

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Dissertação



**Processo de trabalho de enfermeiros nas equipes multiprofissionais de
atenção domiciliar**

Pedro Márlon Martter Moura

Pelotas, 2018

Pedro Márlon Martter Moura

**Processo de trabalho de enfermeiros nas equipes multiprofissionais de
atenção domiciliar**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Linha 1: Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Adrize Rutz Porto

Pelotas, 2018

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M929p Moura, Pedro Márlon Martter

Processo de trabalho de enfermeiros nas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar / Pedro Márlon Martter Moura ; Adrize Rutz Porto, orientadora. — Pelotas, 2018.

114 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2018.

1. Trabalho. 2. Equipe de assistência ao paciente. 3. Assistência domiciliar. 4. Enfermagem. 5. Relações interpessoais. I. Porto, Adrize Rutz, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Processo de trabalho de enfermeiros nas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 07/12/2018

Banca examinadora:

.....
Prof. Dr. Adrize Rutz Porto (Orientador)

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

.....
Prof. Dr. Isabel Cristina de Oliveira Arrieira

Doutora em Ciência pela Universidade Federal de Pelotas

.....
Prof. Dr. Maira Buss Thofehrn

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

.....
Prof. Dr. Stefanie Griebeler Oliveira

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

.....
Prof. Dr. Juliana Graciela Vestena Zillmer

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

Lista de Figuras

Figura 1 – Processo de trabalho do enfermeiro na equipe multiprofissional na Atenção Domiciliar.....	50
Figura 2 – Quadro com cronograma de atividades para realização da pesquisa.....	62
Figura 3 – Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa	91

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Recursos orçamentários e plano de despesas.....	63
--	----

Lista de abreviaturas e siglas

AB	Atenção Básica
AD	Atenção Domiciliar
ADT-Aids	Atenção Domiciliar Terapêutica para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CINAHL	<i>Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEn	Faculdade de Enfermagem
HSP	Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PET-Saúde	Programa de Educação Tutorial para a Saúde
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PMC	Programa Melhor em Casa
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAS/MS	Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS Unidade Básica de Saúde
UFPel Universidade Federal de Pelotas

Agradecimentos

O agradecimento maior sempre será a Deus, a quem acredito ser o dono da vida, o consumidor da minha fé, parte de mim. É sempre a Ele que recorro nos momentos difíceis da vida e que busco forças.

Agradeço aos meus pais Denise e Ben Hur por todo apoio, incentivo e investimento desde sempre, por acreditarem no meu potencial e por influenciarem meu desejo de estudar desde sempre.

Aos irmãos Murilo e Otávio, pessoas que eu passo maior parte dos dias, convivendo e aprendendo sempre com cada um.

Aos amigos do grupo de oração de toda quarta-feira: Julio, Daiane, Livia e Davia, Luciana, Roberto, Samuel, Karina, Lucas, Andrei e Natanael.

Aos amigos que fiz durante meu trabalho na Unidade de Pronto Atendimento Areal: Letícia Trapaga, que sempre me incentivou, me apoiou e ajustou minhas folgas para que eu pudesse cursar o mestrado; Ane, que dividiu as manhãs de trabalho comigo; Mariana, Milena, Jane, Daniela, Elaine e Jéssica. E a todos outros colegas da UPA.

Aos amigos e colegas da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Junior, em especial aos da noite 1: Vanessa, Rita, Fernanda, Alyssa e Andreza.

À amiga Andreza Cardoso, por ser uma pessoa incrível, leal e divertida; pelos constantes momentos de risadas e divertimento em meio à pesquisa.

Às colegas e amigas do mestrado pelo companheirismo durante as aulas e trabalhos, pelos momentos de descontração durante a pesquisa e pelas palavras de apoio nos momentos de entrave do curso.

A todos colegas do grupo de pesquisa do NEPEN.

À banca que compõe essa defesa, pela qualidade acadêmica que têm, pela relevância nas pesquisas: Isabel Arrieira, Maira Thofehn, Stefanie Oliveira, Juliana Zillmer.

À minha querida orientadora e amiga Adrize Porto. Obrigado pelo companheirismo, empenho, incentivo, dedicação para comigo. Tem sido muito importante a minha construção acadêmica ao lado de pessoas como você.

Aos demais familiares e amigos, que são tantos, e que não daria para acrescentar aqui.

A todo o corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas por todo o conhecimento dado aos alunos do mestrado.

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (CAPES) pelo incentivo financeiro com a bolsa de demanda social que auxiliou com o custeio do curso.

RESUMO

MOURA, Pedro Márlon Martter. **Processo de trabalho de enfermeiros nas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar**. 2018. 114f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

As equipes multiprofissionais são desejáveis no contexto de saúde para propiciar um cuidado integral aos indivíduos. Nessa ótica, o Programa Melhor em Casa, surgiu em 2011, estruturando-se com essa modalidade de equipes. Embora o programa seja recente, veio com o objetivo de reorientar modelos hegemônicos de atenção e gestão em saúde e de pensar e atuar na lógica de trabalho em equipe multiprofissional vislumbrando práticas de cuidado que busquem contemplar o ser humano e suas necessidades de saúde de maneira ampliada. Esse modelo de trabalho em equipe multiprofissional proposto pela Atenção Domiciliar tem colocado em questão a relevância e o valor das múltiplas profissões de saúde, uma vez que o médico, por exemplo, não seria capaz por si só de contemplar as múltiplas necessidades de saúde da pessoa. Assim, espera-se da equipe uma prática interprofissional, isto é, em que ambos os profissionais interajam entre si, compartilhando suas experiências, seus saberes e fazer. Nesse sentido, dentre esses profissionais, o enfermeiro vem ganhando destaque nessa equipe, dada a sua capacidade para influenciar colegas em um processo mais interativo e organizar o processo de trabalho. Diante disso, a presente pesquisa teve por objetivo geral conhecer o processo de trabalho de enfermeiros nas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar. Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, a partir do referencial marxista, que foi realizada com 27 profissionais da equipe multiprofissional do Serviço de Atenção Domiciliar do município de Pelotas, Rio Grande do Sul. Destes, foram seis médicos, seis enfermeiros, seis técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, dois assistentes sociais representavam as seis Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar, e um fisioterapeuta, um psicólogo, um nutricionista e um terapeuta ocupacional representavam a Equipe Multiprofissional de Apoio. A pesquisa foi realizada de junho a agosto de 2018, em dois momentos: na primeira etapa foi realizada 80 horas observação não participante da rotina de trabalho dos participantes, sendo 12 horas em cada equipe, e na segunda etapa entrevista semiestruturada. A análise dos dados ocorreu pela proposta operativa de Minayo. Os resultados revelaram que predomina o uso das tecnologias relacionais de cuidado, com auxílio de instrumentos como o Projeto Terapêutico Singular para o planejamento das ações de cuidado e as reuniões de equipe para discussão desse projeto. Além disso, a clareza na finalidade do trabalho, cuidar do paciente e família, foi um fator de repercussão positiva para que os profissionais trabalhem de modo próximo ao interprofissional, que teve como um de seus pilares a interação e comunicação entre os profissionais e integração de ações de cuidados. Também o profissional enfermeiro foi elencado como referência para a equipe, assumindo em muitos aspectos a coordenação do grupo e a organização do serviço. Contudo não há uma formalidade acerca dessa posição do enfermeiro na equipe. Tais resultados podem ser relevantes para afirmar os benefícios das equipes multiprofissionais nos atendimentos em saúde, a influência do enfermeiro no processo interacional das equipes e a repercussão dessa prática interprofissional na integralidade da assistência em saúde aos usuários do Serviço de Atenção Domiciliar investigado.

Palavras-chave: Trabalho; Equipe de Assistência ao Paciente; Assistência Domiciliar; Enfermagem; Relações Interpessoais

ABSTRACT

MOURA, Pedro Márlon Martter. **Work process of nurses in the multiprofessional teams of home care.** 2018. 114p. Dissertation (Master in Science) - Graduate Program in Nursing. Federal University of Pelotas. Pelotas.

Multiprofessional teams are desirable in the health context to provide comprehensive care for individuals. From this point of view, the Best at Home Program came into being in 2011, structuring itself with this modality of teams. Although the program is recent, it came with the objective of reorienting hegemonic models of attention and management in health and of thinking and acting in the logic of multiprofessional teamwork looking for care practices that seek to contemplate the human being and its health needs in an extended way. This model of multiprofessional teamwork proposed by Home Care has questioned the relevance and value of the multiple health professions, since the physician, for example, would not be able to contemplate the multiple health needs of the person. Thus, it is expected from the team an interprofessional practice, that is, in which both professionals interact with each other, sharing their experiences, their knowledge and doing. In this sense, among these professionals, nurses have been gaining prominence in this team, given their ability to influence colleagues in a more interactive process and to organize the work process. In view of this, the present research had as general objective to know the process of work of nurses in the Multiprofessional Teams of Home Care. It was a qualitative research, descriptive and exploratory, based on the Marxist referential, which was performed with 27 professionals from the multiprofessional team of the Home Care Service of the city of Pelotas, Rio Grande do Sul. Of these, six physicians, six nurses, six nursing technicians, three nursing assistants, two social workers represented the six Multiprofessional Home Care Teams, and a physiotherapist, a psychologist, a nutritionist and an occupational therapist represented the Multiprofessional Support Team. The research was carried out from June to August of 2018, in two moments: in the first stage, 80 hours were observed, not participating in the work routine of the participants, 12 hours in each team, and in the second stage semi-structured interview. Data analysis was performed by Minayo's operational proposal. The results revealed that the use of relational care technologies predominates, with the help of instruments such as the Unique Therapeutic Project for the planning of care actions and the team meetings to discuss this project. In addition, clarity in the purpose of the work, caring for the patient and the family, was a positive repercussion factor for professionals to work in close proximity to the interprofessional, which had as one of its pillars interaction and communication among professionals and integration of care actions. Also the professional nurse was listed as a reference for the team, assuming in many aspects the coordination of the group and the organization of the service. However, there is no formality about this position of the nurse in the team. These results may be relevant to affirm the benefits of multiprofessional teams in health care, the influence of the nurse in the team interaction process and the repercussion of this interprofessional practice in the integrality of health care to the users of the Home Care Service investigated.

Key-words: Work; Patient Care Team; Home Nursing; Nursing; Interpersonal Relations

Sumário

1 Introdução	14
2 Objetivos	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.3 Objetivos Específicos.....	20
3 Revisão da Literatura	21
3.1 Os Serviços de Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde: breve resgate histórico e normativo e a criação do Programa Melhor em Casa.....	21
3.2 O trabalho multiprofissional na área da saúde: revisitando conceitos, experiências e instrumentos	27
3.3 O trabalho do enfermeiro em diferentes equipes multiprofissionais de saúde: foco na Atenção Domiciliar	36
4 Referencial Teórico	42
4.1 O processo de trabalho do enfermeiro e a organização do trabalho.....	47
5 Percurso Metodológico	54
5.1 Tipo de Estudo	54
5.2 Local do Estudo	54
5.3 Participantes do Estudo	55
5.4 Critérios de Elegibilidade	56
5.4.1 Critérios de Inclusão	56
5.4.2 Critérios de Exclusão	56
5.5 Procedimentos para coleta de dados	56
5.6 Análise dos dados.....	58
6 Aspectos éticos da pesquisa	60
7 Cronograma	62
8 Recursos orçamentários e plano de despesas	63
Referências	64
Apêndices	75
Anexos	82
9 Relatório do trabalho de campo	88
10 Artigo final – O processo de trabalho do enfermeiro na equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar	92
11 Considerações finais	109

1 Introdução

As equipes multiprofissionais são desejáveis no contexto de saúde para poder propiciar um cuidado integral aos indivíduos. Nessa ótica, o Programa Melhor em Casa, surgiu em 2011, estruturando-se com essas modalidades de equipes (BRASIL, 2012). Embora o Programa seja recente, veio com o objetivo de reorientar modelos hegemônicos de atenção e gestão em saúde e pensar e atuar na lógica de trabalho em equipe multiprofissional enquanto um dos meios de vislumbrar práticas de cuidado que busquem contemplar o ser humano e suas necessidades de saúde de maneira ampliada.

Nessa direção, abrem-se discussões acerca do processo de trabalho das equipes multiprofissionais, que diz respeito às ações, relações e interações dos trabalhadores no seu trabalho (MARX, 2014). Entende-se que debater o processo de trabalho, na equipe multiprofissional, significa contemplar o mundo das profissões e as maneiras como essas se apresentam, se constroem e se mantêm.

Nesse sentido, é relevante retomar brevemente alguns aspectos históricos acerca dos modelos hegemônicos de atenção e gestão, que são permeados pelo domínio de uma profissão sobre as demais na área da saúde. Desde o século XIX a atenção à saúde tem sido estruturada sob um modelo assistencial que se caracteriza pelo saber biomédico e por práticas curativistas e hospitalocêntricas. Nesse modelo, em especial, destaca-se a centralidade do profissional médico nas ações de saúde, além de as práticas serem voltadas exclusivamente à parte do corpo do indivíduo que está doente, o que remete a um trabalho realizado em partes. Nisso, se sobressai a explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, a fragmentação parcelar do cuidado, o mecanicismo, o tecnicismo e a especialização conforme cada sistema orgânico-funcional do corpo biológico (CUTOLO, 2006; SIMÕES *et al.*, 2011).

Além dessa realidade de se ter a saúde enquanto produto das práticas médicas e hospitalares, historicamente, outros acontecimentos também corroboraram para estabelecer esse modelo hegemônico de atenção. De um lado, à época da Revolução

Industrial, teve-se a propagação da otimização do processo de trabalho para efetivar o lucro sobre a produção, fato esse que, mais tarde, acabou por influenciar o trabalho em saúde numa lógica de parcelamento da assistência entre os trabalhadores (MERLO; LAPIS, 2007). Por outro, a divisão social do trabalho que vem se construindo historicamente e tem contribuído para a fragmentação da assistência – situação que se caracteriza por cada ramo profissional contemplar apenas uma parte do cuidado (PIRES, 2009).

Essa divisão por sua vez, partiu da lógica taylorista de produção que estabeleceu os limites entre quem pensa e quem faz, promovendo uma verticalização da assistência, colocando o médico no topo, sendo os demais profissionais da saúde os realizadores, tarefeiros, das prescrições deles (RIBEIRO; FERLA, 2016). Diante disso, cada profissional realiza seu trabalho, de maneira independente, cada um responsável por uma parte do cuidado. Uns cuidam de partes do corpo físico, outros de partes das necessidades psicossociais, mas sem interações e compartilhamento de saberes entre si (CUNHA *et al.*, 2012). Entretanto, o problema advindo dessa realidade é o insucesso para integralidade da assistência à saúde, uma vez que, enquanto seja fragmentado, o trabalho torna-se ineficiente e incompleto para abranger a complexidade que envolve o processo saúde e doença da pessoa no âmbito biopsicossocial e espiritual (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2013).

Um marco importante para elucidar o problema dessa fragmentação do cuidado está na transição epidemiológica ocorrida nos últimos vinte anos, que demarcou o crescimento das condições crônicas de saúde em detrimento às situações agudas. A questão do fato é que, diante das condições crônicas de saúde, as necessidades das pessoas foram modificadas. O cuidado precisou ultrapassar a cura do corpo biológico e houve uma necessidade de reorientar o foco das ações de saúde para uma assistência que abrangesse a pluralidade da pessoa – que vai além das necessidades do corpo físico (PEREIRA; ALVES-SOUSA; VALE, 2015).

Diante disso, o cuidado prestado isoladamente por cada profissional de saúde, passou a ser insuficiente para atender às demandas da sociedade e, a partir de então, modelos de trabalho em equipe foram sendo propostos na tentativa de solucionar o problema dessa fragmentação do cuidar no que se refere a atuação das equipes de saúde. Dentre os tais, descreve-se o trabalho em equipe multiprofissional, que segundo Oliveira, Moretti-Pires e Parente (2011) vem sendo uma modalidade

amplamente incentivada nos serviços de saúde, norteados por políticas públicas, e que tem por finalidade promover um espaço para que os profissionais possam trabalhar de forma unificada, um complementando o trabalho do outro, no intuito de que cada um possa somar sua competência com a do outro a fim de acolher o indivíduo como ser único, indissociável, não compartimentado.

Quando se trata do trabalho em equipe multiprofissional, embora os objetivos da proposta de trabalhar em equipe seja acabar com a fragmentação do trabalho na área da saúde, ainda há resquícios de uma atividade parcelar na equipe, que torna todo o processo de trabalho alienado e produz nos profissionais um estranhamento em relação aos resultados obtidos com seu trabalho. Parte disso decorre do fato de que cada profissional, ainda que pertencente a uma equipe multiprofissional de atuação interdisciplinar, possui seu núcleo de saber específico e, portanto, é natural que ocorra especificações distintas entre os trabalhadores. Outro fator importante diz respeito à posição do profissional médico que, historicamente, mesmo diante de uma concepção teórico-filosófica de trabalho em equipe que visa a interdisciplinaridade, permanece com o poder de decisão sobre todos os outros (RIBEIRO; FERLA, 2016).

Cabe ressaltar que na realidade brasileira, o trabalho em equipe multiprofissional ganhou destaque, com o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (BRASIL, 2017). No entanto, além dessa representatividade do PSF enquanto ponto inicial na construção de equipes multiprofissionais de atenção à saúde, importa destacar, o avanço dessa lógica de trabalho para serviços de Atenção Domiciliar (AD), principalmente por meio do Programa Melhor em Casa, iniciado a partir de 2011 (BRASIL, 2012).

A AD vem sendo uma modalidade de atenção à saúde proposta para reorientar o atual modelo hegemônico e surgiu como forma de extensão dos hospitais a partir de 1947, se difundindo principalmente na América do Norte e na Europa (REHEM; TRAD, 2005). Enquanto atributo conceitual, é compreendida como uma modalidade substitutiva ou complementar aos demais serviços de saúde que integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e caracteriza-se por propiciar maior humanização do cuidado às pessoas, considerando o ambiente domiciliar como local de reabilitação, tratamento, palição e promoção da saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Além disso, a AD vem ganhando força na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se sua potencialidade na produção de novas estratégias de cuidar

frente ao então modelo de atenção ainda fragmentado e focado em procedimentos. Na questão da organização do trabalho, a AD tem sido um importante espaço para o reordenamento das práticas dos profissionais de saúde, bem como para (re)organização da atenção à saúde de forma geral, sendo um potencial inovador na rede pública de saúde, porquanto possibilita a atuação interdisciplinar da equipe multiprofissional, o compartilhamento de saberes, a interação entre os trabalhadores, a valorização da relação usuário-trabalhador e a construção de novas maneiras de integração das especificidades de cada membro da equipe (ANDRADE *et al.*, 2013).

Nesse sentido, esse modelo de trabalho em equipe multiprofissional proposto pela AD tem colocado em questão a relevância e o valor das múltiplas profissões de saúde, uma vez que o médico não seria capaz por si só de contemplar as multiplicidades das necessidades de saúde da pessoa. A exemplo dessa inclusão e valorização de outros profissionais não médicos cita-se, dentre outros, o profissional enfermeiro que vem ganhando destaque nessa equipe (COSTA, 1978; NEVES, 2012; NICOLAU, 2015).

O trabalho do enfermeiro é essencial para a assistência em saúde, principalmente no âmbito dos cuidados diferenciados como é o caso da AD. Esse profissional é força de trabalho em múltiplas ocasiões: na assistência nos domicílios, na organização dos serviços e na própria gestão de pessoas (equipe de saúde). Contudo, seu fazer encontra-se, muitas vezes, subalterno às demais profissões, e esse profissional assume, em determinados momentos, apenas uma posição de apoio aos demais membros da equipe (ANDRADE *et al.*, 2017).

No entanto, no que diz respeito ao trabalho do enfermeiro na equipe multiprofissional de AD, é possível encontrar em estudos brasileiros e de outros países, que esse profissional possui significativa importância em vários aspectos. Entre os destaques, está o potencial para a educação em saúde, o papel de influenciador dos usuários e liderança da própria equipe de saúde, a promoção de relações, interação e troca de saberes entre os diferentes profissionais, além de ser o profissional a quem a equipe atribui confiança, assumindo, por vezes, a coordenação do cuidado (AMENT *et al.*, 2015; ARRUDA; MOREIRA; ARAGÃO, 2014; DOSHER *et al.* 2014; KENNEDY *et al.*, 2015; NEGREIROS *et al.*, 2017; ROSSO; LOSSO, 2016). Além disso, o enfermeiro é referido na AD enquanto profissional protagonista na atenção em saúde, na administração do serviço de AD, no processo de capacitação

da equipe e no âmbito das pesquisas voltadas à atenção domiciliar (MELLO; BACKES; DAL BEN, 2016).

Somado a isso, esse enfermeiro ainda é responsável por coordenar toda a equipe de enfermagem, tendo que administrar o trabalho desenvolvido pelos diferentes trabalhadores técnicos e auxiliares. Isso requer dele, além das atribuições técnico-assistenciais, a habilidade de gestão de pessoas. No contexto do trabalho multiprofissional em saúde, significa dizer que ele vivencia a necessidade de trabalhar em equipe (com outras classes profissionais) ao mesmo tempo em que precisa coordenar a sua própria equipe de enfermagem (MAIA *et al.*, 2016).

Portanto, identifica-se no enfermeiro um potencial para coordenação de equipes e para organização de serviços de saúde, como no campo da Atenção Domiciliar. Essa necessidade de haver um coordenador para organizar o trabalho é descrita por Marx (1981) como estratégia necessária para superar a fragmentação do trabalho que advém do modo capitalista de produção em que as sociedades estão inseridas. Exposto isso, percebe-se que o fazer do enfermeiro na equipe multiprofissional de AD tem o potencial para percorrer desde as práticas respectivas do seu núcleo de saber específico, às práticas de gestão, organização e coordenação do trabalho na AD.

Todavia, apesar dos grandes avanços da AD observados em diversos países do mundo, no que tange às melhorias na atenção em saúde e na qualidade de vida das pessoas, no Brasil essa modalidade ainda é recente, tendo em vista que foi apenas em 2011 que o Programa Melhor em Casa (PMC) – atual referência de estratégia de atenção domiciliar no país – passou a orientar a organização da AD no SUS (BRASIL, 2012). Por conta disso, a literatura quantitativamente carece de estudos que retratem o panorama da AD, bem como de avaliações sobre as fragilidades e potencialidades até aqui encontradas (NETO; DIAS, 2014). Por conseguinte, a escassez de pesquisas também ocorreu em buscas por produções científicas a respeito da atuação do enfermeiro nas equipes multiprofissionais do Melhor em Casa.

Nessa direção, as investigações mencionadas acerca da possibilidade de protagonismo do enfermeiro enquanto membro da equipe multiprofissional, remeteram-me aos questionamentos que já fazia durante a graduação, quanto ao reconhecimento e valorização de práticas e do núcleo de saber específico do

enfermeiro diante das demais profissões da área da saúde. Considero esse profissional um importante ator na equipe e um dos responsáveis, se não o principal, pela organização do serviço de saúde na AD, tanto no âmbito da assistência à saúde quanto nas questões de coordenação de pessoas que são necessárias para o andamento dessa assistência. É esse aspecto da atuação do enfermeiro que me motiva pesquisar o tema na AD. Além disso, cuidar no domicílio das pessoas é uma realidade atual e crescente e que, para mim, tem relevante potencial na (re)orientação do modelo vigente, hospitalocêntrico, biomédico e curativista. Tais concepções partiram de meus constantes questionamentos acerca do meu próprio trabalho enquanto enfermeiro e das possibilidades e dificuldades que vivencio na prática em interligar meus conhecimentos com o dos meus colegas de outras profissões. Diante disso, as experiências breves e o contato com um Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) durante minha formação, fizeram acreditar que existe um campo real em que ocorre a prática interprofissional da equipe multiprofissional, sendo esse a Atenção Domiciliar.

Para tanto, teve-se como **pressuposto** que a equipe, no cenário da AD brasileira, está sob influência dos aspectos sócios-históricos dos modelos de atenção, gestão e formação em saúde, mas que, em conjunto, os multiprofissionais têm potencialidade para uma atuação em equipe no domicílio, encontrando ressonância no desempenho do trabalho do enfermeiro na assistência ao paciente e no gerenciamento do cuidado, ao protagonizar a coordenação da equipe, contribuindo para o processo interacional entre os multiprofissionais e a integração de saberes e, na organização do processo de trabalho, direcionando o fazer para a qualidade do produto final.

Assim, teve-se como **questão norteadora** da presente pesquisa: qual o processo de trabalho de enfermeiros nas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar?

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Conhecer o processo de trabalho de enfermeiros nas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar.

2.3 Objetivos Específicos

Descrever as atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional e seus instrumentos de trabalho.

Identificar características da organização do trabalho e coordenação da equipe multiprofissional de saúde.

3 Revisão da Literatura

No intuito de conhecer a produção acadêmica acerca da temática desta pesquisa, optou-se pela realização de uma revisão da literatura acerca da atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional no âmbito nacional e internacional.

Para tanto, utilizou-se a busca de produções científicas nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE); em regulamentos técnicos e políticas de saúde; e nos bancos de teses e dissertações da Universidade de São Paulo e da Universidade Federal de Santa Catarina. As buscas foram realizadas de forma ampla, na intenção de conhecer o estado da arte (ou estado do conhecimento) sobre os temas a serem desenvolvidos nessa pesquisa.

Com isso, o produto da revisão possibilitou o conhecimento, a discussão e a problematização do trabalho do enfermeiro na equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar, surgindo os seguintes subtópicos: (a) Serviços de Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde: breve resgate histórico e normativo e a criação do Programa Melhor em Casa. (b) Trabalho multiprofissional na área da saúde: revisitando conceitos, experiências e instrumentos. (c) Trabalho do enfermeiro em diferentes equipes multiprofissionais de saúde: foco na Atenção Domiciliar.

3.1 Serviços de Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde: breve resgate histórico e normativo e a criação do Programa Melhor em Casa

O cuidado no domicílio, historicamente, vem sendo construído sob muitas influências que culminam com as características políticas, econômicas e sociais de cada época. Os primeiros relatos da prestação de cuidados no domicílio aparecem já no século XIII, no antigo Egito, onde alguns médicos passaram a deixar o consultório,

a fim de visitar as pessoas nas suas casas. Mais tarde (século XVII), o médico Samuel Hanneman, acreditando no potencial da homeopatia, passou a visitar os pacientes no domicílio, ficando em tempo integral ao lado deles, por entender que todo médico tinha a responsabilidade de lutar até o fim contra as enfermidades, e por isso estabeleceu a visita domiciliar como forma de obter maior controle sobre a doença e seu avanço (AMARAL *et al.*, 2001).

No entanto, com o crescimento das condições agudas, em especial as grandes pandemias que ocorreram no mundo no século XIX, passou-se a utilizar a hospitalização como forma de isolar os doentes dos sadios, segregando-os e os excluindo do restante da sociedade (BRANT; MINAYO, 2004). Contudo, percebeu-se que essa ação era economicamente desvantajosa, e a partir de 1947 se percebeu a Atenção Domiciliar(AD)¹ enquanto estratégia para descongestionar os hospitais e diminuir os gastos. Posterior a isso, a AD começou a ser expandida na América do Norte e na Europa (REHEM; TRAD, 2005).

No Brasil, a história da AD se inicia na era das práticas sanitaristas, por volta de 1921, que tinham por objetivo prevenir as infecções decorrentes daquela época – em especial a varíola. Médicos e enfermeiras realizavam visitas domiciliares no intuito de estabelecer medidas de higiene à população e, mais tarde, a vacinação em massa (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008). Pouco tempo depois, o ‘Médico de Família’ surgiu na intenção de promover uma assistência mais humanizada e atenciosa no lar, no entanto, apenas para os ricos, pois a população pobre ficava a mercê das casas filantrópicas – as Santa Casas (SAVASSI; DIAS, 2006).

¹ Salienta-se que será utilizada a expressão Atenção Domiciliar por essa ser a que vem sendo utilizada no contexto brasileiro de Atenção à Saúde. No entanto, ao longo da história foram utilizadas distintas expressões para se remeter ao cuidado de saúde prestado no domicílio, as quais possuem as seguintes concepções. **Cuidado Domiciliar**: conceito genérico atribuído a práticas realizadas em casa. Podem ser práticas de autocuidado, cuidados oriundos de outras pessoas, podendo estas serem profissionais de saúde, benzedeiras, curandeiras, ou simplesmente cidadãos que cuidam (observam) alguém. **Visita Domiciliar**: prática inicialmente realizada pelo profissional médico (de família) nas casas de seus clientes. Hoje, na lógica de trabalho da Atenção Básica, a visita domiciliar também é realizada, porém não apenas com o profissional médico. Preconiza a promoção, a educação e a assistência à saúde, de uma forma mais geral. **Assistência Domiciliar**: remete à situação em que a pessoa recebe os mesmos cuidados que recebia a nível ambulatorial. **Internação Domiciliar**: remete à situação em que a pessoa recebe os mesmos cuidados que recebia no nível hospitalar, que por sua vez são mais complexos. **Home Care**: essa expressão é de origem norteamericana e remete ao cuidado realizado no lar, geralmente por empresas particulares. Os serviços de Home Care têm sido amplamente difundidos no mundo todo por profissionais que estão investido no empreendedorismo. **Atenção Domiciliar**: termo mais novo e complexo que envolve um conjunto de fatores, teorias e práticas voltadas ao cuidado no domicílio. Remetem a um conjunto de estratégias sócio-políticas propostas para a reorientação do modelo de saúde que visa a hospitalização das pessoas. Tal termo vem sendo utilizado nos programas e nas políticas de saúde brasileira, como no caso do Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2012).

Por volta de 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), numa tentativa de solucionar os problemas agudos de saúde da população através da consulta a domicílio. Médicos de plantão se deslocavam até a casa da pessoa, que solicitava o atendimento por meio de ligações telefônicas, via central telefônica. Aqui, tem-se um marco importante do serviço de AD, porquanto o acesso à saúde passou a ser mais viável para a população no geral, principalmente às pessoas que mais necessitavam (ALI, 2013).

No entanto, as ações de saúde no domicílio só tiveram a intervenção do setor público em 1963 com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), que existe até hoje. Contudo, a grande maioria dos serviços de AD nessa época ainda pertenciam à iniciativa privada, sendo que apenas um ou outro gestor, ou mesmo alguns grupos de profissionais de um hospital promoviam iniciativas para o setor público (REHEM; TRAD, 2005).

No tocante às primeiras estratégias de saúde pública para a AD, surgiram as visitas domiciliares realizadas pelas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) na década de 90, porquanto se vislumbrava o início de uma política de saúde voltada para a família (BRASIL, 2010).

Contudo, em relação às normativas para estabelecer a AD no âmbito do SUS, o primeiro destaque deve ser feito à Portaria 2.416 de 23 de março de 1998, que trouxe os requisitos necessários para que os hospitais indicassem a 'internação domiciliar', bem como quais seriam as condições de saúde da pessoa que a indicaria à internação domiciliar (BRASIL, 1998).

Na década seguinte, por volta dos anos 2000, algumas ações de cuidado domiciliar foram implementadas sob o aspecto normativo, tais como o programa de Atenção Domiciliar Terapêutica para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (ADT-Aids) e o programa direcionado à atenção dos idosos (CARVALHO, 2009).

No entanto, até então não haviam normativas e políticas que dessem sustentação à expansão da AD no Brasil. O que se tinha eram ações locais isoladas em alguns municípios, em que o objetivo variava desde a redução de gastos com as hospitalizações das pessoas, às práticas mais humanizadas de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Foi apenas em 2002, que uma lei foi estabelecida para regulamentar a assistência domiciliar no âmbito do SUS – a Lei 10.424, de 15 de abril de 2002 que

inseriu capítulo e artigo na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990) no intuito de incluir e expandir a AD enquanto política pública de saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2002).

Ainda em 2002, em 16 de abril, foi publicada a Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) nº 249, com o intuito de fomentar o cuidado domiciliar à pessoa idosa – dada a vasta expansão dessa população no Brasil, que fora propiciada pela constante transição epidemiológica ocorrida na época (REHEM; TRAD, 2005). Quatro anos mais tarde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou a Resolução da Diretoria Colegiada nº 11 para estabelecer o funcionamento dos serviços de atenção domiciliar, bem como a estruturação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2012).

Em outubro de 2011, foi criada a Portaria nº 2.527 do Ministério da Saúde, que trouxe a definição de atenção domiciliar, enquanto nova modalidade de atenção à saúde na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Para tanto, estabelecendo algumas mudanças à portaria anterior (Portaria nº 2.029 – que também tratava da inserção da AD na RAS), ampliou o recorte populacional dos municípios elegíveis para implantação das equipes de atenção domiciliar, bem como mensurou a necessidade do trabalho multiprofissional na AD (BRASIL, 2011).

Todavia, o marco principal na história da AD no SUS se deu pela criação do Programa Melhor em Casa (PMC) pelo governo federal, em 8 de novembro de 2011, no qual estabelece a AD enquanto um dos componentes na então RAS – que confere a disponibilidade de múltiplos serviços de saúde que se articulam por intermédio da estratégia do trabalho em rede (BRASIL, 2012). São as orientações do PMC, até o presente momento, que organizam a atenção domiciliar no SUS.

Mais recentemente, a última portaria do Ministério da Saúde sobre a AD refere-se à n.º 825, de 25 de abril de 2016 que, dentre outras alterações, redefine o conceito de Atenção Domiciliar e altera a obrigatoriedade de um cuidador para admissão de um usuário no serviço, deixando esse último quesito sob decisão da equipe multiprofissional (BRASIL, 2016).

É nessa realidade que a Atenção Domiciliar (AD) passa a constituir uma das modalidades de atenção na RAS, tendo como foco estratégias voltadas para o cuidado no lar (NETO; DIAS, 2014); e, tendo em vista o constante avanço das condições de adoecimento crônico, degenerativo e progressivo demanda a oferta de

cuidados mais específicos, permanentes e continuados, a AD torna-se um importante espaço de cuidado nessa rede, porquanto possibilita: a desospitalização da pessoa, a possibilidade de cuidado no domicílio e a redução nos gastos com as internações hospitalares *vertente racionalizadora*²; além da oferta de cuidados singularizados, reorganizados e humanizados a cada pessoa, grupo e família *vertente da reorientação do modelo tecnoassistencial*³. Além disso, a AD é referida como a ponte entre os outros serviços da rede, a exemplo a Atenção Básica (AB), sendo responsável por garantir a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2012).

Em relação à definição de Atenção Domiciliar, compreende-se:

modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 2016, p.1).

Enquanto objetivo, AD visa reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar, com vistas à redução das hospitalizações, ou mesmo do período de permanência do usuário em internação hospitalar, além de promover uma atenção mais humanizada à saúde, promovendo também a autonomia da pessoa (BRASIL, 2016).

Quanto à estrutura e organização da AD no âmbito SUS, esta deve ser estruturada, implementada e acompanhada pelo SAD, que é um serviço *complementar* e refere-se ao que complementa as ações da Unidade Básica de Saúde, ou dos hospitais. Ou substituto, quando o cuidado domiciliar deve ser exclusivo e de total responsabilidade do SAD, aos demais serviços da RAS (BRASIL, 2016).

Em relação ao processo de trabalho do SAD, uma importante estratégia a ser mencionada é a ordenação do cuidado por meio do trabalho multiprofissional. Cada SAD é composto por pelo menos uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) – com médico, enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta ou assistente social – e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) – com pelo menos três dos seguintes profissionais de nível superior: assistente social,

² Vertente Racionalizadora: prevê a implementação da Assistência Domiciliar para a contenção dos altos gastos que demandam os cuidados de saúde no nível hospitalar.

³Vertente da Reorientação do Modelo Tecnoassistencial: prevê os cuidados domiciliares enquanto estratégia mais digna e humana.

fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional (BRASIL, 2016).

O trabalho em equipe multiprofissional preconizado pelo SAD, visa impactar sobre os múltiplos fatores que interferem nas condições de saúde e doença do usuário, sendo que é importante que a prática dessa equipe deve ser pautada nos princípios da interdisciplinaridade – que pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro (BRASIL, 2012).

No que diz respeito às modalidades de AD para classificar as equipes multiprofissionais tem-se, de acordo com a complexidade, as características das condições de saúde e também com a frequência do atendimento necessário: AD1- destinada aos usuários incapazes de se locomoverem até uma Unidade Básica de Saúde (UBS), e que necessitam de cuidados menos complexos (como troca de curativos), podendo ser realizada pela equipe (da UBS) uma vez por mês; AD2 - também destinada aos usuários incapazes de se locomoverem até uma UBS, mas que no entanto necessitam de acompanhamento por mais tempo (controle de sinais vitais contínuo, pessoas em cuidados paliativos, adaptação do usuário com a traqueostomia, necessidade de medicação por via endovenosa, intramuscular ou subcutânea por tempo pré-estabelecido), podendo a visita domiciliar ser realizada pela equipe EMAD uma vez por semana, e pela equipe EMAP quando solicitada; e a AD3 - destinada aos usuários com incapacidade de locomoção até uma UBS, mas que necessitam de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, ou seja, Suporte Ventilatório não Invasivo, diálise peritoneal ou paracentese. Nesse último caso, o atendimento também é feito pela equipe EMAD e, quando necessário, pela EMAP (BRASIL, 2016).

Nessa lógica do trabalho em equipe multiprofissional, o PMC orienta que todos os membros da equipe necessitam trabalhar de forma conjunta na identificação dos usuários elegíveis para o atendimento domiciliar, na avaliação do estado de saúde do usuário para fins de classificação quanto à modalidade de AD no qual o mesmo se insere. Além disso, tendo em vista a complexidade de cada caso, ambos os profissionais da equipe necessitam trabalhar na forma conjunta na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), contendo a conduta proposta, os serviços e equipamentos necessários para a casa do usuário (BRASIL, 2012).

Enfatiza-se que o SAD surgiu no SUS numa proposta da RAS, sendo assim, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) também pode colaborar com as EMAD e as equipes de ESF na discussão de casos e atenção à saúde das pessoas adscritas, principalmente quando o SAD prevê a alta de usuários e famílias.

O NASF⁴ trata-se de uma estratégia de cuidado compartilhado e integrado com as equipes de saúde das UBS e das equipes multiprofissionais do Melhor em Casa. Conta com profissionais fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos para atender usuários que se enquadrem na modalidade AD1 de AD.

3.2 Trabalho multiprofissional na área da saúde: revisitando conceitos, experiências e instrumentos

Para discutir a lógica do trabalho em equipe que vem sendo proposta na atualidade, é preciso primeiramente fazer alguns resgates históricos acerca do trabalho na sociedade.

A história do trabalho na sociedade humana percorre distintos marcos sócio históricos que vêm sendo amplamente discutidos até os dias de hoje e, nesse sentido, cabe destacar a influência do capitalismo nesse processo. A constituição do trabalho, as formas de se trabalhar, as divisões no trabalho e o valor atribuído a ele são alguns dos principais pontos em discussão desde então (MARX, 1982).

Diante disso, é interessante salientar a expansão do capitalismo moderno e a influência dos modelos produtivos que se sustentaram a partir do século XX, com destaque basicamente ao taylorismo, fordismo e o toyotismo. No primeiro, o foco do sistema de Frederick Taylor (1911) era a divisão do trabalho e a especialização do trabalhador para apenas uma etapa da produção. Na concepção taylorista, o trabalhador não necessitava conhecer todo o processo de produção, mas, apenas a parte que lhe era atribuída, tendo de se especializar constantemente para aquela tarefa. No segundo, o objetivo de Henry Ford (1914) era atingir o máximo de produção no mínimo de tempo. Não importasse a demanda, a lógica era a produção em massa. Para tanto, os trabalhadores tinham de se adequar ao tempo das máquinas, a fim de

⁴ O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, e foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade (BRASIL, s.d).

satisfazer a produção em série. Já no toyotismo, implementado mais tarde por Taiichi Ohno (1940), previa-se o controle da produção conforme a demanda. Diferentemente do fordismo-taylorismo, a produção nesse modelo permanecia em sintonia com o mercado consumidor, e os operários necessitavam conhecer amplamente o processo de produção e dominar a tecnologia. No entanto, nessa realidade predominava a redução dos trabalhadores nas fábricas, o que acarretava na sobrecarga de trabalho dos empregados e no aumento do desemprego (LIPIETZ, 1991; NETO, 1986; WOOD JR, 1992).

Destaca-se, que todos os três mantinham como objetivo a acumulação capitalista, ao mesmo tempo em que instauravam a desvalorização e o sofrimento do trabalhador. As técnicas de organização e produção do trabalho nessa época só fizeram aumentar a exploração dos operários. Além disso, os trabalhadores não tinham possibilidade de argumentação com a gerência – era ela quem determinava e parcelava o fazer de cada um no processo de produção (NAVARRO; PADILHA, 2007).

Portanto, é possível identificar que o trabalho era realizado de forma fragmentada, e que cada trabalhador se concentrava apenas no seu fazer. Essa realidade, também passou a ser percebida com o decorrer do tempo no trabalho em saúde. Cada profissional desenvolveu seu núcleo de saber e a sua competência técnica, no entanto, há pouca articulação entre um trabalhador e outro quando o quesito é produzir cuidados de saúde. Uns são responsáveis por uma parte desse cuidado, e outros pelas demais (CUNHA *et al.*, 2012).

Nisso, observa-se a fragmentação da assistência na área da saúde e que se considera um problema a ser enfrentado porquanto o trabalho parcelar é um indicativo de que não se pode alcançar a integralidade da assistência em saúde (CUTOLO, 2006; SIMÕES *et al.*, 2011). No entanto, diante dessa questão se faz necessário ampliar as discussões acerca dos caminhos traçadas para superar tal fragmentação e, nesse sentido, destaca-se o trabalho em equipe na área da saúde.

A proposta do trabalhar em equipe tem surgido ao longo dos tempos com o intuito de enfrentar o frequente problema das especializações das profissões de saúde - que são alguns dos motivos que levam à fragmentação do trabalho e, por

consequente, à divisão e separação da assistência, conforme núcleo do saber⁵ de cada profissão (SILVA; MOREIRA, 2015).

Acerca desse assunto, historicamente, observa-se uma gama de conceitos utilizados para embasar o trabalho em equipe na área da saúde, tais como trabalho em equipe multiprofissional, interprofissional, multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar (PIRES, 2004). No entanto, tais conceitos permanecem compreendidos apenas em parte, diante das constantes discussões em termos de operacionalidade e efetividade que vem sendo arguidas sobre a temática.

Nessa esfera dos conceitos há de se salientar duas importantes diferenças que merecem ser discutidas: o conceito de profissão e de disciplina. Por profissão entende-se um conjunto de atividades exercidas por um determinado grupo de trabalhadores, no qual diferentes grupos sociais dão sentido de valor e reconhecimento a essas atividades de acordo com o grau de relevância social que elas têm (EVETTS, 2013). Já a disciplina diz respeito ao “domínio de um campo específico de conhecimentos” (PIRES, 2009, p. 741) diante da amplitude da ciência; estipula a divisão social do trabalho, ou seja, socialmente restrita, além da especialização e da fragmentação do conhecimento (PIRES, 2009).

Diante disso, os diferentes conceitos empenhados para a o trabalho coletivo em saúde, também apresentam diferenças em relação a contexto, aplicabilidade e estrutura formal. Por exemplo, acerca do trabalho em equipe multiprofissional em saúde compreende-se o sinergismo de diferentes trabalhadores com propriedades técnico-científicas distintas, que empenham sua força de trabalho para um determinado objetivo. Trata-se de uma estratégia que utiliza a força da soma dos diferentes profissionais para o alcance de um objetivo central, quer seja a recuperação, reabilitação ou promoção da saúde (GADOLIN; WIKSTRÖM, 2016).

Todavia, um adendo a esse modo de trabalho em equipe se faz necessário para salientar que, embora se tenha múltiplos profissionais trabalhando de forma somatória, diferenças técnicas e especificidades distintas de cada área profissional permanecem frente à autonomia outorgada a cada um, ainda que ambas precisem somar seus esforços para chegarem a um mesmo objetivo. Em outras palavras, o trabalho em equipe multiprofissional surge enquanto uma prática mais completa, que

⁵ Por núcleo de saber entende-se a aglutinação de saberes e práticas que dão sustento à identidade profissional e disciplinar de uma profissão (CAMPOS, 2000).

tem por objetivo descentralizar o cuidado em saúde que outrora se firma exclusivamente no profissional médico, apresentando como vantagem a troca de experiências e o respeito ao fazer e à autonomia do outro (SILVA *et al.*, 2013).

No entanto, para Zanchett e Dallacosta (2015) esse modelo multiprofissional tradicional é um desafio a ser superado, uma vez que direciona para a compartimentalização dos usuários, contrapondo a ideia de articulação dos saberes em prol da integralidade da assistência. Por outro lado, a despeito da prática interprofissional, Peduzzi *et al.* (2013) descrevem como sendo um modelo de trabalho mais colaborativo, compartilhado e participativo, no qual os profissionais das diferentes áreas, além de somarem seus conhecimentos, interagem mais entre si na busca de soluções para os problemas de saúde.

Avante nesse assunto, também surgem diferentes arguições acerca do trabalho coletivo em saúde na perspectiva das disciplinas. Diante disso, tem-se a multidisciplinaridade que surge em decorrência da hiperespecialização, com o intuito de diminuir a distância entre as disciplinas, na intenção de justapor múltiplos saberes, no entanto, sem interação, conexão ou integração entre essas disciplinas (ROQUETE *et al.*, 2012)

Por outro lado, destaca-se a interdisciplinaridade, que pode ser compreendida enquanto “a conjugação de diferentes saberes disciplinares, sejam de ordem prática e/ou didática” (FAZENDA, 2015, p.13), no qual tem a finalidade de promover “a participação, a análise em conjunto do problema e a integração de conhecimentos específicos de áreas diversas com o objetivo comum de promover e manter a saúde” (ZANCHETTI; DALLACOSTA, 2015, p.1). Na concepção da interdisciplinaridade o desafio maior é fazer com que os membros da equipe compartilhem seus papéis profissionais, sua expertise, planejando e partilhando a tomada de decisão em contextos complexos do trabalho em saúde (NANCARROW *et al.*, 2013).

Nesse sentido, Backes *et al.* (2014) percebem que a interdisciplinaridade requer a articulação dos diferentes saberes disciplinares por meio da comunicação e do diálogo – instrumentos ávidos de interação entre os seres humanos. Complementando, Zanchett e Dallacosta (2015) fazem uma ressalva de que o intuito da prática interdisciplinar não se firma em desvalorizar o núcleo de saber específico de cada profissão, contudo, parte da intenção de superar a fragmentação do conhecimento, mantendo e respeitando as especificidades de cada área profissional.

Em relação às diferenças entre a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade, destaca-se, respectivamente, “a integração das práticas profissionais” e a integração “das disciplinas ou áreas de conhecimento” (PEDUZZI, 2013, p.977). Portanto, o trabalho interdisciplinar é muito mais complexo de ser alcançado, estando ainda mais idealizado a uma figura de retórica do que a uma prática concreta (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004).

Todavia, se definir um consenso para o trabalho em equipe inter/multiprofissional e interdisciplinar no âmbito da saúde já é bastante denso e possui múltiplas facetas, a definição de trabalho em equipe transdisciplinar – uma das últimas expressões utilizadas para desenhar o modelo ideal de trabalho coletivo em equipe – é ainda mais complexo (ROQUETE, 2012).

De acordo com Bewer (2017, p.1):

a transdisciplinaridade no cuidado da saúde envolve a transcendência de fronteiras disciplinares, a partilha de conhecimentos, habilidades e tomada de decisão, o foco em problemas do mundo real e a inclusão de múltiplas partes interessadas, incluindo pacientes, suas famílias e suas comunidades.

Em vistas ao trabalho em equipe multiprofissional com enfoque interdisciplinar, a transdisciplinaridade requer um movimento totalmente na contramão das atuais práticas de trabalho coletivo em equipe, antes, prevê que os membros da equipe, desde, e principalmente na formação, tenham em comum a reflexão, a abertura a possibilidades e à interação mútua por meio do rompimento do que já está estabelecido – que cada área profissional domine apenas e exclusivamente o seu campo de saber (BEWER, 2017). Portanto, a lógica do trabalho transdisciplinar é impulsionar para a unificação das disciplinas, de modo que o saber de cada profissional, seja um saber em comum.

Ressalta-se, contudo, que a transdisciplinaridade é o modelo de trabalho coletivo em saúde mais distante da realidade até então, uma vez que visa romper totalmente as fronteiras das disciplinas – que foram construídas historicamente. O que se observa até o momento, é que algumas equipes são multiprofissionais e atuam de modo interdisciplinar (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012).

Diante disso, considerando a complexidade e a subjetividade que envolve o trabalho em equipe, cabe destacar os movimentos que vêm sendo feitos no Brasil no intuito de implementar modelos multiprofissionais com atuação interdisciplinar de atenção à saúde.

O primeiro destaque a ser feito refere-se à estratégia adicional que foi proposta para a atenção básica por meio da criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. Com o intuito de fortalecer a atenção primária enquanto nível primário e integral de assistência, o PSF, posteriormente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), foi um dos primeiros movimentos criados sob a concepção do trabalho em equipe multiprofissional, fato caracterizado pela descentralização do fazer médico e pela incorporação do enfermeiro na equipe (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013; BRASIL, 2017).

Mais tarde, em 2001, novos avanços vieram através das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da saúde que passaram a nortear a formação dos profissionais para uma atenção mais humanística, integrada e participativa. Para tanto, as DCN passaram a atribuir a competência de trabalhar em equipe multiprofissional a todos os 14 profissionais⁶ que compõe o quadro de saúde (BRASIL, 2001), no intuito de responsabilizar todos esses profissionais para trabalharem de forma multiprofissional, diante de um objetivo complexo que é sanar as necessidades sociais de saúde, promovendo o bem-estar biopsicossocial da comunidade (VARELA *et al.*, 2016).

Também importa descrever outros acontecimentos importantes nessa concepção de trabalho multiprofissional como, por exemplo, a Política Nacional de Humanização (PNH), que trouxe em um dos princípios norteadores o “fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade” enquanto prioridade para o atendimento na rede SUS (BRASIL, 2004, p. 10).

Nesse sentido, cabe ainda descrever a criação das Residências Multiprofissionais em Saúde, em 2006, no intuito de formar pessoal de saúde capacitados para trabalharem integrados entre si, sob as afirmações do modelo de saúde preconizado pelo SUS. Trata-se de uma estratégia que se fundamentou a partir da fragilidade na formação dos estudantes de graduação da área da saúde para trabalharem coletivamente, de forma que se pensou na residência (pós-graduação) como alternativa para superar essa fragmentação que advém ainda da formação dos profissionais (BRASIL, 2006).

⁶ São os seguintes: Assistentes Sociais, Biólogos, Biomédicos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais (BRASIL, 2001).

Nessa sequência de estratégias dos ministérios da educação e da saúde para a implementação e efetivação do trabalho em equipe multiprofissional, também importa citar o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação Tutorial para a Saúde (PET-Saúde). No primeiro, criado em 2007, tratava-se de uma reorientação da formação dos profissionais de saúde na concepção teórica, nos cenários de prática e na orientação pedagógica nas academias, cujo objetivo era fortalecer a integração entre instituições de ensino e serviço público de saúde. Quanto a práticas multiprofissionais, o programa preconizava a abordagem interdisciplinar por meio do trabalho em equipes multiprofissionais, no intuito de orientar as instituições formadoras da graduação, uma vez que o trabalho fragmentado e unidirecionado continuava se reproduzindo nas equipes de saúde, resultando na ação isolada de cada profissional e na sobreposição das ações de cuidado. No momento inicial do programa, foram incluídos os profissionais da medicina, da enfermagem e da odontologia (BRASIL, 2007). Já no segundo, objetivo era oportunizar aos estudantes, profissionais dos serviços de saúde e aos usuários o fortalecimento do processo de ensino-aprendizagem numa associação entre ensino, pesquisa e extensão em prol da saúde pública via SUS (HADDAD *et al.*, 2012).

Com isso, diante dessas estratégias de trabalho em equipe multiprofissional com enfoque interdisciplinar, cabe destacar alguns métodos e instrumentos que têm orientado o modo de se trabalhar em equipe multiprofissional e têm servido de subsídios para que os diferentes membros da equipe possam trabalhar de forma conjunta, produzindo práticas mais integradas possíveis, levando em consideração as potencialidades de cada núcleo de saber. Dentre os principais, cita-se a importância da clínica ampliada, do projeto terapêutico singular e do prontuário integrado, os quais foram preconizados a partir da Política Nacional de Humanização (PNH).

A clínica ampliada sugere a articulação e a inclusão do enfoque de diferentes disciplinas na produção de saúde. Isso significa romper com a ideia de que a clínica se remete única e exclusivamente à prescrição de um medicamento ou a um diagnóstico médico. Contudo, visa a não desvalorização de nenhuma disciplina, mas a complementariedade possível entre elas, haja visto que o trabalho em saúde é complexo e não se realiza unicamente pela força de trabalho de um profissional; antes, a necessidade de saúde de cada indivíduo é que irá indicar qual será o profissional

de referência para o caso, estando os demais na retaguarda do cuidado. Enquanto eixos principais, a clínica ampliada pressupõe: a compreensão ampliada do processo saúde e doença, a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, a ampliação do objeto de trabalho, a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho e o suporte para os profissionais (para que eles possam lidar com as próprias dificuldades) (BRASIL, 2009).

Já o Projeto Terapêutico Singular (PTS) “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2009, p.39). Trata-se de uma estratégia voltada para as situações mais complexas em que os profissionais de saúde discutem cada “caso clínico” de forma individualizada, tendo como foco das ações de cuidado o usuário que necessita de uma atenção diferenciada no seu tratamento/acompanhamento. Para tanto, utiliza-se da proposta de reunião entre a equipe de saúde para definição de hipóteses diagnósticas, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação das intervenções propostas. Também é uma estratégia que vislumbra a valorização do todo, isto é, da equipe multiprofissional, percebendo que em cada momento alguns terão mais relevância que outros (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, destaque merece ser dado ao prontuário integrado que diz respeito a uma estratégia de unificar as informações do estado de saúde dos usuários em apenas um documento, em que todos os profissionais da equipe podem acessá-lo e consultá-lo a qualquer momento. O prontuário integrado também é uma forma de trabalho multiprofissional porquanto estabelece que os membros da equipe utilizem um mesmo instrumento para ordenarem seus registros e informações acerca dos usuários. Além disso, manter um prontuário único para cada indivíduo facilita para que o estado de saúde dele esteja em constante atualização, servindo também como estratégia para diminuir a fragmentação do cuidado (BRASIL, 2015).

Contudo, mesmo diante de diversas proposições que vem ocorrendo ao longo dos tempos, a concretização do trabalho multiprofissional com enfoque interdisciplinar na área da saúde ainda carece de uma estratégia integradora que contemple os saberes dos diferentes profissionais – saberes esses que se constituíram fragmentado historicamente e que tem regido o atual modelo de trabalho na área da saúde, no qual

cada especialidade é responsável por uma parte do cuidado (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012).

De acordo com Backes *et al.* (2014), embora as DCN dos cursos de graduação da área da saúde preconizem a atuação desses profissionais de maneira multiprofissional e com enfoque interdisciplinar, o trabalho destes ainda permanece unidirecionado, fragmentado e com foco na especialização, sendo necessária uma complexa reforma na estrutura da formação dos profissionais de saúde para além do modelo biomédico-centrado.

Um dos motivos para isso, são os problemas que ainda decorrem da formação dos profissionais, visto que os mesmos têm dificuldade até em diferenciar os conceitos de trabalho em equipe: multiprofissionalidade, interprofissionalidade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade; além do fato de o assunto ser discutido de forma muito vaga durante a formação (ARAÚJO *et al.*, 2017; ZANCHETT; DALLACOSTA, 2015).

Entretanto, ressalta-se que a atuação interdisciplinar praticada pela equipe multiprofissional é vista como algo promissor para a qualidade da assistência em saúde. Contudo, os próprios profissionais que constituem as equipes multiprofissionais têm dificuldade para entender a finalidade do seu processo de trabalho na equipe – que é a produção de cuidados integrais aos indivíduos, bem como a própria intencionalidade da atuação interdisciplinar – que visa a complementariedade existente entre uma profissão e a outra. Uma das causas para tal, diz respeito à falta de comunicação e diálogo entre os membros da equipe e aos problemas relacionais existentes entre eles, sendo a centralidade do profissional médico ainda um dos principais fatores negativos para a democratização, participação e respeito às diferenças – elementos essenciais da interdisciplinaridade (ZANCHETT; DALLACOSTA, 2015).

Nesse sentido, a comunicação entre a equipe multiprofissional, seja verbal ou não, é uma habilidade importante para a garantia de um cuidado mais humanizado e individualizado – isso porque oportuniza o diálogo entre os profissionais sobre a situação de saúde da pessoa e a discussão acerca dos melhores caminhos terapêuticos a serem percorridos. Além disso, a comunicação é o artefato que possibilita a articulação e cooperação da equipe, a troca de experiências, o estabelecimento de práticas de cuidado seguras, o estabelecimento de relações

horizontais e democráticas, além de ser um mecanismo de acolhimento à subjetividade do outro (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015; PONTES *et al.*, 2014; THOFEHRN *et al.*, 2011).

Diante disso, tendo em vista as questões supracitadas, percebe-se que o trabalho em equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar pode ser uma excelente estratégia de superação da fragmentação da assistência em saúde, porquanto possibilita a interação dos membros da equipe no processo de cuidar. Contudo, ainda é um assunto que merece bastante atenção visto que existem muitas dificuldades para se implementar essa modalidade de trabalho em equipe multiprofissional, que vão desde problemas da formação dos profissionais, às próprias questões históricas que constituíram profissionais da saúde centrados cada um no seu núcleo de saber, com pouca ou nenhuma articulação com o saber do outro.

3.3 Trabalho do enfermeiro em diferentes equipes multiprofissionais de saúde: foco na Atenção Domiciliar

O trabalho da enfermagem, nos diferentes países, insere-se em variados modelos de atenção à saúde. Na ótica do trabalho em equipe multiprofissional, a enfermagem se sobressai de múltiplas maneiras, sendo o enfermeiro um profissional bastante ativo e importante nos cuidados de saúde em todos os ciclos de vida das pessoas (NICOLAU; ESPÍRITO SANTO; CHIBANTE, 2017).

Na realidade holandesa, por exemplo, a inserção desse profissional na equipe confere importante artefato para a educação em saúde dos indivíduos sendo que, enquanto educador, ele incentiva para o autocuidado e promove a autonomia do ser. Ainda, o enfermeiro é um profissional ativo no tratamento, na prevenção e na recuperação da saúde, tendo capacidade, inclusive, de influenciar para que os usuários tenham maior adesão aos conselhos e à terapêutica médica recomendada (AMENT *et al.*, 2015).

Nessa concepção de influência do enfermeiro, Doshier *et al.* (2014) descreveram que esse pode ser um agente de mudanças não somente na conduta dos usuários, mas também na dos profissionais que trabalham consigo, ou seja, o enfermeiro assume um papel de centralidade no processo relacional com a equipe. Neste estudo, percebeu-se mudanças significativas na conduta de uma equipe

multiprofissional liderada por enfermeiros, em relação à prevenção da infecção relacionada à ventilação mecânica. As estratégias propostas pelos enfermeiros resultaram positivamente na mudança de comportamento de todos os profissionais, reduzindo as taxas de infecção num Centro de Terapia Intensiva localizado no Texas, Estado Unidos. Diante disso, observa-se no fazer do enfermeiro o papel de agente de transformação e modificação de condutas, e sua atuação como líder, entendida como uma das competências desse profissional, pode ser um artefato de relevância para que cada membro da equipe multiprofissional possa refletir e dialogar sobre o seu fazer e sua responsabilidade individual e coletiva.

Em relação à percepção dos profissionais sobre esse poder de influência do enfermeiro na equipe, esses referem que é ele quem faz a ligação entre todos os outros membros, sendo a comunicação elencada como uma atividade bem característica desse profissional no trabalho coletivo em saúde. Esse processo comunicacional interacionado pelo enfermeiro emerge como uma oportunidade de partilhar informações acerca das condições de saúde dos usuários e um meio capaz de orientar a tomada de decisão sobre as práticas de cuidado de toda a equipe (NEGREIROS *et al.*, 2017).

Nessa concepção, de acordo com Lopes *et al.* (2015, p. 8828) o fazer do enfermeiro “propõe-se a uma ação cuidativa abrangente que implica entre outros aspectos desenvolver a habilidade de comunicação e interação interpessoal com a equipe multiprofissional”, promovendo a socialização entre os distintos membros, sendo responsável também pela mediação de conflitos e por estimular um processo de trabalho colaborativo e participativo, com vistas à manutenção de um espaço de trabalho favorável.

Um outro estudo, realizado no Reino Unido com o intuito de identificar a referência do enfermeiro na equipe, amplia as discussões acerca do impacto desse profissional no trabalho em equipe multiprofissional. De acordo com Kennedy *et al.* (2015), o enfermeiro aparece como aquele a quem a equipe atribui confiança, tornando-se, em muitas situações, o coordenador do cuidado. Um outro estudo multicêntrico, realizado em 17 países (incluindo o Brasil), mostrou que, além de coordenar o cuidado e orientar a tomada de decisão, o enfermeiro também faz a coordenação de unidades compostas por equipes multiprofissionais, mostrando que

de fato esse profissional exerce um papel de líder, quando inserido em equipes que contém outras classes profissionais além da enfermagem (ROGERS *et al.*, 2014).

Na realidade brasileira, a coordenação de equipe pelo enfermeiro pode ser mais visível nas equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) - que engloba um conjunto distinto de ações de cuidado para a saúde, no qual o enfermeiro soma seus esforços com o restante da equipe para acolher as demandas dos usuários, por meio de práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. O fazer do enfermeiro na ESF percorre da prática clínica às práticas administrativas que envolvem encaminhamentos para os serviços especializados da Rede de Atenção à Saúde e a recaptação dos usuários contrarreferenciados (ARRUDA; MOREIRA; ARAGÃO, 2014).

Em outros modelos de atenção à saúde, observa-se igualdade em alguns aspectos da coordenação realizada pelo enfermeiro enquanto membro de uma equipe multiprofissional como, por exemplo, a nível ambulatorial, o fazer do enfermeiro também é caracterizado pelo acolhimento dos usuários e encaminhamento para a rede de saúde, além do encaminhamento para outros profissionais (NICOLAU; ESPÍRITO SANTO; DAVID, 2017).

Em ambos os cenários, o enfermeiro assume uma posição importante dentro da equipe multiprofissional, atuando como educador, estabelecendo vínculos interpessoais, reorientando práticas de cuidado e promovendo e cultivando atitudes reflexivas dos usuários acerca do cuidado de si e do cuidado coletivo (ARRUDA; MOREIRA; ARAGÃO, 2014).

Nessa habilidade de interação com a equipe multiprofissional, o enfermeiro também é referido como aquele que mais se relaciona com o usuário e sua família, o que o torna conhecedor das condições sociais e de saúde dos indivíduos. Esse é um aspecto positivo do trabalho do enfermeiro, pois as questões sociais também se relacionam com a saúde, portanto, necessitam ser levadas em consideração (NEGREIROS *et al.*, 2017; ROSSO; LOSSO, 2016).

Ainda, verifica-se que o fazer do enfermeiro corrobora para a integralização e para a inter-relação (a relação mútua que se estabelece entre duas pessoas ou mais) de vários processos interacionais que ocorrem no modelo de cuidado multiprofissional em saúde, isto é, a interação profissional-usuário-profissional, usuário-serviços de saúde e profissional-profissional. Essa realidade também pode ser percebida no

tocante ao trabalho multiprofissional inserido no modelo de AD, que se fundamenta sob os pilares da cooperação, mediada por um processo de troca e interação mútua (ANDRADE *et al.*, 2013).

Segundo Andrade *et al.* (2017, p.216) o fazer do enfermeiro na AD engloba o uso de múltiplas tecnologias, tais como a “supervisão clínica e administrativa e a assistência mediada por procedimentos relacionais, educacionais e técnicos”. Os mesmos autores referem que o enfermeiro se destaca na equipe multiprofissional da AD pela capacidade de relacionar-se com as diferentes pessoas e, diante dessa característica, emerge um profissional protagonista nos processos relacionais que envolvem tanto os usuários com os profissionais, quanto os próprios profissionais entre si.

Esse protagonismo do enfermeiro na AD é apresentado por outros autores em três dimensões: o fazer assistencial, o administrativo e o educacional. Essas três dimensões são os pilares da assistência em saúde, principalmente no nível da AD, sendo o enfermeiro aquele membro da equipe que gerencia essas dimensões e que orienta e organiza o serviço. Na ótica assistencial, tecnicamente, o enfermeiro possui múltiplas atribuições diante da equipe de assistência domiciliar, sendo o seu instrumento principal de trabalho (o cuidado de enfermagem) um importante meio de conhecimento, investigação e manutenção da assistência em saúde (MELLO; BACKES; DAL BEN, 2016).

Dos procedimentos técnicos caracterizados como intervenção direta ao usuário, a assistência de enfermagem é a que representa o maior tempo gasto com cuidados domiciliares no tocante ao trabalho multiprofissional (30,2 horas), seguido por 11,9 horas gastas pelo fisioterapeuta e 9,4 horas pelo nutricionista. Em relação ao fazer do enfermeiro, nesse cenário, destaca-se também a consulta de enfermagem como sendo o procedimento mais representativo da assistência em saúde, comparada às consultas dos demais profissionais da equipe multiprofissional (VILLAS BÔAS; SHIMIZU, 2015). Isso tudo revela a complexidade na qual se insere a AD e a importância do trabalho do enfermeiro para esse modelo de atenção, já que é a profissão que mais aparece em evidência.

Outras atividades dão destaque ao enfermeiro que atua na equipe multiprofissional no contexto da AD. Tendo em vista que muitos dos usuários se encontram em cuidados paliativos, o fazer do enfermeiro se destaca por imprimir

ações empáticas, humanizadas e integralizadoras que, na composição da equipe multiprofissional, avalia e maneja as necessidades psicossociais e espirituais complexas do paciente e de sua família (FRANCO; MERHY, 2008; PORTO *et al.*, 2014; SOUSA; ALVES, 2015).

Conforme Imhof, Kipfer e Waldboth (2016), os enfermeiros que atuam em cuidados paliativos são, ainda, potenciais construtores e mantenedores de redes de cuidados interdisciplinares, o que é bastante benéfico para a gestão das questões paliativas - que são complexas. Segundo eles, no âmbito dos cuidados paliativos, o enfermeiro tem habilidade para incluir e motivar os membros da equipe para o cuidado humanizado e para negociar os fluxos dos usuários nos diferentes serviços, além de ser capaz de adaptar o suporte da equipe às necessidades do usuário e sua família – e isso são artefatos que qualificam a rede e o suporte de cuidados paliativos

Ressalta-se que a proximidade desse profissional com a família dos usuários em cuidados paliativos é o retrato da representação social da enfermagem, que considera em seu fazer a extensão do cuidado para além do corpo biológico, mas também para as questões biopsicossociais das pessoas. De acordo com Kennedy *et al.* (2015), o enfermeiro aparece como sendo o membro da equipe que, no interior das discussões médicas acerca de condutas curativistas, levanta discussões acerca da necessidade desses procedimentos serem discutidos e pensados também com as famílias dos usuários a fim de garantir os direitos humanos e a autonomia destes.

Nesse contexto de cuidado à família, enquanto característica marcante do trabalho do enfermeiro na AD, também é importante destacar o importante papel social que ele exerce no cuidado e na atenção aos cuidadores dos usuários (MAZZI; MARQUES; SANCHES, 2017). Tendo em vista o frequente adoecimento dos cuidadores das pessoas com condições crônicas, principalmente àquelas que experienciam doenças que ameaçam a vida, o cuidado do enfermeiro a esses cuidadores imprime o sentido da integralidade, no qual a atenção à família também é contemplada nas ações de saúde (SILVA; MONTEIRO; SANTOS, 2015).

Para Wilkes *et al.* (2013), essa atenção integralizadora e defensora do enfermeiro no contexto de atuação da AD reflete, respectivamente, o papel que esse assume enquanto apoiador e defensor dos direitos dos usuários e de suas famílias. Apoiador por se sensibilizar pelas necessidades sociais e de saúde das pessoas, e defensor dos direitos do usuário por exercer de forma ética e justa o seu cuidado,

eximindo-se de uma atuação prescritiva e punitiva que fere os princípios da liberdade e do direito (WILKES *et al.*, 2013).

Relacionado à função administrativa, o enfermeiro organiza e orienta a assistência de Enfermagem, principalmente por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), realiza tarefas de admissão e readmissão do usuário, dimensionamento de materiais, equipamentos e medicamentos, delega funções à equipe de enfermagem, dimensiona a frequência das visitas domiciliares, ou seja, administra tanto os recursos humanos quanto os materiais e estruturais que viabilizam a realização do cuidado no domicílio (CUNHA *et al.*, 2015; MELLO; BACKES; DAL BEN, 2016; RIBEIRO; ABREU, 2017; VALLE; ANDRADE, 2015).

No quesito educacional, o próprio ambiente do domicílio propicia um espaço para a troca de saberes. O enfermeiro, nesse sentido, se destaca enquanto é caracterizado pelos usuários da atenção domiciliar como sendo o profissional que dá orientações e direciona os indivíduos a adotarem boas práticas de autoatenção à saúde, além de minimizar as dúvidas, os medos e as dificuldades dos cuidadores desses indivíduos (SILVA *et al.*, 2009; SILVA; MONTEIRO; SANTOS, 2015). Também, é elucidado que o enfermeiro tem um papel importante no processo de educação e qualificação do pessoal de enfermagem e de outros profissionais como um todo (fisioterapeutas, nutricionistas, médicos, dentre outros), o que permite inferir que esse profissional é um potencial educador no contexto de trabalho de equipes multiprofissionais, como na AD (MELLO; BACKES; DAL BEN, 2016).

Diante dessas características que emergem o fazer do enfermeiro na atenção domiciliar, evidencia-se que esse profissional tem sido um membro da equipe multiprofissional que exerce múltiplas funções na assistência domiciliar, desempenhando, inclusive, um forte papel na organização do trabalho nessa realidade.

4 Referencial Teórico

Na presente pesquisa, utilizar-se-á enquanto fundamentação teórica para a discussão do assunto proposto o materialismo histórico dialético de Karl Marx.

Karl Heinrich Marx, 1818, foi um importante filósofo do século XIX, nascido em Trier, na Alemanha e foi considerado o principal autor da causa operária e da luta entre a classe burguesa e o proletariado. Sua formação acadêmica se dividiu entre os cursos de Filosofia, História e Direito nas universidades de Bonn e Berlim e suas discussões versam principalmente sobre economia e sociologia (GABRIEL, 2013).

Marx era considerado um radicalista, e por isso suas teses sofriam retaliações de diversos outros pensadores. Sua principal crítica refere-se ao capitalismo da sociedade europeia que, segundo ele, era o responsável pelas constantes crises nos países europeus e pela intensificação das diferenças sociais existente entre os povos daquela época. Com isso, Marx tornou-se a principal referência na luta contra o modo capitalista de produção e o imperador da bandeira do comunismo, atacando o sistema capitalista em seus pensamentos e motivando a união da classe trabalhadora na luta para aniquilar essa impregnação capitalista exorbitante (MCLELLAN, 1995).

Para Marx a compreensão de uma sociedade se dá a partir da análise dos modos de produção dessa sociedade. Isso significa que os meios pelos quais a economia é estabelecida numa sociedade confere a ela a divisão social entre os trabalhadores, a classe operária, e os capitalistas, os burgueses (GABRIEL, 2013).

Dentre suas principais obras, “O manifesto comunista” e “O capital” são as mais discutidas e debatidas até então, e alguns conceitos de tais obras subsidiarão teoricamente essa pesquisa, os quais são: trabalho, mercadoria, valor de uso e de troca, alienação do trabalho, coisificação, divisão social do trabalho e processo de trabalho.

De uma forma geral, o trabalho é considerado uma atividade que dá sustentação à existência do ser humano. Toda pessoa trabalha e precisa do trabalho para existir. Mais do que uma atividade laboral, o trabalho pode ser compreendido

como o percurso consciente realizado pelo homem para que ele subsista, crie e recrie sua vida e sua história. Portanto, o trabalho não é algo em comum a todas as classes sociais e, para Marx, é inaceitável a concepção naturalista da criação de indivíduos ou grupos que naturalizam a exploração do trabalho do outro, e é necessário justiça para que todos trabalhem igualmente para fundamentar a produção de vida humana (MARX, 2014).

No modo de produção capitalista, especialmente, o trabalho assume uma característica desigual em termos de exploração da atividade humana. Aqueles que são desprovidos de meios e de instrumentos de produção têm seu trabalho reduzido apenas à força-de-trabalho no processo de produção. Os detentores do capital exploram e gerenciam essa força-de-trabalho, assalariando os trabalhadores e provendo meios de subsistência para que esses continuem a render o lucro dessa exploração (MARX, 2014).

Contudo, cria-se a ideologia de que o valor recebido pelo trabalhador é justo diante de sua produção, porquanto pondera-se que capitalistas e trabalhadores estão numa situação de igualdade e que ambos declaram comum acordo sobre os modos de produção. No entanto, nessa falsa concepção, segundo Marx, deixa-se de lado o legado histórico entre as classes, em que umas mantêm a exploração sobre as outras num processo contínuo (MARX; ENGELS, 1988).

Nessa relação trabalho-capitalismo, surge uma questão importante a se destacar, a mercadoria. Segundo o autor, todo trabalho realizado sob esse modo de produção toma a forma de uma mercadoria – que é a força motora para sustentação desse modelo. A essa mercadoria são atribuídos dois valores: o de uso e o de troca. O primeiro refere-se a um valor que serve para satisfazer necessidades físicas e sociais e que possui diversas qualidades materiais. É o valor que é dado por cada pessoa ou grupo social pela mercadoria. Já o segundo, diz respeito à relação quantitativa que se dá entre mercadorias, em que uma vale mais do que a outra e nessa relação de troca ocorre a abstração do valor de uso – não é levado em consideração o valor particular da mercadoria (MARX, 2014).

Com isso, a mercadoria assume destaque na problematização marxista sobre os modos de produção capitalista, possuindo um caráter central nas discussões da representação do trabalho nas diferentes sociedades, e na posição e nos valores que este assume de acordo com as características socioeconômicas da realidade. Além

disso, as discussões sobre mercadoria no modo de produção capitalista podem ser utilizadas como embasamento para problematizar a relação do trabalhador com o seu trabalho.

O sentido do trabalho para o homem é, segundo Marx, algo que transcende o simples fato dele transformar manualmente a natureza e a sua realidade para satisfazer suas necessidades. Antes, assume uma localização especial e privilegiada, sendo considerada a exteriorização da essência humana, aquilo que de melhor forma representa esse homem e a sua existência na natureza (MARX, 2014).

Por conta disso, a contradição dessa representação do trabalho para o homem é descrita pelo autor enquanto 'alienação do trabalho'. A grosso modo, alienação do trabalho é um termo amplo empregado para problematizar o sentido, o valor e o significado do trabalho para o homem. De acordo com Marx (2014), o trabalho alienado é uma condição inerente ao trabalhador no modo de produção capitalista.

A crítica de Marx sobre esse trabalho alienado diz respeito à posição em que o trabalhador fica nessa situação. Há um sentido na contramão à essência do trabalho que é ligada ao homem, uma "diferença de natureza" tão forte entre o produto e produtor, ao ponto de causar um estranhamento do significado do trabalho para o homem (MARX, 2014).

Dentre outras palavras, o trabalho alienado é uma condição pela qual os trabalhadores estão sujeitos no modo de produção capitalista. Significa dizer que o trabalhador se torna alienado porquanto não consegue obter satisfação no produto final do seu trabalho. Parte disso decorre da divisão de tarefas que há entre os trabalhadores no processo produtivo: cada um possui uma função, um maneja a matéria-prima, outro dá forma, e um outro o acabamento no produto final. O resultado disso, é um trabalho alienado para todos os trabalhadores, visto que ambos empenharam seus esforços físicos e mentais para a produção de algo, mas nenhum domina e se apropria inteiramente do processo de produção. O trabalho é alienado porque o homem não pode se apropriar daquilo que produziu, uma porque não domina inteiramente o processo de trabalho, outra porque o valor do seu esforço é desmerecido pelo capitalista (MARX, 2014).

Nessa realidade do trabalho alienado, o homem sofre a expropriação do produto final, isto é, perde o direito de posse sobre o resultado do seu trabalho, de modo que o trabalho já não pertence mais a si, perde sua espontaneidade e o seu

valor (MARX, 2014). Sob essa condição de alienação, o homem passa por um processo chamado de 'coisificação', em que ele é radicalmente transformado daquele ser humano que detém sentimentos e objetivos no seu trabalho para um simples objeto de construção e manutenção de mercadorias e de processos de produção (MARX, 2014).

No modo de produção capitalista, a tendência sempre será a alta produtividade, com baixo custo e exploração da força de trabalho humana. Diante dessa concepção, surge as discussões sobre a divisão social e técnica do trabalho.

A expressão 'divisão social do trabalho' tem sido empregada nas discussões de cunho marxista, contudo autores como Braverman (1981) e Marglin (1980) também discorrem sobre. Enquanto significado, designa a divisão social estabelecida pelas atividades produtivas para a manutenção e reprodução da existência humana nas diferentes sociedades (MARX; ENGELS, 1988).

Em 'O capital', Marx se refere à divisão social do trabalho como uma forma vital de sobrevivência, em que os seres humanos se organizam para distribuir as tarefas do cotidiano. Para o autor, o trabalho se divide em diversas especialidades no processo de produção, sendo concebida a cada trabalhador responsabilidades distintas para cada etapa da produção. Nisso, há um aumento da capacidade produtiva porque a especialização aumenta a eficiência do trabalhador sobre aquela tarefa. Surge, portanto, a distinção entre o trabalho mental (intelectual) e o material (físico), em que uns são responsáveis por pensar, coordenar e organizar, e outros pelo trabalho manual (MARX, 2014).

Já segundo Braverman (1981, p.71-72) "a divisão social do trabalho é aparentemente inerente característica do trabalho humano tão logo ele se converte em trabalho social, isto é, trabalho executado na sociedade e através dela", ou seja, há uma divisão natural do trabalho que ocorre de maneira diferente em cada grupo social.

Para Marglin (1980), a divisão social do trabalho sempre existiu, fato que ocorrera primeiramente em relação à divisão sexual do trabalho, entre homens e mulheres de acordo com a idade e vigor. Conforme o autor, com algumas exceções, no trabalho socialmente dividido os produtores não são donos dos instrumentos necessários ao seu trabalho, não têm domínio sobre o processo de produção, sobre o ritmo do trabalho e sobre o produto, e não têm a disponibilidade de ascensão.

Por outro lado, a ‘divisão técnica do trabalho’ ou ‘divisão parcelar do trabalho’ refere-se à fragmentação de um processo produtivo em múltiplas operações, de modo que o produto final é o montante dos diversos esforços empenhados por trabalhadores especializados em cada tarefa (MARX, 2014). Segundo o autor, o aumento da exploração e do volume do trabalho é a mola propulsora para o aumento da divisão do trabalho, isto é, quanto maior a quantidade e o empenho necessário para produzir algo, maior será a divisão técnica desse trabalho. Essa divisão possibilita um salto na produção em massa porque, ao dividir as funções laborais numa fábrica, por exemplo, aumenta-se a eficácia do processo produtivo pela acumulação de experiência e desenvolvimento repetitivo do trabalhador em sua tarefa.

Isso torna o trabalho fragmentado, dividido em pequenas parcelas, em que é necessário a junção das partes para produzir um produto final. Além disso, a fragmentação do trabalho hierarquiza as atividades no processo de produção, atribuindo valores distintos para cada tarefa desempenhada por diferentes trabalhadores ou classe profissional. Essas condições, por sua vez, tornam o trabalhador individualista, com pouca ou nenhuma articulação para um trabalho coletivo (MARX, 2014).

Diante disso, outra característica inerente ao modo de produção capitalista é a necessidade de haver um controle do processo de trabalho uma gerência – alguém responsável. Isso ocorre, segundo Marx, porque a fragmentação do trabalho hierarquiza as atividades, atribuindo valores diferentes a cada tarefa executada por diferentes trabalhadores ou grupo de trabalhadores específicos (MARX, 2014).

De acordo com Braverman (1981), esse gerente tem a função de controlar o trabalho dos outros e de organizar o processo de trabalho a fim de obter maiores resultados possíveis. Nisso, surge a ideia de gerência enquanto uma organização racional do trabalho que é responsável por controlar e articular o processo produtivo e os meios de produção.

Em relação à atividade de controle, entende-se que com essa se objetiva diminuir os gastos e aumentar o lucro sobre a produção. No entanto, o problema advindo disso são as relações que se estabelecem entre os trabalhadores e a gerência, que parte da lógica punitiva em detrimento à ideia educativa.

4.1 O processo de trabalho do enfermeiro e a organização do trabalho

Todo trabalho, enquanto atividade humana, é realizado conscientemente para transformar a natureza a fim de satisfazer as necessidades do trabalhador, sendo permeado por um processo que envolve matéria-prima, técnicas, trabalhadores e organização específica. Nenhum trabalho é totalmente igual ao outro, e o que os difere é, essencialmente, o produto final (MARX, 2014).

No trabalho em saúde, por exemplo, o produto final é a prestação de cuidados que visam a produção social e a defesa da vida. É um trabalho que produz valores de uso que, de acordo com Marx (1982), é consumido em ato – tem o consumo imediato. Os profissionais de saúde, ao desenvolverem seu trabalho, empenham seus conhecimentos para reabilitar, promover e proteger a saúde e, assim, produzem transformações no corpo e na mente do ser humano, tão logo realizam seu trabalho – por isso se diz que é consumido em ato (PEDUZZI, 2003).

Por ‘processo de trabalho’ entende-se as ações realizadas pelo homem para transformar a natureza das coisas a fim de produzir algo de valor para si mesmo e que, para isso, envolve componentes como objeto, agentes, finalidade, instrumentos e produto final (MARX, 2014).

O ‘processo de trabalho em saúde’ foi primeiramente atrelado às discussões sobre a relação do trabalho médico com a saúde e a sociedade e, posteriormente, foi ampliado para discussões acerca dos outros profissionais na área (DONNANGELO, 1976). Contudo, a formulação propriamente dita do conceito se solidifica na concepção de Mendes-Gonçalves (1979) que, estudando a aplicação da teoria marxista sobre o trabalho na área da saúde, o define enquanto dimensão microscópica do fazer dos trabalhadores no cotidiano de trabalho em relação à produção e ao consumo ‘dos’ e ‘nos’ serviços de saúde. De uma forma geral, o processo de trabalho em saúde está direcionado a entender a articulação e a dinâmica dos trabalhadores e as relações que se estabelecem nesse processo (NOGUEIRA, 2002).

Para tanto, no processo de trabalho em saúde tem-se a análise de alguns componentes⁷, tais como o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade, os

⁷ Objeto: a matéria-prima que será transformada que, no setor saúde, são as necessidades de saúde humana. É aquilo sobre o qual incide as ações conscientes do trabalhador. Instrumentos: complexo de coisas que o trabalhador utiliza para transformar seu objeto. Podem ser matérias (equipamentos,

agentes e o produto final. Mendes Gonçalves (1979) destaca que esses elementos necessitam de uma análise conjunta, uma vez que há uma relação recíproca entre eles que dão a configuração do processo de trabalho específico na saúde.

Uma importante especificidade do trabalho em saúde é o fato de que o produto final é resultado de um trabalho coletivo ou, nas palavras de Marx (1982, p. 522), de um 'trabalhador coletivo'. No trabalho em saúde, não é possível que apenas um trabalhador, ou uma classe profissional, a exemplo o médico, dê conta sozinho de atender às necessidades de saúde humana, que são complexas.

No entanto, no modelo médico-hegemônico que vigora, a assistência em saúde tem se concentrado prioritariamente no profissional médico e, por muito tempo, a equipe direciona as ações de saúde nele. Contudo, as potencialidades inerentes aos demais profissionais de saúde podem contribuir para aumentar a eficácia da assistência (SIMÕES *et al.*, 2011).

Diante disso, abre-se discussões acerca do trabalho multiprofissional que tem sido uma proposta utilizada para superar a fragmentação do trabalho em saúde. Sobretudo, destaca-se os trabalhadores da enfermagem nessa equipe, que representam o maior contingente de trabalhadores (VILLAS BÔAS; SHIMIZU, 2015).

Nesse sentido, importa destacar o profissional enfermeiro e a sua relação com o quesito coordenação. Naturalmente, esse profissional possui dentre suas especificidades a capacidade de coordenar equipes. Primeiramente, o enfermeiro é responsável por toda uma equipe de enfermagem, com auxiliares e técnicos e, somado a isso, há evidências científicas de que esse profissional também assume a coordenação de áreas específicas no setor saúde, ou mesmo de todo o serviço de saúde, organizando tanto os processos assistências quanto os gerências (CUNHA *et al.*, 2015; MELLO; BACKES; DAL BEN, 2016; RIBEIRO; ABREU, 2017; VALLE; ANDRADE, 2015).

Além disso, o enfermeiro tem sido destaque no que diz respeito aos processos relacionais no processo de trabalho em saúde. Esse profissional aparece como articulador e negociador na equipe multiprofissional sendo, inclusive, destaque quanto

medicamentos, instalações) e não-materiais (saberes, relações de troca entre o objeto). São criados e dinamizados pelo próprio trabalhador. Finalidade: o objetivo esperado com ação-modificação do objeto (no caso, recuperar, promover, proteger a saúde). Agentes: são os trabalhadores da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de saúde, dentre outros). Produto final: promoção, proteção, reabilitação da saúde; o produto é consumido ao mesmo tempo em que é produzido (MENDES-GONÇALVES, 1979).

à confiabilidade dos demais membros da equipe no que se refere aos processos inter-relacionais na própria equipe e entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde (ANDRADE *et al.*, 2013; ARRUDA; MOREIRA; ARAGÃO, 2014).

A coordenação/gestão dos serviços de saúde pelo enfermeiro, bem como a de interação entre os demais trabalhadores, pode ser compreendida na concepção da organização tecnológica do trabalho em saúde, de Mendes-Gonçalves (1986). Segundo o autor, há no processo de trabalho em saúde, um sentido mais amplo acerca das tecnologias empenhadas na produção de saúde, que ultrapassa o simples conjunto de materiais e instrumentos utilizadas para aumentar a efetividade e a produtividade de algo. Para ele, há interações humanas, processos relacionais intensos, que são artefatos que diferenciam o processo de trabalho em saúde dos demais.

Diante disso, abrem-se discussões acerca do enfermeiro enquanto profissional que coordena e organiza o trabalho em saúde e que, devido a isso, tem o potencial para influenciar essas relações. Segundo Rocha e Almeida (2000), o trabalho do enfermeiro pode ser compreendido enquanto uma prática social. Entendê-la por prática social significa dizer que as ações de enfermagem por ele realizadas produzem cuidados a uma pessoa de acordo com as necessidades sociais e o contexto social no qual ela está inserida. Em outras palavras, o produto do processo de trabalho do enfermeiro sofre modificações que são estabelecidas pelas necessidades individuais e coletivas de um indivíduo, grupo ou família.

Nessa perspectiva, de acordo com Merhy (2005), o profissional necessita da utilização de determinadas tecnologias que, aplicadas sob uma finalidade específica, resultam num produto final, as quais são divididas em leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são as das relações, das interações humanas; as leve-duras dizem respeito aos saberes estruturados, tais como as teorias e as normatizações de enfermagem, e as duras são as dos recursos materiais.

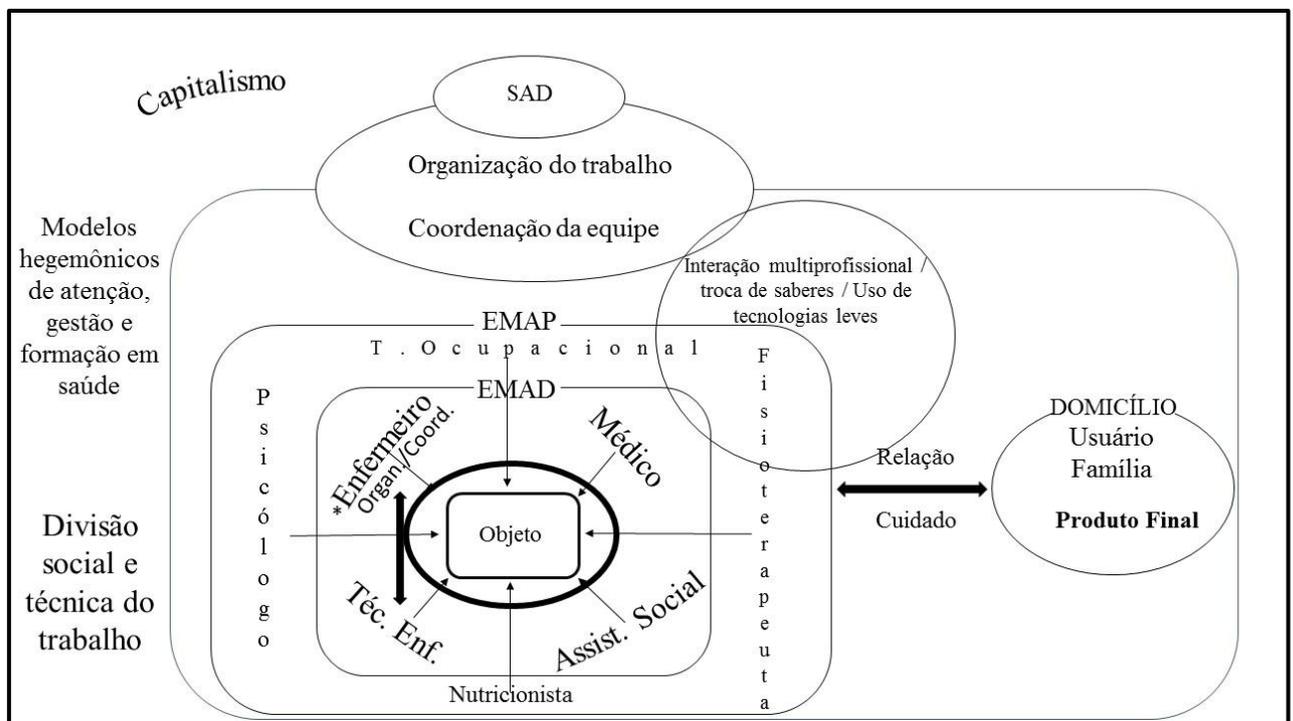
Sobretudo, destaca Pires (1999), o uso das tecnologias leves se sobressai no trabalho do enfermeiro. A própria necessidade desse profissional coordenar a equipe de enfermagem, exige dele capacidade de coordenação e gestão que perpassam o âmbito das relações.

Inclusive, no trabalho multiprofissional com enfoque interdisciplinar, o uso dessas tecnologias leves no processo de trabalho é uma das estratégias empenhadas

para modificar a organização do trabalho fragmentada e hegemônica que sofreu influência dos modelos de administração taylorista e fordista que acabaram por atingir o trabalho em saúde e em enfermagem (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Portanto, no processo de trabalho do enfermeiro inserido no contexto de trabalho multiprofissional, entende-se que, no quesito coordenação/organização, esse profissional possui um grande diferencial no que diz respeito ao uso das tecnologias leves, utilizando principalmente habilidades de interação humana para operacionalizar o seu trabalho. Para melhor ilustrar a proposição teórica de pesquisa, apresenta-se na Figura 1, o contexto do processo de trabalho do enfermeiro na EMAD.

Figura 1 - Processo de trabalho do enfermeiro na equipe multiprofissional na Atenção Domiciliar



Fonte: dados do autor, 2018.

A influência do capitalismo sobre os modos de produção e as relações de trabalho influenciou modelos de administração das grandes indústrias, tal como a Ford e a Toyota. Nesses, particularmente, aplica-se a ideia de parcelar as tarefas do trabalho para aumentar o lucro sobre o produto final.

Essas influências dos modelos de administração/gestão chegaram ao setor saúde, também estabelecendo divisões técnicas no trabalho. Basicamente, um dos resultados disso foi a divisão entre quem pensa e quem executa o trabalho em saúde.

Concomitante a isso, historicamente criou-se uma divisão social do trabalho – esta designa os modos como as sociedades se dividem e o valor dado aos diferentes trabalhos conforme a sua repercussão para existência/sobrevivência humana.

Nesse sentido, há sobre o profissional médico uma alusão ao saber máximo, ao poder sobre a cura e sobre a saúde. Esses aspectos, por muito, têm ditado divisões e estabelecido conflitos de relação entre esses profissionais e os demais da equipe de saúde, estabelecendo um modelo de organização do trabalho em saúde verticalizado.

No entanto, no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), objeto de investigação dessa pesquisa, a lógica de organização do trabalho está alicerçada no modelo de trabalho em equipe multiprofissional, que se diferencia dos modelos tradicionais de organização, sobretudo no que diz respeito ao uso das tecnologias leves e da interação de saberes dos profissionais que compõem a equipe.

Em relação ao processo de trabalho em equipe no contexto multiprofissional na Atenção Domiciliar, o enfermeiro, médico, assistente social e técnico de enfermagem – profissionais que integram a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – são os agentes mais intimamente ligados ao objeto de trabalho, que são os usuários. Esses profissionais, por sua vez, possuem seus núcleos de saber específico e, através dos seus instrumentos de trabalho, como suas habilidades, seus conhecimentos, modificam o objeto e contribuem para chegar ao produto final da assistência em saúde.

Além desses, há a atuação dos profissionais da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), os quais são o fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista, que também participam do processo de trabalho, quando solicitados.

Dessa forma, há vários profissionais trabalhando em conjunto, cada um com seu núcleo específico de saber incidindo sobre o objeto. Contudo, no trabalho multiprofissional espera-se que haja uma integração de saberes entre os trabalhadores de forma a contemplar o ser humano cuidado na sua totalidade. Essa integração, enquanto pressuposto dessa pesquisa, pode ser uma habilidade do profissional enfermeiro, visto que, dentro do seu campo de habilidades e especificidades está a coordenação de equipe, dos técnicos de enfermagem, e a organização do trabalho em diferentes cenários.

A equipe multiprofissional, então, estabelece uma relação de cuidados com o objeto, o usuário e sua família. Contudo, o predomínio das condições crônicas de saúde que demandam o cuidado domiciliar tende a fazer com que os profissionais não enxerguem o produto final do seu processo de trabalho. Sobretudo, essa realidade diz respeito ao enfermeiro que, devido a condições sócios-históricas, construiu seu núcleo de saber com base no saber médico.

Nesse sentido, surge uma condição de trabalho alienado para o enfermeiro, visto que ele não se reconhece no seu produto final. Desta forma, entende-se que o enfermeiro não consegue ver no produto final do trabalho em equipe multiprofissional o seu trabalho, ainda que ele seja um potencial para integrar os saberes dos profissionais e para contribuir no relacionamento-interação entre eles – fato esse que reflete no sucesso do produto final de uma equipe multiprofissional.

Algumas reflexões no contexto da Atenção Domiciliar (AD) são possíveis diante do referencial materialista-dialético, porquanto este possibilita, sobretudo, problematizar e refletir sobre os aspectos subjetivos do trabalho. Em se tratando de alienação, o trabalho em equipe, independentemente da área que seja, é uma predisposição ao tipo de trabalho realizado. Isso ocorre porque o fato de unir diversos trabalhadores num mesmo espaço, voltados a um determinado fim, predispõe que haja uma divisão de tarefas e, por conseguinte, o desconhecimento do trabalhador sobre todo o processo empenhado para se chegar ao produto final.

Na área da saúde, especificamente na Atenção Domiciliar, essa realidade decorre do fato de que há uma equipe multiprofissional trabalhando em conjunto. O próprio fato de haver multiprofissionais, cada um com seu campo específico de saber, já é uma condição que facilita o trabalho parcelar, em que cada um faz aquilo que lhe é esperado enquanto profissional. No cenário domiciliar, por exemplo, os profissionais possuem distintas atividades específicas de trabalho, sendo impossível que essas sejam passadas para outros trabalhadores. Isso é uma característica marcante no cuidado domiciliar porquanto a filosofia de cuidado dessa modalidade orienta que haja uma equipe multiprofissional trabalhando de forma interdisciplinar.

Nessas concepções, sobre o enfermeiro há muitas expectativas e responsabilidades em relação ao seu trabalho. Em se tratando do seu fazer no quesito coordenação e organização, ocorre que esse profissional desempenha múltiplas atividades que possibilitam a execução do trabalho na AD. Contudo, esse trabalhador

pode não reconhecer essas tecnologias inerentes ao seu trabalho porquanto não consiga ver o produto final advindo da aplicação desses instrumentos. Entende-se que a dificuldade de enxergar sua capacidade de coordenação e organização pode decorrer da divisão social do trabalho em saúde que historicamente foi constituída com o profissional médico no topo da hierarquização.

5 Percurso Metodológico

A seguir apresenta-se o percurso metodológico na realização da pesquisa, tais como o tipo, local e participantes do estudo, assim como as técnicas de coleta e análise dos dados.

5.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória.

Augusto *et al.* (2013) consideram que a pesquisa qualitativa abrange um universo transdisciplinar e suas características têm sido amplamente aceitas em diferentes campos científicos, inclusive na área da saúde. Nessa perspectiva, a pesquisa qualitativa tem potencial para abordar e interpretar os fenômenos e os elementos que se relacionam nessa área e constitui uma importante abordagem metodológica para mostrar a realidade dos fatos – que é peculiar de cada local, serviço e ambiente, e é influenciada por distintos fatores socioculturais e históricos.

Quanto à fase exploratória, esta tem por objetivo descobrir ideias e intenções a fim de se aproximar do fenômeno pesquisado. Também é uma fase que possibilita aumentar o conhecimento do pesquisador sobre os fatos, esclarecer e modificar ideias, definir o problema com maior precisão, promover critérios e compreensão, diagnosticar situações e explorar alternativas (MINAYO, 2016).

5.2 Local do Estudo

O presente estudo foi realizado no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Pelotas/RS, o qual está vinculado ao Hospital Escola da Universidade

Federal de Pelotas, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

O referido serviço é uma referência na região devido ao fato de prestar assistência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, além disso, é o local responsável por sediar o Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde, criado a partir de 2012 (HOSPITAL ESCOLA UFPEL, 2017).

O local é o principal cenário de atenção à saúde no âmbito da Atenção Domiciliar no município e, no ano de 2016, o serviço recebeu 1.675 encaminhamentos para o programa e efetuou 294 internações domiciliares de pacientes novos e 1.219 reinternações com um total de 1.513 admissões em caráter de Atenção Domiciliar Multiprofissional (HOSPITAL ESCOLA UFPEL, 2017).

Atualmente, o atendimento do referido SAD é feito por três Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) - formadas por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e assistentes sociais – e por uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) – formada por fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. As EMAD são distribuídas em: EMAD SUL – Fragata, Barragem, Centro Sul e Porto/Várzea; EMAD NORTE - Três Vendas, Areal Norte e Centro Norte e EMAD LESTE – Areal, Fátima/Balsa e Laranjal. O público alvo do serviço tem sido pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, por exemplo (HOSPITAL ESCOLA UFPEL, 2017).

5.3 Participantes do Estudo

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde da equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Pelotas/RS. Isso inclui, além dos enfermeiros, os demais profissionais que trabalham no serviço, ou seja, médicos, técnicos de enfermagem e assistentes sociais que compõem as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar, bem como o terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista que fazem parte da Equipe Multiprofissional de Apoio.

O total de participantes foi de 27, sendo esses: seis enfermeiros, seis médicos, seis técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, dois assistentes sociais, um fisioterapeuta, um nutricionista, um psicólogo e um terapeuta ocupacional.

Destaca-se que os mesmos estão divididos, conforme cada equipe, da seguinte forma: EMAD SUL – sete participantes; EMAD NORTE – oito participantes; EMAD LESTE – sete participantes; EMAP – quatro participantes.

5.4 Critérios de Elegibilidade

A seguir apresenta-se os critérios de inclusão e de exclusão dos participantes utilizados da pesquisa.

5.4.1 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde que compõe a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar ou a Equipe Multiprofissional de Apoio e atuar no Serviço de Atenção Domiciliar há pelo menos três meses.

5.4.2 Critérios de Exclusão

O critério de exclusão foi: profissionais da equipe que estiverem em afastamento do trabalho por período prolongado, como por licença saúde, licença maternidade, entre outros, no período da coleta de dados.

5.5 Procedimentos para coleta de dados

Previamente foi solicitada, por meio de carta de anuência, a autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Escola (Apêndice A), tendo sido o projeto aprovado em abril de 2018 pelo serviço (Anexo A). Posteriormente, foi solicitada a autorização do coordenador do Serviço de Atenção Domiciliar (Apêndice B) para realização da pesquisa.

Na primeira etapa de coleta de dados foi realizada observação da rotina de trabalho do enfermeiro dentro da equipe multiprofissional. Para essa etapa utilizou-se o recurso metodológico da observação não-participante, ou observação direta. Esse tipo de observação possui um caráter mais investigativo e tem enquanto finalidade conhecer as relações existentes num determinado contexto social, sob um olhar mais

explicativo e objetivo. Além disso, é importante do ponto de vista para observar fatos em um determinado meio, ou então para formular novos questionamentos para outras fases da investigação (NASSER, 2008). Uma característica importante desse tipo de observação é que, embora o pesquisador tenha contato com a comunidade estudada, ele não se integra a ela, permanecendo de fora, presenciando o fato, mas não participando dele (MARCONI; LAKATOS, 2003).

No caso da realização dessa pesquisa, o recurso da observação não-participante foi utilizado como forma de aproximação do campo de pesquisa e para que o pesquisador possa conhecer o processo de trabalho do enfermeiro na equipe multiprofissional, e como forma de direcionar possíveis questões necessárias a serem abordadas na fase posterior da investigação (entrevista individual). Para tanto, foram realizadas a observação de dois turnos de trabalho de cada uma das EMAD e da EMAP do referido SAD, com o intuito de conhecer as características do fazer do enfermeiro. O pesquisador acompanhou o trabalho de cada equipe multiprofissional, totalizando cerca de 72 horas de observação. Destaca-se que a coleta dos dados foi realizada exclusivamente pelo pesquisador.

O registro da observação foi realizado por intermédio de um diário de campo, conforme roteiro (Apêndice C), no qual o pesquisador utilizou como material de anotações das situações e conversas vivenciadas. O instrumento foi composto pela identificação da equipe, data e horário de registro, notas descritivas e reflexivas, que poderão ser, posteriormente, complementadas após a observação em campo. As notas descritivas referem-se ao registro das informações dos acontecimentos, na sequência em que ocorrem, bem como a descrição do espaço e comportamentos e gestos de pessoas, dos trechos de diálogos e as notas reflexivas correspondem às impressões e sentimentos do pesquisador surgidas durante a ação, nos contatos formais e informais e possíveis conexões entre as observações (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Os principais itens observados foram: atividades desenvolvidas pelo enfermeiro diretamente aos pacientes e na equipe multiprofissional; aspectos da organização do processo de trabalho e da coordenação da equipe; interação na dinâmica de trabalho da equipe multiprofissional, instrumentos de trabalho, dinâmica do *round* (reunião de equipe e discussão de casos), atendimentos no domicílio, registros das ações de saúde pelos profissionais

A segunda etapa de coleta de dados consistiu de entrevista semiestruturada com os participantes. A entrevista é uma técnica que possibilita o emergir das informações a que se espera alcançar de forma mais livre, sendo que as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativa pré-estabelecidas. Uma característica dessa abordagem é o foco principal da investigação que é colocado pelo entrevistador-investigador por meio de um roteiro, ou seja, trata-se de uma técnica que possibilita direcionar o assunto de pesquisa com base naquilo que se quer saber/descobrir (DUARTE, 2004). Nessa etapa foi realizada entrevista individualmente com cada participante, por meio de um roteiro semiestruturado (Apêndice E). As entrevistas ocorreram em um lugar previamente combinado com os participantes, todas no próprio local de trabalho deles. Para coleta dos dados da entrevista empregou-se o uso de gravador com o consentimento prévio do participante.

5.6 Análise dos dados

Os dados obtidos da observação não-participante e das entrevistas semiestruturadas foram digitados e transcritos, respectivamente, para o programa Microsoft *Word*. Posteriormente, foram tratados pela proposta operativa de análise de conteúdo de Minayo (2016), à luz do referencial marxista. A análise de conteúdo é um método interpretativo dos dados que permite identificar e descrever padrões ou temas e organizar os dados conforme área temática.

Essa técnica é dividida em três etapas: a) Pré-análise: leitura flutuante que permite gerar impressões iniciais sobre os resultados. Foram realizadas duas leituras das notas de campo e das entrevistas com intervalo de uma semana. Nesta fase, foram conhecidos os principais temas em destaque: a questão da organização e da coordenação do trabalho, e os aspectos diferenciais da equipe multiprofissional no trabalho. b) Exploração do material: recorta-se e classifica-se o material coletado. Nesse momento, houve a separação dos dados em temáticas mais delimitadas. Referente as notas das observações surgiram as seguintes: Atenção domiciliar: a pluralidade do fazer dos profissionais no trabalho em equipe; O enfermeiro como organizador da assistência domiciliar e coordenador da equipe no processo de trabalho em equipe multiprofissional; O domicílio enquanto espaço para a prática

interdisciplinar da equipe multiprofissional; Interação multiprofissional; Diálogo como instrumento dos profissionais para a prática interdisciplinar. Já as entrevistas foram agrupadas por códigos, a saber: Coordenação/organização; Diferencial do trabalho; Tecnologias; Responsabilização da equipe; Instrumentos de trabalho, Interação, Divisão do trabalho; O enfermeiro na equipe; Facilidades; Dificuldades; Sugestões. c) Tratamento dos resultados e interpretação: abordagem mais crítica, reflexiva e consistente do material, que permite ao analista obter resultados significativos e fiéis para propor inferências (novas ou previstas) acerca dos objetivos de sua pesquisa. Nessa etapa, os códigos foram agrupados com base no grau de aproximação dos temas, tendo sido separados em duas categorias: uma referente aos instrumentos de trabalho da equipe e a relação deles com os agentes do trabalho, outra relacionada à questão da coordenação e da organização do trabalho pelo profissional enfermeiro.

6 Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo observou a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012) e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem que tem como base a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 311/2007 (cap. III), artigos 89, 90 e 91⁸ que trata das responsabilidades e deveres e os artigos 94,96 e 98⁹ que se refere às proibições (COFEN, 2017).

A dissertação de mestrado intitulada “Processo de trabalho de enfermeiros nas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar” foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, por meio da Plataforma Brasil, em maio de 2018, com parecer favorável em maio de 2018 (Anexo B). Para manter o anonimato dos envolvidos na pesquisa todos os participantes tiveram sua identificação através da abreviação P (referente à ‘profissional’) seguido de um número ordinal – por exemplo: P1 (profissional 1). Cada participante recebeu duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice F), que foi lido e assinado pelo participante e pelo pesquisador, ficando uma cópia para cada parte. Esse documento assinado será guardado pelo pesquisador por um período de cinco anos.

Cabe ressaltar que os participantes desta pesquisa tiveram todas as suas possíveis dúvidas esclarecidas, quanto à forma que seria conduzida a entrevista,

⁸ Art. 89 - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa. Art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados.

⁹ Art. 94 - Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou danos aos envolvidos. Art. 96 - Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade. Art. 98 - Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização (COFEN, 2017).

registro de dados, bem como quanto os objetivos propostos pela pesquisa. Além disso, na fase de observação foi solicitado aos mesmos a permissão para realização.

Em se tratando dos riscos, o estudo não provocou riscos físicos aos participantes, pois não foi realizado nenhum procedimento doloroso, ou coleta de material biológico, ou experimento. No entanto, na técnica de coleta de dados da observação, os participantes poderiam sentir constrangimento ao terem sua rotina de trabalho observada e na técnica de entrevista, os participantes poderiam sentir-se emotivos ou algum tipo de desconforto ao falarem sobre o seu trabalho e sua equipe. Esses riscos foram minimizados pelo pesquisador, porquanto o mesmo possibilitou a interrupção da coleta de dados a qualquer momento, conforme fora solicitado pelo participante.

Enquanto benefícios aos participantes do estudo, ao oportunizar momentos para que os profissionais refletissem sobre o processo de trabalho em equipe multiprofissional, o pesquisador proporcionou que os mesmos trouxessem à tona proposições de ações de melhorias e despertem caminhos em direção ao aprimoramento da organização do trabalho da equipe.

Para a conservação dos dados, os mesmos permanecerão armazenados de forma digital e impressa, sendo arquivados na Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPeI) sob responsabilidade do pesquisador-orientadora pelo período de cinco anos, a contar da publicação dos dados. Após esse período, os dados armazenados na forma digital serão deletados dos computadores, e os dados impressos serão incinerados.

A devolução dos resultados da pesquisa aos participantes ocorrerá nas reuniões quinzenais de equipe.

7 Cronograma

A seguir apresenta-se o cronograma de execução das atividades, sendo que a coleta de dados somente ocorreu após obtenção de parecer favorável à realização do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Figura 2 - Quadro com cronograma de atividades para realização da pesquisa

Etapas	2018								
	abr	maio	jun.	jul.	ago.	set.	out.	nov.	dez.
Revisão de literatura	■	■	■	■	■	■	■		
Construção do projeto	■								
Cadastro do projeto na Plataforma Brasil		■							
1ª etapa coleta de dados: observação		■							
2ª etapa coleta de dados: entrevistas			■						
Análise dos dados				■	■	■			
Escrita do relatório				■	■	■			
Proforma e defesa da dissertação							■	■	■
Divulgação dos resultados									■

Fonte: dados do autor, 2018.

8 Recursos orçamentários e plano de despesas

O orçamento previsto para execução desta pesquisa totalizou o valor de R\$4.988,00 estando discriminados a seguir os itens com os seus respectivos valores de mercado. Os custos deste projeto foram de inteira responsabilidade do pesquisador.

Tabela 1 - Recursos orçamentários e plano de despesas.

Recursos	Valor em reais R\$
Revisão de língua portuguesa	150,00
Revisão ortográfica e normas da dissertação	150,00
Tradutor para a língua inglesa (resumo da dissertação) + Tradutor para artigos científicos	1.500,00
Taxa de publicação de artigo científico	600,00
Encadernação (10 unid.)	50,00
CD-ROM (2 unid.)	8,00
Pendrive 16 GB	40,00
Cópias Xerográficas	150,00
Gravador de voz	120,00
Caderno para anotações, caneta, lápis, borracha	20,00
Notebook	2.000,00
Combustível para deslocamento	200,00
TOTAL	4.988,00

Fonte: dados do autor, 2018.

Referências

- ALI, S. Y. **Atenção domiciliar: proposta de reorganização dos serviços de saúde a partir da atenção primária na regional de Ceilândia**. 2013. 87f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- AMARAL, N. N. *et al.* Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. **Revista Neurociências**, v.9, n.3, p.111-117, 2001. Disponível em:<
<http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-5.pdf>>. Acesso em: 5 nov 2017.
- AMENT, B. H. L. *et al.* The benefit of a geriatric nurse practitioner in a multidisciplinary diagnostic service for people with cognitive disorders. **BMC Res Notes**, v.8, n.217, p.1-7, 2015. Disponível em<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26040514>>. Acesso em: 5 nov 2017.
- ANDRADE, A. M.; SILVA, K. L.; SEIXAS, C. T.; BRAGA, P. P. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, v.70, n.1, p.210-219, 2017. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0210.pdf>>. Acesso em: 5 nov 2017.
- ANDRADE, A. M.; BRITO, M. J. M.; VON RANDOW, R. M.; MONTENEGRO, L. C.; SILVA, K. L. Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v.5, n.1, p.3383-3393, 2013. Disponível em:<
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2025/pdf_698>. Acesso em: 5 nov 2017.
- ARAÚJO, T. A. M.; VASCONCELOS, A. C. C. P.; PESSOA, T. R. R. F.; FORTE, F. D. S. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Comunicação Saúde Educação**, v.21, n.62, p.601-613, 2017.
- ARRUDA, L. P.; MOREIRA, A. C. A.; ARAGÃO, A. E. A. Promoção da saúde: atribuições do enfermeiro como educador na Estratégia Saúde da Família. **Essentia**, Sobral, v.16, n.1, p.183-203, 2014. Disponível em:<
<http://www.uvanet.br/essentia/index.php/revistaessentia/article/view/10>>. Acesso em: 5 nov 2017.
- AUGUSTO, C. A.; SOUZA, J. P.; DELLAGNELO, E. H. L.; CARIO, S. A. F. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v.15, n.4, 2013. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032013000400007>. Acesso em: 6 fev 2018.

BACKES, D. S. *et al.* Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v.15, n.2, p.277-289, 2014. Disponível em:<<https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1093>>. Acesso em: 5 nov 2017.

BERNARD, H. R. **Research methods in anthropology**: qualitative and quantitative approaches. 2.ed. London: Altamira Press, 1995. 429p.

BEWER, V. V. Transdisciplinarity in health care: a concept analysis. **Nursing Forum**, v.00, n.0, p.1-9, 2017. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28547926>>. Acesso em: 5 nov 2017.

BRANT, L. C.; MINAYO, C. G. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica a psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 213-223, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19838.pdf>>. Acesso em: 5 nov 2017.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 6 fev 2018.

_____. **Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998**. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 1998. 3p. Disponível em:<<http://www.saude.ba.gov.br/dae/Port2416.pdf>>. Acesso em: 5 nov 2017.

_____. **Parecer CNE/CES 1.133 de 03 de outubro de 2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

_____. **Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 abr. 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10424.htm>. Acesso em: 5 nov 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414p.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 86 p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 106p.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 6 fev 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 35 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde. 2016. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 19 abr 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 285, de 24 de março de 2015**. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Brasília: Ministério da Saúde. 2015. 13p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2017. Disponível em:< http://dabsistemas.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2457>. Acesso em: 6 fev 2018.

_____. **Núcleo de Saúde da Família (NASF)**. Porta as Saúde. Disponível em:< http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php>. Acesso em: 6 fev 2018.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital Monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar,1981. (1.ed., 1974)

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p.219-230, 2000. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>>. Acesso em: 5 nov 2017.

CARVALHO, Luis Claudio de. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº. 311/2007**: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em < <http://www.portalcofen.gov>,>. Acesso em 6 fev 2018.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L.; QUEIROGA, B. A. M.; RUIZ-MORENO, L.; LIMA, L. S. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.4, p.1356-1369, 2014. Disponível em:< <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104305/102952>>. Acesso em: 6 fev 2018.

COSTA, M. J. C. Atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.31, n.3, Brasília, 1978. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671978000300321>. Acesso em: 6 fev 2018.

CUNHAS, J. J. *et al.* Contribuições da enfermagem para aprimoramentos no gerenciamento da assistência domiciliar à saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE online**, Recife, v.9, n.5, p.7746-7752, 2015. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10520/11408>>. Acesso em: 5 nov 2017.

CUNHA, A. P.; ALVAREZ, A. G.; SILVA, G. A.; GAZOLA, N. L. G.; PIRES, D. E. P. Características da divisão do trabalho em enfermagem no Brasil: revisão integrativa de literature. **Revista Digital**, Buenos Aires, v.17, n.173, 2012.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v35, n.4, 2006.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DOSHER, W. B. *et al.* The effect of a nurse-led multidisciplinary team on ventilator-associated pneumonia rates. **Critical Care Research and Practice**, 2014. Disponível em:< <https://www.hindawi.com/journals/ccrp/2014/682621>>. Acesso em: 5 nov 2017.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n.24, p.213-225, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/er/n24/n24a11.pdf>>. Acesso em: 6 fev 2018.

EVETTS, J. Professionalism: value and ideology. **Current Sociology Review**, v.61, n.5-6, p. 778-796, 2013. Disponível em:<

<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0011392113479316>>. Acesso em: 5 nov 2017.

FAZENDA, I. C. A. Interdisciplinaridade: didática e prática de ensino. **Revista Interdisciplinaridade**, n.6, 2015. Disponível em:< <https://revistas.pucsp.br/index.php/interdisciplinaridade/article/view/22623>>. Acesso em: 5 nov 2017.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.5, p.1511-1520, 2008. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/html/630/63013513/>>. Acesso em: 5 nov 2017.

GABRIEL, M. **Amor e capital: a saga familiar de Karl Marx e a história de uma revolução**. Zahar, Rio de Janeiro, 2013.

GADOLIN, C.; WIKSTRÖM, E. Organising healthcare with multi-professional teams: activity coordination as a logistical flow. **Scandinavian Journal of Public Administration**, v.20, n.4, p.53-72, 2016. Disponível em:< <http://ojs.ub.gu.se/ojs/index.php/sjpa/article/view/3136>>. Acesso em: 5 nov 2017.

GELBCKE, F. L.; MATOS, E.; SALLUM, N. C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.6, n.4, p.31-39, 2012. Disponível em:< <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1202/0>>. Acesso em: 5 nov 2017.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. **A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes**. In: PINHEIRO, R.; MULLER NETO, J. S.; TICIANEL, F. F.; SPINELLI, M. A. S.; SILVA JUNIOR, A. G. Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro, CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2013. p.173-185.

HADDAD, A. E.; BRENELLI, S. L.; CURY, G. C.; PUCCINI, R. F.; MARTINS, M. A.; JOSÉ ROBERTO FERREIRA, J. R. *et al.* Pró-Saúde e PET-Saúde: a Construção da Política Brasileira de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, supl.1, p.3-4, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a01.pdf>>. Acesso em: 6 fev 2018.

HOSPITAL ESCOLA. **Assistência**. Disponível em:< <http://www.heufpel.com.br/sites/heufpel/inicio.php?area=43>>. Acesso em: 6 fev 2018.

IMHOF, L.; KIPFER, S.; WALDBOTH, V. Nurse-led palliative care services facilitate an interdisciplinary network of care. **International Journal of Palliative Nursing**, v.22, n.8, p.404-410, 2016. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27568780>>. Acesso em: 5 nov 2017.

KENNEDY, C. *et al.* Fluid role boundaries: exploring the contribution of the advanced

nurse practitioner to multi-professional palliative care. **Journal of Clinical Nursing**, v.24, p.3296–3305, 2015. Disponível em:<
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26259919>>. Acesso em: 5 nov 2017.

LOPES, R. S. *et al.* O enfermeiro mediando conflitos e relações de poder entre a equipe multiprofissional no centro cirúrgico. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v.9, n.8, p.8824-8830, 2015. Disponível em:<
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6255>>. Acesso em: 5 nov 2017.

MAIA, A. L. F.; PETRONILHO, J. S.; INÁCIO, L. V.; CALDAS, F. R.; SIQUEIRA, T. P. M.; SÁ, J. S. *et al.* Pesquisa clínica: enfermeiro coordenador. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v.17, n.2, p.191-204, 2016. Disponível em:<
<https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2029/1874>>. Acesso em: 6 fev 2018.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.ed. Editora Atlas: São Paulo, 2003. 310p.

MARGLIN, S. A. **Origem e funções do parcelamento das tarefas. Para que servem os padrões?** In: GORZ, A. (Org.) *Crítica da Divisão do Trabalho*. São Paulo: Martins Fontes, 1980. (1.ed., 1973)

MARX, K. **O Capital**. 8.ed. São Paulo: Difel, 1982. Livro 1, v.1. (1.ed., 1867)

MARX, K. **O Capital**. 1.ed. São Paulo: Veneta; 2014

MARX, K.; ENGELS, F. **O Manifesto Comunista**. 3ª edição, São Paulo, Global, 1988.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.6, p.863-869, 2009. Disponível em:<
<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/84206/1/S0034-71672009000600010.pdf>>. Acesso em: 12 mar 2018.

MCLELLAN, D. **Karl Marx: a biography**. Papermac, London, 1995.

MELLO, A. L.; BACKES, D. S.; DAL BEN, L. W. Protagonismo do enfermeiro em serviços de assistência domiciliar – Home Care. **Enfermagem em Foco**, v.7, n.1, p.66-70, 2016. Disponível em:<
<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/670/288>>. Acesso em: 5 nov 2017.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico**, 1979. (Dissertação de Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. 1986 (Tese de Doutorado) – Faculdade de Medicina da USP, São Paulo. 416 p.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia e Sociedade**, v.19, n.1, p.61-68, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a09v19n1.pdf>>. Acesso em: 11 mar 2018.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 30 ed. São Paulo: Hucitec, 2016.108 p.

NANCARROW, S. A. *et al.* Ten principles of good interdisciplinary team work. **Human Resources for Health**, p.11-19, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>. Acesso em: 5 nov 2017.

NASSER, A. C. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Editora Vozes: Petrópolis. 2008. 43p.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**, v.19, n.1, p.14-20, 2007. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/html/3093/309326396004/>>. Acesso em: 6 fev 2018.

NEGREIROS, F. D. S. *et al.* Percepção da equipe multiprofissional sobre as competências do enfermeiro no transplante hepático. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, v.70, n.2, p.258-264, 2017. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0223>>. Acesso em: 5 nov 2017.

NETO, A. V. O.; DIAS, M. B. Atenção Domiciliar no SUS: o que representou o Programa Melhor em Casa? **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.51, p.58-71, 2014. Disponível em:< <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 5 nov 2017.

NETO, B. R. M. Maquinaria, taylorismo e fordismo: a reinvenção da manufatura. **Rev. adm. empres.**, v.26, n.4, pp.31-34, 1986. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901986000400003>>. Acesso em: 6 fev 2018.

NEVES, M. M. A. M. C. O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n.8, Coimbra, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300013>. Acesso em: 6 fev 2018.

NICOLAU, I. R. **Atuação do Enfermeiro em Equipe Multiprofissional no Cuidado a Obesos Grau III**. 2015. 113f. Dissertação (Mestrado Profissional Enfermagem

Assistencial). Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.

NICOLAU, I. R.; ESPÍRITO SANTO, F. H.; CHIBANTE, C. L. P. Tratamento multiprofissional para adultos obesos grau III. **Revista Cubana de Enfermería**, v.33, n.2, p.1-17, 2017.

NICOLAU, I. R.; ESPIRITO SANTO, F. H.; DAVID, F. M. Trabalho em equipe: em busca de um cuidado qualificado ao obeso. **Revista de Enfermagem da UFPE on line.**, Recife, v.11, n.1, p,152-159, 2017. Disponível em:< http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9629/pdf_2146>. Acesso em: 5 nov 2017.

NOGUEIRA, R. P. **O trabalho em saúde: novas formas de organização**. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Orgs.) Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp/IE, 2002.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v.20, n.3, p.636-640, 2015. Disponível em:< <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016/26245>>. Acesso em: 6 fev 2018.

OLIVEIRA, H.M.; MORETTI-PIRES, R.O.; PARENTE, R.C.P. Power relations in a Family Health multidisciplinary team according to an Arendtian theoretical model. **Interface -Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.37, p.539-50, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a17v15n37>>. Acesso em: 6 fev 2018.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.1, n.1, p.75- 91, 2003.

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. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>>. Acesso em: 5 nov 2017.

PEREIRA, R. A.; ALVES-SOUZA, R. A.; VALE, J. S. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Científica FAEMA**, v. 6, n. 1, p. 99-108, jul. 2015. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/322>>. Acesso em: 06 fev. 2018.

PIRES, D. E. P. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.5, p.739-44, 2009. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500015>>. Acesso em: 5 nov 2017.

PIRES, D. E. P.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.2, n.2, p.311-325, 2004. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462004000200006>>. Acesso em: 5 nov 2017.

PIRES, D. E. P. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.) **Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999. P. 25-48

PONTES, E. P.; COUTO, D. L.; LARA, H. M. S.; SANTANA, J. C. B. Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.18, n.1, p.152-157, 2014. Disponível em:< file:///C:/Users/marlon/Downloads/v18n1a12.pdf>. Acesso em: 6 fev 2018.

PORTO, A. R.; THOFEHRN, M. B.; DAL PAI, D.; AMESTOY, S. C.; ARRIEIRA, I. C. O.; JONER, L. R. Visão dos profissionais sobre seu trabalho no programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico: uma realidade brasileira. **Avances em Enfermería**, v.XXXII, n.1, p.72-79, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a08.pdf>>. Acesso em: 19 abr 2018.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, [s.n.], p. 231-242, 2005. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500024>>. Acesso em: 5 nov 2017.

RIBEIRO, A. C. L.; FERLA, A. A. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 294-314, 2016. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v22n2/v22n2a04.pdf>>. Acesso em: 6 fev 2018.

RIBEIRO, D. F. S.; ABREU, G. P. Atribuições do enfermeiro em um programa de atenção domiciliar do sistema único de saúde. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v.15, n.52, p.55-60, 2017. Disponível em:< http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4054/pdf>. Acesso em: 5 nov 2017.

ROESE, A.; GERHARDT, T. R.; SOUZA, A. C.; LOPES, M. J. M. Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.5, n.3, p.1-7, 2006. Disponível em:< <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/598/141>>. Acesso em: 14 abr 2018.

ROGERS, B. *et al.* International Survey of Occupational Health Nurses' Roles in Multidisciplinary Teamwork in Occupational Health Services. **Workplace Health & Safety**, v.62, n.7, p.274-281, 2014. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25000546>>. Acesso em: 5 nov 2017.

ROQUETE, F. F. *et al.* Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.2, n.3, p.463-474, 2012. Disponível em:< <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/245/361>>. Acesso em: 5 nov 2017.

ROSSO, L. E.; LOSSO, A. R. S. Cuidado de enfermagem na APAE: necessidades da equipe multiprofissional. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v.5, n.2, p.45-62, 2016. Disponível em:< <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/3020>>. Acesso em: 5 nov 2017.

SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliar no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, v.10, n.1, p.220-227, 2008. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>>. Acesso em: 5 nov 2017.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, M. F. **Grupos de estudo em Saúde da Família: módulo visita domiciliar**. 2006. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>>. Acesso em: 5 nov 2017.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. P. P.; JEAN, R. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p.3203-3212, 2013. Disponível em:<<http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1202/1087>>. Acesso em: 5 nov 2017.

SILVA, J. R. S. *et al.* O enfermeiro no programa de internação domiciliar: a visão do usuário e da família. **Enfermería Global**, n.5, p.1-11, 2009. Disponível em:< http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt_administracion5.pdf>. Acesso em: 5 nov 2017.

SILVA, E. M.; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p.3033-3042, 2015. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.20622014>>. Acesso em: 5 nov 2017.

SILVA, P. A. *et al.* Atuação em equipes multiprofissionais de saúde: uma revisão sistemática. **ConScientiae Saúde**, v.12, n.1, p.153-160, 2013. Disponível em:<<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-721769>>. Acesso em: 5 nov 2017.

SILVA, R. C. A.; MONTEIRO, G. L.; SANTOS, A. G. O enfermeiro na educação de cuidadores de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral. **Revista de Atenção à Saúde**, v.13, n.45, p.114-120, 2015. Disponível em:<http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3114/1790>. Acesso em: 5 nov 2017.

SIMÕES, A. V.; SAMPAIO, D. M. N.; BITTENCOURT, I. S.; SALES, Z. N.; BOERY, E. N. Modelos de atenção à saúde e estratégias de controle social. **Revista Saúde e Comunidade**, v.7, n.1, p.33-43, 2011.

SOUSA, J. M.; ALVES, E. D. Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.28, n.3, p.264-269, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0264.pdf>>. Acesso em: 5 nov 2017.

THOFEHRN, M. B.; AMESTOY, S. C.; PORTO, A. R.; ARRIEIRA, I. C. O.; DAL PAI, D. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Journal of Nursing and Health**, v.1, n.1, p.190-198, 2011. Disponível em:< <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3423/2814>>. Acesso em: 19 abr 2018.

VALLE, A. R. M. C.; ANDRADE, D. Habilidades e atitudes do enfermeiro na atenção domiciliar: bases para a prevenção dos riscos de infecção. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.19, n.2, p.67-72, 2015. Disponível em:< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1006>>. Acesso em: 5 nov 2017.

VARELA, D. S. S.; CARVALHO, M. M. B.; BARBOSA, M. U. F.; SILVA, I. Z. F.; GADELHA, R. R. M.; MACHADO, M. F. A. S. Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação de profissionais para o SUS. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v.6, n.3, p.39-43, jul-set, 2016. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.18378/rebes.v6i3.3928>>. Acesso em: 5 nov 2017.

VILLAS BÔAS, M. L. C; SHIMIZU, H. E. Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.28, n.1, p.32-40, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0032.pdf>>. Acesso em: 5 nov 2017.

WILKES, L. *et al.* Clients with chronic conditions: community nurse role in a multidisciplinary team. **Journal of Clinical Nursing**, v.23, p.844–855, 2013. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23834655>>. Acesso em: 5 nov 2017.

ZANCHETT, S.; DALLACOSTA, F. M. Percepção do profissional da saúde sobre a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar na atenção básica. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v.4, n.2, p., 2015. Disponível em:< <http://www.periodicosuniarp.com.br/ries/article/view/712>>. Acesso em: 5 nov 2017.

Apêndices

Apêndice A - Carta de Anuência do Hospital Escola – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Universidade Federal de Pelotas

Aceito que o mestrando Pedro Márlon Martter Moura, aluno do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (PPGENF-UFPel), sob orientação da Profª Drª Adrize Rutz Porto, desenvolva sua pesquisa intitulada “Processo de trabalho de enfermeiros nas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar”, a qual tem por objetivo conhecer o processo de trabalho de enfermeiros nas Equipes Multiprofissionais de Atenção no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Pelotas-RS, o qual está vinculado a esta instituição.

A pesquisa foi apresentada ao PPGENF-UFPel e está sendo encaminhada, a solicitação de autorização dessa instituição, para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), através da Plataforma Brasil.

Farão parte do estudo profissionais enfermeiros e os demais membros que compõe a equipe multiprofissional do SAD. A coleta de dados está prevista para ser realizada no período de maio a julho de 2018, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.

Estou ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa acima citada, e que serão assegurados:

a. A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;

b. As despesas decorrentes dessa pesquisa serão custeadas pelos pesquisadores;

c. No caso do não cumprimento dos itens acima, há liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma à instituição e SAD.

Assim, declaro que esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tal segurança e bem-estar, assim autorizo a realização da presente pesquisa em solicitação

Pelotas, ____ de _____ 2018.

Assinatura e carimbo do responsável

Apêndice B – Carta de anuência do coordenador do Serviço de Atenção Domiciliar

Aceito que o mestrando Pedro Márlon Martter Moura, aluno do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (PPGENF-UFPel), sob orientação da Prof^a Dr^a Adrize Rutz Porto, desenvolva sua pesquisa intitulada “Processo de trabalho de enfermeiros nas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar”, a qual tem por objetivo conhecer o processo de trabalho de enfermeiros nas Equipes Multiprofissionais de Atenção no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Pelotas-RS, o qual está vinculado a esta instituição.

A pesquisa foi apresentada ao PPGENF-UFPel e está sendo encaminhada, a solicitação de autorização dessa instituição, para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), através da Plataforma Brasil.

Farão parte do estudo profissionais enfermeiros e os demais membros que compõe a equipe multiprofissional do SAD. A coleta de dados está prevista para ser realizada no período de maio a julho de 2018, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.

Estou ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa acima citada, e que serão assegurados:

- a. A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- b. As despesas decorrentes dessa pesquisa serão custeadas pelos pesquisadores;
- c. No caso do não cumprimento dos itens acima, há liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma à instituição e SAD.

Assim, declaro que esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tal segurança e bem-estar, assim autorizo a realização da presente pesquisa em solicitação

Pelotas, ____ de _____ 2018.

Assinatura e carimbo do responsável

Apêndice C – Roteiro da Observação (Diário de Campo)

Data da observação: ___/___/____ Hora de início: Hora de término:

Equipe correspondente: Duração total da observação: _____

Principais itens a serem observados: atividades desenvolvidas pelo enfermeiro diretamente aos pacientes e na equipe multiprofissional; aspectos da organização do processo de trabalho e da coordenação da equipe; interação na dinâmica de trabalho da equipe multiprofissional, instrumentos de trabalho, dinâmica do *round* (reunião de equipe e discussão de casos), atendimentos no domicílio, registros das ações de saúde pelos profissionais.

Notas descritivas:

Notas reflexivas:

Apêndice E – Roteiro semiestruturado para realização das entrevistas.

A) Entrevista com os enfermeiros

1. Comente sobre suas atividades desenvolvidas na AD.
2. Comente sobre o trabalho multiprofissional na AD. Há instrumentos/características de trabalho que diferenciam de outras modalidades de equipe? Justifique.
3. Quais das suas atividades são similares a de outros profissionais da EMAD?
4. Quais das suas atividades são similares a de outros profissionais da EMAP?
5. Quais das suas atividades são diferentes-específicas em relação às atividades dos profissionais das EMAD e EMAP?
6. Comente sobre as relações de trabalho no trabalho da equipe multiprofissional.
7. Comente sobre a organização do trabalho e a coordenação do grupo no trabalho em equipe multiprofissional.
8. Comente sobre facilidades do seu processo de trabalho.
9. Comente sobre dificuldades do seu processo de trabalho.
10. Comente sobre sugestões de melhoria para a organização do trabalho da equipe.

B) Entrevista com os demais profissionais

1. Comente sobre o trabalho multiprofissional na AD. Há instrumentos/características de trabalho que diferenciam de outras modalidades de equipe? Justifique.
2. Comente sobre o gerenciamento e a organização do trabalho na sua equipe.
3. Comente sobre as relações entre os membros da equipe.
4. Comente sobre as atividades comuns a todos profissionais na AD.
5. Comente sobre as atividades específicas da sua profissão na equipe.
6. Comente sobre a atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional.
7. Comente sobre a articulação/integração de saberes e ações no trabalho multiprofissional.
8. Comente sobre facilidades do seu processo de trabalho.
9. Comente sobre dificuldades do seu processo de trabalho.
10. Comente sobre sugestões de melhoria para a organização do trabalho da equipe.

C) Dados de Identificação*

Sexo: Masculino Feminino

Idade (anos completos):

Profissão:

Equipe correspondente:

Tempo de trabalho na área da saúde:

Tempo de trabalho no Serviço de Atenção Domiciliar:

Já trabalhou em equipe multiprofissional anteriormente? Em qual tipo de equipe?

Sente-se preparado (com formação específica) para atuar nessa modalidade?

Justifique:

*De acordo com as orientações da banca de qualificação, os dados de identificação necessitam ficar posteriormente às questões de investigação para não induzir respostas prévias dos participantes, assim não comprometendo os objetivos desta pesquisa.

Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos, respeitosamente, por meio do presente documento, convidá-lo a participar da pesquisa intitulada: “Processo de trabalho de enfermeiros nas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar”. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer o processo de trabalho de enfermeiros nas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar de conhecer o processo de trabalho dos enfermeiros que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar do município de Pelotas-RS, o qual está vinculado ao Hospital Escola – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Universidade Federal de Pelotas.

Procedimentos: serão realizadas observações no local de trabalho dos participantes, os quais serão os profissionais que atuam nas equipes multiprofissionais do referido serviço de saúde. Os resultados serão utilizados para a formulação de uma dissertação de mestrado e para publicação em periódicos científicos, estando à sua disposição sempre que solicitar.

Riscos: Em se tratando dos riscos, o estudo não provocará riscos físicos aos participantes, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso, ou coleta de material biológico, ou experimento. No entanto, na técnica de coleta de dados da observação, os participantes poderão sentir constrangimento ao terem sua rotina de trabalho observada e na técnica de entrevista, os participantes poderão sentir-se emotivos ou algum tipo de desconforto ao falarem sobre o seu trabalho e sua equipe. Esses riscos serão minimizados pelo pesquisador, porquanto o mesmo possibilitará a interrupção da coleta de dados a qualquer momento, conforme for solicitado pelo participante.

Benefícios: Enquanto benefícios aos participantes do estudo, ao oportunizar momentos para que os profissionais reflitem sobre o processo de trabalho em equipe multiprofissional, o pesquisador proporcionará que os mesmos tragam à tona proposições de ações de melhorias e despertem caminhos em direção ao aprimoramento da organização do trabalho da equipe.

Participação Voluntária: sua participação neste estudo será voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, se assim o desejar, sem que isso lhe traga prejuízo algum.

Confidencialidade: para manter o seu anonimato, você terá sua identificação através da abreviação P (referente à ‘profissional’) seguido de um número ordinal – por exemplo: P1 (profissional 1).

Consentimento: pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos riscos e benefícios da pesquisa. Os pesquisadores responderam todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação e entendimento. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Termo Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar o mestrando Pedro Márton Martter Moura [contatos por e-mail: marlon_martter@hotmail.com; e telefone (053) 98411-9442, ou a professora, orientadora Dr^a Adrize Rutz Porto [e-mail adrizeporto@gmail.com, e telefone (53) 991614069]

Ciente disto, eu _____ aceito e concordo em participar desta pesquisa.

Pelotas, ____ de _____ 2018.

Assinatura da Orientadora
Adrize Rutz Porto

Participante da pesquisa

Assinatura do Mestrando
Pedro Márton Martter Moura

Anexos

Anexo A - Carta de anuência do serviço



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que o projeto de pesquisa intitulado **Processo de trabalho de enfermeiros nas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar** submetido para apreciação da Gerência de Ensino e Pesquisa do HE-UFPe/EBSEERH, sob o protocolo nº **00745/18** pelo pesquisador **Pedro Márton Martter Moura** e sob a orientação da Profª. **Adrize Rutz Porto** está APROVADO para ser realizado no Hospital Escola.

A aprovação está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares e à entrega do Parecer Consubstanciado com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa a esta gerência, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Pelotas, 08 de maio de 2018.


Beatriz Farias Vogt
Gerente de Ensino e Pesquisa
HE-UFPe/Ebserh

Anexo B - Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

UFPEL - FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de trabalho de enfermeiros nas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

Pesquisador: PEDRO MARLON MARTTER MOURA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89470818.0.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.667.424

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória que será realizada no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Pelotas/RS, o qual está vinculado ao Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Atualmente, o atendimento do referido SAD é feito por três Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) - formadas por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e assistentes sociais – e por uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) – formada por fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. Os participantes do estudo serão os profissionais de saúde da equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Pelotas/RS. Isso inclui, além dos enfermeiros, os demais profissionais que compõem as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar, bem como o terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista que fazem parte da Equipe Multiprofissional de Apoio. Estimam-se 27 participantes para essa pesquisa, sendo esses: seis enfermeiros, seis médicos, sete técnicos de enfermagem, três assistentes sociais, dois fisioterapeutas, um nutricionista, um psicólogo e um terapeuta ocupacional. Na primeira etapa de coleta de dados será realizada observação não-participante. Na segunda etapa será realizado entrevistas semiestruturada. A análise dos dados será realizado a partir da análise de conteúdo de Minayo (2016). A pesquisa refere que irá respeitar os princípios éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e do Código de Ética dos

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-3826

E-mail: cepfo@ufpel.edu.br

Continuação do Parecer: 2.987.424

profissionais de Enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Conhecer o processo de trabalho de enfermeiros nas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar.

Objetivos Específicos

Descrever as atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional e seus instrumentos de trabalho.

Identificar características da organização do trabalho e coordenação da equipe multiprofissional de saúde.

Conhecer a visão da equipe multiprofissional sobre as facilidades e dificuldades do processo de trabalho na atenção domiciliar.

Identificar as possíveis sugestões dos profissionais para ações de melhoria no processo de trabalho da equipe.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: o estudo não provocará riscos físicos aos participantes, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso, ou coleta de material biológico, ou experimento. No entanto, na técnica de coleta de dados da observação, os participantes poderão sentir constrangimento ao terem sua rotina de trabalho observada e na técnica de entrevista, os participantes poderão sentir-se emotivos ou algum tipo de desconforto ao falarem sobre o seu trabalho e sua equipe. Esses riscos serão minimizados pelo pesquisador, porquanto o mesmo possibilitará a interrupção da coleta de dados a qualquer momento, conforme for solicitado pelo participante.

Benefícios: Enquanto benefícios aos participantes do estudo, ao oportunizar momentos para que os profissionais reflitam sobre o processo de trabalho em equipe multiprofissional, o pesquisador proporcionará que os mesmos tragam à tona proposições de ações de melhorias e despertem caminhos em direção ao aprimoramento da organização do trabalho da equipe.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com tema relevante e com potencial para a discussão da Atenção domiciliar, especialmente o processo de trabalho do enfermeiro nas equipes multiprofissionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: adequada

Carta de anuência: adequada

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro

CEP: 95.010-510

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-3826

E-mail: cepfo@ufpel.edu.br

UFPEL - FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 2.667.424

Cronograma: adequado

orçamento: adequado

TCLE: adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende a todas as recomendações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1120518.pdf	10/05/2018 14:42:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura.pdf	10/05/2018 14:41:30	PEDRO MARLON MARTTER MOURA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_anuencia.pdf	10/05/2018 14:40:20	PEDRO MARLON MARTTER MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tole.pdf	10/05/2018 14:38:50	PEDRO MARLON MARTTER MOURA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	10/05/2018 14:38:11	PEDRO MARLON MARTTER MOURA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	10/05/2018 14:37:44	PEDRO MARLON MARTTER MOURA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	10/05/2018 14:36:50	PEDRO MARLON MARTTER MOURA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-3826

E-mail: cepfco@ufpel.edu.br

UFPEL - FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 2.887.424

PELOTAS, 22 de Maio de 2018

Assinado por:
Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.
Bairro: Centro CEP: 96.010-610
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-3826 E-mail: cepto@ufpel.edu.br

9 Relatório do trabalho de campo

A construção desse relatório visa apresentar a aproximação do pesquisador com o local da pesquisa, o percurso da coleta de dados e a interação com os participantes da pesquisa durante o período de trabalho de campo.

O projeto de pesquisa “Processo de trabalho de enfermeiros nas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar” passou por apreciação da banca examinadora em abril, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas em maio de 2018.

A coleta de dados ocorreu no período de 7 de junho a 31 de agosto de 2018 no Serviço de Atenção Domiciliar do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, que é ligado ao Hospital Escola (HE) da Universidade Federal de Pelotas. O município é constituído de cerca de 341.648 habitantes conforme o censo do IBGE (2018)¹⁰, e o HE é referência no estado para 20 municípios da macrorregião sul. A cidade sedia o Programa Melhor em Casa, modelo de Atenção Domiciliar em expansão no Brasil, desde 2012.

Os dados foram coletados por meio de duas técnicas: observação não-participante e entrevista semiestruturada. Na primeira fase, cada equipe foi acompanhada durante dois turnos de trabalho de seis horas, conforme suas rotinas diárias, como preparação do trabalho na base/sede do serviço (local de preparo dos trabalhadores antes de fazerem as visitas domiciliares), visitas domiciliares e discussão em reuniões que eles denominam como *rounds*. Os enfermeiros das equipes foram contatados via telefone para agendar o início das observações. Antes de iniciar cada técnica de coleta de dados, os participantes foram convidados e, após o aceite, assinaram o TCLE em duas vias, sendo uma para o pesquisador.

¹⁰ IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2018**. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2018/estimativa_dou_2018.pdf. Acesso em: 11 out 2018.

As principais impressões das observações foram escritas em um caderno e, posteriormente, foram utilizadas como informações para construção do diário de campo. Nesse diário foram realizadas notas descritivas e reflexivas. A digitação, revisão e complementação das notas descritivas foi realizada tão logo fosse possível, após cada dia de observação, para que a riqueza dos detalhes não fosse perdida.

O pesquisador de posse das notas descritivas e reflexivas selecionou aspectos a serem questionados e aprofundados durante a técnica de entrevista aos profissionais. As entrevistas foram realizadas na própria base, em lugares disponíveis no momento, conforme possibilidade de cada participante. Algumas foram agendadas, outras ocorreram imediatamente após o pesquisador fazer o convite aos participantes, depois do segundo turno de trabalho observado pelo pesquisador.

No que tange a primeira técnica de coleta de dados, pode-se pontuar alguns desafios, como o de observar uma equipe inteira. Em um processo de trabalho dinâmico, que, por vezes, impossibilitava perceber todos os detalhes ao redor, devido aos múltiplos atores envolvidos nas ações, bem como a ampla quantidade de atividades realizadas pela equipe na atenção domiciliar num curto espaço de tempo, seis horas, por exemplo: organização de materiais para saída da base, prescrição de enfermagem e médica, anamnese, exame físico, articulação com demais serviços da rede de saúde, atendimento nos domicílio, diálogo com usuários e familiares. Posta essa dificuldade, o pesquisador precisou se deslocar algumas vezes para pontos estratégicos para melhor visualização dos acontecimentos, já que os profissionais não estavam a todo tempo no mesmo cômodo do domicílio. Em um primeiro momento, os participantes estranharam a presença do pesquisador, mas no segundo turno já houve um menor impacto em relação a essa presença e, eles sentiram-se ainda mais à vontade durante a entrevista.

Já na fase da entrevista, a dificuldade de encontrar um local em que não houvessem interrupções foi o principal desafio. Devido a base da atenção domiciliar ser uma casa pequena, com seis cômodos, e bastante movimentada, com vários profissionais, estudantes e usuários transitando no local, de modo que algumas vezes alguns profissionais adentraram à sala em que estava sendo feita a entrevista, o que interrompia a fala dos participantes, sendo que algumas delas tiveram de ser feita em duas partes porque o barulho e o tumulto causado impossibilitavam o diálogo entre participante e pesquisador.

Os profissionais das seis equipes de referência (médico, enfermeiro, assistente social e técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem), e os da equipe de apoio (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista e psicólogo) participaram das duas técnicas de coleta de dados, totalizando 27 participantes de 30 profissionais, sendo que dois profissionais da equipe de apoio não participaram, um por estar em férias e outra por não dispor de tempo para a etapa da entrevista, após três tentativas de agendamento, foi considerada uma recusa. Destaca-se que em relação aos assistentes sociais, o programa possuía apenas dois profissionais no momento da coleta de dados, que atendiam em todas as EMAD, e não um para cada conforme previsto no projeto. Além disso, três auxiliares de enfermagem foram incluídos na pesquisa por também atuarem junto de duas das EMAD, mesmo que não estava previsto no projeto.

Na rotina diária de trabalho, cada EMAD se organiza para atender determinada região do município de Pelotas (norte, sul e leste), saindo cada uma em um carro. No turno da manhã, o horário é das 7 horas às 13 horas e à tarde das 13 horas às 19 horas. Ocasionalmente, com datas pré-determinadas, as equipes realizam os *rounds* na própria base da atenção domiciliar. Foi possível observar um dos *rounds* que ocorreu no momento em que o pesquisador estava realizando as observações.

A estrutura da base é uma casa composta por uma sala grande, que possui os computadores e outros equipamentos, uma sala de reuniões, uma sala de recepção, uma cozinha, dois banheiros e a farmácia. Já os carros, durante a coleta de dados, foram trocados por outros mais espaços, com sete lugares, o que facilitou para que o pesquisador fosse em todas as visitas com a equipe, o que a princípio iria ser realizado em carro próprio.

As notas de diário de campo digitadas resultaram em 15 páginas e as transcrições das entrevistas em 35 páginas.

O perfil sociodemográfico dos participantes é apresentado na Figura 3. Dos 27 participantes, 19 entrevistados (70,4%) eram do sexo feminino. A idade dos participantes variou entre 29 e 64 anos. Quanto ao tempo de atuação na atenção domiciliar, apenas um dos participantes possuía menos de um ano. Referente à experiência em equipes multiprofissionais antes da atenção domiciliar, 12 dos trabalhadores já havia trabalhado, 11 em equipes de Unidades Básicas de Saúde e uma no Hemocentro.

Figura 3 – Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa. Pelotas – RS, 2018.

Categoria Profissional	Sexo	Tempo na área da saúde (em anos)	Tempo Atenção Domiciliar	Experiência anterior com multiprofissional
Enfermeiro	F	19	2 anos	UBS
Enfermeiro	F	7	2 anos	-
Enfermeiro	F	19	1 ano, 8 meses	UBS
Enfermeiro	F	7	3 anos, 6 meses	-
Enfermeiro	F	4	3 anos	UBS
Enfermeiro	F	8	2 anos, 8 meses	Hemocentro
Médico	F	23	2 anos, 8 meses	UBS
Médico	F	6	2 anos, 5 meses	UBS
Médico	M	20	3 anos	UBS
Médico	M	24	3 anos	UBS
Médico	M	30	8 anos	UBS
Médico	M	8	2 anos, 5 meses	UBS
Téc. Enferm.	F	2	2 anos, 5 meses	-
Téc. Enferm.	F	20	5 anos	UBS
Téc. Enferm.	F	25	2 anos	-
Téc. Enferm.	F	10	2 anos	-
Téc. Enferm.	F	12	2 anos	-
Téc. Enferm.	M	10	3 anos	-
Aux. Enferm.	F	23	4 anos	-
Aux. Enferm.	F	17	2 anos	-
Aux. Enferm.	M	12	5 anos	-
Assis. Social	F	13	2 anos, 6 meses	-
Assis. Social	F	9	3 anos	-
Profiss. EMAP	M	13	3 anos, 6 meses	-
Profiss. EMAP	M	2	11 meses	-
Profiss. EMAP	F	6	2 anos, 6 meses	-
Profiss. EMAP	F	8	2 anos	UBS

10 Artigo final – Processo de trabalho do enfermeiro na equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar

O manuscrito a seguir será submetido à Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN), classificado no Qualis CAPES A2 na área da Enfermagem.

PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Resumo

Objetivo: conhecer o processo de trabalho do enfermeiro na equipe multiprofissional de atenção domiciliar. **Método:** estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa a partir do referencial marxista desenvolvido com 27 profissionais de um serviço de atenção domiciliar do sul do país. Os dados foram coletados de junho a agosto de 2018 por meio de cerca de 80 horas de observação não participante do trabalho da equipe e entrevista semiestruturada. A análise dos dados ocorreu pela proposta operativa de Minayo. **Resultados:** as características diferenciais nesse trabalho foram uso das tecnologias leves que, associada com a interação multiprofissional, repercute positivamente na integralidade da assistência em saúde. O enfermeiro foi identificado como referência para a coordenação da equipe multiprofissional e a organização do trabalho. **Considerações finais:** a equipe multiprofissional de atenção domiciliar pela convivência diária tem potencial para a prática interprofissional e o enfermeiro possui papel fundamental para a interação desses trabalhadores.

Descritores: Trabalho; Equipe de Assistência ao Paciente; Assistência Domiciliar; Enfermagem; Relações Interpessoais

Introdução

A Atenção Domiciliar (AD) pode ser compreendida como um dispositivo de reorientação do modelo hegemônico de produção de saúde com fomento de práticas integrais e humanizadas, e tem se consolidado no Brasil como estratégia de desospitalização. Na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a AD vem ganhando força a partir da criação do Programa Melhor em Casa (PMC), em 2011, e sua expansão tem sido debatida nas políticas públicas de saúde⁽¹⁾.

Um dos pontos de destaque da AD é o trabalho em equipe multiprofissional de saúde, cujo objetivo é promover um espaço para a interação das diferentes categorias profissionais, a fim de ampliar o potencial de cada área em busca da integralidade na assistência e romper a fragmentação do cuidado⁽²⁾, perpetuada na área da saúde, principalmente devido à divisão social e técnica do trabalho⁽³⁾.

Apesar de a equipe ser composta por multiprofissionais atuando em conjunto num mesmo objetivo, isto é, o cuidado de saúde do ser humano, espera-se que a prática seja interprofissional, na qual os membros da equipe atuem de forma mais colaborativa, compartilhada e participativa, em que

os trabalhadores das diferentes categorias possam interagir e integrar seus conhecimentos na busca de soluções conjuntas para os problemas de saúde⁽⁴⁾.

Contudo, a interprofissionalidade é um fator dependente do nível de interação e das relações estabelecidas entre os profissionais⁽⁴⁾. Na prática, uma pesquisa realizada nos Estados Unidos⁽⁵⁾ apontou o enfermeiro enquanto profissional de referência nas equipes, tanto para colegas da área da saúde, como para pacientes, destacando-se por ser influente nas mudanças de condutas de toda a sua equipe. Em outra pesquisa⁽⁶⁾, esse profissional apareceu como o membro do grupo a quem a equipe atribui confiança, sendo em muitas situações o coordenador das ações de cuidado. A essa coordenação, em um outro estudo, os participantes atribuíram ao enfermeiro a sua importância para a definição de condutas de outros profissionais e para a continuidade do cuidado⁽⁷⁾.

Na realidade brasileira, em diferentes contextos de serviços de saúde o enfermeiro é valorizado pela sua atuação dentro da equipe multiprofissional, fortalecendo os vínculos profissionais e cultivando atitudes reflexivas na equipe⁽⁸⁾. Na AD, por exemplo, ele é considerado um protagonista nos processos relacionais que envolvem tanto os profissionais e os usuários, quanto os profissionais entre si⁽⁹⁾.

Apesar desses achados, a literatura ainda é escassa acerca da atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional de AD, visto que é recente a experiência com o PMC. Para tanto, procurou-se olhar o processo de trabalho do enfermeiro no PMC à luz o referencial teórico marxista. Nessa ótica, os sujeitos constituem historicamente os seus instrumentos de trabalho, já que esses não atuam por si só para ampliar as possíveis intervenções sobre o seu objeto de atuação⁽³⁾, isto é, o ser humano enfermo.

Na teoria marxista, a força e os meios de trabalho instituem as forças produtivas, sendo o próprio trabalhador a principal força. Dispondo dessas forças, é necessária uma organização social para produzir, e isso constitui a divisão social e técnica do trabalho, ou seja, os trabalhadores distribuem funções e tarefas, especializando-se cada um no seu fazer, para aumentar a eficiência sobre o trabalho. Nessa divisão, há distinção entre os trabalhadores, uns são responsáveis pelo trabalho mental (intelectual) e outros pelo trabalho manual. Essas condições, por sua vez, reproduzem um trabalho fragmentado, em que nenhum dos trabalhadores domina todo o processo de trabalho⁽³⁾.

Com base nisso, o presente estudo teve por objetivo conhecer o processo de trabalho do enfermeiro na equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, realizado num Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) vinculado a um hospital universitário federal de um município

do sul do Brasil. O SAD possui seis Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), totalizando 29 profissionais. Cada equipe é responsável pelo atendimento, em média, de 30 pacientes por mês.

O total de participantes desse estudo foi de 27, sendo que dois não foram incluídos por estarem em período prolongado de afastamento do trabalho durante a coleta de dados. Das EMAD, participaram seis médicos, seis enfermeiros, seis técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem e dois assistentes sociais e da EMAP, ou equipe de apoio matricial, um nutricionista, um psicólogo, um terapeuta ocupacional e um fisioterapeuta. Destes, 19 participantes eram do sexo feminino e a variação de idade foi 29 e 64 anos. Quanto ao tempo de atuação na atenção domiciliar, apenas um dos participantes possuía menos de um ano. Referente à experiência de atuação em equipes multiprofissionais antes da atenção domiciliar, 12 dos trabalhadores já havia trabalhado, 11 em equipes de Unidades Básicas de Saúde.

A coleta de dados ocorreu no período de junho a agosto de 2018, por meio de observação não-participante do processo de trabalho do enfermeiro na equipe multiprofissional e de entrevista semiestruturada. Cada equipe foi observada durante dois turnos de seis horas de trabalho, totalizando aproximadamente 80 horas de observação, considerando também que foi observado os *rounds*, que são reuniões de discussão dos casos e planejamento de cuidados, em momentos à parte. Foram observados aspectos como a relação entre os trabalhadores e a interação da equipe nas visitas domiciliares. O registro da observação foi realizado em um diário de campo, com notas descritivas de cada turno observado e com elaboração de notas reflexivas sobre essas descrições.

A entrevista foi realizada individualmente com cada participante, por meio de um roteiro semiestruturado, que também abordava aspectos observados anteriormente em cada equipe. As entrevistas duraram em média 20 minutos, tendo sido gravadas e posteriormente transcritas. Os profissionais foram instigados a falarem de aspectos do seu trabalho, tais como o diferencial de trabalhar em uma equipe multiprofissional, as possibilidades e limites de uma prática interprofissional e sobre o trabalho do enfermeiro dentro da equipe.

Os dados foram analisados pela proposta operativa⁽¹⁰⁾, com a pré-análise, que consistiu na leitura flutuante para gerar impressões iniciais sobre os resultados; exploração do material, recortando-se, classificando-se e codificando-se as informações do material coletado e tratamento dos resultados e interpretação, por meio de abordagem mais crítica, reflexiva e consistente do material, com inferências acerca dos objetivos da pesquisa.

O anonimato dos participantes foi garantido por meio de codinomes, conforme a categoria profissional do participante e ordenação aleatória, sendo médico (M1, por exemplo), enfermeiro (E),

Técnico ou Auxiliar de Enfermagem (T), Assistente Social (AS). A equipe correspondente de cada profissional não foi identificada. Ressalta-se, todavia, que devido ao fato de a EMAP possuir menos profissionais, a identificação foi reduzida à expressão Profissional, seguido de número (P1 a P4). As notas descritivas do diário de campo foram identificadas pela data de observação e um número se referindo ao primeiro ou segundo turno observado, O1 e O2.

Os preceitos éticos dessa pesquisa foram baseados na Resolução número 466/2012⁽¹¹⁾, que trata das pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética e Pesquisa sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 89470618.0.0000.5316.

Resultados

Após análise dos dados, foram construídas duas categorias temáticas para discussão: uso de tecnologias para o cuidado na atenção domiciliar: um caminho à prática interprofissional, e coordenação da equipe e organização do trabalho multiprofissional.

Uso de tecnologias para o cuidado na atenção domiciliar: um caminho à prática interprofissional

As tecnologias utilizadas pelos participantes do estudo para o cuidado no domicílio foram: interconsulta, reunião de equipe com construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), trabalho em equipe e vínculo entre os profissionais e destes com os pacientes. Uma tecnologia de cuidado que condiz com a prática interprofissional observada na atuação da equipe foi o atendimento em conjunto no domicílio. Contudo, no serviço de atenção domiciliar, foco desta pesquisa, nem todos profissionais da equipe permaneceram no mesmo ambiente do domicílio em alguns momentos, pois um profissional estava realizando prescrição no veículo, outro preparando administração de medicamento e outro realizando anamnese do paciente, ambos na cozinha do local.

No domicílio, enquanto a enfermeira faz anamnese, o médico vai aproveitando as informações dadas e anotando em sua folha de controle. O médico avalia membros inferiores e a enfermeira logo colabora com a avaliação das lesões, bem como a técnica de enfermagem que para de fazer os registros dos sinais vitais e também colabora com a inspeção da lesão. A enfermeira faz algumas avaliações clínicas, o médico concorda com alguns aspectos, mas no final decide que o paciente irá continuar com o Fluconazol [medicamento]. A conversa se estende e o tempo vai passando, até que a enfermeira finaliza a visita e, médico, enfermeiro e técnico de enfermagem se despedem do paciente e familiares. (05/07/2018, O1)

A enfermeira é a primeira a descer do carro e vai ao encontro do paciente na cozinha de sua residência. O técnico chega logo em seguida e inicia o preparo de antibiótico

endovenoso. O médico fica no carro até então, e a paciente pergunta por ele à enfermeira. A enfermeira inicia anamnese com a paciente, pergunta sobre o tratamento quimioterápico que a mesma está realizando [...]. O médico chega 17 minutos depois na cozinha e a enfermeira o atualiza sobre as novidades que a paciente acabara de contar. Ele então faz algumas perguntas breves. O técnico de enfermagem vai para a sala com um familiar da paciente e um vizinho. (19/06/2018, O2)

Outra tecnologia de cuidado mencionada por participante do estudo foi a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) enquanto um meio de concretizar a integração de condutas multiprofissionais, opiniões e interações desses trabalhadores. Ainda, relacionado ao PTS, as reuniões de equipe para o planejamento dos cuidados aos pacientes foram citadas como espaço de expressão do aprendizado em conjunto e colaboração dos diferentes profissionais em um nível mais horizontalizado das relações entre eles e dos saberes de suas profissões, ao ponto que o respeito à conduta do outro é um quesito utilizado para limitar até onde avançar no núcleo de saber específico de cada categoria profissional.

As condutas conseguem se permear e se entrelaçar com o foco no PTS. Todas as profissões conseguem ser ouvidas e conseguem ter um bom relacionamento [...] não é focado no cuidado médico. Todos os profissionais conseguem ter sua voz, serem ouvidos e terem suas condutas respeitadas, então isso é uma coisa que eu não tinha visto, não tinha tido essa experiência ainda tão intensa como em outros lugares. É uma boa relação interpessoal, e no momento da conduta a gente consegue ter essa visualização de aonde começa a minha [atuação], onde começa a do outro e onde que elas se encaixam, e poder respeitar esse espaço. (P3)

Numa visita, se a enfermeira está junto, dá as orientações e a gente está ali aprendendo e ela pede a participação da equipe, aceita opiniões, a gente tem essa abertura. Não só médico, nem só a enfermeira, como o fisioterapeuta também, a gente aprende junto, a maneira como ele está fazendo as sessões, o porquê daquilo ali, com a nutricionista também [...] todos compartilham os conhecimentos. Na base [na sede do serviço de atenção domiciliar] também, discussão de *round* se aprende bastante, mas é mais na visita mesmo que eu observo mais isso aí, que surge ali a situação e a partir dali a gente levanta essas questões. (T3)

O multi [profissional] interage, tem uma sequência, uma interação em tempo real [...] por exemplo, assim, o paciente não está se alimentando bem, não está aceitando por via oral, a gente já fala com a nutricionista em *round* [reunião de planejamento do cuidado aos pacientes] ou às vezes até já manda uma mensagem e ela já vai atender o paciente. (T9)

[...] todos os profissionais desse espaço ficam no mesmo nível, discutindo por igual. É um aprendizado que a gente tem com as outras profissões (P1)

Aqui a gente sente que decide junto com a equipe. [...] às vezes o médico tem uma visão [...] e às vezes discordamos, e ele sempre tenta entender e a gente sempre tenta entender o lado dele e tentar pensar naquela pessoa que está ali sofrendo. (E5)

Às vezes a gente se vê dando orientação [...] nutricional [...] a gente já acaba trocando esse tipo de conhecimento [...] (E2)

As tecnologias de cuidado ora mencionadas pelos participantes da pesquisa representam a vivência prática do que conhecem teoricamente sobre o trabalho em equipe, isto é, trabalho de decisão coletiva facilitado pelo diálogo horizontal com espaços para falar, ouvir e discutir.

Eu acho que o grande diferencial para a gente como técnico que trabalha na atenção domiciliar é tu conseguir ter o reconhecimento e ser ouvida pelos outros profissionais. Quando eu trabalhava no hospital executava o que estava prescrito sem questionar muito. Aqui é bom porque tu discutes o todo, o paciente. A gente consegue através do diálogo ser ouvida e dar a nossa opinião, porque como técnica, a gente também tem uma visão do paciente. (T2)

Na atenção domiciliar se trabalha em equipe, funciona, foi a primeira vez que eu vi a coisa funcionar como equipe [...] todos interagem junto para tentar resolver da melhor maneira, mesmo quando é uma parte mais médica todos dão a sua opinião, sempre tem alguma coisa que complementa. (T5)

Apesar de eu já ter trabalhado na atenção básica com equipe multiprofissional [...] aprendi a trabalhar em equipe multiprofissional aqui. (M6)

Pela primeira vez eu vejo na prática o que a gente via na teoria do que seria uma equipe multiprofissional, de decisão coletiva, de não ter tanto ego de profissões. (P1)

[...] aqui é onde isso [trabalho multiprofissional] realmente ocorre na prática, não só no papel, mas na prática também. (P3)

Os participantes do estudo destacaram a integração das profissões numa relação de interdependência e complementaridade, ou seja, atuam considerando o núcleo de saber de cada um para o cuidar, compartilhando suas experiências. Eles atribuíram essas características como produto da convivência próxima, pelos contínuos momentos em que eles permanecem em atuação, seja na preparação para a saída da sede do serviço, no deslocamento ou mesmo no domicílio. Sobretudo referiram o sentimento de pertencer à equipe e ao serviço, pela valorização e respeito às suas opiniões e participação.

[...] a integração é muito grande. Um profissional depende do outro, a equipe toda interage para um denominador comum. (M5)

A gente compartilha não só as experiências, mas compartilha o conhecimento de cada área, então facilita muito o trabalho, é bem diferente de um local onde tu trabalhas cada um no seu setor. A gente consegue ter essa visão de ver o paciente como um todo, a partir dos diferentes olhares e da junção desses olhares. (AS1)

Esse conjunto de tecnologias de cuidado possibilita o vínculo com paciente e família e o compromisso e a responsabilização com o cuidado do paciente na rede de saúde:

O grande diferencial nosso é o vínculo que a gente faz com a família e com o paciente. (M2)

Como o foco aqui de atenção é na casa do paciente, o vínculo termina sendo maior que na Unidade Básica de Saúde [...] bem diferente, bem mais comprometedor. (M4)

O cuidado com as famílias, do doente, o próprio cuidado da equipe é com muita afetividade, com muita humanização. (M3)

No domicílio então é um outro aspecto, tem que trabalhar com o cuidador, tu trabalhas além do paciente, trabalha com a família. Tu orientas muitas coisas e o cuidador vai dar a continuidade desse trabalho também. (T6)

Coordenação da equipe e organização do trabalho

Observou-se que no cotidiano do trabalho, o enfermeiro atua enquanto um coordenador da equipe, ativo na organização do trabalho, desde a programação na sede do SAD até o atendimento no domicílio. Os participantes da pesquisa sinalizaram que o enfermeiro é uma referência na equipe, um mediador com a EMAP, realizando atividades como: organização da saída da equipe da base, planejamento e execução dos *rounds*, solicitação de materiais e insumos, além de ser quem estabelece a sequência das visitas, define a prioridade de atendimentos, conhece dos detalhes da situação de saúde dos pacientes e atualiza os demais profissionais e faz a interlocução com outros pontos da rede.

A enfermeira liga para um paciente para agendar exames, organiza e prepara a equipe para a saída da base, faz registros no computador e solicita a aquisição de um novo termômetro. Também dá orientação à técnica sobre o que é preciso fazer para aquele dia, quais materiais levar e qual o itinerário a ser percorrido. (13/07/2018, O2)

A enfermeira faz registros no computador, organiza a saída da equipe, conversa com a nutricionista e psicóloga da EMAP, trazendo as situações de saúde dos pacientes, e diz para elas quem é a prioridade de atendimento no território. (19/06/2018, O1)

Na sala principal da base, a enfermeira conta à médica que num outro dia havia hidratado bastante um determinado paciente [três vezes], além de ter planejado a infusão da solução para o fim de semana. Também noticia os acontecimentos da última visita no sábado, visto que a médica não estava presente. (18/06/2018, O1)

O médico da equipe pergunta à enfermeira o que iriam fazer (sobre internar uma paciente no programa ou não). Ela responde que não sabe e que precisa avaliar a situação primeiro para depois decidirem. Após fazerem a avaliação da situação e identificarem que a paciente e sua acompanhante estavam com dificuldade de acesso às receitas (dadas pelas Unidade Básica de Saúde) a enfermeira liga para a referência do distrito do bairro, no próprio domicílio da paciente, e fala com a responsável, explicando o caso. Após isso, define-se pela não internação dessa paciente, devido a mesma não atender aos critérios do programa. (05/07/2018, O1)

É ele [o enfermeiro] quem organiza para ter o *round* [...] é ele quem consegue fazer as evoluções e cuidar do prontuário, é ele quem sabe tudo do paciente [...] às vezes a gente deixa escapar algum detalhe [...] sempre quando a gente precisa de alguma coisa, a gente vai ao enfermeiro [...] se eu preciso de alguma informação de lesão do paciente. (P3)

A enfermeira, além de fazer o papel de gerência, de chefia, ela acaba também servindo de suporte, de apoio, para que mesmo com a ausência do médico a equipe não pare de atender, não diminua a qualidade no atendimento. (T7)

A médica é quem inicia a anamnese e a comunicação com o paciente. O técnico organiza as planilhas de preenchimento diário, verifica sinais vitais. A familiar questiona a falta da enfermeira e a equipe explica que ela está de férias. (12/07/2008, O2)

A organização do fluxo de atendimentos, da rota para o atendimento, organização dos materiais e insumos, toda essa parte ela é praticamente gerenciada pelo enfermeiro. (AS1)

Já para outros participantes, não há uma figura formal que tenha essa representação de coordenador na equipe. E a organização do trabalho resulta de um processo de decisões coletivas entre os trabalhadores.

Na assistência do paciente, todos profissionais têm o contato direto com o paciente, não tem uma divisão, têm as divisões [...] de certas funções [...] cada um desempenha sua função de uma maneira coordenada uns com os outros, tipo complementando um ao outro, é mais ou menos isso que eu vejo. (M4)

Olha, dentro da nossa equipe a gente tem assim, por exemplo a enfermeira, que acaba fazendo, como é que tu podes dizer, assim, não tomando, não como assim uma coordenação maior. Na verdade, não tem essa coordenação. [...] eu acho que em termos de organização, não há entre nós, a gente não tem uma voz ativa, a gente discute desde a rota que vai ser realizada, em quem a gente vai primeiro, em quem a gente vai por último. (M2)

Eu acho que não existe uma figura formal, eu acho que cada equipe, e eu frequento várias, sempre tem uma pessoa meio que encabeça a organização da sua equipe. (P1)

Para os enfermeiros, tal atribuição gerencial abarcou concepções variadas, tais como: valorização profissional, atividade esperada para a categoria profissional desde a sua formação e posição delegada pela gestão do serviço:

Gosto disso, porque é meio que, faz valer o que tu aprendeste [...] quando ensinaram a gente. (E3)

Claro que eles vão se dirigir para mim porque é função do enfermeiro coordenar a equipe. Esperam isso de mim, então acho que é a minha função mesmo, não estou fazendo mais do que eu devo fazer. Está na nossa avaliação de desempenho [...] para mim isso conta cinco [pontos] por exemplo numa avaliação, para o médico conta dois. (E2)

Me intitulam como a coordenadora da equipe [...] por mais que partilhe parece que esperam que a decisão final seja minha. (E5)

Foi algo que foi empurrado para mim, porque ninguém mais faria. (E4)

[...] disseram que o enfermeiro é o coordenador da equipe [...] e na verdade não é, acredito que o negócio tenha que ser cada um sabe das suas responsabilidades e tipo uma gestão

compartilhada das coisas. Mas no fim acaba eu fazendo isso então [...] bem chato, é bem ruim. (E1)

Discussão

No processo de trabalho em saúde, as tecnologias utilizadas para o cuidado são entendidas como um conjunto de habilidades criadas pela pessoa para a transformação do seu objeto de trabalho⁽³⁾, e dividem-se entre tecnologias leves, como os pensamentos, as reflexões, as interações, leve-duras, que constituem os manuais de orientação para procedimentos técnicos, e as duras, tais como equipamentos e máquinas e instrumentos materiais⁽¹²⁾.

Nesse sentido, identificaram-se na prática da equipe importantes tecnologias de cuidado, principalmente o atendimento em conjunto e às reuniões enquanto tecnologias leves e o uso do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como tecnologia leve-dura. As equipes apresentaram apropriação de tecnologias leves no seu trabalho diferenciando-se, por exemplo, de um estudo realizado na Bahia que mostrou que as equipes multiprofissionais de Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda têm dificuldade na utilização das tecnologias não materiais⁽¹³⁾.

Em se tratando dos instrumentos de trabalho, a utilização dessas tecnologias leves, com predomínio do uso do diálogo entre a equipe e as orientações de saúde ao usuário, família e cuidadores constituem importantes artefatos para o sucesso da integralidade do atendimento a nível domiciliar, sobretudo porque as condições crônicas – maior parte da demanda nos serviços de atenção domiciliar – carecem de abordagens mais humanizadas de tratamento⁽¹⁴⁾.

Portanto, enfatiza-se o atendimento em conjunto realizado pela equipe, enquanto interconsulta⁽¹⁵⁾, como tecnologia central no cotidiano das suas práticas, que também é um elemento que possibilita a interação entre eles. Do mesmo modo, o PTS para o planejamento das ações multiprofissionais, caracteriza o compartilhamento de saberes e experiências e a interação entre os membros da equipe. Essa interatividade, por sua vez, é uma característica desejável no trabalho coletivo em saúde, principalmente porque os resultados de uma prática profissional interligada, com a complementaridade de diferentes saberes técnicos, modificam o resultado final⁽¹⁶⁾.

Deste modo, foi possível identificar que o domicílio propriamente dito é um espaço que influencia esse processo interacional da equipe, principalmente porque propicia a convivência diária entre os trabalhadores e os coloca em contato próximo. Dessa forma, o uso das tecnologias leves nos atendimentos domiciliares representa a vivência prática do que a teoria diz acerca do trabalho multiprofissional em que os membros da equipe possam trocar aprendizados e experiências através do contato e da interação, fato que exemplifica a horizontalização dos saberes na prática e a diminuição das fronteiras entre as disciplinas e sus núcleos específicos de saber⁽¹⁷⁾.

Essa experiência positiva dos trabalhadores de vivenciar a interprofissionalidade no seu cotidiano de trabalho, que representa a vivência prática do que eles conhecem teoricamente sobre o trabalho em equipe, sinaliza a relevância da atenção domiciliar, sobretudo no que se refere ao Programa Melhor em Casa, no que diz respeito aos avanços adquiridos até agora na busca pela integralidade da assistência em saúde com a estratégia de trabalho em equipe multiprofissional⁽¹⁾.

Todavia, a existência de algumas barreiras identificadas nos atendimentos domiciliares dos profissionais são indicativos de que práticas fragmentadas ainda podem ser reproduzidas entre os trabalhadores. Aspectos operacionais da rotina de trabalho, como por exemplo a ausência de todos os trabalhadores no mesmo espaço, assim como a falta de um dos membros da equipe no momento da consulta, ou mesmo a distração de um deles no momento da visita domiciliar são condições que reproduzem uma prática dividida. Na questão da interconsulta isso é um problema porque o campo de interação entre os trabalhadores depende da presença deles no mesmo espaço físico, com uma comunicação direta associada⁽¹⁵⁾. Quando algum dos membros da equipe não visualiza, não observa, não compartilha do atendimento, o processo interacional fica comprometido e os profissionais se distanciam da prática interprofissional porque há perda de informações, além do fato de que impede que cada profissional, com suas experiências adquiridas, com seu próprio núcleo específico de saber, contribua para a transformação do objeto, ou seja, para a recuperação de saúde, quando essa for possível, ou mesmo o provimento de conforto e bem-estar para aqueles que estão na finitude da vida.

Na concepção marxista acerca do processo de trabalho, significa dizer que a ausência de um dos profissionais impossibilita que ele enxergue o produto final do seu trabalho, isso porque o cuidado em saúde é consumido em ato, isto é, no mesmo momento em que acontece⁽¹²⁾. Por isso, se um membro da equipe não permanece no mesmo espaço de atendimento dos demais membros da equipe há perdas na escuta qualificada do usuário e família, ou complementação da conduta do outro, por não estar ali compartilhando desse momento que é único, que mesmo sendo informado e descrito posteriormente por um colega tais vivências, não significa a sua participação e conduta naquele momento, ou seja, rompe com os princípios da interconsulta. Diante disso, esse processo interacional dos profissionais contribui para que a equipe como um todo implemente suas práticas e seus saberes porquanto diminui a divisão técnica entre eles⁽³⁾.

Ainda nessa conjuntura de diferenciação de condutas frente o trabalho multiprofissional, as relações no trabalho também são aspectos que se caracterizaram nesta pesquisa. As experiências positivas dos trabalhadores investigados denotam que o trabalho em equipe multiprofissional na atenção domiciliar representa um campo de possibilidades para as relações saudáveis entre os membros da equipe, com relevância nos quesitos horizontalização dos saberes, complementaridade

nas ações de saúde pela interdependência e respeito à profissão do outro. Essas evidências têm ainda mais relevância em se tratando dos profissionais de nível médio, os técnicos de enfermagem, que representam uma categoria profissional subordinada a um líder e que são responsáveis por boa parte de função técnica-operativa do trabalho⁽¹⁸⁾.

Portanto, o sentimento dos técnicos de pertencerem à equipe e de terem suas opiniões respeitadas e valorizadas, também é um resultado importante encontrado nesse estudo e expressa que as próprias fronteiras existentes entre os trabalhadores da enfermagem são capazes de serem reduzidas num trabalho em que se utiliza a estratégia multiprofissional, além do fato de fortalecer os vínculos entre eles⁽¹⁹⁾. Nessa ótica, talvez isso represente que na equipe de enfermagem a divisão técnica e social do trabalho seja reduzida pela possibilidade do técnico/auxiliar de enfermagem poder ser incentivado pelo enfermeiro a contribuir intelectualmente, como os demais membros da equipe, com formação acadêmica de nível superior.

Tais resultados apresentam características acerca do trabalho em equipe e demonstram a importância das relações interprofissionais no trabalho em saúde, visto que a realidade mostra que os profissionais de saúde vivenciam situações conflituosas rotineiramente⁽²⁰⁻²¹⁾, e isso resulta negativamente no resultado da assistência, intensificando o trabalho fragmentado e a divisão do objeto de trabalho em partes, sendo cuidado por cada trabalhador em separado⁽³⁾.

Nesse mesmo pensamento acerca do impacto do trabalho multiprofissional na atenção domiciliar, entende-se que todo esse diferencial apresentado pelos participantes, como o grau maior de interação interprofissional, o uso das tecnologias como a interconsulta e o PTS, reflete no vínculo estabelecido com usuário e a família, visto que a relação dos agentes com o seu objeto de trabalho, através do uso dessas tecnologias mais subjetivas, impende a eles maior proximidade com o usuário, sendo que ambos partilham dos mesmos compromissos e responsabilizam-se pelo cuidado como um todo. Isso é um fator de relevância para a integralidade e resolutividade na assistência, além do fato que promove a satisfação do usuário, garantindo o cumprimento dos objetivos da atenção à saúde em âmbito domiciliar, que visa o conforto e a prestação de uma assistência que contemple a pluralidade do ser humano nas suas dimensões biopsicossociais⁽²²⁾.

Avante nessa construção, o cenário dessa pesquisa apontou que a necessidade de um coordenador de equipe e um organizador do serviço é uma questão necessária para a prática interprofissional, sobretudo porque o trabalho coletivo na área da saúde decorre dessa interação – que foi descrita por eles como elemento diferencial vivenciado no trabalho em equipe multiprofissional.

Diante disso, identificou-se que o enfermeiro representa um elo de interligação entre os profissionais, capaz de contribuir para o processo interacional da equipe. Essa afirmação encontra

consonância na revisão de literatura que mostrou que o enfermeiro é um profissional de referência nas equipes de saúde em vários contextos do mundo, como em países da Europa, Estados Unidos e o próprio Brasil, principalmente no que tange ao poder de influência que ele tem nos aspectos interacionais com as pessoas⁽²³⁾.

Essas características denotam a posição de coordenador da equipe e organizador do processo de trabalho que o enfermeiro tem exercido no contexto multiprofissional. No que concerne à realidade da atenção domiciliar estudada, desde a preparação para a visita domiciliar até mesmo nas visitas, o enfermeiro desenvolve o gerenciamento do cuidado e a coordenação da equipe.

Em concordância a isso, o reconhecimento dos demais membros da equipe desta pesquisa acerca do trabalho realizado pelo enfermeiro vai ao encontro de outras realidades, que apresentam o seu fazer no trabalho coletivo, principalmente no que diz respeito ao uso das tecnologias leves, como o uso da comunicação e dos procedimentos educacionais⁽⁹⁾. Além disso, para a equipe de saúde, o enfermeiro também é um profissional influente na tomada de decisão⁽²⁴⁾, por vezes, responsável por impulsionar um posicionamento da equipe, haja visto que assume uma posição de líder e chama a responsabilidade para si, por exemplo, finaliza a visita no domicílio, identifica as necessidades imediatas do paciente e sua família.

Já em relação à percepção dos próprios enfermeiros sobre sua posição e seu trabalho na equipe, os que reconhecem positivamente a atuação de coordenador e organizador, associam-na à formação profissional. Isso remete ao constructo dos centros formadores da categoria que preconizam os saberes gerenciais na prática destes profissionais, independentemente da vontade desse profissional de assumir ou não a coordenação⁽²⁵⁾.

Por outro lado, a relação negativa com as práticas de coordenação da equipe e organização do trabalho por alguns dos profissionais remete às expectativas dos serviços de saúde em relação às atividades desenvolvidas pelo enfermeiro. Os próprios órgãos públicos do sistema de saúde brasileiro, por exemplo, esperam uma atuação do enfermeiro para sanar as necessidades da gestão da saúde pública, inclusive em termos de avaliação de desempenho, enfermeiros e médicos são avaliados distintamente no que concerne às competências organizacionais e de coordenação de equipe⁽²⁶⁾.

Contudo, a falta de formalização desse papel de coordenador da equipe deve ser um ponto de discussão. Embora muitos participantes do estudo tenham atribuído ao enfermeiro esse papel e enquanto aquele que organiza o serviço, não há consenso entre os profissionais quem de fato é esse coordenador. Essas atividades desempenhadas pelo enfermeiro aparentemente estão postas e ampliada a equipe de saúde dado o contexto histórico da profissão em coordenar a sua própria equipe de enfermagem.

Em um estudo⁽²⁷⁾ foi assinalado, para que haja um cuidado complementar, integrado entre os diferentes núcleos profissionais, algumas características são necessárias na estrutura da equipe como a comunicação e a coordenação, ou seja, a formalidade de um coordenador é um importante artefato num serviço de saúde com equipe multiprofissional com vistas à prática interprofissional colaborativa.

Do mesmo modo, uma liderança colaborativa e não centrada em apenas um profissional da equipe pode ser um aspecto para melhoria da ascensão da prática interprofissional, porquanto não gera sobrecarga em apenas um único profissional, além disso, essa colaboração tende a democratizar a coordenação e a organização do serviço, contribuindo para que a gestão do serviço seja compartilhada e não unidirecionada⁽²⁸⁾. Todavia, entende-se que a liderança colaborativa pode tender à ausência de uma coordenação pela equipe e organização do trabalho. Assim, percebeu-se que expectativas são depositadas no enfermeiro para que coordene a equipe e organize o trabalho, enquanto uma atribuição gerencial esperada para esse profissional, sem ser algo dialogado na equipe.

Considerações finais

A importância da interação para a prática interprofissional foi um ponto de destaque nessa pesquisa. As inter-relações estabelecidas pela equipe multiprofissional nesse processo interacional são elementos-chaves para que os trabalhadores compartilhem experiências, somem seus conhecimentos em busca da integralidade do cuidar e planejem as ações complementando suas expertises. Associado a isso, o uso das tecnologias leves elencadas pela equipe e a convivência diária decorrente das visitas domiciliares, caracterizaram-se enquanto instrumentos que potencializam a prática interprofissional, visto que são mediados por uma constante interação entre os trabalhadores e os usuários e na equipe, fomentando ações integradas pelos profissionais.

Além disso, foi possível conceber que o resultado articulado desse trabalho interprofissional dos trabalhadores pode repercutir positivamente na transformação do cuidado aos usuários, enquanto objeto comum do trabalho da equipe multiprofissional, com vistas ao atendimento que contemple suas necessidades de saúde.

Também, ficou claro que o enfermeiro tem protagonizado um papel gerencial importante nesse processo interacional da equipe, mas, contudo, não cabe exclusivamente essa atribuição a esse profissional. Portanto, essa pesquisa tem enquanto recomendação que a equipe formalize a quem cabe a atribuição de coordenador na equipe e a periodicidade de circulação desse papel entre eles através de uma rotatividade. Além disso, sugere-se que os serviços se empenhem em ofertar possíveis gratificações, com folgas, por exemplo, para valorizar e reconhecer a relevância dessa atividade

gerencial, e que também as atribuições desse gerente estejam descritas claramente. Com isso, as capacitações sobre atividades gerenciais também se fazem necessárias para que os profissionais estejam preparados para lidar com a carga e a responsabilidade desse papel.

Por fim, o referencial marxista ofereceu subsídio para entender a relação do trabalhador na transformação da natureza, contribuiu para análises críticas do processo de trabalho da equipe multiprofissional. Todavia, ressalta-se que este estudo não procurou esgotar a temática do trabalho em equipe multiprofissional, mas sim trazer a experiência das EMAD e dos instrumentos utilizados como modo de ampliar as discussões e conhecimentos sobre essa modalidade de trabalho em equipe, sobretudo para apontar as possibilidades, os avanços e os desafios encontrados até aqui na construção da estratégia de trabalho em equipe multiprofissional desejada.

Assim, ainda se faz necessário o investimento em pesquisas com as equipes multiprofissionais dos serviços de atenção domiciliar para se conhecer essa modalidade de trabalho em outras localidades do país e para que as somas de resultados de estudo destaquem a relevância da atenção domiciliar na saúde pública brasileira.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. [Internet] Brasília: 2013 [cited 2018 Oct 4]. 207p. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf
2. Gadolin C, Wikstrom E. Organising healthcare with multi-professional teams: activity coordination as a logistical flow. SJPA [Internet] 2016 [cited 2018 Oct 4];20(4):53-72. Available from: <http://ojs.ub.gu.se/ojs/index.php/sjpa/article/view/3136>
3. Marx K. O Capital. 1ª ed. São Paulo: Veneta; 2014.
4. Peduzzi M, Noramn 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 [cited 2018 Oct 4];47(4):977-83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>
5. Doshier WB, Loomis EC, Richardson SL, Crowell JA, Waltman RD, Miller LD et al. The effect of a nurse-led multidisciplinary team on ventilator-associated pneumonia rates. Crit Care Res Pract [Internet] 2014 [cited 2018 Oct 4];1-5. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/ccrp/2014/682621>
6. Kennedy C, Young PB, Nicol J, Campbell K, Brunton CG. Fluid role boundaries: exploring the contribution of the advanced nurse practitioner to multi-professional palliative care. J Clin Nurs [Internet] 2015 [cited 2018 Oct 4];24(21-22):3296-305. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.12950>

7. Nicolau IR, Espirito Santo FH, David FM. Teamwork: in search of qualified care for the obese. *J Nurs UFPE on line* [Internet] 2017 [cited 2018 Oct 4];11(1):152-9. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11888/14352>
8. Arruda LP, Moreira ACA, Aragão AEA. Promoção da saúde: atribuições do enfermeiro como educador na Estratégia Saúde da Família. *Essentia* [Internet] 2014 [cited 2018 Oct 4];16(1):183-203. Available from: <http://www.uvanet.br/essentia/index.php/revistaessentia/article/view/10>
9. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Nursing practice in home care: an integrative literature review. *Rev. bras. enfer.* [Internet] 2017 [cited 2018 Oct 4];70(1):210-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/en_0034-7167-reben-70-01-0210.pdf
10. Minayo MCS. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3^a ed. São Paulo: Hucitec; 2016.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3^a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
13. Lopes GVDO, Vilasbôas ALQ, Castellanos MEP. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA). *Saúde debate* [Internet] 2017 [cited 2018 Oct 4];4(esp)241-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0241.pdf>
14. Silva KL, Silva YC, Lage EG, Paiva PA, Dias OV. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare enferm.* [Internet] 2017 [cited 2018 Oct 4]; (22)4:e49660. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876449/49660-219632-1-pb.pdf>
15. Bortagarai FM, Peruzzolo DL, Ambrós TMC, Souza APR. A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de intervenção precoce. *Distúrb. Comum.* [Internet] 2015 [cited 2018 Oct 4];27(2):392-400. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/20851>
16. Silva PA, Silva GML, Rodrigues JD, Moura PV, Caminha IO, Ferreira DKS. Atuação em equipes multiprofissionais de saúde: uma revisão sistemática. *ConScientiae saúde* [Internet] 2013 [cited 2018 Oct 4];12(1):153-60. Available from: <http://www.redalyc.org/html/929/92926313018/>
17. Bewer VV. Transdisciplinarity in health care: a concept analysis. *Nurs Forum* [Internet] 2017 [cited 2018 Oct 4];52(4):339-47. Available from: <https://doi.org/10.1111/nuf.12200>
18. Lessa ABSL, Araújo CNV. Brazilian nursing: a reflection about political activity. *REME rev. min. enfer.* [Internet] 2013 [cited 2018 Oct 4];17(2):481-7. Available from: http://www.reme.org.br/exportar-pdf/664/en_v17n2a18.pdf
19. Garcia BL, Thofehrn MB, Porto AR, Moura PMM, Carvalho LA, Fernandes HN. Relação entre liderança e vínculos profissionais: percepção de enfermeiros. *Rev Pesq Saúde* [Internet] 2017 [cited 2018 oct 4];18(2):114-8. Available from: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6715/5200>

20. Silva IS, Arantes CIS. Power relations in the family health team: focus on nursing. *Rev. bras. enferm.* [Internet] 2017 [cited 2018 Oct 12];70(3):580-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0171>
21. Claro RFS, Cunha PFFS. Estratégias de gestão construtiva de conflitos: uma perspectiva dos profissionais de saúde. *Psicol saúde doenças* [Internet] 2017 [cited 2018 Oct 4];18(1):55-68. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v18n1/v18n1a05.pdf>
22. Neto AVO, Dias MB. Atenção Domiciliar no SUS: o que representou o Programa Melhor em Casa? *Divulg. saúde debate* [Internet] 2014 [cited 2018 Oct 4];(51):58-71. Available from: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>
23. Rogers B, Kono K, Marziale MH, Peurala M, Radford J, Staun L. International Survey of Occupational Health Nurses' Roles in Multidisciplinary Teamwork in Occupational Health Services. *Workplace Health Saf* [Internet] 2014 [cited 2018 Oct 4];62(7):274-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25000546>>. Acesso em: 5 nov 2017
24. Negreiros FDS, Pequeno AMC, Garcia JHP, Aguiar MIF, Moreira TR, Flor MJN. Multi-professional team's perception of nurses' competences in liver transplantations. *Rev. bras. enferm.* [Internet] 2017 [cited 2018 Oct 4];70(2):258-64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0223>
25. Soares MI, Camelo SHH, Resck ZMR, Terra FS. Nurses' managerial knowledge in the hospital setting. *Rev. bras. enferm.* [Internet] 2016 [cited 2018 Oct 4];69(4):676-83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/en_0034-7167-reben-69-04-0676.pdf
26. Ribeiro ABA, Reis RP, Bezerra DG. Gestão em Saúde Pública: Um Enfoque no Papel do Enfermeiro. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde* [Internet] 2015 [cited 2018 Oct 4];19(3):247-52. Available from: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/22126>
27. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface* [Internet] 2016 [cited 2018 Oct 12];20(59):905-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150511.pdf>
28. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [Internet] 2015 [cited 2018 Oct 12];49(spe2):16-24. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reusp/v49nspe2/en_1980-220X-reusp-49-spe2-0016.pdf

11 Considerações finais

O processo de trabalho das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar do contexto estudado possui algumas peculiaridades em relação à dinâmica do fazer dos trabalhadores, às suas relações interpessoais e à prática interprofissional da equipe.

Em relação aos fazeres, percebeu-se que o profissional de cada categoria mantém suas práticas voltadas para o seu núcleo específico de saber, porém com um nível de compartilhamento dos seus atos maior que o convencional das equipes de saúde. Nisso, identificou-se que os retratos da divisão social e técnica do trabalho em saúde ainda são reais e que, devido a isso, existem barreiras históricas que se distanciam cada vez mais da ideia da “transprofissional”. A realidade posta, contudo, mostrou que a prática interprofissional é a que está mais próxima do contexto das equipes multiprofissionais estudadas, mesmo que ainda se encontra em um processo de construção, experiência e aperfeiçoamento.

No quesito interação multiprofissional, identificou-se que os trabalhadores recorrem uns aos outros com maior frequência, utilizando enquanto recurso o uso da comunicação e da observação como instrumentos facilitadores e de acesso ao colega de trabalho. Também, percebeu-se que a estrutura operacional proposta pelo programa de atenção domiciliar Melhor em Casa, de equipes de referência, que permanecem a maior parte do trabalho em contato mútuo, contribui para que a interação entre os profissionais aconteça por meio da convivência cotidiana, o que se mostrou enquanto um pilar das práticas interprofissionais.

De modo geral, observou-se que a atenção domiciliar é um ambiente favorável, em muitos aspectos, para a concretização do trabalho multiprofissional na área da saúde, porquanto possibilita o contato de diferentes categorias profissionais, sendo que isso corrobora para que entre eles haja diversos graus de interação e compartilhamento de experiências.

Contudo, essa divisão ficou mais evidente entre os profissionais de nível superior, visto que os técnicos se sentem integrados à equipe e ao serviço, principalmente à equipe de enfermagem. Portanto, a interação multiprofissional contribui para o resultado coletivo do produto final do trabalho na atenção domiciliar, pois o fato de as equipes serem formadas por categorias diferentes e estarem

cotidianamente juntas, em um convívio próximo, favorece as ações de cuidado do ser humano e sua família em uma visão ampliada e integral das necessidades de saúde.

Seguindo nesse aspecto da "interdisciplinaridade", como denominado por eles, os resultados encontrados revelam que para muitos dos trabalhadores a atenção domiciliar representa a exequibilidade da teorização acerca do trabalho em equipe multiprofissional, tendo sido a primeira experiência prática de fato para eles.

Diante das técnicas de investigação utilizados nessa pesquisa, percebeu-se que há alguns instrumentos de trabalho que possibilitam a prática integrada da equipe, tais como: a divisão do mesmo espaço físico pela equipe no momento da assistência nos domicílios e durante o deslocamento entre os mesmos e base; a rotina de discussão dos casos nos *rounds* e na utilização de dispositivos como a interconsulta entre os profissionais da equipe de referência e de apoio, além da utilização do projeto terapêutico singular.

Por outro lado, algumas condutas de determinadas equipes reproduzem práticas fragmentadas de assistência, como no caso em que um ou mais profissional não desce do carro no momento da assistência no domicílio, ou então não permanece junto no mesmo cômodo ao profissional da equipe que está conduzindo a consulta na visita. Esse fato é ratificado pelo próprio profissional que não esteve presente no mesmo espaço dos colegas, citando que há perda de informações relevantes sobre o curso do tratamento/acompanhamento do usuário, que também perde devido a não contribuição desse profissional. Já para a equipe que está em atendimento há perda da força e do impacto que os múltiplos olhares dos colegas podem surtir sobre a tomada de decisão e as escolhas a serem implementadas.

Aqui ressalva-se a relevância da permanência dos profissionais no mesmo espaço, visto que o cuidado em saúde é consumido em ato, isto é, no mesmo momento em que acontece, sendo que o não estar ali para a escuta qualificada do paciente e família, significa uma oportunidade perdida de conduta, ou complementação da conduta do outro, por não estar ali também compartilhando desse momento que é único, que mesmo informado e descrito posteriormente por um colega, não significa a sua participação e conduta naquele momento, isto é, rompe com os princípios da interconsulta.

O enfermeiro nisso tudo, representou ter um papel fundamental de organização do trabalho. Ele é quem conhece muitas particularidades do trabalho e de informações

clínicas e sociais dos pacientes e famílias. Entende-se que o afastamento dos demais membros da equipe desse profissional oportuniza uma prática uniprofissional, portanto, distante da ideia de trabalho coletivo, interprofissional.

Essa realidade remete à conclusão de que a cada visita domiciliar pode ou não acontecer a articulação dos múltiplos saberes, a depender desses aspectos operacionais da rotina de atendimento dos trabalhadores e, principalmente que o estar ali inteiramente que faz acontecer a prática interprofissional.

Em outra nuance desta pesquisa, a figura de um coordenador é expressa como algo real, necessário e decisório para o processo de trabalho da equipe multiprofissional. Nessa concepção, o enfermeiro destacou-se como o integrante da equipe a quem cabe a posição de coordenador e organizador do processo de trabalho na atenção domiciliar. A figura do enfermeiro representou a ligação interprofissional, profissional-usuário e com a EMAP; porquanto assume uma posição de interlocutor entre esses envolvidos; podendo ser o influenciador das decisões coletivas.

Posta essa realidade, percebeu-se que para alguns enfermeiros essa posição na equipe é inerente às suas especificidades profissionais e de sua formação acadêmica, esperada inclusive pelos serviços de saúde, e que denota um sentido de valorização profissional. Para outros, o ser coordenador/organizador é uma atividade decretada pelo serviço e pelos demais membros da equipe e que causa ao enfermeiro diversos sentimentos acerca do fato, tais como: insegurança, insatisfação, medo e, conseqüentemente, por ser uma atividade gerencial adicional à assistência de enfermagem, referem sobrecarga de trabalho ao assumirem esse papel.

Já a respeito dos aspectos positivos do trabalho em equipe multiprofissional na atenção domiciliar foram citados: a satisfação pessoal e profissional, a valorização das categorias profissionais não-médicas, a possibilidade de interação entre colegas e articulação dos saberes das diferentes profissões, o enriquecimento teórico garantido pela integração das disciplinas das profissões do cuidar, o acesso aos recursos terapêuticos devido ao fato de o programa estar vinculado a um hospital universitário federal e menos momentos de situações estressoras causadas pelo ego profissional e soberania do médico entre as demais profissões da saúde.

Quanto aos aspectos negativos, apareceram as situações operacionais das rotinas de trabalho, como o tempo de transporte e deslocamento, as dificuldades interpostas pelas condições socioeconômicas do usuário, que dificultam a assistência

a nível domiciliar, o excesso de burocracia para os registros da assistência prestada pelas equipes, além do sofrimento pessoal ao vivenciar a doença e a morte do usuário e da família.

No que tange às sugestões dos profissionais para melhoria do processo de trabalho, surgiram: estreitar as relações entre a administração hospitalar e o serviço de atenção domiciliar, o incentivo à educação permanente em saúde, melhorar a interação da equipe de apoio com a equipe de referência, o oferecimento de apoio psicológico contínuo aos profissionais.

Diante de tudo isso, pode-se afirmar que foi possível conhecer o processo de trabalho da equipe multiprofissional de atenção domiciliar por meio da observação de dois turnos de trabalho de cada equipe e da visão da mesma a partir da entrevista, sendo que alguns dos achados foram ao encontro da literatura estudada que mostrava que na dinâmica de trabalho dos multiprofissionais, há possibilidade de uma prática interprofissional real nos serviços de saúde em que se previa a formação de equipes, com categorias profissionais além dos médicos.

Além disso, pôde-se identificar que muito dos fazeres do enfermeiro na equipe multiprofissional representam as práticas do seu núcleo de saber, cuja formação teórico-prática está fundamentada no atendimento assistencial concomitante com práticas de gerenciamento e coordenação de equipe, bem como educativas. Contudo, achados significativos dessa pesquisa mostraram que a figura do enfermeiro na equipe é representativa em todo o processo de trabalho, influenciando desde a interação entre os profissionais, no cuidar das famílias pela equipe por meio de instrumentos como as orientações de saúde, enquanto tecnologias leves, até o produto final da assistência que, tende a ter resultados de cuidado mais ampliados e resolutivos pela ação de vários agentes ao mesmo tempo, quando tais ações são integradas pela interação multiprofissional. Portanto, o enfermeiro, nessa pesquisa, mostrou-se como o agente mediador para a interação multiprofissional com consequente influência nas ações de seus colegas.

É possível afirmar, a partir dos pressupostos desta pesquisa, que a atenção domiciliar brasileira possui algumas características que a aproxima da prática interprofissional com mais sucesso do que na Estratégia Saúde da Família. Isso torna a atenção domiciliar diferenciada em relação aos modelos de atenção à saúde histórica-socialmente constituídos, na qual há supervalorização da classe médica,

centralizando o poder de decisão nessa categoria profissional. Também, confirmou-se neste estudo que a prática interprofissional é possível, mas que ainda está longe de se atingir em sua completude e que o enfermeiro é um profissional ativo na mediação das relações na equipe, contribuindo para a interação entre seus integrantes, visto que é sabido que a interação é um elemento necessário para integrar os saberes das profissões num sentido de complementaridade e no que se refere à coordenação da equipe e organização do serviço.

Nesta pesquisa, o referencial teórico marxista ofereceu uma perspectiva para se olhar o objeto de estudo. A teoria da crítica social quanto a sociedade capitalista e a sua influência nos modos de produção no trabalho, possibilitou compreender que toda essa divisão que existe na produção do trabalho em saúde também foi constituída pelo crescimento do capitalismo. Além disso, o processo de trabalho, enquanto fundamento para entender a relação do trabalhador na transformação da natureza, contribuiu para análises críticas sobre o fazer dos trabalhadores que atuam em equipe multiprofissional. O arcabouço teórico dos elementos do processo de trabalho possibilitou reconhecer os mesmos na prática da equipe multiprofissional, que ainda sofre influências históricas que fragmentam esse fazer em uma configuração, que em certos momentos as equipes não conseguem desenvolver suas atividades em conjunto com a cada oportunidade de interconsulta e de registros das mesmas em um prontuário integrado, por exemplo. Também se pode reconhecer os instrumentos de trabalho, meios auxiliares para aproximar a equipe de práticas de cuidados mais ampliadas ao ser humano enfermo e de elo entre os profissionais, bem como a finalidade do trabalho de um cuidar multiprofissional desse ser, por meio da integração de ações e saberes com a interação dos integrantes da equipe.

Contudo, não se procurou aqui delimitar a ação do enfermeiro ou mesmo dos outros profissionais da equipe às ações exclusivamente descobertas com os participantes, nem inferir que apenas o referencial marxista possibilitaria contribuir para as discussões do trabalho. Ao contrário, acredita-se que o modelo de trabalho em equipe multiprofissional constrói-se com o tempo e que transformações fazem parte desse percurso, retomando-se que os processos históricos de modelos gerenciais, assistenciais e formativos na área da saúde ainda tem muito a serem desenrolados para superar antigos padrões.

Assim, elenca-se na sequência em tópicos para maior destaque, algumas recomendações que podem ser tecidas com base na vivência do pesquisador e fundamentos nos achados:

- Formalização do papel de um(a) coordenador(a) da EMAD, a partir da decisão dos membros da equipe, com o intuito de valorizar e reconhecer a relevância dessa atividade gerencial;

- Prover uma gratificação a esse papel adicional assumido por esse membro da equipe, que seja, em folga, planejando-se um meio valorização;

- Propor a rotatividade dessa coordenação entre os membros da equipe, a fim de que cada um conheça esse papel e não se centralize apenas em um profissional tal responsabilidade e nem a carga desse papel;

- Descrever claramente e por escrito a atribuição desse coordenador de equipe;

- Buscar a promoção da saúde dos trabalhadores, com apoio psicológico voltado para às questões ligadas à finitude da vida;

- Incentivar reflexões para a adoção do prontuário integrado e único na equipe;

- Incentivar discussões sobre a interconsulta e seus atributos essenciais.

Por fim, pondera-se que outros estudos sejam realizados na atenção domiciliar brasileira a fim de se conhecer o processo de trabalho das equipes multiprofissionais que atuam em outras regiões e contextos socioculturais, pois acredita-se que os resultados deste estudo possam ser peculiares à realidade local, não sendo passível de generalizações, sobretudo no que diz respeito à visão do trabalho do enfermeiro dentro de uma equipe multiprofissional.