdf | 30/01/2020 19:45:35 | | Aceito |
| Outros | cartaanacep.docx | 30/01/2020 19:45:23 | Luiz Fernando Calage Alvarenga | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tclerevisado.doc | 30/01/2020 19:45:02 | Luiz Fernando Calage Alvarenga | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projettorevisadocep.docx | 30/01/2020 19:44:43 | Luiz Fernando Calage Alvarenga | Aceito |
| Folha de Rosto | folhana2.pdf | 11/12/2019 11:31:18 | Luiz Fernando Calage Alvarenga | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | delgacaoana.pdf | 17/09/2019 17:18:34 | Luiz Fernando Calage Alvarenga | Aceito |

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



Continuação do Parecer: 3.824.452

| | | | | |
|---|------------------------|------------------------|--------------------------------|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEANAMARIA.pdf | 01/08/2019 23:46:01 | Luiz Fernando Calage Alvarenga | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETOMESTRADOANA.pdf | 01/08/2019 23:45:47 | Luiz Fernando Calage Alvarenga | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 06 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
Têmis Maria Félix
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

ANEXO C – ARTIGO CIENTÍFICO

Práticas Colaborativas em Oncologia: Compreensão do Processo de Trabalho de uma Equipe Assistencial

Collaborative Practices in Oncology:
Understanding the Work Process of an Assistance Team

Prácticas Colaborativas en Oncología:
Comprensión del Proceso de Trabajo de un Equipo de Asistencia

Ana Maria Vieira Lorenzoni² Luiz Fernando Calage Alvarenga³

Autora correspondente

Ana Maria Vieira Lorenzoni. Rua Mauro Guedes Oliveira, 251 apto 1506 Torre A,
Bairro Jardim Lindoia. CEP 91050-090, Porto Alegre-RS. (51) 99571 4200

Critérios de autoria

Ana Maria Vieira Lorenzoni: autora

Luiz Fernando Calage Alvarenga: autor

Declaração de conflito de interesses

Nada a declarar

Fontes de financiamento

A pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização

² Mestranda do PPG Ensino na Saúde na Faculdade de Medicina da UFRGS, Enfermeira do Ambulatório de Quimioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, alorenzoni@hcpa.edu.br. Orcid iD <https://orcid.org/0000-0003-3989-9124>.

³ Orientador: Doutor em Educação, professor do curso de Fisioterapia na área de Saúde Coletiva e do Programa de Pós-graduação em Educação da UFRGS. Porto Alegre, lalvarenga@hcpa.edu.br, Orcid iD <https://orcid.org/0000-0001-8968-0935>.

RESUMO

O cuidado ao paciente oncológico necessita ser realizado por uma equipe que atue de forma integrada e colaborativa. Objetivo: Compreender o processo assistencial da equipe multiprofissional do ambulatório de quimioterapia a partir da opinião dos trabalhadores. Metodologia: Estudo qualitativo, exploratório descritivo, teve como cenário o ambulatório de quimioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A amostra foi definida intencionalmente, com profissionais de diferentes formações, que atuam no cuidado ao paciente oncológico no ambulatório de quimioterapia do HCPA (n=11). As informações foram submetidas à análise de conteúdo do tipo temática. Resultados: Os interlocutores da pesquisa identificaram a importância do trabalho da equipe multiprofissional para a melhor assistência do paciente. Adquiriram suas habilidades de trabalho em equipe no cotidiano. O cuidado ao paciente é desenvolvido de forma individual, em parceria com colegas, e em espaços de discussões do processo de cuidar. A alta demanda de trabalho é apontada como uma questão limitadora, considerando o fluxo de atendimento. As estratégias de integração que emergiram nos discursos foram *rounds* e reuniões multiprofissionais. Produto: Material de caráter educativo-informativo (Boletim Informativo), com o objetivo de fornecer suporte à equipe multiprofissional do ambulatório de quimioterapia para qualificar o processo assistencial colaborativo. Considerações finais: A compreensão do processo assistencial a partir da opinião dos trabalhadores trouxe a identificação dos desafios enfrentados pela equipe para uma assistência interprofissional colaborativa, possibilitando a construção de orientações que qualifiquem o processo assistencial do ambulatório de quimioterapia, com vistas às práticas colaborativas.

Palavras-chave: Equipe de assistência ao paciente. Prática profissional. Oncologia.

ABSTRACT

The care for cancer patients is complex and needs to be carried out by a team that acts in an integrated manner, consisting of professionals who address all the needs within their work process. Objective: To understand the multidisciplinary team's care process at the chemotherapy outpatient clinic based on the workers' opinions.

Methodology: Qualitative, exploratory, descriptive study, based on the chemotherapy outpatient clinic of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). The sample was chosen intentionally and encompasses professionals from different backgrounds who work in the care of cancer patients at the HCPA chemotherapy outpatient clinic (n = 11). The information was submitted to thematic content analysis, according to Minayo. **Results:** Research interlocutors identify the importance of teamwork for better patient care, acquired their teamwork skills within the daily practice, care is developed individually directly with the patient, in partnership with colleagues, and in spaces for discussing the care process. The demand for work is pointed out by a limiting issue, considering the flow of care. The integration strategies emerge contributing ideas for creating multi-professional rounds and meetings, bringing integration and proximity of individual assistance to the group as a collaborative team. **Product:** Educational and informative material (Information Bulletin), as a goal, supports the multidisciplinary team of the chemotherapy outpatient clinic for the qualification of the care process with a view to collaborative practices. **Final Considerations:** The understanding of the care process from the workers' opinion brought the identification of the challenges faced by the team for collaborative interprofessional assistance, for the construction of guidelines that qualify the care process of the chemotherapy outpatient clinic, with a view to collaborative practices.

Keywords: Patient care team. Professional practice. Oncology.

RESUMEN

La atención al paciente oncológico es compleja y debe ser realizada por un equipo que actúe de forma integrada, formado por profesionales que atiendan todas las necesidades dentro de su proceso de trabajo. **Objetivo:** Comprender el proceso de atención del equipo multidisciplinario en la consulta externa de quimioterapia a partir de la opinión de los trabajadores. **Metodología:** Estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo, basado en la consulta externa de quimioterapia del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). La muestra fue elegida intencionalmente, por profesionales de diferentes orígenes, que trabajan en la atención de pacientes con cáncer en la consulta externa de quimioterapia del HCPA (n = 11). La información fue sometida a análisis de contenido temático, según

Minayo. Resultados: Los interlocutores de la investigación identifican la importancia del trabajo en equipo para una mejor atención al paciente, adquirieron sus habilidades de trabajo en equipo dentro de la práctica diaria, la atención se desarrolla individualmente directamente con el paciente, en asociación con colegas y también en espacios de discusión del proceso asistencial. La demanda de trabajo es señalada por un tema limitante, considerando el flujo de atención, y las estrategias de integración surgen aportando ideas para la creación de rondas y encuentros multiprofesionales, trayendo integración y proximidad de la asistencia individual al grupo como un equipo colaborativo. Producto: Material didáctico e informativo (Boletín Informativo), como objetivo, dar apoyo al equipo multidisciplinar de la consulta externa de quimioterapia, para la calificación del proceso asistencial con miras a prácticas colaborativas. Consideraciones finales: La comprensión del proceso de atención desde la opinión de los trabajadores trajo consigo la identificación de los desafíos que enfrenta el equipo para la asistencia colaborativa interprofesional, para la construcción de pautas que califiquen el proceso de atención de la consulta externa de quimioterapia, con miras a prácticas colaborativas.

Palabras clave: Equipo de atención al paciente. Práctica profesional. Oncología.

INTRODUÇÃO

Novos aspectos incorporam a dinâmica do trabalho em saúde, como observar-se nas modificações do perfil epidemiológico que vêm ocorrendo no Brasil nas últimas décadas. Essas modificações são originadas pela mudança das causas de mortalidade e morbidade em conjunto com outras transformações – demográficas, sociais e econômicas – essas mudanças são denominadas pelo fenômeno da transição epidemiológica. Esse processo engloba, basicamente, três mudanças: aumento da morbimortalidade pelas doenças e agravos não transmissíveis e pelas causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante, com grande impacto para o sistema de saúde¹. As modificações do perfil de

morbimortalidade exigem diferentes desdobramentos para a dinâmica de trabalho de modo a suprir uma assistência cada vez mais complexa.

O acometimento da doença oncológica afeta diversas dimensões da vida humana, e o cuidado destes pacientes é complexo. Considerando este cenário, entende-se a necessidade de ser realizado por uma equipe que atue de forma integrada, constituída por profissionais que atendam e contemplem a demanda. Do mesmo modo, para acompanhar o quadro cada vez mais desafiador da assistência em saúde, os profissionais compreenderam o movimento e partiram em busca de aperfeiçoamentos, capacitações e especializações. Além das especialidades, há a demanda por formação de equipes de trabalho que atendam às diligências dos seus pacientes, uma vez que nenhum profissional sozinho é detentor da experiência e dos conhecimentos imprescindíveis para um atendimento de excelência². Ainda que em equipe, todavia, os profissionais trabalham isolados, pois são produto de uma formação baseada na própria, também isolada, área de atuação, em que cada um aprendeu o seu fazer diante de determinadas circunstâncias, mas não a atuar interprofissionalmente³. A atuação interprofissional vem para realizar uma ruptura de um paradigma dominante em que os profissionais atuam dentro de suas especialidades e de maneira afastada dos demais profissionais, para uma metodologia baseada na multiplicidade dos intersaberes do cuidado integral ao paciente quanto a suas necessidades em saúde, conforme garante o princípio da integralidade do SUS³.

A Prática Interprofissional (PIP) permite contribuir no cenário assistencial, aumentando a resolutividade dos serviços e aprimorando a qualidade da atenção de saúde, evitando omissões, diminuindo a possibilidade de duplicações de cuidados, assim como esperas e adiamentos desnecessários, e qualificando a comunicação entre os profissionais, pois todos os elementos reconhecem a atuação de cada área, tal qual suas fronteiras³. Ainda, profissionais com distintas formações na saúde articulam seu saber específico com o saber dos outros dentro da organização do trabalho, compartilhando as ações e delegando atividades a outros profissionais como práticas colaborativas³. Assim, há otimização de recursos e ampliação da atenção às carências de saúde do usuário, uma vez que as demandas são complexas e heterogêneas, o que requer dedicação integral, e não apenas individual.

A crescente preocupação com o trabalho em equipe dentro do contexto dos cuidados à saúde cria a necessidade de identificar métodos, conceitos e processos de

ensino e de aprendizagem focados na arquitetura de habilidades indispensáveis para o desempenho da prática profissional de caráter integrado⁴. Assim, compreendendo o cenário em que os profissionais de saúde estão envolvidos, diante do crescente aumento de casos na área da oncologia e, conseqüentemente, da complexidade em trabalhar diante desta demanda, este artigo tem como objetivo compreender o processo assistencial da equipe multiprofissional do ambulatório de quimioterapia a partir da opinião dos trabalhadores.

Nesse sentido, identificar os desafios enfrentados pela equipe para uma assistência interprofissional colaborativa e apontar as dimensões que possam favorecer o trabalho interprofissional no ambulatório de quimioterapia. Desse modo, construir orientações para qualificar o processo assistencial, com vistas às práticas colaborativas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório descritivo. A pesquisa qualitativa se caracteriza pelo interesse na realidade das ciências sociais, que não pode ser quantificada, trabalhando com o universo de valores, crenças e atitudes⁵. A pesquisa exploratória é capaz de proporcionar maior familiaridade ao problema, tornando-o mais explícito e proporcionando ao pesquisador a oportunidade de conhecer melhor o objeto de investigação⁶. Os estudos descritivos, por sua vez, almejam desvelar as características de determinada população ou fenômeno, até mesmo servindo para proporcionar uma nova visão do problema, complementando a pesquisa exploratória⁶.

Participaram do presente estudo onze profissionais do Serviço de Oncologia Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A amostragem intencional, também conhecida como proposital baseia-se na crença do conhecimento que o pesquisador possui sobre a população, podendo ser usado para seleção dos sujeitos da amostra⁷.

Os critérios de inclusão foram: i) atuar no mínimo há um ano na assistência ao paciente oncológico em tratamento quimioterápico ambulatorial no HCPA; e ii) consentir a participação no estudo. Ficaram excluídos os profissionais que atuam há menos de um ano na assistência ao paciente oncológico em tratamento quimioterápico ambulatorial no HCPA, bem como aqueles que estavam em cumprimento de licenças, férias ou atestados

durante o andamento da coleta dos dados. A imersão deste estudo teve como cenário o ambulatório de quimioterapia do HCP, que é uma instituição pública e universitária, integrante da rede de hospitais universitários do MEC e vinculado academicamente à UFRGS⁸.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de março e abril de 2020, por meio de uma entrevista semiestruturada, composta por questões abertas e com o mesmo teor para todos os entrevistados. Os áudios foram gravados pelo *smartphone* da pesquisadora e transcritos integralmente para melhor entendimento do material. Para estabelecer uma relação de empatia e sintonia entre o entrevistador e o entrevistado, foi utilizada a técnica *rapport*. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 30 minutos. Após a escuta e a devida transcrição das respostas da entrevista, foi realizado o processo de validação das informações obtidas, permitindo a cada interlocutor a leitura, a revisão e, então, a confirmação das informações extraídas de cada questão da entrevista.

Para a análise dos dados, utilizou-se o método de análise de conteúdo, que consiste em 3 etapas: 1) Pré-análise: organização do material de pesquisa e leitura flutuante dos apontamentos a serem analisados, orientada pelos objetivos e referencial teórico; 2) Exploração do material: um processo de operação classificatória em busca de categorias, que são expressões e termos significativos nos quais o conteúdo das falas serão organizados; 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados da pesquisa são expostos baseados no propósito do estudo, o pesquisador faz inferências e realiza interpretações, inter-relacionando com o referencial teórico⁵.

A pesquisa garantiu o respeito aos preceitos bioéticos conforme a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde⁹. Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFRGS, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA, por meio do protocolo CAAE 26861119.6.0000.5327 e do parecer número 3.824.452. Aos voluntários, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ao concordarem com todos os aspectos, o pesquisado e a pesquisadora assinaram o termo em duas vias, sendo que uma das vias foi entregue ao participante e a outra foi arquivada pela pesquisadora. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para assegurar a veracidade das informações. Os áudios serão guardados por um período de 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora, e serão destruídos após este período.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A população participante deste estudo foi predominantemente do sexo feminino, com idade média de 43 anos, tempo de formação média de 15 anos e a média de tempo na atuação dentro da oncologia foi de 8 anos. Dois grandes eixos temáticos e cinco categorias emergiram das informações coletadas nas falas dos participantes. O primeiro eixo temático é composto pela temática Costura das Práticas do Cuidado e as seguintes categorias: compreensão do fazer em equipe; como aprendemos a trabalhar juntos; como exercemos o cuidado; e reuniões: espaços (des)integrados. O segundo eixo temático está intitulado como Limites e Possibilidades de Práticas Colaborativas e composto pelas seguintes categorias: relação entre trabalho e demanda e possíveis estratégias de integração e colaboração.

EIXO TEMÁTICO 1 – COSTURA DAS PRÁTICAS DO CUIDADO

O termo “costura das práticas do cuidado” surgiu através da forma com que se observa a assistência, no cotidiano, dentro do fazer de cada profissional protagonista do cuidar.

Compreensão do fazer da equipe

Compreender a realidade da atuação dos colegas do próprio grupo é fundamental para que o cuidado assistencial tenha um formato fluido e consistente. O efetivo trabalho em equipe é uma potente condição para o enfrentamento dos problemas e das necessidades de saúde dos usuários, dentro de sua dinamicidade e complexidade¹⁰.

A prestação de serviços de saúde envolve profissionais altamente especializados, o que torna o trabalho em equipe um constante desafio². É requerido desses profissionais a compreensão sobre o fazer dos demais membros da equipe e da forma como cada um deles pode contribuir a serviço do usuário com o que é capaz, ou até mesmo em apoio ao atendimento que lhe é prestado.

As falas apresentadas pelos interlocutores da pesquisa demonstram o reconhecimento da importância do trabalho da equipe pela melhor assistência do paciente, potencializado pelo conhecimento que os profissionais detêm sobre o fazer do outro. Ademais, evidenciam confiança na propriedade com que este trabalho é desempenhado:

Eu não vejo outra forma de trabalhar, acho que o paciente oncológico necessita de um olhar multiprofissional, precisa de múltiplos olhares. Não existe como só um profissional dar cobertura e suprir todas as necessidades desse paciente, então é imperativo que se atue multiprofissionalmente, não existe outra forma. Eu acho que nós realizamos as atividades juntos embora, cada um se ocupe de uma coisa, mas elas estão entrelaçadas (Participante 7).

A tarefa de produzir atos de saúde é compartilhada por todos os trabalhadores da assistência¹¹. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto. Como todos realizam esse movimento, mobilizando saberes específicos adquiridos a partir de vivências concretas, o compartilhamento desses olhares seguramente amplia e enriquece as probabilidades de compreender e comunicar-se com os usuários dos serviços de saúde.

Ao considerar trabalho em equipe, defende-se a existência de divisão do trabalho, marcada pelas especificidades das profissões, ao passo que isso não implica na desarticulação dos processos¹². Dentro da complexidade do fazer em saúde, é evidente que um profissional sozinho não conseguirá oferecer todas as respostas exigidas nas mais diferentes situações, justificando definitivamente a importância do trabalho em equipe. Os interlocutores afirmam que buscam complementar o cuidado na resolução de uma situação gerada por uma necessidade do usuário juntamente aos seus colegas, já que, sozinho, não poderá resolver, atuando em conjunto com a sua equipe.

A execução das atividades ocorre separadamente (...), entretanto, a interação entre as áreas como os contatos e as discussões é o principal fator para que a assistência ao paciente seja plena e segura, pois cada profissional contribui com a sua parcela/conhecimento dentro do processo (Participante 11).

Quanto mais dialógicas forem as relações de trabalho, mais integradas serão as ações de cuidado na saúde; por outro lado, quanto menos dialógicas as relações de trabalho, mais fragmentada será a dinâmica dos processos da equipe¹³. Como a construção de relações se dá em ato e nas circunstâncias específicas de cada encontro, não há uma hierarquia na capacidade de estabelecer um bom contato, identificar um problema ou imaginar possibilidades para o seu enfrentamento. Aliás, em geral, de acordo com as situações, são diferenciados os membros da equipe que cumprem um papel mais ativo nesse processo¹¹.

A realidade do efetivo trabalho em equipe se forma pelas articulações das ações das diversas áreas mediante o conhecimento de sua interdependência e da complementaridade entre o agir instrumental e o agir comunicativo¹³. No entanto, em algumas falas, é possível identificar um isolamento entre as atividades entre si, afirmando uma necessidade de aperfeiçoar a inter-relação entre os membros da equipe assistente: “Alguns eu nem lembro porque a gente fica fechadinha aqui, não tem contato, não visualiza, parece que vem tudo pronto.” (Participante 2).

Por mais que a gente saiba que uma assistência de qualidade para complexidade do paciente que a gente atende, ela necessita do trabalho equipe, e isso tem que ser muito forte, na prática isso ainda não acontece. Eu encontrei aqui equipes fragmentadas, e cada um na caixinha (Participante 4).

Desenvolver trabalho integrado é, sem dúvidas, um constante desafio para os serviços de saúde. Sabendo-se que os resultados são positivos, a questão central é identificar como melhorar e unificar a assistência para que o grupo multiprofissional esteja engajado neste cuidado.

O trabalho em equipe representa um dos principais pilares da assistência integral na saúde, que é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais¹⁴. Dessa forma, faz-se necessária a articulação das diversas ações realizadas no interior da equipe, do setor, da unidade e do serviço, integrando-os entre si.

A *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) descreveu seis importantes domínios relacionados a competências interprofissionais aplicadas a todas as profissões de saúde¹⁵. Dentre essas competências, juntamente com a comunicação

interprofissional, a atenção centrada no usuário/paciente, a dinâmica de funcionamento da equipe, a liderança colaborativa e a resolução de conflitos, está a clareza de papéis. A clareza do trabalho e da atuação dos diferentes profissionais refere-se ao conhecimento do seu próprio fazer no processo de trabalho, bem como dos demais colegas da equipe.

Para que os profissionais da saúde possam qualificar a sua assistência colaborativa, necessitam ter a oportunidade de aprender sobre os outros, com os outros e entre si, de forma que seja desenvolvida uma força de trabalho em saúde em que todos trabalhem conectados para proporcionarem serviços abrangentes na assistência à saúde¹⁶. A compreensão do fazer do próprio grupo de trabalho atuante na assistência ao paciente amplia as possibilidades. A identificação de cada rede de contato e apoio que o profissional poderá contar dentro da trajetória do cuidar traz às atividades e, conseqüentemente, ao grupo uma característica potente sustentada pela integração dos saberes, uma vez que que o cuidado pode se tornar qualificado e integral, compreendendo cada lacuna da necessidade apresentada pelo paciente.

Como aprendemos a trabalhar juntos

A atuação dentro da coletividade é uma prática importante com crescente evidência. O princípio para novos horizontes no ensinar dentro do território brasileiro teve como marco a aprovação do Plano Nacional de Educação, em 2001, que estabeleceu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), no sentido de afirmar a flexibilidade e a diversidade nos programas de estudos oferecidos pelas diferentes instituições de educação superior¹⁷.

Com a intenção de contribuir para a consolidação do SUS no Brasil, o MEC e o Ministério da Saúde instituíram as DCNs para 14 profissões da saúde para oferecer uma formação que possibilite a qualificação do cuidado da assistência à saúde, contemplando os princípios do SUS¹⁸. Nesse contexto, a graduação foi compreendida como uma etapa do processo de formação, que necessita ser contínuo, a fim de enfrentar a constante transformação da produção de conhecimentos. Ademais, ser uma formação que congregue as metodologias de aprender e procure acolher as demandas da sociedade, além de priorizar a formação de profissionais mais autônomos e flexíveis. Nessa linha, pode-se observar, na fala de um dos participantes, a sua experiência de qualificação para a

prática em equipe dentro da universidade, quando teve a oportunidade de conhecer a integralidade do cuidado:

Como é que eu aprendi? Na minha formação eu tive momentos de refletir sobre o trabalho de outros profissionais, a gente teve o “Ver-SUS”, a gente tinha o “Aprender SUS” muito voltado ao Sistema Único de Saúde voltado ao cuidado integral – a integralidade (Participante 4).

Ainda, a presença de políticas de saúde e educação apresentam o poder de reorientar processos de formação dos profissionais da saúde, assim como o modelo de atenção em saúde, como a do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET-Saúde, que disparou andamentos de reformas curriculares com foco na adoção de iniciativas interprofissionais, inferindo modificações significativas na complexidade do cuidar¹⁹⁻¹⁰. As articulações entre os Ministérios da Saúde e Educação estabeleceram formalmente a criação de programas de residências multiprofissionais com a finalidade de contemplar diversas categorias de profissionais da saúde dentro de um único processo de formação²⁰. Esses programas trazem o desenvolvimento de competências na interprofissionalidade.

A minha formação em residência multiprofissional, só reforçou esse meu desejo de trabalhar em equipe, essa minha crença de que a única forma de prestar uma assistência adequada, cada um com seu saber porque aí ganha o paciente, mas ganha muito a equipe com cada troca que tem entre os profissionais (Participante 3).

Ademais, a compreensão desses aspectos centrais para os princípios fundamentais da interprofissionalidade não implica na desvalorização de iniciativas que já acontecem no cotidiano da formação dos profissionais de saúde¹⁰. Isso porque são espaços de características potentes e que precisam ser valorizados para o fortalecimento da educação interprofissional e da colaboração nos cenários da educação e do trabalho em saúde.

Sabemos que as novas modalidades curriculares ainda não repercutem de forma potente e unificada dentro das equipes de saúde. No entanto, sabe-se que essa habilidade

pode ser adquirida no dia a dia, aprendendo uns com os outros dentro dos processos em que os profissionais estão inseridos, como podemos observar nas falas dos interlocutores da pesquisa: “Foi o dia a dia que acabou me ensinando a trabalhar em equipe.” (Participante 2); “A gente aprende a trabalhar juntos no dia a dia, fazendo as coisas a gente acerta e erra, e aprende uns com os outros.” (Participante 7); e “Esta construção é uma constante em nossas rotinas diárias, a qual deve ser sempre pautada pela parceria multiprofissional centrada no cuidado ao paciente.” (Participante 11).

Isso é uma coisa que com o dia a dia a gente vai sentindo, vai fazendo parcerias, e vai estabelecendo a nossa rede de contatos, e facilitando a comunicação com alguns desses colegas. A gente vai tentando fazer melhor na nossa prática no momento que a gente se relaciona com outros colegas, e conhece o trabalho, a visão e a contribuição de cada um na assistência ao paciente (Participante 1).

Assim, pode-se identificar que os profissionais que participaram deste estudo adquiriram suas habilidades de trabalho em equipe dentro da sua prática cotidiana, de maneira informal. O cuidado dentro da rotina assistencial ensina como conduzir a prática profissional da melhor forma e suprir as necessidades complexas dos usuários de saúde, tornando constante o aprendizado daqueles profissionais que desejam aprimorar sua assistência em equipe.

A cultura da formação uniprofissional ainda apresenta uma tendência na centralização do desenvolvimento das competências específicas de cada profissional, uma vez que as práticas colaborativas também consistem em um tema novo, ainda pouco conhecido nos processos de formação em saúde na realidade brasileira¹⁰.

Eu acho que isso não é uma coisa que a gente aprendeu, essa questão do trabalho interprofissional é um tema muito novo, pelo menos nos currículos da graduação. Então muitos dos profissionais que atuam no hospital não tiveram essa formação voltada para inter-relacionar com membros de outras equipes e com outras formações (Participante 1).

Portanto, o cenário da assistência em saúde, *a priori*, é composto por uma geração de profissionais cuja formação foi baseada na uniprofissionalidade, uma, que aprenderam na prática do cotidiano a exercer sua assistência e o trabalho em equipe, visto que esta habilidade pode ser desenvolvida ao longo da sua experiência do fazer. A outra geração de profissionais foi formada em um processo mais recente, já com o conceito da interprofissionalidade implementado no currículo desde o início da graduação. A questão central é que os profissionais estejam engajados no processo do cuidar, entrelaçando-se aos fatores fundamentais, como o cuidar em equipe de forma colaborativa.

Como exercemos o cuidado

A equipe multiprofissional desenvolve seu papel especializado na assistência ao paciente, planejando seu cuidado, absorvendo a complexidade da especialidade dentro do processo de trabalho em que estão inseridos e enfrentando os desafios relacionados aos processos de trabalho internos e externos. Todo profissional de saúde, independente da atividade que desempenha na produção de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, e como tal deve atuar no terreno específico das tecnologias leves, produzir acolhimento, possuir responsabilidades e criar vínculos²¹.

O termo “profissional da saúde” tem característica inclusiva e se refere a todos os indivíduos envolvidos em ações que objetivam a promoção da saúde, incluindo os que preservam e promovem a saúde, os que realizam diagnósticos e tratam doenças, os profissionais de apoio e os gestores de saúde. São profissionais de áreas com distintas competências¹⁶.

Por séculos, os profissionais da saúde concluíram suas formações acreditando que todos os resultados da assistência, tanto positivos como negativos, estariam relacionados unicamente com o desempenho individual¹. Contudo, cada profissional desempenha de forma particular as atividades inerentes à sua formação na assistência ao paciente. São cuidados uniprofissionais que fazem parte do grande contexto do cuidar, o qual não pode ser conduzido sozinho. Nas falas a seguir, pode-se identificar o cuidado a partir da observação de cada interlocutor: “As minhas atividades são: dispensar os medicamentos que o paciente vai utilizar em casa, e além de dispensar eu oriento como ele vai utilizar, como ele vai transportar e guardar em casa, o modo que ele vai usar.” (Participante 5); “A minha questão é o cuidado médico do paciente com câncer, isso

envolve diagnóstico, envolve a avaliação inicial, o planejamento do tratamento, realização do tratamento e acompanhamento depois.” (Participante 8); e “O papel da nutrição sempre que possível é prevenir e minimizar aqueles déficits nutricionais e controlar os eventos adversos do tratamento oncológico.” (Participante 9).

Cada profissão de saúde possui uma história única, um domínio profissional característico e sua própria trajetória educacional. O que caracteriza essas identidades profissionais é o que torna a compreensão cruzada um componente fundamental do exitoso trabalho em equipe. As funções, a formação e os valores das diferentes profissões de saúde dão a cada uma delas um caráter próprio às equipes¹.

Assim, podemos identificar que o cuidado, ainda que integrado, é um grande contexto composto por vários atores que possuem diferentes papéis. Estes desempenham o seu processo de produção do cuidado e, quando conectados, realizam a assistência baseada em um objetivo comum para benefício do usuário e de seus familiares.

Os debates sobre a integralidade em saúde no Brasil nasceram junto da Reforma Sanitária, advento responsável pela mobilização da formação e do trabalho em saúde no país, tornando evidente o esgotando da perspectiva da uniprofissionalidade²². A prestação de serviço em saúde compreende uma trama de profissões altamente especializadas. Este cenário torna o trabalho em equipe desafiador, demandando dos profissionais esforços para compreender o fazer dos demais componentes da sua equipe e a maneira como cada um deles pode colaborar com aquilo que é competente a serviço do paciente, ou então no suporte ao atendimento que lhes é prestado¹.

A gente atua com a enfermagem nas reações da quimioterapia, com a psicologia quando tem algum paciente muito angustiado com tratamento, com o serviço social, principalmente dos laudos de judicialização, no andamento de processos, a gente tenta ver junto como pode recorrer da melhor maneira (Participante 6).

Nós trabalhamos bem como equipe multiprofissional, e conseguimos fazer com que exista uma sinergia entre as profissões. (...) A gente procura trabalhar juntos, e quando a gente identifica alguma situação, a gente chama o profissional responsável, as equipes estão disponíveis para atender o que o paciente demandar (Participante 7).

É possível identificar que o cuidado integrado acontece especialmente quando o membro da equipe consegue perceber maneiras de complementar o seu cuidado com o auxílio de outro profissional, proporcionando um cenário de assistência capaz de contemplar a complexidade da necessidade do usuário. Por outro lado, é inviável ao paciente a condução do seu tratamento sem a presença de uma equipe integrada²³. Por exemplo: uma mulher com neoplasia de mama em tratamento, seja ele curativo ou paliativo, necessita ser assistida por uma equipe multiprofissional que atenda às suas necessidades biopsicossociais. Caso contrário, ela mesma terá que inventar essa integralidade para “reinventar sua inteireza” por meio de grupos paralelos (extra hospitalares).

No âmbito do cuidado, dentro da equipe multiprofissional, está inserido o administrador, trabalhador que não possui uma formação técnica em saúde, contudo exerce sua atividade como operador de saúde, central para a gestão dos processos e com característica agregadora no cuidar. Um administrador está inserido na relação com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nessa intervenção, ocupando uma função de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares, permitindo agir em saúde diante do caso concreto apresentado, atuando como um agente institucional que possui um poder burocrático e administrativo na organização²¹, como podemos identificar na fala abaixo.

Eu tenho que poder ter a visão do todo e principalmente, entender que pontos são nevrálgicos nesta intersecção aí dessas áreas, para que o trabalho multiprofissional aconteça. (...) a gente não pode ter a visão só administrativa e seca do processo, a gente tem que olhar para assistência (Participante 4).

Debruçar-se sobre os determinantes dos problemas relaciona-se com a abordagem das múltiplas dimensões que envolvem o processo de trabalho, compreendendo as esferas organizacional, técnica e humana²⁴. Nas falas abaixo, pode-se perceber, além da integração da assistência, os relatos sobre outra forma de integração da equipe, citadas como uma rotina presente no ambulatório de quimioterapia.

A gente tem um trabalho interprofissional, que é o agendamento do paciente novo, que reúne o enfermeiro, o administrativo e o médico – cada um com o seu papel bem definido dentro da reunião, que se faz uma análise daquele paciente que está iniciando: vê se o paciente está apto para iniciar, verifica se ele tem exame pendente ou não, se ele vai usar cateter ou não, se ele tá “redondinho” para iniciar, se a quimioterapia tá prescrita e tá liberada (Participante 4).

Este momento de discussão citado anteriormente, é uma estratégia adotada pelo serviço de oncologia para agilizar os agendamentos dos pacientes que estão iniciando o tratamento quimioterápico, garantindo o cumprimento da Lei nº 12.732, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início (BRASIL, 2012).²⁵ Assim, em seu segundo artigo, a lei assegura que:

Esta estratégia é conduzida através de uma reunião em que um representante médico, um enfermeiro e um administrativo discutem, diariamente, os casos dos novos pacientes que necessitam de agendamento para iniciar seu tratamento, definindo juntos e garantindo a brevidade do começo da terapia antineoplásica. Todavia, nas falas de determinados interlocutores, ao serem questionados sobre o funcionamento do trabalho da equipe ao paciente, emerge a ideia da assistência com uma característica de manufatura.

A gente precisa de uma produtividade que está muito acima do usual de oncologia em geral, e que só é conseguido através de um modelo em que a gente segmenta e especializa trabalho em pessoas específicas, delimita exatamente o trabalho de cada um, para que no final o paciente acabe o processo. O modelo atual de trabalho é uma espécie de manufatura, que o paciente vai passando pelas pessoas, e cada um aperta um parafusinho para que no final o processo ocorra (Participante 8).

Para contextualizar esse conceito, é preciso entender a abordagem marxista sobre processos de trabalho, que explora a temática da manufatura, cujo significado remete à cooperação estabelecida pela divisão do trabalho. Trata-se de um mecanismo de produção cujos órgãos são seres humanos, pois no resultado do trabalho de um está o ponto de partida para o trabalho do outro²⁶. Este conceito manufatureiro de trabalho possui como berço a prática do artesanato. Através da composição de diversos e

independentes ofícios, o produto passa por diversas mãos até seu acabamento final, de forma que os artesãos perdem a sua independência no trabalho por operarem apenas intervenções parciais do grande processo de produção de uma única mercadoria. Este mecanismo é caracterizado pela capacidade de introduzir a divisão do trabalho no processo de produção²⁶.

Dentro da realidade do serviço de oncologia, pode-se identificar resquícios desse perfil de característica manufatureira. Essa identificação se dá ao compreender que alguns dos processos de trabalho são divididos em etapas: “Eu acho que a gente trabalha bem com todas as atividades voltadas cada um no seu quadrado, mas com todas as atividades voltadas para o paciente.” (Participante 7).

A verdade é que a gente consegue fornecer todos os cuidados para todos os pacientes que a gente tem, porque este modelo está estabelecido e funciona, de certa forma ou pelo menos na maioria das vezes liso. Funciona de forma adequada (Participante 8).

Como podemos observar nas falas destacadas acima, esta característica não confere ineficiência ao trabalho, e sim o oposto. Compreende-se que, nesse formato, no atual cenário, com os atuais recursos disponíveis, houve um maior resultado assistencial.

Reuniões: espaços (des)integrados

Ambientes que oportunizam a integração no ambiente de trabalho trazem benefícios que aproximam os colaboradores, os quais podem compartilhar suas ideias, conhecer as limitações individuais e do próprio grupo e aperfeiçoar fluxos assistenciais. De acordo com o Marco para Atenção em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, a prática colaborativa é efetiva quando há oportunidades para reuniões de equipe, de modo que os profissionais de saúde possam decidir sobre as metas comuns e os planos de gerenciamento de pacientes, revisar tarefas individuais e compartilhadas e negociar recursos partilhados¹⁶. Estratégias de comunicação efetiva, gerenciamento de conflitos e diálogo frequente entre a equipe e os membros da comunidade exercem um indispensável papel na construção de uma adequada cultura de trabalho.

A criação de oportunidades para reunir o grupo de trabalho e realizar intercâmbios da rotina é um desafio constante de uma equipe e faz parte da forma como exerce o cuidado. Estabelecer horários compatíveis aos envolvidos não é uma tarefa simples, porém necessária, considerando os frutos que esta atividade oferece não somente aos profissionais, como principalmente ao usuário, razão das atividades profissionais da rotina de trabalho.

O trabalho da equipe de saúde não pode ser conduzido sem que os indivíduos envolvidos participem de momentos integrativos¹. A maior parte dos profissionais clínicos tem aversão a reuniões, pois tomam tempo que poderia ser utilizado para consultas ou procedimentos, por exemplo. A escassez de reuniões operacionais é comum e coloca em risco a qualidade do cuidado por infringir uma das principais categorias que caracterizam a efetividade das equipes: a comunicação eficiente entre o grupo. Nesse sentido, seguem as falas: “As reuniões do grupo que antes eram semanais depois passaram quinzenais e hoje é sob demanda.” (Participante 5) e:

O outro limite é conciliar um horário de reunião de fique bom para todos, é muito difícil conciliar esse horário. As reuniões da equipe multiprofissional ao paciente de cabeça e pescoço aconteciam toda segunda-feira, depois passaram a ser quinzenalmente e agora elas estão bem espaçadas acontecendo casualmente (Participante 3).

Percebe-se, nas falas acima, a dificuldade quanto à manutenção da rotina de reunião entre os profissionais que compõem o Programa Multiprofissional de Cuidado ao Paciente Oncológico, citado informalmente como “grupo multiprofissional do paciente de cabeça e pescoço”. É indicado conservar uma rotina de reuniões com frequência, duração e locais definidos, pois são indispensáveis os investimentos permanentes na manutenção da integração e da colaboração da equipe⁴. Por outro, lado é importante que os membros da equipe e sua liderança evitem o mero cumprimento de um ritual ausente de sentido, garantindo que as reuniões permitam que o trabalho em equipe siga na direção dos resultados esperados para os usuários.

Espaços para discussões de casos e processos são momentos em que a equipe multiprofissional tem a oportunidade de dialogar entre si sobre o formato do cuidado, articulando o fazer: “Não tem uma reunião com a equipe de enfermagem, com serviço

social, com a psicologia, não tem nada estabelecido. O que a gente acaba tendo são reuniões entre as equipes médicas de outras áreas ou outros setores.” (Participante 6).

No entanto, é possível identificar que a maior parte das reuniões ocorrem de forma uniprofissional. Reunir-se com seus pares está muito distante de ser um problema, pois este tipo de encontro é indispensável para a manutenção e o alinhamento da assistência desses profissionais. Todavia, é necessário reunir o grupo como um todo, uma vez que o usuário está dentro de um processo múltiplo em que todos os membros da equipe atuam de uma forma diferente e não menos importante para que o resultado seja alcançado. Observa-se, na fala abaixo, o entendimento do interlocutor da pesquisa sobre a importância desse intercâmbio e a falta que ele representa na assistência ao paciente:

Com as equipes multiprofissionais, a gente acaba não tendo esse tipo de reunião, então eu acho que isso acaba empobrecendo tratamento do paciente também porque são áreas que tem muito a contribuir para as coisas que estão acontecendo com os pacientes (Participante 6).

Dentro desse contexto, há a ideia conceitual de colaboração interprofissional, que corresponde ao trabalho em equipe e às circunstâncias de trabalho nas quais os profissionais de saúde anseiam por trabalhar juntos²⁷. Isso porque reconhecem o fato de que, ao estarem conectados, produzirão melhores ganhos no cuidado e na atenção à saúde de usuários, famílias e da comunidade sem implicar na perda de sua autonomia no trabalho.

Os momentos de troca e integração, muitas vezes, ocorrem à distância, via e-mail, aplicativo de troca de mensagens e telefone. Podemos observar, nas falas a seguir, o destaque para esse mecanismo de contato como forma de comunicação entre as equipes: “Trabalhamos juntos através de reuniões, contatos - telefone, e-mail e WhatsApp.” (Participante 11).

A gente contato através de grupo de WhatsApp, ou por telefone ou eu mesmo vou até a Zona 11, ou pela reunião a gente conversa e vê o que que precisa que aquele paciente precisa, e através da atividade de cada um agente tenta proporcionar que esse paciente tenha uma assistência da qual ele necessita (Participante 5).

É importante identificar que estes mecanismos facilitam a comunicação diária, porém não devem ser usadas como rotina para comunicação formal entre o grupo. O advento do e-mail e da videoconferência sugeriu, para algumas pessoas, que as reuniões presenciais não seriam mais necessárias¹. Mesmo quando se reúnem pessoalmente, os membros enfrentam um desafio ao tentar atingir um propósito comum. Sem interações presenciais hábeis de favorecer o engajamento dos participantes, essas tarefas coletivas ficam ainda mais desafiadoras. É necessário investir no intercâmbio, ou seja, nas trocas importantes entre os diversos profissionais da equipe para assegurar que ela funcione bem.

No que pulsa às práticas colaborativas, observam-se as oportunidades para a tomada de decisão compartilhada e reuniões de equipe como rotina. Dessa maneira, os profissionais de saúde podem decidir sobre finalidades comuns e planos de gerenciamento de pacientes, assim como avaliar tarefas individuais e compartilhadas e negociar os recursos. Sistemas e processos de informação estruturados, estratégias de comunicação efetiva, políticas para a resolução de conflitos e diálogo frequente entre a equipe e os membros da comunidade desempenham um papel importante no estabelecimento de uma boa cultura de trabalho¹⁶.

Dentro da realidade do HCPA, existem programas institucionais que atuam multiprofissionalmente de maneira constante e estruturada. Por exemplo, a Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente (COMSEQ), que, por definição, são equipes multiprofissionais formadas por pessoas motivadas e capacitadas para realizar o ciclo de gerenciamento de circunstâncias de riscos, incidentes e eventos adversos.

Existe a Comissão de Segurança e Qualidade que a oncologia possui para discutir as ocorrências relacionadas aos tratamentos com quimio e radioterapia, onde é uma equipe composta por membros da equipe multiprofissional, para discutir esses casos e melhorar os processos para que essas ocorrências sejam minimizadas e evitadas no futuro (Participante 1).

A COMSEQ é um belo exemplo de trabalho em equipe interdisciplinar e interprofissional, porque além de trabalhar com outros profissionais de outras profissões, a gente atua com outros profissões que atuam em instâncias distintas do hospital (Participante 4).

Conforme a fala do Participante 4, a equipe multiprofissional da COMSEQ é um exemplo de trabalho integrado, pois atua implementando e monitorando as ações de melhorias resultantes da análise de riscos, incidentes e eventos adversos. Ainda, porque mantém a periodicidade conforme o previsto em seu projeto inicial.

Além da COMSEQ, o serviço de oncologia está presente em outros programas de assistência do hospital. O Programa Multiprofissional de Cuidado ao Paciente Oncológico, igualmente composto por uma equipe multiprofissional, tem a função de promover a integração entre diferentes profissionais, proporcionar assistência aos pacientes oncológicos adultos, além de promover ações de ensino e pesquisa com a previsão de encontros entre os membros semanalmente: “Tem a reunião do grupo multiprofissional atenção ao paciente oncológico (...). Tem a reunião dos novos agendamentos.” (Participante 4).

A gente tem o grupo multiprofissional de cabeça e pescoço, que foi um grupo de pacientes que foi eleito para dar uma assistência individualizada, mais personalizada, porque é um paciente que demanda muito cuidado, tem muitas necessidades que precisam ser resolvidas, e a gente então fez um programa um projeto de dar uma assistência a mais para estes pacientes (Participante 7).

O grupo multiprofissional referenciado acima é composto, especialmente, por atividades destinadas aos pacientes acometidos por neoplasia do tipo cabeça e pescoço que realizam concomitantemente ou não o tratamento de quimioterapia e radioterapia. A eleição desse grupo de pacientes se deu por seu perfil, invariavelmente com inúmeras necessidades biopsicossociais. No entanto, o fator que os membros da equipe não esperavam era a assustadora baixa adesão ao tratamento que estes pacientes apresentam e, em decorrência disso, todo o conjunto da sua assistência, tornando o atendimento descontinuado em razão deste fenômeno.

EIXO TEMÁTICO 2 – LIMITES E POSSIBILIDADES DE PRÁTICAS COLABORATIVAS

Os limites e as possibilidades das práticas colaborativas são encontrados dentro da composição da pesquisa, em que se identificam, através da fala de cada ator do cuidado, os pontos de fragilidades e de avanços em potencial na integração da equipe. Dentro desse eixo temático, desvelam-se duas categorias de análise: a relação entre trabalho e demanda e as possíveis estratégias de integração.

Relação entre trabalho e demanda

A relação entre trabalho e demanda é um fator importante na atuação das atividades profissionais, posto que, para desenvolver um trabalho colaborativo de qualidade, é necessário disponibilidade do grupo assistencial para a prestação das suas atividades de forma efetiva. Assim, “A verdade é que para atender a quantidade de pacientes que a gente tem, a gente não consegue oferecer muito mais do que já tá oferecendo, por uma questão de restrição de tempo e pessoal mesmo.” (Participante 8).

A alta demanda aqui referenciada também é uma realidade dentro do cenário do sistema público de saúde brasileiro, consolidando-se como uma constante fonte de preocupação e empenho dos profissionais que atuam na assistência. “O primeiro limite é a demanda excessiva, que aí dificulta um pouco para essas trocas (...). Uma pessoa sozinha para atender uma demanda tão grande é difícil.” (Participante 3). “Os limites realmente é a falta de tempo, e a demanda de trabalho que tá muito alta. (...) A gente quer ajudar, o problema realmente é a falta de tempo, a gente tá sempre correndo atrás para poder fazer tudo o que quer fazer” (Participante 5).

Há uma forte dependência da população brasileira em relação aos serviços de saúde pública²⁸. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS) investigou aspectos da cobertura dos planos de saúde, a saúde suplementar, estimando a proporção de pessoas que tem acesso a tais serviços, e identificou que 71,5% das pessoas não têm acesso à saúde suplementar, ou seja, dependem única e exclusivamente do SUS²⁸.

A restrição maior é da quantidade de atendimento que a gente precisa fazer, e da quantidade de pessoal que a gente tem. E isso acontece, porque realmente a onco tem uma demanda de produtividade que é razoavelmente grande. Então é difícil a gente conseguir fazer muitos processos de forma diferente, e a verdade que

esse processo manufaturado é um processo que gera grande produtividade, embora, às vezes a gente possa fornecer um cuidado melhor fazendo diferente (Participante 8).

Portanto, o quantitativo de usuário do SUS *versus* limitação de recursos disponíveis, é um desafio a ser enfrentado diariamente. Dentro desse contexto, o déficit de recursos humanos, físicos e estruturais aliado à alta demanda de pacientes são fatores que interferem na atenção dentro do contexto assistencial²⁹. Ademais, o número inadequado de profissionais à demanda do serviço pode gerar sobrecarga de trabalho, estresse e desgaste físico e emocional²⁹. Isso está relacionado diretamente com a crescente situação do câncer no Brasil, evidenciado nos índices epidemiológicos da atualidade²⁹.

Tem muita coisa a fazer, a gente tem muita coisa para contribuir, e paciente tem muitos benefícios do trabalho em equipe assim. Mas eu acho que tem a limitação do tempo, uma dificuldade que a gente teve e ainda às vezes tem, é a disponibilidade (Participante 7).

O número de atividades assistenciais que a gente tem às vezes impacta em ter um atendimento mais de perto, mas consecutivo. Às vezes a gente atende aquele paciente, e eu vou conseguir atender ele de novo somente depois de três ou quatro meses, onde ele já terminou o tratamento, até pelo número de paciente que eu atendo.(...) E hoje a gente sabe que o grupo assistente tem dificuldade de fazer, e de realizar as reuniões, de dar atendimentos mais seguidos para esses pacientes é por isso, é o número de atividades, número de pacientes, que cada que cada um da equipe atende (Participante 9).

Ao executar a assistência colaborativa, é possível obter, pontualmente, benefícios que interferem de forma positiva, como: planejamento dos serviços, estabelecimento de prioridades, redução da duplicação de atividades, e intervenções criativas com redução de atividades desnecessárias, resultando diretamente na redução de custos e possibilitando, assim, o investimento em outros processos da assistência³⁰. É de fundamental importância a disponibilidade de tempo e ambientes apropriados para a prestação do fazer assistencial¹⁶.

Outro aspecto limitante que emergiu nos discursos dos interlocutores, além da alta demanda de trabalho, é a questão do atual espaço físico destinado à assistência: “É importante que esses profissionais estivessem próximos, acho que isso facilitaria muito para as trocas entre nós que acontece com os outros profissionais.” (Participante 3) e “Às vezes a gente esbarra na questão da área física, que quer fazer alguma atividade integrada e não existe uma sala para que essa atividade ocorra e aconteça com outros profissionais, a alta demanda de pacientes e o fator tempo.” (Participante 1).

A atual área física do Serviço de Oncologia e da Unidade de Quimioterapia do HCPA foi inaugurada no ano de 2004. Desde a sua inauguração até o momento atual, já se passaram 16 anos e ocorreram diversas transformações no cenário da saúde, tanto epidemiológico como de processos relacionados à assistência. Diante do aumento significativo da demanda, tornou-se gradualmente um espaço pequeno. Com isso, a ampliação que propõe um aumento de 70% da área física do HCPA contempla a concepção do Centro Integrado em Oncologia, que abrigará uma estrutura planejada para agregar o grupo multiprofissional assistente, trazendo o benefício da assistência, do ensino e da pesquisa ainda mais para perto do usuário³¹: “Eu acho que a possibilidade do Centro Integrado de Oncologia, as especialidades estarem juntas, e eu estando bem mais perto, eu acho que a gente consegue também fazer uma troca muito maior.” (Participante 10).

Vamos esperar que para o Centro Integrado de Oncologia isso melhore, eu acho que inclusive isso tem que ser uns projetos para o centro. Lá a pessoas estarão mais próximas, as áreas vão estar mais próximas(...). O cerne do projeto é a integração das áreas, mas tem que se discutir e botar na mesa a discussão do trabalho multiprofissional (Participante 4).

A questão do espaço físico exerce um papel importante para a prática colaborativa, relacionando-se com a qualidade da assistência prestada por equipes interprofissionais. Para os profissionais de saúde que prestam serviços a pacientes e famílias que enfrentam problemas de saúde delicados como doenças crônicas, uma área privada e silenciosa é fundamental para a atenção à saúde de qualidade, com foco no paciente³¹.

Possíveis estratégias de integração e colaboração

Cada processo de trabalho imerso em ambientes coletivos é um organismo com diversas características, dentre elas, o dinamismo e o caráter desafiador. A identificação de possibilidades de melhorias e qualificação do processo proveniente da opinião dos membros do grupo necessita ser valorizada, considerando que estes trabalhadores são os principais atores da atividade assistencial que permeia o cuidar.

Dentro da redação que emergiu das entrevistas, identificaram-se agrupamentos comuns de possibilidades, capazes de viabilizar a integração do grupo e qualificar a assistência ao paciente oncológico e seu contexto familiar. O mais citado entre os interlocutores da pesquisa é a necessidade de reuniões em formato de *round*, criando um espaço para discussões multiprofissionais sobre os casos que surgem na assistência: “Para mim foi bem impactante não ter reuniões, não ter discussões de casos” (Participante 3).

Como possibilidade de trabalho em equipe eu vejo duas possibilidades: uma delas seria a criar espaço para *rounds* multi e interprofissionais para que discutissem casos, e fossem avaliados aqueles pacientes que precisam de uma atenção e um suporte maior (Participante 1).

Eu acho que aqui tem que avançar, possibilidades tem, mas ainda tem muita resistência, que eu me surpreendi negativamente com isso (...) E era para ter *round*, era para discussão multiprofissional, interprofissional aqui, eu acho que isso é uma necessidade (Participante 4).

Embora os encontros denominados como *rounds* tenham sido originalmente idealizados como um método de ensino para estudantes do curso de medicina, atualmente sua utilização vislumbra dar suporte à prática clínica também nas demais profissões³³. Nos *rounds*, o processo de comunicação entre a equipe multiprofissional tem como sujeito principal o paciente e as prioridades são determinadas em conjunto³³.

À medida que os profissionais centram atenção no usuário e nas suas necessidades em saúde dentro do seu processo de trabalho, modifica-se o foco e a própria atuação profissional, restrita ao domínio da profissão e de sua especialidade. Este deslocamento se concentra na prática compartilhada entre equipe, juntamente com profissionais de outras áreas³⁴.

A comunicação entre os profissionais é o denominador comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação³⁵. Percebe-se, nas falas dos entrevistados, a fragilidade na interação entre os profissionais, motivada pela ausência de espaços para discussão sobre os pacientes. Evidencia-se, portanto, a necessidade de aproximação interprofissional, especificamente na fala a seguir: “As possibilidades de integração seria melhorar a comunicação entre as áreas, com intuito de aprimorar processos e compreensão entre elas.” (Participante 11).

Uma adequada oportunidade para integrar o grupo e aproximar os processos, são as intervenções educacionais e assistenciais, como podemos observar na fala de uma das participantes da pesquisa (Participante 1). Esta profissional sugere atividades integradas tanto na área educativa quanto de impacto específico com o paciente. A qualificação do cuidado deve estar presente nos processos educativos para os profissionais de saúde. O ideal de profissional para o nosso sistema de saúde poderá ser atingido quando se reconhecerem as necessidades e o poder criativo de cada um, ouvir o que cada profissional tem para contribuir, gerando reflexão sobre a prática profissional²⁴.

Ainda, todos os investimentos realizados em treinamentos e qualificação de pessoal, bem delineados, são apropriados para produzir transformações positivas no desenvolvimento das pessoas²⁴. Nesse sentido: “Outra possibilidade seria a reunião de diferentes profissionais de diversas áreas para que pudessem fazer alguma atividade de educação, ou algum grupo de apoio junto ao paciente oncológico/hematológico.” (Participante 1).

O discurso acima evidencia algo além do processo educacional, uma outra forma de agregar o grupo com foco na assistência do usuário, caracterizada pelo grupo de apoio a pacientes. Este tipo de cuidado costuma trazer benefícios tanto ao usuário como para a equipe, fortalecendo a confiança entre o grupo: “Teve uma estratégia bem importante, que foi a criação do grupo multiprofissional, ele ainda precisa melhorar, precisa aprimorar e aperfeiçoar, e no momento ele tá um pouco disperso.” (Participante 3).

O Programa Multiprofissional de Cuidado ao Paciente Oncológico é uma estratégia atual, dotada de um significativo potencial para uma assistência integrada e colaborativa. Porém, segundo os participantes da pesquisa, necessita de uma revisão de fluxo para aprimorar e tornar as atividades mais potentes. Dentro do contexto trazido pelos interlocutores, uma boa estratégia seria a revisão dos objetivos deste programa,

reunindo os membros da equipe para discutir o processo atual, explorando elementos relacionados às práticas colaborativas para que seu funcionamento traga maiores frutos.

Talvez a gente tivesse que repensar de escolher um grupo que a gente pudesse atuar melhor, né? Então talvez tenha que a gente se reunir de novo e repensar de como trabalhar melhor em um outro tipo de paciente que a gente pudesse atender (Participante 5).

Outras oportunidades de cuidado multidisciplinar assim como existe ainda, aquela linha de cuidados paciente de cabeça pescoço, talvez o ideal fosse fazer isso para todos os pacientes com doença de trato gastrointestinal superior (Participante 8).

O cuidado em saúde especializado tende à fragmentação do cuidado prestado ao paciente, configurando uma teia de ações executadas por diferentes agentes e habitualmente sem conexões visíveis¹⁴. Nenhum trabalhador de saúde apresenta, isoladamente, a possibilidade de acolher o conjunto de demandas de saúde proporcionada pelos pacientes, ou até mesmo por um único usuário em particular. Portanto, torna-se imperativo que os profissionais reconheçam as conexões que existem entre as diversas atividades executadas, articulando as suas ações colaborativas. Ainda, para desempenhar uma prática colaborativa centrada no paciente, é necessário que a equipe assegure a comunicação efetiva, a articulação das ações e a colaboração efetiva entre os profissionais¹⁴. Portanto, esses profissionais necessitam adotar estratégias para recomeçar a trabalhar juntos e integrados na assistência dos pacientes que estiverem relacionados ao programa.

Uma equipe torna-se coesa quando envolve seus componentes no processo de planejamento e de tomada de decisões¹⁴. Desse modo, os membros do grupo sentem-se responsáveis pelo sucesso e identificam-se como parte integrante da organização, e dedicam-se para manter as relações cooperativas através de afirmação de objetivos compartilhados, comunicação aberta, reconhecimento e apoio.

Por fim, a última estratégia de integração do grupo assistencial mencionada pelos participantes da pesquisa foi a atividade da *nurse navigator*/enfermeira navegadora. Trata-se de uma área complexa, em que o paciente é exposto a um tratamento longo e,

geralmente, não exclusiva de apenas uma modalidade de cuidado, contando com diversos serviços de apoio atuando concomitantemente.

O ideal na minha visão e daquilo que eu já conheci de alguns centros fora, que a gente tenha *nurse navigator*. A enfermeira já pode fazer uma avaliação daquele paciente desde o início, já vai montando o perfil daquele paciente, já vá discutindo o caso, acompanhando ao longo desse período pré, para que quando ele chegasse aqui as coisas já estivessem maduras, bem orientado (Participante 4).

Idealizada nos Estados Unidos, a navegação de pacientes na área da saúde vem da década de 90 do século passado, iniciada com a finalidade de agilizar a confirmação diagnóstica e assegurar a continuidade do tratamento, do início ao fim, de pacientes acometidos com doenças crônicas³⁶. Atualmente, dentro do contexto da oncologia, esse programa está direcionado à identificação das barreiras enfrentadas pelo paciente no acesso ao tratamento. Nesse sentido, resolvendo-as, reduzindo eventuais atrasos no acesso aos serviços, beneficiando tanto os pacientes em fase diagnóstica, em tratamento, e aqueles em cuidados paliativos³⁷.

Talvez desse para integrar o trabalho em outras frentes, por exemplo as questões de acompanhamento - os pacientes que realizam acompanhamento por neoplasia, a navegação do paciente em geral, isso poderia certamente ser mais integrado. Acho que se a gente conseguisse organizar alguma coisa em relação ao seguimento dos pacientes e a navegação dos pacientes com a enfermagem seria ideal (Participante 8).

O processo de trabalho e o conhecimento do enfermeiro estão direcionados ao cuidar, envolvidos no assistir ao paciente em todas as suas dimensões, compreendendo o cuidado de forma integral, seja ele preventivo, curativo ou para a reabilitação durante todo o tratamento oncológico³⁸. A implementação de programas de navegação, tendo o enfermeiro como ator na coordenação do cuidado e na continuidade da assistência, proporciona aos pacientes, aos serviços e ao sistema de saúde diferencial quanto à qualificação da assistência. O ambulatório de quimioterapia do HCPA ainda não realiza

a navegação de pacientes, no entanto, compreende a importância de profissional exclusivo para esta atividade, que fortalece o processo de atenção centrada no paciente.

Pelo ponto de vista do usuário, em geral, não existe a queixa da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, e sim da falta de interesse e responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e dos seus problemas²¹. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados no seu processo de doença e cura, o que indica a necessidade de sentir acolhido no sistema²¹.

A implementação de estratégias que promovem a colaboração interprofissional executa uma importante modificação, na qual o sistema atual migra de um estado fragmentado para outro em que os sistemas de saúde são fortalecidos, favorecendo melhoria nos resultados na saúde¹⁶. Profissionais colaborativos asseguram práticas em saúde integrais através de trabalho colaborativo, respondendo com maior qualidade aos problemas e às necessidades de saúde da população. Para tal, é preciso que os profissionais desenvolvam competências que garantam as modificações na lógica do modelo de atenção à saúde³⁹⁻¹².

Dentro desse contexto, identifica-se que, para realizar um trabalho integrado, qualificado e que beneficie o usuário tanto na sua individualidade como dentro de seu contexto familiar, necessita-se, sobretudo, de um modelo assistencial colaborativo. As equipes de saúde podem aperfeiçoar seu desempenho através de várias possibilidades, visando à melhoria do processo, incluindo treinamentos, formação da equipe e mudança cultural¹. Uma opção importante é a utilização de métodos bem definidos para compreender o cenário, definir objetivos e qualificar os processos de trabalho, fazendo mudanças e, então, avaliando os efeitos gerados por essas modificações.

A revisão de processos e suas possíveis modificações são aliadas no desenvolvimento de atividades que favoreçam o princípio de uma prática colaborativa. Para isso, é preciso reconhecer os aspectos que fortalecem e promovem essa prática, bem como as barreiras e os desafios que podem dificultar ou até mesmo impedir que os profissionais possam operar de forma colaborativa em benefício do atendimento às necessidades de saúde dos usuários e da comunidade¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os interlocutores da pesquisa identificam a importância do trabalho da equipe pela melhor assistência do paciente, adquiriram suas habilidades de trabalho em equipe dentro da prática no cotidiano. O cuidado é desenvolvido de forma individual direto com o paciente, em parceria com colegas, e também em espaços para discussão do processo de cuidar.

A demanda de trabalho é apontada por uma questão limitadora, considerando o grande fluxo de atendimento. As estratégias de integração que emergiram nos discursos sugerem a criação de *rounds* e reuniões multiprofissionais, trazendo integração e proximidade da assistência individual para o grupo como equipe colaborativa.

A compreensão do processo assistencial a partir da opinião dos trabalhadores trouxe a identificação dos desafios enfrentados pela equipe para uma assistência interprofissional colaborativa, para a construção de orientações que qualifiquem o processo assistencial do ambulatório de quimioterapia, com vistas às práticas colaborativas.

Por fim, como último objetivo, a proposta da construção de orientações para qualificar o processo assistencial do ambulatório de quimioterapia, com vistas às práticas colaborativas. Trata-se da construção de um boletim educativo/informativo, composto por orientações para instrumentar a qualificação do processo assistencial, voltadas à prática colaborativa dentro do processo de trabalho do cenário do estudo.

A produção desta pesquisa trouxe à tona as dificuldades e as potencialidades enfrentadas por uma equipe multiprofissional na assistência ao paciente oncológico. Compreender os processos de trabalho e entender os dilemas vivenciados pela equipe possibilita o desenvolvimento de atividades que possam qualificar a dinâmica de trabalho e por consequência, otimizar a assistência do usuário. Assim, as instituições de saúde devem estimular a integração da equipe, e o desenvolvimento das práticas colaborativas para que o cuidado em saúde seja mais resolutivo às necessidades dos pacientes.

As limitações deste estudo relacionam-se a impossibilidade de generalização dos resultados obtidos, posto que é uma pesquisa com metodologia qualitativa. Os resultados obtidos estão associados às vivências e significações dos interlocutores da pesquisa.

Fica evidente a necessidade de novas pesquisas dentro da temática da interprofissionalidade e das práticas colaborativas, visto que se trata de uma modificação de cultura. Para que possamos alcançar êxito nos nossos objetivos da grande integração do saber, é necessário que esse conhecimento tenha visibilidade e acesso à comunidade científica, sem perder de vista aos profissionais que atuam na assistência direta ao usuário e seus familiares.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer r José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: Abordagens básicas para o controle do câncer [monografia na Internet]. 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Inca; 2020 [acesso em 23 out. 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-6-edicao-2020.pdf>.
2. Mosser G, Begun JW. Compreendendo o trabalho em equipe na saúde. Porto Alegre: AMGH; 2015.
3. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 Ago [acesso em 23 out. 2020]; 47(4): 977-983. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en.
4. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. Interface (Botucatu) [Internet]. 2016b Mar [acesso em 23 out. 2020]; 20(56): 199-201. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100199&lng=en.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

6. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2017.
7. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
8. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Institucional. [s.d.]. [acesso em 13 abr. 2019]. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [resolução na internet]. Diário Oficial da União 13 jun. 2013 [acesso em 23 out. 2020]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
10. Costa MV. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde In: Toassi RFC. Interprofissionalidade e formação na saúde: Onde estamos? Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017.
11. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida D, Slomp Junior H, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. 1, p. 59-72.
12. COSTA MV, et. al. Educação interprofissional em saúde. Natal: SEDIS-UFRN; 2018.
13. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trab, Edu e Saúde [Internet]. 2020 [acesso em 23 out. 2020]; 18 (supl 1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000400401&lng=pt&nrm=iso

14. Peduzzi M, Ciampone MHT, Leonello VM. Trabalho em equipe e prática colaborativa In: KURCGANT P, coordenadora. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. 3.
15. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competency framework [Internet]. Vancouver; 2010 [acesso em 23 out. 2020]. Disponível em: <http://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf>.
16. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010.
17. Brasil. Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001 [Lei na Internet]. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Diário Oficial da União 10 jan. 2001 [acesso em 23 out. 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110172.htm.
18. Costa DAS, Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. Interface (Botucatu) [Internet]. 2016 Mar [acesso em 23 out. 2020]; 20(56): 185-197. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000401183&lng=en.
19. Costa MV, Patrício KP, Câmara AMCS, Azevedo GD, Batista SHSS. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. Interface (Botucatu) [Internet]. 2015 [acesso em 23 out. 2020]; 19(supl 1): 709-720. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500709&lng=pt.
20. Freire Filho JRF, Silva CBG. Educação e prática Interprofissional no SUS: O que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde In: Toassi RFC.

Interprofissionalidade e formação na saúde: Onde estamos? Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017.

21. Merhy, EE. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 108-137. Série B. Textos Básicos de Saúde.

22. Ferla AA, Toassi RFC. Formação interprofissional em saúde: Um caminho a experimentar e pesquisar. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017.

23. Ceccin RB. Interprofissionalidade e Experiências de Aprendizagem: Inovações no Cenário Brasileiro In: Toassi RFC. Interprofissionalidade e formação na saúde: Onde estamos? Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017.

24. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. Saude soc. [Internet]. 2011 Dez [acesso em 23 out. 2020]; 20(4): 884-899. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007&lng=en.

25. Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União 23 nov. 2012 [acesso em 23 out. 2020]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm.

26. Marx K. O Capital. 14. ed. vol 1. São Paulo: Difel; 1994.

27. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martín-Rodriguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health serv res [Internet]. 2008 Set [acesso em 23 out. 2020]; 8(188): 1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>.

28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílio, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação [relatório na Internet]. 2020 [acesso em 23 out. 2020]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>.
29. Cirilo JD, Silva MM, Fuly PSC, Moreira MC. A gerência do cuidado de enfermagem à mulher com câncer de mama em quimioterapia paliativa. *Text context - enferm.* [Internet]. 2016 [acesso em 23 out. 2020]; 25(3): e4130015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300325&lng=en.
30. Pinho MCG. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Cien. Cogn.* [Internet]. 2006 [acesso em 23 out. 2020]; 80. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/582>.
31. Hospital de Clínicas de Porto Alegre [homepage na Internet]. Institucional [acesso em 23 out. 2020]. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao>.
32. World Health Organization. The World health report: 2000: Health systems: improving performance [relatório na Internet]. Genebra; 2000 [acesso em 23 out. 2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>.
33. Perversi P, Yearwood J, Bellucci E, Stranieri A, Warren J, Burstein F, Mays H, Wolff A. Exploring reasoning mechanisms in ward rounds: a critical realist multiple case study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 Aug [acesso em 23 out. 2020]; 18(1): 643. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3446-6>.
34. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação.* 2016, 20(59): 905-916.

35. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2001 Fev [acesso em 23 out. 2020]; 35(1): 103-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en.
36. Carroll JK, Humiston SG, Meldrum SC, Salamone CM, Jean-Pierre P, Epstein RM, Fiscella K. Patients' experiences with navigation for cancer care. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2010 Ago [acesso em 23 out. 2020]; 80(2): 241-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.024>.
37. Shejila Ch, Mamatha Sp, Fernandes Dj. Oncology nurse navigator programme: a narrative review. *NUJHS* [Internet]. 2015 Mar [acesso em 23 out. 2020]; 5(1): 103-7. Disponível em: <https://www.nitte.edu.in/journal/december2014/ONNP.pdf>.
38. Pautasso FF, Zelmanowicz AM, Flores CD, Caregnato RCA. Atuação do Nurse Navigator: revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 23 out. 2020]; 39: e2017-0102. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100503&lng=en.
39. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2016 Mar [acesso em 23 out. 2020]; 20(56): 185-197. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100185&lng=en.

ANEXO D – POSTER 40ª SEMANA CIENTÍFICA HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)



PRÁTICAS COLABORATIVAS EM ONCOLOGIA: COMPREENSÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA EQUIPE ASSISTENCIAL

Ana Maria Lorenzoni, Luiz Fernando Calage Alvarenga

Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional

INTRODUÇÃO:

O trabalho em equipe pode ser identificado pela integração multiprofissional que cerca a rotina de trabalho. Essa integração assume diversas formas, e uma delas é a colaboração. O cuidado ao paciente oncológico é complexo e necessita ser realizado por uma equipe que atue de forma integrada, constituída por profissionais que contemplem todas as necessidades dentro do seu processo de trabalho.

OBJETIVO

Compreender o processo assistencial da equipe multiprofissional do ambulatório de quimioterapia a partir da opinião dos trabalhadores.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório descritivo, tendo como cenário o ambulatório de quimioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A amostra foi escolhida de forma intencional, por profissionais de diferentes formações, que atuam no cuidado ao paciente oncológico no ambulatório de quimioterapia do HCPA (n=11). As informações foram submetidas à análise de conteúdo do tipo temática, Minayo.

RESULTADOS:

Os interlocutores da pesquisa identificam a importância do trabalho da equipe pela melhor assistência do paciente, adquiriram suas habilidades de trabalho em equipe dentro da prática no cotidiano, o cuidado é desenvolvido de forma individual direto com o paciente, em parceria com colegas, e também em espaços para discussão do processo de cuidar. A demanda de trabalho é apontada por uma questão limitadora, considerando o fluxo de atendimento. As estratégias de integração emergem contribuindo com ideias para a criação de *rounds* e reuniões multiprofissionais, trazendo integração e proximidade da assistência individual para o grupo como equipe colaborativa; Intervenções educacionais e assistenciais, como atividades integradas, tanto na área educativa, quanto de impacto específico com o paciente; e a atividade da *nurse navigator* (enfermeira navegadora).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

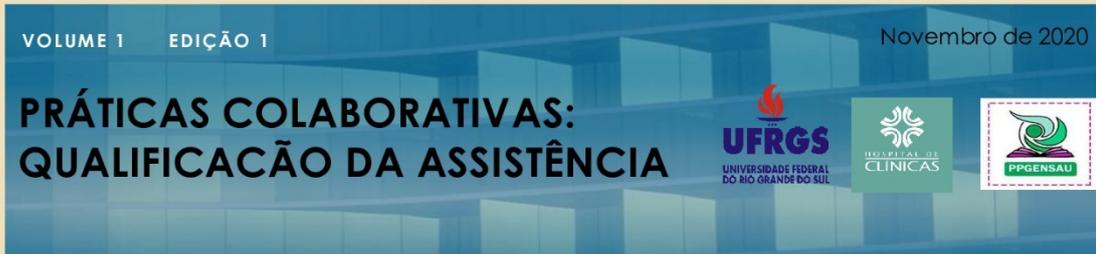
A compreensão do processo assistencial a partir da opinião dos trabalhadores trouxe a identificação dos desafios enfrentados pela equipe para uma assistência interprofissional colaborativa, para a construção de orientações que qualifiquem o processo assistencial do ambulatório de quimioterapia, com vistas às práticas colaborativas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA (CAAE 26861119.6.0000.5327)

Promoção



ANEXO E – BOLETIM INFORMATIVO



Tema da Edição

Este Boletim Informativo trata do tema: 'Práticas Colaborativas: Qualificação da Assistência', com foco na equipe multiprofissional do Serviço de Oncologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Foi elaborado a partir dos resultados de pesquisa qualitativa vinculada ao Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O objetivo deste material educativo informativo é dar suporte a equipe multiprofissional do Serviço de Oncologia, para a qualificação do processo assistencial, com vistas às práticas colaborativas.

Nesta edição vamos ver:

- Do que se trata as Práticas Colaborativas;
- Como estamos atuando dentro desse contexto;
- Quais as barreiras enfrentadas, e as estratégias para avançar dentro das atividades relacionadas ao tema.

BOA LEITURA!

Mas o que são Práticas Colaborativas?

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), prática colaborativa é a atuação de diferentes formações profissionais prestando serviço com base na **integralidade da saúde**.

São práticas profissionais de diferentes formações na saúde, que articulam seu saber específico com o saber dos outros dentro da organização do trabalho, **compartilhando as ações** (PEDUZZI, 2013).

A colaboração é um processo **dinâmico**, caracterizada pelo **compartilhamento do saber, interação, parceria, interdependência e poder**. É a equipe trabalhando no mesmo projeto, de forma **coordenada** e com **envolvimento**, oferecendo ao usuário **resolutividade** no seu processo do cuidado.

"(...)Tu sabe que não vai conseguir dar toda assistência para o paciente sozinho, sabe que tem uma pequena parte do tratamento dele que tu acaba contribuindo, que todos os outros vão contribuir também para fazer com que o tratamento funcione"

P6

"Eu não vejo outra forma de trabalhar, acho que o paciente oncológico necessita de um olhar multiprofissional, precisa de múltiplos olhares"

P7

"(...) cada um tem o seu processo dentro dessa manufatura, então cada um faz no seu cantinho e no final o processo acaba pronto, esse é o jeito que o serviço que organiza."

P8

"(...) O primeiro limite é a demanda excessiva, que dificulta um pouco para essas trocas"

P7

" Eu acho que no Centro Integrado de Oncologia, e as especialidades juntas, eu acho que a gente consegue fazer essa troca muito maior."

P10

Nosso serviço já está nesse caminho:

A equipe multiprofissional do Serviço de Oncologia é engajada no processo do cuidar, reconhece a importância do trabalho do outro, e que sozinho não é capaz de contemplar a complexidade da assistência.

Quando a equipe identifica cada rede de contato e apoio profissional que pode contar como parceira dentro da trajetória do cuidar, traz às atividades e conseqüentemente ao grupo, uma característica potente sustentada pela integração dos saberes, o que é fundamental para a prática colaborativa!

No entanto, enfrentamos algumas barreiras:

No entanto existem algumas barreiras enfrentadas no caminho colaborativo:

- Em geral, os profissionais atuam de forma individual, em etapas, trazendo resquícios de uma característica manufatureira.

Para Karl Marx (1994), o mecanismo da manufatura é caracterizado pela capacidade de introduzir a divisão do trabalho no processo de produção.

Contudo, esta característica não confere ineficiência ao trabalho, e sim seu oposto, onde no atual cenário, com os atuais recursos disponíveis, demonstrou um maior resultado assistencial, até o presente momento.

- Outro aspecto limitante é alta demanda de trabalho.

A relação entre trabalho e demanda é um fator importante na atuação das atividades profissionais. Para desenvolver um trabalho colaborativo é necessário disponibilidade do grupo assistencial.

- Por fim, o atual espaço físico destinado à assistência também foi considerado um fator limitante.

A boa notícia é:

Com a ampliação de 70% da área física do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, nascerá o Centro Integrado em Oncologia, onde abrigará uma estrutura planejada para agregar o grupo multiprofissional assistente, trazendo o benefício da assistência, do ensino e da pesquisa ainda acessível ao usuário.

Então, como podemos avançar?

Como apontamento das possíveis estratégias de integração e colaboração identificamos agrupamentos comuns de possibilidades, capazes de possibilitar a integração do grupo, e assim qualificar a **assistência ao paciente oncológico**, como:

- Espaços para reuniões em formato de *round*, **possibilitando um espaço para discussões multiprofissionais** sobre os casos que surgem na assistência.
- Intervenções educacionais e assistenciais, como atividades integradas, tanto na área educativa, quanto de impacto específico com o paciente.
- Além dos rounds, emergiu a necessidade de explorar elementos relacionados as práticas colaborativas, dentro do Programa Multiprofissional de Cuidado ao Paciente Oncológico, grupo este caracterizado pelo grande potencial para uma assistência integrada e colaborativa.
- Outra estratégia levantada, é a atividade da *nurse navigator* (enfermeira navegadora). Esta modalidade de assistência vem ganhando espaço na oncologia, trazendo resultados importantes e significativos.

Todas estas atividades possuem características integrativas, e podem estimular a prática colaborativa dentro da equipe de trabalho!

Referências

- MARX, K. O Capital. 14.ed. São Paulo, Difel, 1994. vol.1.
 OMS. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS, 2010.
 PEDUZZI, M., NORMAN, I. J., GERMANI, A. C. C. G., DA SILVA, J. A. M., & DE SOUZA, G. C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

"(...) eu vejo duas possibilidades: uma delas seria a criar espaço para rounds multi e interprofissionais para que discutissem casos, e fossem avaliados aqueles pacientes que precisam de uma atenção e um suporte maior (...). Outra possibilidade seria a reunião de diferentes profissionais de diversas áreas para que pudessem fazer alguma atividade de educação, ou algum grupo de apoio junto ao paciente oncológico/hematológico" P1

"(...) era para ter round, era para ter discussão multiprofissional, interprofissional aqui, eu acho que isso é uma necessidade." P4

"O ideal na minha visão e daquilo que eu já conheci de alguns centros fora, que a gente tenha nurse navigator. A enfermeira pode fazer uma avaliação daquele paciente desde o início, já vai montando o perfil daquele paciente, já vá discutindo o caso, acompanhando ao longo desse período." P4

Elaboração do Boletim Informativo

| | | |
|--|-------------------------------|------------------------|
| Ana Maria Vieira Lorezzoni (PPG EnSau/FAMED/UFRGS) | Elaboração do texto e arte | alorenzoni@hcpa.edu.br |
| Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga (PPG EnSau/FAMED/UFRGS e Faculdade de Fisioterapia/UFRGS) | Orientação e revisão de texto | lalvarenga@hcpa.edu.br |

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data: __/__/__

| |
|---|
| 1 Código do participante |
| _____ |
| 2 Breve caracterização do participante |
| 2.1 Sexo 2.2 Idade 2.3 Graduação em 2.4 Tempo de formação profissional 2.5 Tempo de atuação na área oncológica 2.6 Pós-graduação: Sim () Não () Especialização/Residência em Mestrado/Doutorado em |
| 3 Questões centrais da pesquisa |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Comente quais são as suas atividades profissionais na assistência ao paciente oncológico: 2. Você sabe quais são as atividades que os seus colegas realizam na assistência ao paciente? 3. Quais atividades vocês realizam juntos dentro do processo assistencial? 4. Quais são as estratégias de integração de trabalho em equipe que existem atualmente? 5. Como você aprendeu a trabalhar juntos no processo assistencial que estão envolvidos? 6. Como ocorrem as reuniões das equipes? 7. Quais os limites e possibilidades do trabalho em equipe que você percebe no modelo atual de trabalho? |

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do CAAE: 26861119.6.0000.5327

Título do Projeto: **Práticas colaborativas em oncologia: análise do processo de trabalho de uma equipe assistencial**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo principal é construir orientações para qualificar o processo assistencial da equipe multiprofissional do ambulatório de quimioterapia. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

Será realizada uma entrevista individual na qual serão feitas perguntas sobre o processo de trabalho na unidade. Estima-se que dure em torno de 40 minutos. A entrevista será gravada e transcrita para análise de conteúdo. Somente a equipe de pesquisa terá acesso à entrevista gravada (áudio). Será verificado um horário, conforme a sua disponibilidade, para a realização da entrevista fora da jornada de trabalho. A entrevista ocorrerá na sala de reuniões do ambulatório de quimioterapia.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. O desconforto associado à participação é o tempo a ser disponibilizado para a entrevista. Se houver algum desconforto em relação às perguntas, você poderá interromper a entrevista a qualquer momento. A pesquisadora estará à disposição para auxiliá-lo.

A participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, contribuirá para a qualificação da assistência praticada na instituição, beneficiando os pacientes do Serviço de Oncologia. Será realizada uma reunião na unidade para devolutiva dos resultados da pesquisa.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo institucional ou avaliação curricular que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. Entretanto, poderão ser utilizados trechos das entrevistas transcritas, sem a utilização de nomes (serão utilizados códigos). Não será utilizado o áudio em publicações ou eventos científicos.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga, pelo telefone (51) 99186 4114, com a pesquisadora Ana Maria Vieira Lorenzoni, pelo telefone (51) 99571 4200 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador

Assinatura

Local e Data