

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

NAYARA CALLEGARI DE ANDRADE

**INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO AO ALCOOLISTA:
O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

**VITÓRIA – ES
2022**

NAYARA CALLEGARI DE ANDRADE

**INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO AO ALCOOLISTA:
O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Política e Gestão em Saúde

Linha de Pesquisa: Avaliação em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marluce Mechelli de Siqueira

Co-orientador: Prof. Dr. Marcos Vinícius Ferreira dos Santos

VITÓRIA – ES

2022

NAYARA CALLEGARI DE ANDRADE

**INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO AO ALCOOLISTA:
O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: Vitória – ES, 16 de setembro de 2022

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Marluce Mechelli de Siqueira
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Orientadora

Prof. Dr. Marcos Vinícius Ferreira dos Santos
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Co-orientador

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Membro Externo

Prof. Dr. Thiago Dias Sarti
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Membro Interno

Convidados Especiais:
Prof.^a Dr.^a Fabiana Gonring Xavier – UFES
Prof. Dr. Rubens José Loureiro – EMESCAM

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

A553i Andrade, Nayara Callegari de, 1987-
Interprofissionalidade na atenção ao alcoolista : o olhar dos profissionais da saúde / Nayara Callegari de Andrade. - 2022.
100 f. : il.

Orientadora: Marluce Mechelli de Siqueira.
Coorientador: Marcos Vinícius Ferreira dos Santos.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Alcoolismo. 2. Profissional. 3. Colaboração. 4. Interprofissional. 5. Educação. I. Siqueira, Marluce Mechelli de. II. Santos, Marcos Vinícius Ferreira dos. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

DEDICATÓRIA

A minha *mãe*, Marilene Callegari, que me ensinou a perseverar e sempre acreditou em meus objetivos.

Você é meu exemplo de mulher!

Ao meu *pai* Sebastião Andrade e

Aos meus *avós* Adelino e Maria.

Amo vocês!!!

AGRADECIMENTOS

*“De tudo, ao meu amor serei atento
Antes, e com tal zelo, e sempre, e tanto
Que mesmo em face do maior encanto
Dele se encante mais meu pensamento.”*

(VINÍCIUS DE MORAES, 1960, p. 96)

Ao começar escrever este agradecimento, lembrei deste poema. Sou muito grata por todo o amor que sempre tive. Nestes anos, principalmente passando por uma pandemia, Deus demonstrou a cada dia que estava comigo e que eu iria conseguir. Não disse que seria fácil, mas mostrou-me que seria uma caminhada com muitos frutos. Muito obrigada *meu DEUS* por seu amor e zelo por mim.

Ao primeiro sentimento de amor que me foi transmitido e o mais puro que existe, *minha mãe - Marilene!* Obrigada por sempre acreditar em mim, só nós sabemos como foi o caminho para chegarmos onde nós duas estamos hoje e eu sinto um orgulho “danado” de ser sua filha.

Meu pai - Sebastião, por sempre ser sinônimo de alegria e sempre dizer que nunca teve motivos para ser triste. Isso eu levo comigo todos os dias. E claro, aquela frase dita no final das ligações: “te amo”!

Agradeço imensamente aos *meus avós*, Adelino (*vovô Arão*) e *Maria*, que estiveram presentes em todas as fases da minha vida. Quantas lembranças boas e de sinônimo de amor.

Cristian Souza Costa, meu esposo, você é o amor mais sereno e ao mesmo tempo energizante que Deus poderia ter reservado para mim. Obrigada por todo o apoio, pelas palavras de incentivo em todas as vezes que pensei em desistir. Que nosso amor e companheirismo seja eterno enquanto dure e que dure para sempre.

Aos queridos professores, *Dr^a. Marluce Mechelli de Siqueira (orientadora)* e *Dr. Marcos Vinícius Ferreira dos Santos (Co-orientador)*, os senhores foram mais que mestres acadêmicos, foram mestres da vida também. Mudei muito minha forma de ver a vida e o outro depois do nosso convívio. Muito obrigada pela paciência, acolhida e amor durante estes anos! Uma gratidão eterna por vocês.

Aos membros da banca examinadora para *qualificação do projeto*: Prof^o. Dr^o. Leandro Barbosa de Pinho (externo) e Prof^a. Dr^a. Raquel Baroni (interno) por compartilharem

seus conhecimentos.

Aos membros da banca examinadora da *defesa da dissertação* (titulares): Prof^o. Dr^o Leandro Barbosa de Pinho (externo) e Prof^o. Dr^o. Thiago Dias Sarti (interno) que compartilharam seus saberes e me motivaram a seguir sempre em frente.

E, aos *membros suplentes* Prof^a. Dr^a. Thiago da Silva Domingos (externo) e Prof. Dr^a. Raquel Baroni (interno) e os nossos convidados especiais – Prof. Dr. Rubens José Loureiro – EMESCAM e Prof. Dr.^a Fabiana Gonring Xavier - pesquisadora UFES/ CEPADi - EMESCAM, Enf^a. Lilian Bertanda e Ana Paula Rafino – USB Ilha das Caieiras e Vanessa Zechner, Pedagoga da Educação Permanente EBSEH-HUCAM, que fizeram parte de forma indireta desse momento de ensino-aprendizagem tão singular e ao mesmo tempo coletivo, o “olhar da pesquisa sobre o serviço” por nós realizada, que resultou neste trabalho acadêmico – a nossa dissertação de mestrado!

Ao meu colega *Lucas Queiroz Subrinho*, do projeto – Atenção ao Usuário de Álcool, Tabaco e outras Drogas em um Hospital Universitário: Tecendo a Rede do Cuidar (ATOD), meu muito obrigada pelas palavras que sempre me acalmavam e por tantos ensinamentos.

Assim também, aos meus colegas do *Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas: Interconexões (Saúde Mental, Qualidade de Vida e Saúde Integral)* - CEPADi, este lindo e humano grupo de pesquisa que tive a honra de fazer parte.

Aos *profissionais do Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA)* do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) que disponibilizaram seu precioso tempo para eu apreender e aprender fazendo a interprofissionalidade.

As grandes *amigas, Lilian Bertanda e Ana Paula Rafino*, que ouviam no trabalho todas as minhas alegrias e angústias.

E, um muito obrigada especial, a *este filho - Rafael*, que está no meu ventre, que chegou para me mostrar o quanto posso amar ainda mais nesta vida. Filho, você chegou bem na reta final para me mostrar o quanto posso ser forte. Te amo!!!

A todos, muito obrigada!

Nayara Callegari de Andrade

EPÍGRAFE

“A verdadeira motivação vem de realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento”
(Frederick Herzberg 1923-2000).

RESUMO

A dependência química em álcool e outras drogas é um problema de saúde pública que causa grande impacto na vida de dependentes e familiares. Com a dependência, o usuário de álcool passa a ter suas relações familiares, profissionais e sociais afetadas. Assim, o tratamento é imprescindível e necessita de um atendimento integral à saúde, com equipe que atue de forma colaborativa e interprofissional, ou seja, que desenvolvam a clínica ampliada, o processo de comunicação e tomadas de decisões compartilhadas para a melhor produção do cuidado em saúde. O objetivo do presente estudo é compreender as percepções dos profissionais sobre a colaboração interprofissional na atenção às pessoas alcoolistas do Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam). Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de caráter qualitativo, realizado no PAA e Clínica médica, setor gastroenterologia, do HUCAM, onde os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais. Os dados da pesquisa foram analisados por meio da técnica de análise temática de Bardin. Após a análise foi possível identificar que os profissionais percebem e confundem a colaboração interprofissional com a multiprofissionalidade. Isto deve-se ao fato de não terem tido este contato e este tipo de aprendizado em sua formação, pois são profissionais formados há 17 anos em média, o que demanda da organização a educação permanente em saúde como forma de compreender e atuar efetivamente de forma colaborativa. As dimensões da colaboração interprofissional identificaram os pontos que precisam ser melhorados e as potencialidades: a atenção centrada no usuário e família, fortalecem a colaboração. Entretanto, a centralização de poder, o sentimento de não pertencimento a equipe, a sobrecarga de trabalho, a não formalização de processos de trabalho interprofissional e protocolos, a comunicação ineficiente e uma gestão centralizada, são alguns dos fatores que dificultam a colaboração interprofissional e necessitam ser melhorados através de processos de negociação que produzam consenso.

Palavras-chave: alcoolismo; profissional; colaboração interprofissional; educação.

ABSTRACT

Chemical dependence on alcohol and other drugs is a public health issue that has a great impact on lives of both addicts and their families. Alcohol use disorder affects the users and also their family, professional and social relationships. Thus, treatment is essential and requires comprehensive health care with a team that works in a collaborative and interprofessional manner, that develops expanded clinic, the communication process and shared decision-making for a better health care development. The objective of this study is to understand the professionals' perceptions about interprofessional collaboration regarding alcoholic dependent people in the Alcoholism Care Program (PAA) of the Cassiano Antônio Moraes University Hospital (Hucam). This is a descriptive-exploratory study of qualitative nature, carried out at PAA and Medical Clinic, in Gastroenterology sector at HUCAM. Data collection was carried out through semi-structured interviews with professionals and were analyzed using Bardin's thematic analysis technique. After the analysis, it was possible to identify that professionals perceive and confuse interprofessional collaboration with multiprofessionality. This is due to the fact that they did not have this type of contact and learning throughout their training, given the fact that they are graduated professionals for an average of 17 years, which demands permanent education in health to understand and act effectively in a collaborative manner. The dimensions of interprofessional collaboration identified the points that need to be improved and the potentialities: the user and family centered care strengthens collaboration. However, the centralization of power, the feeling of not belonging to the team, the work overload, the non-formalization of interprofessional work and protocols processes, inefficient communication and centralized management are some of the factors that make interprofessional collaboration difficult and demand to be improved through negotiation processes that produce consensus.

Keywords: alcoholism; professional; collaboration; interprofessional; education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATOD - Atenção a usuários de álcool, tabaco e outras drogas

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CEPADi – Centro de Estudos e pesquisas sobre álcool e outras drogas e interconexões

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

EIP – Educação Interprofissional

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EIP – Educação Interprofissional

EPS – Educação Permanente em Saúde

ES - Espírito Santo

GAT – Grupo de Apoio ao tabagista

HUCAM - Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAA - Programa de Atenção ao Alcoolista

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PET-SAÚDE – Programa de educação para o trabalho em Saúde

PPGSC – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

PROMED - Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas

PRÓSAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais em Saúde

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

WHO - World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Categorização dos dados36

Tabela 2. Participantes, segundo a Formação Profissional, Vitória - ES, 202239

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Caracterização dos profissionais.....	43
Figura 2. Percepção sobre interprofissionalidade e atenção ao alcoolista	48

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Gráfico de Kiviat – Nível de Interprofissionalidade dos profissionais atuantes no PAA e Clínica médica – HUCAM, Vitória - ES, 2022	56
--	----

SUMÁRIO

1 TRAJETÓRIA ACADÊMICA E PROFISSIONAL	16
2 INTRODUÇÃO	18
3 OBJETIVOS	20
3.1 GERAL	20
3.2 ESPECÍFICOS	20
4 REVISÃO DA LITERATURA	21
4.1 SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA	21
4.2 SAÚDE COLETIVA E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	23
4.3 INTERPROFISSIONALIDADE: LIMITES E POSSIBILIDADES	26
4.3.1 Colaboração Interprofissional	28
5 METODOLOGIA	31
5.1 TIPO DE ESTUDO	31
5.2 CENÁRIO	31
5.2.1 Aproximação do cenário	33
5.3 SUJEITOS	33
5.3.1 Amostra	33
5.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	34
5.4.1 Coleta de dados	34
5.4.2 Análise de dados	35
5.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	36
6 RESULTADOS	38
6.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS E ATIVIDADES EXECUTADAS	38
6.1.1 Perfil dos profissionais	38
6.1.2 Atividades desenvolvidas pelos profissionais na atenção aos alcoolistas	40

6.2 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE INTERPROFISSIONALIDADE E SUA RELAÇÃO COM A ATENÇÃO AO ALCOOLISTA, NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS	43
6.3 FATORES FACILITADORES E PREJUDICIAIS A INTERPROFISSIONALIDADE: DIMENSÕES DA TIPOLOGIA D'AMOUR.....	48
6.3.1 Objetivos	48
6.3.2 Internalização	50
6.3.3 Formalização	52
6.3.4 Governança	53
7 CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS	60
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR	67
APÊNDICES	68
APÊNDICE A – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO	68
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL ...	69
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	71
APÊNDICE D - ARTIGO CIENTÍFICO	75
ANEXO	94
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	94
ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO	99

1 TRAJETÓRIA ACADÊMICA E PROFISSIONAL

“Hoje me sinto mais forte, mais feliz, quem sabe
Só levo a certeza de que muito pouco sei
Ou nada sei.”
(Tocando em frente, Almir Sater)

Sou graduada em enfermagem desde 2008. Especialista em Atenção Primária a Saúde, enfermagem do trabalho e em Enfermagem em centro cirúrgico.

Graduei-me em uma cidade do interior do ES e durante a faculdade alguns professores diziam-me que eu deveria fazer um mestrado, mas eu achava que não iria passar em um processo de seleção.

Em 2016 vim trabalhar em Vitória e comecei a cultivar a vontade de voltar aos bancos acadêmicos e assim em 2020 passei no processo de seleção do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Em meu percurso profissional trabalhei como assistencialista e coordenadora de setor em âmbito hospitalar. No momento, atuo como enfermeira em uma unidade básica de saúde de Vitória. Na atenção primária, realizei trabalhos no Grupo de Apoio ao Tabagista (GAT), com o intuito de ajudar quem quer parar de usar o tabaco.

Assim, quando entrei no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), a Prof^a. Dr^a. Marluce Mechelli de Siqueira, sabendo da minha trajetória, convidou-me a fazer parte do projeto “Atenção a usuários de Álcool, Tabaco e outras Drogas em um Hospital Universitário: Tecendo a Rede do Cuidar (ATOD)”, o qual foi aceito por mim e está sendo um grande aprendizado.

Atualmente faço parte do grupo de Pesquisa do Centro de estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas: Interconexões – Saúde Mental, Qualidade de Vida e Saúde Integral (CEPADi), situado no campus da UFES em Maruípe sob a coordenação do Prof. Dr. Marcos Vinícius Ferreira dos Santos.

Ao conhecer o trabalho realizado no Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) e a Clínica Médica (2º andar) da Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes

(HUCAM), surgiu o desejo de desenvolver uma pesquisa com estes profissionais, que tanto me identifico.

Sendo assim, após leituras e conversas com meus estimados professores, Dr^a. Marluce e Dr. Marcos, decidimos investigar sobre colaboração interprofissional na atenção a usuários alcoolistas nos ambientes – PAA e Clínica Médica-HUCAM.

E, ao longo da minha trajetória acadêmica no nosso grupo de pesquisa – o CEPADi, tive a oportunidade de participar de eventos locais, regionais e nacionais, merecendo destaque, a nossa atuação no XX Ciclo de Debates – Tema: Saúde mental, qualidade de vida e Saúde integral – E eu com isso? (2020) e XXI Ciclo de Debates – Tema: Drogas, e eu com isso? (2021), realizados em parceria com o TELESSAÚDE do HUCAM, no quais atuei como – expectadora e moderadora de debates respectivamente.

Além disso, o meu percurso acadêmico junto ao PPGSC e CEPADi permitiu-me as seguintes publicações: Coautora de trabalho apresentado no XI Congresso da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, coautora de trabalho apresentado no XV Congresso Internacional Rede Unida e participação na escrita de um capítulo do livro *“Enfermagem em saúde mental: promoção, prevenção e cuidado”*.

2 INTRODUÇÃO

A dependência química em álcool e outras drogas é um problema de saúde que atinge diferentes dimensões da vida humana podendo levar muitos anos para ser diagnosticado como dependência (LOPES *et al.*, 2019).

O álcool é uma droga psicotrópica que tem o consumo admitido, apesar de seu consumo abusivo ser importante problema de saúde pública. O consumo de álcool é considerado ainda o primeiro fator de risco para a carga global de doenças em países das Américas (JOMAR *et al.*, 2014).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 no Brasil, 26,4% da população com 18 anos ou mais costumavam consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por semana, o que representa aumento de 2,5 pontos percentuais em relação a 2013, quando esse percentual foi de 23,9% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

A World Health Organization (WHO, 2004) afirma que indivíduos que fazem uso de álcool e outras drogas têm os mesmos direitos à saúde, à educação, a oportunidades de trabalho e de reintegração na sociedade como qualquer outro indivíduo. Portanto, têm o direito a assistência à saúde de forma integral possibilitando o tratamento e reabilitação.

Um dos fatores que colaboram na integralidade da assistência é o trabalho em equipe. A interprofissionalidade na atenção à saúde eleva a segurança da assistência; contribui para a satisfação das necessidades em saúde, introduzindo com precisão e no tempo justo as ações de prevenção de doenças e agravos e as ações de promoção da saúde; e melhora a satisfação e conforto dos usuários, o que repercute na adesão ao tratamento. Por isso, deve-se fortemente defender o trabalho em equipe (CECCIM, 2018). Mas para atingir essa prática colaborativa em equipe, os profissionais devem aprender a trabalhar como membros efetivos das equipes interprofissionais (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

A colaboração interprofissional tem sido relatada na literatura como um conjunto de relações e interações que acontecem entre profissionais de uma equipe, compreendendo as formas de comunicação e de interação. É um processo complexo,

de múltiplos fatores, voluntário e dinâmico, que implica constante negociação e compartilhamento de poder na busca de objetivos pactuados para promover o cuidado ao paciente (D'AMOUR *et al.*, 2005; MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013; ARRUDA; MOREIRA, 2018).

A colaboração deve ser desenvolvida desde a academia, através da educação interprofissional, e nos locais de trabalho por meio da educação permanente. Assim, é um processo contínuo que deve ser estimulado por gestores, profissionais e educadores (OGATA *et al.*, 2021; BARR, 2002).

Diante disto, faz-se necessário, compreender as percepções que os profissionais de um programa especializado em atendimento a pessoas alcoolistas, tem a respeito da colaboração interprofissional, visto que esta, quando bem entendida e desenvolvida traz repercussões positivas na atenção ao paciente e uma maior eficiência dos profissionais, pois desenvolvem de forma interdependente uma atenção mais contínua e abrangente.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Compreender as percepções dos profissionais sobre a colaboração interprofissional na atenção às pessoas alcoolistas do Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam).

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os profissionais e o trabalho desenvolvido no PAA e na clínica médica do 2º andar, setor gastroenterologia;
- Conhecer as percepções dos profissionais sobre a colaboração interprofissional na atenção às pessoas alcoolistas;
- Identificar os elementos facilitadores e dificultadores da colaboração interprofissional, na perspectiva dos profissionais, na atenção às pessoas alcoolistas.

4 REVISÃO DA LITERATURA

“Há escolas que são gaiolas e há escolas que são asas”
(Rubem Alves)

4.1 SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA

Presente na humanidade desde os primórdios, a droga já assumiu diversos significados como, inserção em grupos sociais (tribos) e recreação. Entretanto, o uso nocivo é percebido como uma demanda de saúde pública que envolve prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial (SIQUEIRA *et al.*, 2013).

O uso de bebidas alcoólicas sempre foi constante, mas não era motivo de preocupação, uma vez que seu consumo era tolerado pela sociedade e também pelo governo (VARGAS; CAMPOS, 2019). O consumo de álcool está atrelado a cultura, como gesto de comemoração em diversas festividades, comerciais e até na culinária (CORDEIRO *et al.*, 2021).

Relatórios recentes da World Health Organization – WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), afirmam que o consumo problemático de álcool acomete 43% da população global. O uso nocivo do álcool é um dos fatores de risco de maior impacto para a morbidade, mortalidade e incapacidades em todo o mundo, relacionado a 3 milhões de mortes em 2016 – o equivalente a quase 5,3% de todas as mortes no mundo.

No Brasil, o álcool esteve associado a 69,5% e 42,6% dos índices de cirrose hepática, a 36,7% e 23% dos acidentes de trânsito e a 8,7% e 2,2% dos índices de câncer – respectivamente, entre homens e mulheres em 2016 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A dependência química em álcool e outras drogas é um problema de saúde que atinge diferentes dimensões da vida humana. O processo de adoecimento é crônico, gradativo, podendo levar muitos anos até ser diagnosticado. Essa característica precisa ser levada em consideração pela equipe multiprofissional que atua na atenção dessas pessoas, pois está associada à singularidade de cada pessoa e ao tipo de droga utilizada (LOPES *et al.*, 2019).

A pessoa é identificada como usuário dependente, uma vez que esta condição já está instalada e não consegue deixar de usar a droga ou o álcool sozinho, mesmo sendo evidentes as consequências nocivas do uso abusivo, levando a necessidade de aumentar a quantidade de dose para ter os efeitos e sintomas anteriores. As repercussões físicas, emocionais e sociais nesta fase, são de maior gravidade (LOPES *et al.*, 2019).

Muitas vezes os familiares tentam negar a dependência, ou não considerar abusivo, mas o convívio prolongado com o alcoolista, faz com que a família comece a ignorá-lo nos eventos sociais, como festas e reuniões, pois a mudança de comportamento após a ingestão do álcool, as brigas constantes e agressões, incomodam os familiares (LOPES *et al.*, 2015). Viver neste ambiente afeta profundamente as pessoas que compõe esta família dos dependentes, acarretando desavenças, falta de confiança e credibilidade (MATOS; MONTEIRO, 2015).

O alcoolismo também afeta as relações no trabalho, uma vez que a doença traz o abandono das responsabilidades, passando então a não desenvolver suas funções profissionais, tendo como consequência o desemprego e sua não colaboração com as responsabilidades do lar, constituindo, dessa maneira, uma vida instável, em que se podem perder todos os laços afetivos e as aquisições sociais e econômicas do passado (MATOS; MONTEIRO, 2015).

As consequências do uso de álcool também oneram a sociedade, potencializando os custos em hospitais e outros dispositivos do sistema de saúde, sistema judiciário e previdenciário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O Ministério da Saúde preconiza que os profissionais devem atuar de maneira integral, atendendo às necessidades individuais de cada pessoa, de acordo com o contexto em que estão inseridas (BRASIL, 2003). Mas, sabe-se que algumas características relacionadas ao usuário de álcool e outras drogas, nem sempre são consideradas (LOPES *et al.*, 2019). Dentre essas características destacamos as pessoais, como a predisposição genética, aspectos ambientais (sociais, culturais, educacionais), aspectos comportamentais, como curiosidade, perda de um familiar, baixa autoestima, excesso de responsabilidade, conflitos familiares, que precisam ser levadas em

consideração para que o tratamento seja efetivo (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2014).

Sendo assim, com base nas características insidiosa, gradativa e pessoais da dependência ao álcool e a outras drogas, torna-se importante que os profissionais adequem suas ações a essas características (LOPES *et al.*, 2019).

Neste sentido, foi instituída em 2011, as RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) destinada para atenção a pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2016a).

Na atenção hospitalar é previsto a enfermagem especializada em Hospital Geral, atendimento em Pronto Socorro e acompanhamento ambulatorial em serviço de referência. Não sendo mais referência a atenção em saúde em hospitais psiquiátricos ou alas específicas em hospitais gerais para pacientes com transtorno mental (BRASIL, 2016a).

Após a instalação da dependência, o tratamento é de crucial importância para que o indivíduo alcoolista consiga sua reinserção no meio social após os danos causados pela dependência. Por meio deste tratamento, será possível que o alcoolista volte para suas relações familiares, sociais e trabalhistas (CORDEIRO *et al.*, 2021).

4.2 SAÚDE COLETIVA E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Os desafios do SUS (Sistema Único de Saúde), têm sido exacerbados pelas mudanças no perfil de morbimortalidade populacional, tendo como algumas de suas causas a transição demográfica e mudança nos padrões de consumo e estilos de vida. Destaca-se neste cenário o cuidado à pessoa alcoolista. Essa realidade enfatiza a relevância do fortalecimento dos princípios basilares do SUS, com foco na integralidade, equidade e continuidade do cuidado em saúde (MENDES, 2011; ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

Para o alcance dos princípios basilares do SUS, percebeu-se a necessidade de romper com o modelo de formação profissional tradicional, centrado em conteúdos e na pedagogia da transmissão, devendo considerar a ampliação dos cenários de práticas pedagógicas para além do espaço de sala de aula, fortalecendo a integração

entre o ensino, o serviço e a comunidade, verificando-se assim a complexidade do processo de cuidar, com a necessidade do efetivo trabalho em equipe com práticas colaborativas e ações integradas (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

Destacamos aqui dois movimentos de educação profissional em saúde: a educação interprofissional (EIP) e a educação permanente em saúde (EPS). A EPS constitui uma política do SUS para a formação dos trabalhadores do setor saúde, e a EIP, uma abordagem de educação e formação profissional em saúde ainda durante o curso (OGATA *et al.*, 2021).

No Brasil, a partir dos anos 1970 são desenvolvidas propostas direcionadas à integração ensino-serviço e ao trabalho em equipe. Em 2001, foram implementadas as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde (DCN), seguindo os princípios e diretrizes do SUS destacados na Lei Orgânica da Saúde n.º 8080/90. As DCN representam um marco legal da articulação entre a saúde e a educação e preconizam a formação para o trabalho em equipe na perspectiva da integralidade e da qualidade da comunicação entre a equipe e usuários/famílias/comunidade. Embora o enfoque do trabalho em equipe seja ressaltado pelo Sistema Único de Saúde e as DCN, o modelo predominante de educação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde ainda é uniprofissional (PEREIRA; OLIVEIRA, 2018).

Nesse contexto e com o objetivo de estimular as mudanças requeridas pelas DCN, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) inauguraram em 2002 o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed), com o objetivo de deslocar o eixo da formação, centrado na assistência individual e eminentemente hospitalocêntrica, para uma formação sintonizada com o SUS, com a atenção básica e saúde coletiva. Em 2005, para ampliar a cobertura para outras profissões de saúde que integram a ESF, a enfermagem e a odontologia, foi lançado o Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais em Saúde (PróSaúde). Em 2007, o programa é ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde e em 2008 surge o PET-Saúde (Programa de educação para o trabalho), tendo como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e como pressuposto a educação pelo trabalho. Em 2015,

sob o título PET-Saúde/ GraduaSUS, a iniciativa direciona o seu foco para a mudança curricular das graduações da saúde em alinhamento às DCN (FRANÇA *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, a Educação Interprofissional (EIP), definida como um modelo de formação com ações articuladas entre dois ou mais cursos da saúde, mostra-se como uma importante ferramenta para a transformação do processo formativo, que visa à melhoria da colaboração e da qualidade da atenção à saúde (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

O PET-Saúde, apresenta como foco a interprofissionalidade, que é a interação de campos de conhecimento e núcleos profissionais para a qualidade do cuidado, a interdisciplinaridade, interação entre campos de conhecimento científico e a intersetorialidade, interação entre os diversos setores da sociedade (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

Anseia-se que o programa estimule o desenvolvimento de estratégias especialmente quanto à prática colaborativa, estabelecida quando vários profissionais de saúde oferecem serviços integrais de forma articulada, juntamente com os pacientes, famílias e comunidades para proporcionar a mais alta qualidade de atendimento, garantir práticas de saúde mais seguras e de maior qualidade, redução de erros profissionais e dos custos para o sistema de saúde (saúde coletiva), contribuindo, assim, para um SUS que realmente atenda às necessidades das pessoas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010; ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

O movimento da educação permanente em saúde (EPS) é definida pelo Ministério da Saúde (MS) como aprendizagem no trabalho. O cotidiano das organizações e o trabalho incorporam o aprender e ensinar transformando as práticas profissionais em saúde do cotidiano de trabalho (BRASIL, 2018b).

Essa prática de educação em trabalho, tem uma grande potencialidade, pois liga-se a mecanismos e temas sobre o processo de trabalho do cotidiano para gerar reflexão, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço (BRASIL, 2018b).

A EPS constitui-se numa política pública que tem pressupostos a problematização da realidade do cotidiano de trabalho para a reflexão e construção coletiva de solução dos problemas permitindo o delineamento de novos conceitos e paradigmas, bem como a oportunidade de disparar mudanças efetivas nos processos de trabalho (BRASIL, 2004b).

Desse modo, desde 2004, a EPS constitui o conceito norteador de uma política transversal de educação e formação dos trabalhadores do SUS que está prevista na Constituição Federal (BRASIL, 1988).

A EPS e a EIP podem ser complementares para o fomento de práticas que proporcionem a mudança esperada para implementação da integralidade do cuidado, acesso universal e qualidade da atenção à saúde (OGATA *et al*, 2021).

Assim, pode-se dizer que a perspectiva da relação recíproca entre educação e trabalho e a da abordagem pedagógica apoiada em metodologias ativas e problematizadoras de aprendizagem estão presentes tanto nos movimentos de EPS quanto nos de EIP (OGATA *et al*, 2021).

Nesse sentido, observa-se o avanço na discussão sobre a educação interprofissional que se destacou nacional e internacionalmente pela necessidade de reorganização dos serviços de saúde no contexto das diferentes demandas e do impacto sobre a saúde da população. Tal impacto pode contribuir para a promoção de práticas de cuidado integral, com maior efetividade, resolutividade e segurança do usuário. A prática colaborativa entre os profissionais da saúde oportuniza o desenvolvimento de atitudes, habilidades e conhecimentos indispensáveis para a concretude do trabalho interprofissional em saúde (REEVES, 2016).

4.3 INTERPROFISSIONALIDADE: LIMITES E POSSIBILIDADES

A reorientação do modelo de atenção à saúde, no contexto brasileiro, a partir de 1988, teve o propósito de superar o modelo biomédico com foco na saúde integral do indivíduo (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

O termo integralidade é usado para designar um dos princípios do SUS, que se refere a capacidade de resposta às necessidades morfológica e não segmentação das ações

de promoção, prevenção e recuperação da saúde, com articulações interdisciplinares, intersetoriais e interprofissionais que proporcionem melhores condições na atenção à saúde e que permitam o diálogo entre as pessoas envolvidas no cuidado (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

O termo interprofissional foi usado primeiro por John McCreary (decano 1952-1972), na Faculdade de Medicina da Universidade de Colúmbia Britânica, no Canadá, propondo iniciativas na formação e no exercício profissional. Interprofissionalidade, na definição usada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) não inclui apenas profissões regulamentadas da saúde, e sim, todas as pessoas que trabalham profissionalmente na prestação de serviços de saúde de todos os tipos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Em 2007, a OMS anuncia a criação de um grupo de estudos em educação interprofissional e prática colaborativa, respondendo a uma necessidade de formação de mais profissionais para a área da saúde de maneira interdisciplinar e elaboração de novas estratégias de ensino (YAN; GILBERT; HOFFMAN, 2007). Essas estratégias são endossadas em 2010 com o lançamento da publicação *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010), afirmando a colaboração interprofissional como um recurso que pode ser mobilizado para elevar a efetividade dos sistemas de saúde.

A demanda por cuidados de saúde, envolve múltiplos saberes e práticas de diversos profissionais (MATOS; PIRES; SOUSA, 2010). Porém, variedade de profissionais na equipe não garante, por si só, a mudança requerida no processo de trabalho e a qualificação da assistência. Para que isso aconteça, é preciso avançar no processo de trabalho e a maneira como os profissionais cooperam entre si (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

Há a necessidade de articulação do conhecimento nessa equipe de saúde para o aprendizado das dinâmicas relacionais e interação com o outro, seja usuário ou seja profissional e é necessário avançar no domínio do uso das estratégias de comunicação e interação (FRANCO; MERHY, 2003).

4.3.1 Colaboração Interprofissional

A palavra colaboração também pode ser entendida como compartilhamento, cooperação, parceria. Ambos definidos como um processo dinâmico (OANDASAN *et al.*, 2004).

A colaboração interprofissional é uma estratégia do trabalho em equipe; consiste no processo de convivência no espaço comum entre diferentes profissões que desenvolvem a clínica ampliada, envolvendo o processo de comunicação e tomadas de decisões compartilhadas para a melhor produção do cuidado em saúde (D'AMOUR *et al.*, 2005). Esta colaboração ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços. Inclui o trabalho clínico e não clínico relacionado à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Autores identificaram pilares para a colaboração interprofissional, são eles: (1) compartilhamento na tomada de decisão; (2) parceria, referindo-se a relações de afinidade, (3) interdependência, mútua dependência, participação de cada profissional nos projetos terapêuticos; (4) poder, empoderamento de cada integrante, (5) respeito mútuo, (6) confiança e comunicação. Com isso, para que esta prática ocorra, é necessário o desenvolvimento de processos colaborativos no âmbito das equipes, trabalhando as dinâmicas relacionais, bem como a relação com os demais determinantes (D'AMOUR *et al.*, 2005).

Matuda, Aguiar e Frazão (2013), afirmam que a colaboração se relaciona com um compartilhamento de poder entre os parceiros de trabalho, uma busca de objetivos pactuados em discussões e negociações, uma participação ativa e um envolvimento do profissional nos processos de trabalho coletivo, sendo mais fácil ocorrer quando estes compartilham interesses e valores similares (OANDASAN *et al.*, 2004).

O objetivo mais provável de reunir as partes interessadas é promover o cuidado centrado no paciente. O problema é que esse objetivo implica uma transformação radical de valores e práticas; sua conquista seria realmente uma inovação (D'AMOUR *et al.*, 2008).

Aspectos dessa colaboração interprofissional podem ser analisados através de uma tipologia desenvolvida por D'amour *et al.* (2008). O modelo sugere que a ação coletiva pode ser analisada em quatro dimensões: Duas das dimensões envolvem relacionamentos entre indivíduos (objetivos/visão compartilhada e internalização) e duas envolvem o cenário organizacional (que influencia a ação coletiva – formalização e governança). Os resultados são apresentados em função das quatro dimensões e dos dez indicadores do modelo para cada caso e reproduzidos de forma esquemática em um gráfico Kiviat que possibilita analisar a colaboração e identificar áreas fortalecidas e áreas que necessitam de melhoria, mostrando o que dificulta essa colaboração (D'AMOUR *et al.*, 2008).

A tipologia é baseada no conceito de ação coletiva na sociologia organizacional de Crozier e Friedberg (D'AMOUR *et al.*, 2008).

Estes autores consideraram as organizações e os sistemas como construções sociais, frutos da escolha dos indivíduos e com fronteiras permeáveis, com uma troca constante com o ambiente externo, a partir dos quais seus integrantes podem cooperar entre si, para alcançar determinados objetivos e interesses pessoais. Ao integrar essa estrutura o indivíduo acaba por abrir mão de parte de sua liberdade, uma vez que para tal funcionamento existem regras que devem ser respeitadas pelos seus integrantes (CHECO, 2018).

Define-se como colaboração ativa (nível 3), aquela em que os parceiros adotam objetivos comuns e consensuais, desenvolvem um sentimento de pertença e confiança mútua e chegam a um consenso sobre os mecanismos e regras de governação. Colaboração em desenvolvimento (nível 2), é uma colaboração que não se enraizou nas culturas das organizações e pode ainda estar sujeita a reavaliação com base em fatores internos ou ambientais. Esse tipo de colaboração resulta em uma tentativa de divisão de responsabilidades entre profissionais e instituições; está em tímidas transformações das práticas profissionais. Colaboração potencial (nível 1), é a colaboração que ainda não existe ou foi bloqueada por conflitos tão graves que o sistema não pode avançar e formas satisfatórias de colaboração não podem ser implementadas, é caracterizada por forças opostas significativas, as negociações não ocorrem ou elas estão constantemente quebrando (D'AMOUR *et al.*, 2008).

Portanto, a colaboração interprofissional deve ser acompanhada por compartilhamento genuíno do cuidado entre as profissões, com a corresponsabilização de todos os profissionais envolvidos e a ampliação do escopo de prática das profissões não médicas (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Os efeitos da colaboração interprofissional podem alcançar desde uma melhor resolubilidade das ações, incluindo o aumento da diversidade de sua oferta, a melhoria da comunicação entre trabalhadores, a otimização da participação da equipe na tomada de decisões e a potencialização do respeito entre os integrantes das equipes. Alcança também melhores resultados no cuidado a pacientes com comorbidades específicas. Estudos demonstram que equipes que desempenham a colaboração interprofissional estão mais aptas e capazes para coordenar a atenção, identificar as reais necessidades das pessoas e desenvolver novas tecnologias de atenção, produzindo respostas às demandas de saúde (OANDASAN *et al.*, 2004; D'AMOUR *et al.*, 2005; GABOURY *et al.*, 2009; MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

5 METODOLOGIA

“Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos,
e não tivesse amor,
seria como o metal que soa ou como o sino que tine.”
(1 Coríntios 13:1)

A Metodologia é compreendida como a discussão epistemológica sobre o caminho do pensamento que o tema ou objeto de investigação requer; apresenta os métodos, as técnicas e os instrumentos operativos que devem ser usados para a busca às indagações do investigador (MINAYO, 2014).

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de caráter qualitativo, com a finalidade de proporcionar mais informações sobre o assunto a ser investigado. O método qualitativo foi utilizado pois se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, produtos das interpretações humanas que permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares (MINAYO, 2014).

5.2 CENÁRIO

Neste estudo, definimos cenário como um recorte espacial que corresponde à abrangência do recorte teórico do objeto de investigação, que aproxima o pesquisador daquilo que se deseja conhecer (MINAYO, 2014).

O Espírito Santo (ES) possui quatro regiões de saúde. Sua capital, Vitória, faz parte da região metropolitana de saúde. A rede de atenção psicossocial do estado é composta por 33 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS - em 23 municípios, 19 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), todos localizados na Grande Vitória, 03 equipes de Consultório na Rua habilitadas: 1 equipe em Vila Velha e 2 equipes em Vitória, 50 leitos de saúde mental em Hospitais Gerais e 85 em Hospitais Psiquiátricos. Tendo como uma de suas principais dificuldades a alta prevalência dos transtornos mentais e dependências de álcool e outras drogas (SECRETARIA DA SAÚDE, 2019).

Neste cenário estadual, o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), vinculado a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), localizado em Vitória, tem 55 anos de existência (MEDINA, 2017) e é fundamental para a formação dos profissionais da área de saúde, bem como para a assistência em saúde de média e alta complexidade e ambulatorial, onde atualmente está inserido o Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA).

O PAA situa-se no ambulatório 3 do Hucam. Neste, existem serviços de várias especialidades, dentre estas a gastroenterologia, onde está atualmente inserido o PAA. Atua desde 1985 para a integralidade do cuidado ao alcoolista, atenção em saúde em busca da abstinência alcoólica, prevenção de recaídas e tratamento das comorbidades associadas ao consumo da substância (SIQUEIRA *et al.*, 2013). Atualmente com equipe composta por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, secretárias administrativas, além de residentes e acadêmicos da Ufes.

O PAA é um serviço de porta aberta com atendimento três vezes na semana (segunda, quarta e quinta no período vespertino), bastando apenas o desejo do usuário de fazer parte do serviço e com isso reduzir os danos a sua saúde através do tratamento e acompanhamento. É um serviço de referência para o todo o estado, visto que a rede de atenção psicossocial, como citado anteriormente, ainda é deficitária, principalmente no interior.

Os pacientes do PAA que necessitam de internação clínica para tratamento e acompanhamento de comorbidades associadas ao alcoolismo, contam com o setor de gastroenterologia, da Clínica Médica no 2º andar. Neste, a equipe é composta por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, assistente social, nutricionista, psicólogo, secretária administrativa. Além de residentes de diversas especialidades (médicas e multiprofissionais) e acadêmicos dos cursos da área da saúde da Ufes.

Sendo assim, o PAA e a clínica médica do 2º andar, localizados no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) da Ufes, serão o cenário desta pesquisa (recorte espacial), correspondente ao recorte teórico (saúde mental no ES), que irá aproximar o pesquisador do seu objeto.

5.2.1 Aproximação do cenário

A pesquisadora realizou visitas de ambientação aos dois locais. A ambientação é compreendida como o processo de adaptar-se ao local institucional onde ocorrerá a pesquisa com o intuito de adequar-se as atividades rotineiras da instituição, conhecendo as pessoas do local, a distribuição espacial das tarefas e seu arranjo cronológico (TURATO, 2013).

5.3 SUJEITOS

Os participantes desse estudo foram os profissionais do PAA e da clínica médica do 2º andar do Hucam. A escolha destes deu-se em virtude de serem profissionais de diferentes formações, inseridos em um campo de referência especializada para todo o estado do Espírito Santo.

Os critérios de inclusão foram: realizar atenção à saúde a pessoas alcoolistas por mais de seis meses, pois entende-se que com este tempo os profissionais tenham o sentimento de pertencimento a equipe e conheçam a rotina do local. Trabalhar no turno diurno, sendo diaristas ou plantonistas, devido equipes noturnas serem reduzidas e não compostas por diferentes categorias profissionais.

Os critérios de exclusão desta pesquisa foram: Foram excluídos os acadêmicos e residentes, visto que têm uma alta rotatividade no cenário, diminuindo assim, o vínculo com a equipe e não se enquadram como vínculo de profissional do Hucam. Profissionais em licença (médica ou para cursos de formação) e profissionais que trabalham no período noturno, também não foram entrevistados.

5.3.1 Amostra

Uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo (MINAYO, 2014). Assim, após os critérios de inclusão e exclusão a amostra foi formada considerando a amostragem por saturação, que segundo Turato (2013), após informações coletadas com um certo número de sujeitos, novas entrevistas passam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo, causando o que o autor chama de homogeneidade ampla.

5.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

5.4.1 Coleta de dados

A coleta de dados realizou-se entre os meses de maio e junho de 2022.

Entrevista é a coleta de informações sobre determinado tema científico, é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizado por um entrevistador, com o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa (MINAYO, 2014).

A pesquisa foi realizada mediante entrevistas semiestruturadas. Nesta, a direção da entrevista pode ser dada alternadamente entre entrevistador, e em alguns momentos pelo entrevistado, quando este associa livres temas ao assunto geral proposto pelo entrevistador, acontecendo naturalmente, em respeito ao alvo da melhor construção das ideias em exposição (TURATO, 2013).

Foram realizadas visitas anteriormente ao local e ligações telefônicas para o agendamento com os profissionais de um momento oportuno para a realização das entrevistas durante o horário de trabalho.

Todas as entrevistas iniciaram com a apresentação do pesquisador e o motivo da pesquisa, o que favoreceu um canal aberto e amigável e uma interlocução mais espontânea (TURATO, 2013), e a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A entrevista passou por um pré-teste, o que nesta pesquisa qualitativa chamamos de entrevistas de aculturação, correspondente a uma fase de familiarização do pesquisador com seu processo de cosmovisão dos sujeitos e de habituação frente às condições humanas e físicas do cenário (TURATO, 2013).

Esta entrevista de aculturação foi realizada com um profissional de nível superior e um de nível técnico que entenderam as perguntas e responderam de forma clara, atingindo assim os objetivos.

5.4.2 Análise de dados

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise temática, que consiste em desmembramento do texto após as transcrições das entrevistas em categorias, formando reagrupamentos analógicos, evidenciando núcleos temáticos e sua frequência, organizadas em três etapas (BARDIN, 2016):

- Pré-análise: a fase de organização propriamente dita e sistematização das ideias, sendo realizada uma leitura flutuante (deixar-se invadir por impressões e orientações), formulação das hipóteses e elaboração dos indicadores;
- Exploração do material: consiste essencialmente de operações de codificação que permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto, ou seja, os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades;
- Tratamento dos dados obtidos e a interpretação: com a disposição dos resultados significativos e fiéis, o analista pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

Após esta análise de conteúdo, evidenciou-se as seguintes categorias que auxiliaram a alcançar os objetivos da pesquisa: Perfil dos profissionais e atividades executadas, percepção dos profissionais sobre a colaboração interprofissional e sua relação com a atenção ao usuário alcoolista e aspectos que favorecem ou dificultam o trabalho em equipe: dimensões da tipologia D'Amour.

O referencial teórico que orientou o roteiro para entrevista semiestruturadas e a análise de dados foi a produção teórica de D'Amour e colaboradores e também autores em consonância à temática.

A tipologia D'Amour apresenta quatro dimensões, a partir das quais, os aspectos da colaboração podem ser analisados e avaliados por 10 indicadores. Estas dimensões e indicadores são categorizados segundo o nível de colaboração interprofissional (nível 1, 2 ou 3) relatado pelos entrevistados e ao final feito uma média (D'AMOUR *et al.*, 2008).

Nosso intuito nesta pesquisa não é avaliar o nível de colaboração, mas sim identificar fatores que favorecem e dificultam a colaboração interprofissional na atenção aos usuários alcoolistas do HUCAM, porém, após essa identificação e categorização dos dados percebeu-se que era possível identificar o nível de colaboração através da tipologia de D'Amour.

Tabela 1. Categorização dos dados

ANÁLISE DE DADOS		
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	
PERFIL DOS PROFISSIONAIS E ATIVIDADES EXECUTADAS	Perfil dos profissionais	Atividade executadas
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A INTERPROFISSIONALIDADE E SUA RELAÇÃO COM A ATENÇÃO AO ALCOOLISTA	Percepção dos profissionais sobre a interprofissionalidade	Relação da percepção com o cuidado ao alcoolista
FATORES FACILITADORES E PREJUDICIAIS A INTERPROFISSIONALIDADE: DIMENSÕES DA TIPOLOGIA D'AMOUR	Objetivos e visão compartilhados	Formalização
	Internalização	Governança

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa (2022).

5.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa faz parte do projeto *Atenção a usuários de álcool, tabaco e outras drogas num hospital universitário: Tecendo a rede do cuidar*, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Ufes, CAAE nº 06800219.8.0000.5071. As alterações serão submetidas novamente ao CEP da Ufes por meio da plataforma Brasil e também ao CEP do Hucam.

Os participantes foram convidados mediante explicação dos objetivos do estudo e como seria realizada a entrevista. Aos que aceitaram participar da pesquisa foi solicitada a assinatura no Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE). Também foi assegurado aos participantes o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento.

A minimização dos riscos foi obtida pela orientação minuciosa sobre a pesquisa antes da realização da entrevista. A pesquisa teve como riscos: constrangimento por estar sendo entrevistado e desconfortos emocionais, pois podia levar a lembranças por vezes não desejáveis. Para minimizar este riscos, os esclarecimentos necessários à

pesquisa foram realizados de forma individualizada previamente e em sala privativa, bem como o participante pode optar em não responder quaisquer perguntas. Outro risco, diz respeito a quebra da confidencialidade da identidade dos participantes. Para minimizar este risco, apenas o pesquisador teve acesso ao arquivo no qual estão as informações dos participantes. O pesquisador também usou a identificação por codinomes (E1, E2, E3...) para identificar cada participante.

O pesquisador assegurou a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa em todas as suas fases, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

O material e os dados obtidos na pesquisa são exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

Todos os aspectos éticos foram preservados, observando-se o disposto nas Resoluções nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

6 RESULTADOS

6.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS E ATIVIDADES EXECUTADAS

6.1.1 Perfil dos profissionais

O PAA e a Clínica Médica (2º andar) tem um total de 30 (trinta) profissionais de saúde que atuam diretamente na atenção a usuários alcoolistas. Destes, 17 (dezessete) concordaram em participar da pesquisa, sendo que um deles não preencheu o critério de inclusão “tempo de trabalho no local”, totalizando então, uma amostra de 16 (dezesseis) participantes, sendo 04 (quatro) do sexo masculino e 12 (doze) do feminino, que serão denominados neste estudo com a letra “E” e seu respectivo número de acordo com a ordem em que foram entrevistados, como forma de preservar a identidade destes profissionais.

Participaram deste estudo enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, assistente social, nutricionista, médicos e psicólogo, conforme Tabela 2. A média de idade foi de 41,5 anos (variando entre 29 e 64 anos de idade) e eles tinham em média 17 anos de formação (variando de 08 anos a 40 anos).

Destes participantes, 05 exercem atividades no Programa de Atenção ao Alcoolista e 11 no Clínica médica do 2º andar, com uma média de atuação nestes locais de 08 anos (variando entre 10 meses e 37 anos), 09 (56,25%) são oriundos de formação em instituições públicas e 07 de instituições privadas.

Em relação a especializações e residências, dos 11 (onze) profissionais com nível superior 09 apresentavam algum destes cursos. Ao serem abordados sobre cursos com a temática de álcool, drogas e saúde mental, do total de participantes, 07 disseram ter realizado cursos de extensão, especialização, doutorado ou residência com abordagem nos temas.

Também foi questionado sobre participação em grupos de pesquisas ou projetos que envolveram profissionais de diferentes categorias que não a sua durante a formação profissional e somente dois participantes responderam que sim, haviam participado, o que demonstrou que 87,5% dos profissionais que participaram da pesquisa não tiveram essa interação durante sua formação profissional.

Dellapens *et al.* (2020), relatam que no Brasil, essa educação fragmentada em disciplinas, com foco nos determinantes biológicos, dificultam o olhar para a real necessidade do usuário, que é um ser complexo, cada um com uma história de vida. E para o desenvolvimento dessa integralidade da assistência, necessitamos da integração de diversos saberes, buscando recolocar profissionais em torno da pessoa e não ao redor de territórios de especialização, como forma de diminuir a alienação de trabalhadores e duplicidade de ações (FURTADO, 2009).

Na análise do perfil dos profissionais, pode-se afirmar, através dos dados, que os participantes têm experiência profissional em seu núcleo de saber, pois a média de formação foi 17 anos, sendo o que tinha menor tempo eram 08 anos. Também possuem um conhecimento daquele local de trabalho e vivência com aquela equipe, pois estão inseridos na clínica médica ou PAA uma média de 08 anos, favorecendo assim o vínculo, a conectividade e as relações com o outro profissional.

Tabela 2. Participantes, segundo a Formação Profissional, Vitória - ES, 2022

FORMAÇÃO PROFISSIONAL	N	%
Assistente Social	01	6,25
Auxiliar de Enfermagem	02	12,5
Enfermeiro	05	31,25
Médico	02	12,5
Nutricionista	01	6,25
Psicólogo	01	6,25
Técnico de Enfermagem	03	18,75
Médico (docente)	01	6,25
TOTAL	16	100,0

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa (2022).

Ressalta-se aqui, porém, que por ser um serviço que presta cuidados a usuários alcoolistas, um número pequeno de profissionais possui algum curso/formação voltado para esta temática, o que contrasta com os anos inseridos no mesmo serviço, demonstrando a falta de treinamentos, cursos, educação permanente ofertados para estes profissionais. Sendo que os profissionais que têm alguma formação nesta temática são todos de nível superior. Proporcionar esta aprendizagem através da educação permanente no ambiente de trabalho consiste em manter uma qualificação do indivíduo, agregando as práticas de cuidado (OLIVEIRA; SILVA, 2020).

6.1.2 Atividades desenvolvidas pelos profissionais na atenção aos alcoolistas

Barr 1998, distinguiu competências comuns como aquelas atividades que são comuns a todas as profissões; Competências complementares aquelas atividades que distinguem uma profissão de outra, ou seja, de seu núcleo de saber; Competências colaborativas são atitudes necessárias para trabalhar eficazmente com outras profissões.

Os profissionais entrevistados exercem funções que muitas vezes são comuns a outros profissionais, ou seja, são atividades que várias profissões podem realizar, não são restritas, como:

- ✓ Educação em saúde para o usuário antes da pandemia;

“A equipe que programava. [...] A gente mesclava: tinha alguns que era uma estrutura parecida com a terapia comunitária, e tinha outros grupos que a gente fazia que eram parecidos mais com educação e saúde mesmo. Escolhiam (usuários) um tema [...] cirrose hepática, hepatite, o próprio alcoolismo, tabagismo, infecções sexualmente transmissíveis, essas coisas assim (E2)”.

- ✓ Educação continuada: cursos e treinamentos ofertados pela instituição ou realizados fora;

“O hospital usa a unidade de comunicação e dentro da internet também para informar os cursos disponíveis na instituição. Em alguns casos, se o curso, for conflitar o horário, a gente pede autorização à chefe da unidade para se ausentar. [...] Aí é feito o curso e depois é entregue o documento à chefia da unidade (E2)”.

“[...] , por exemplo, para a pós que eu fiz em preceptorial, que foi ofertado pela SESA. E quando aparecem cursos interessantes pra gente fazer (E4)”.

“E treinamento, cursos, o hospital fornece e a gente, quando observa alguma demanda dos meninos (técnicos e auxiliares de enfermagem), de alguma dúvida, alguma dificuldade específica, a gente sempre monta alguma coisa e também oferta para eles (E6)”.

“[...] ela pede para a gente organizar um horário para que a gente estude e busque esses conhecimentos. E é basicamente isso que a gente tem de estímulo. [...] (E10)”.

- ✓ Acolhimento de usuários alcoolistas de demanda e agendados;

“[...] acolhimento desse paciente que chega em abstinência, que precisa de atendimento, mas não está marcado. [...] Levo as demandas dos pacientes, outras demandas para os médicos. [...] é o acolhimento desse paciente que chega, e seu familiar [...] (E9)”.

Quanto as atividades de competências complementares, de cada núcleo de saber, ou seja, atividades que demarcam a identidade de uma profissão (CAMPOS, 2000), obtivemos as seguintes respostas:

- ✓ Referência após alta a outros serviços para continuidade da assistência ou para outras atividades (médicos, enfermeiros, psicólogo e assistente social no contexto da assistência ao paciente alcoolista do HUCAM);

“[...] costumamos encaminhar alguns pacientes pros CAPS quando o município oferece, não são todos os municípios que têm. [...] internação em comunidade terapêutica através do Estado, [...]a gente também faz esses encaminhamentos para a psiquiatria daqui [...] (E1)”.

“[...] preencher a guia de referência ou contrarreferência, colocar um endereço ou telefone e aí, na consulta de retorno, conferir se essa pessoa foi lá ou não (E2)”.

“Ele falava (usuário) que se ele voltasse para a rua, ele ia voltar para o vício. Então a gente conseguiu internação para ele em clínicas de reabilitação e aí ele saiu daqui e foi para a clínica. Foi bem bacana (E7)”.

- ✓ Consulta clínica de comorbidades relacionadas ao álcool e abstinência;

“A gente atende pacientes encaminhados da enfermaria pós-alta que internam com problemas relacionados ao álcool, [...] pacientes que já acompanho aqui no programa há muito tempo também, que mantém os atendimentos regulares mesmo após cessar o consumo do álcool. [...] E também pacientes de outros setores, de outros serviços, que também têm essa porta aberta com a gente aqui (E1)”.

“Eu trabalho na rotina da enfermaria de gastroenterologia. Então, eu vejo todos os pacientes internados na enfermaria de gastroenterologia de segunda a sexta-feira (E15)”.

“[...] onde eu sou responsável pelos pacientes, pelo atendimento ao paciente na parte médica, ou atendo com os residentes internos e, às vezes, alguns alunos, onde eles atendem em separado os pacientes e eu faço a orientação (E16)”.

- ✓ Consulta de enfermagem; Procedimentos de enfermagem;

“[...] a consulta de enfermagem, administração de medicamento [...] (E2)”.

“[...] “faço algumas glicemias quando solicitado, medida de pressão, ajudo no teste ergométrico (E3)”.

“[...] a gente confere medicações, tem a parte burocrática da evolução; a gente presta assistência no todo [...] (E8)”.

- ✓ Supervisão de enfermagem;

“[...] a gente faz a divisão dos técnicos de enfermagem[...] (E11)”.

“[...] gerenciar a parte técnica e toda a logística, incluindo tudo o que envolve o paciente, isso, primeiramente, passa por mim, desde exames a transferências, internações, intercorrências (E13)”.

✓ Visita no leito ao usuário internado;

“[...] a gente recebe o plantão da noite; eles passam as demandas [...], faz a visita de enfermagem para ver os pacientes [...] (E11)”.

“[...] vamos no quarto, vemos como eles estão e falamos que iremos voltar depois para retirar a medicação, etc.(E12)”.

✓ Serviços considerados administrativos;

“Tem um indicador que a gente preenche também, tem vários indicadores que a gente tem que alimentar. Além das evoluções, têm esses indicadores (E11)”.

✓ Triage e avaliação nutricional;

“Eu faço triagem nutricional para conseguir identificar os pacientes que estão com risco. Depois que eu identifico esses pacientes, eu atendo todos eles com avaliação nutricional (E10)”.

✓ Avaliação socioeconômica;

“[...] atendimento direto ao usuário, com avaliação socioeconômica e atendimento dos familiares (E14)”.

E por fim, uma atividade que podemos considerar colaborativa: Organizar informações e informar usuários, familiares e membros da equipe, dar um retorno sobre as intervenções realizadas, ou o que se acha oportuno realizar, ouvindo e colaborando respeitosamente como um membro da equipe (IPEC, 2011).

✓ Discussão de casos, com o intuito de avaliar as condutas em relação ao tratamento do usuário;

“Na terça feira, às vezes 10h30, a gente tem discussão de caso com a equipe da gastro, que é multi [...] (E4)”.

“Discussão de casos, a gente conversa entre equipe sobre os pacientes, sobre a evolução deles. [...] um caso ou outro, a gente sempre arranja um tempo durante o trabalho (E8)”.

“[...] por meio da visita multiprofissional (terça-feira), onde são discutidos todos os casos e a partir daí a gente define, uma conduta, um plano terapêutico, um projeto de atendimento para cada paciente internado (E14)”.

Assim, as atividades que demandam competências comuns, complementares e colaborativas, são essenciais para o bom funcionamento do ambiente de trabalho e atenção a saúde dos usuários.

Figura 1. Caracterização dos profissionais

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa (2022).

6.2 PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE INTERPROFISSIONALIDADE E SUA RELAÇÃO COM A ATENÇÃO AO ALCOOLISTA, NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS

A colaboração interprofissional é interpretada como um movimento a partir do uni/multiprofissional para o interprofissional (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016). Segundo D'Amour *et al.* (2005), a colaboração implica a ideia de compartilhamento e de uma ação coletiva, orientada por objetivos comuns, no espírito de confiança e harmonia entre os membros de uma equipe de trabalho. São profissionais de diferentes áreas que querem trabalhar juntos para prover a melhor atenção à saúde aos usuários, mas ao mesmo tempo reconhecem que têm seus próprios interesses e querem reter algum grau de autonomia (D'AMOUR *et al.*, 2008).

Na prática colaborativa os profissionais buscam reduzir a competição e substituir o desequilíbrio nas relações de poder no cuidado em saúde por relações de parceria interprofissional e responsabilidade coletiva (PEDUZZI; AGRELLI, 2018).

Para que os profissionais de saúde efetivamente colaborem e melhorem os resultados na saúde, dois ou mais deles, com diferentes experiências profissionais, devem em

primeiro lugar ter oportunidades de aprender sobre os outros, com os outros e entre si (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Alguns profissionais entrevistados percebem a colaboração interprofissional como uma troca de conhecimento/saberes, cooperação, interdependência entre os profissionais.

“Eu acho que essa colaboração interprofissional são as trocas de conhecimento, de saber, para questões principalmente complexas. [...] tanto a discussão de caso ou de alguma informação que não foi pega por outro profissional da equipe [...] (E2)”.

“Interprofissional é quando eu vou no paciente, consigo pegar um pouquinho daquilo tudo que eu aprendi nessa visita da psicóloga, da assistente social, de entender o contexto social que ele vive, ou da doença que o médico também está tratando e tento inserir nele para além do meu cuidado, eu consigo ter uma visão de um todo (E10)”.

“No momento em que estou fazendo meu atendimento, o enfermeiro, o serviço social, a psicóloga, entendem o que eu estou fazendo e, igualmente, quando ela estiver fazendo atendimento, eu entendo tudo o que ela quer e tudo o que ela precisa. Muito diferente do multi profissionalismo [...]. Ou seja, quando eu preciso de um fisioterapeuta, chamo a fisioterapia que vai agir (E16)”.

“Já aconteceu uma vez, eu lembro de um paciente que escarrou. Aí na hora eu já lembrei da Fisio: “coloca aqui pra ver; tem catarro? qual é a cor? você tirou?” [...] (E10)”.

Aprender com o outro requer comunicação eficaz, o que Merhy e Feuerwerker (2016), consideram uma tecnologia leve, que permitem a produção de relações, o interesse e a construção de vínculos de confiança.

Outros, percebem a colaboração como ter bom relacionamento interpessoal com a equipe ou ser atencioso com pacientes. Esses quesitos devem estar presentes no trabalho interprofissional, porém a colaboração interprofissional vai além, como relatado anteriormente.

“É a colaboração entre os profissionais do seu setor e do seu local de trabalho e da equipe. [...] É uma conversa que tem que ser mantida, [...], para que haja um consenso, uma compreensão do que está acontecendo, seria uma troca de informações. [...]. Você tem condições de passar as informações tanto para um chefe como para um colega (E3)”.

“[...] a minha forma de colaborar é, por exemplo: acolher um paciente de uma forma diferente, não deixar que eles passem por constrangimento lá fora, levando a demanda do paciente o mais rápido possível para o médico, para a gente poder resolver logo. [...] (E9)”.

“Colaboração é eu tentar interferir nesse processo de alguma maneira, né? Na minha posição, é como se fosse uma ajuda mesmo. Eu tento interferir nesse processo (E9)”.

“No nosso caso, nossa equipe é bem colaborativa entre nós. [...] fazer essa entrevista contigo e meu colega de profissão se prontificou a cuidar do meu paciente. [...] A gente é assim, a gente é solícito entre si (E12)”.

E uma parcela significativa dos entrevistados, percebem a colaboração interprofissional como multiprofissionalidade, sendo que esta retrata uma justaposição de diversas disciplinas e cada profissional atuará de acordo com o seu saber especializado; o processo terapêutico é fragmentado (ALVARENGA *et al.*, 2013).

“Acredito que seja a forma que a gente trabalha aqui mesmo, que é com a equipe multi: serviço social, fisioterapia, equipe médica, enfermagem (E5)”.

“Eu acho que não existe “colaboração”. [...] Todos nós somos responsáveis pelo paciente como um todo, cada um dentro da sua área de saber, [...]. Eu usaria o termo coparticipação [...] (E7)”.

“Tipo multidisciplinar, entre profissionais diferentes. É um trabalho de continuidade, de apoio, um profissional com outro, para poder prestar assistência àquele paciente; várias áreas cuidando daquele paciente (E8)”.

“Da medicina é em relação a ter alguma intercorrência, você solicitar, e ela estar de prontidão. Da nutrição, é uma correção de dieta, você solicitar e eles verificarem. Tipo, o paciente não quer café com leite, ele quer separado. A gente aborda a nutrição e eles corrigem. Eles trazem separado (E12)”.

A maior parte dos profissionais percebe a colaboração interprofissional como multiprofissionalidade ou ter bom relacionamento interpessoal com a equipe, ser atencioso com o paciente. Sendo que dos profissionais que percebem como troca de conhecimento, cooperação e interdependência entre os saberes, em sua grande maioria tem formação de nível superior. Isso demonstra que profissionais de nível médio, muitas vezes, não compartilham das mesmas experiências em equipe como os de nível superior.

A ausência de aperfeiçoamento, acarreta a confusão/desconhecimento por parte dos profissionais sobre a colaboração interprofissional. Isto pode prejudicar a implementação das relações interprofissionais nas práticas em saúde (CEBALHO, 2022).

Essas percepções sobre a colaboração interprofissional também se relacionam com a forma que o profissional diz ser adequado à atenção à saúde do usuário alcoolista no HUCAM.

Em sua grande maioria, os entrevistados acreditam que o alcoolismo deve ser entendido como doença e ter uma atenção integral a sua saúde, caracterizada como atendimento multiprofissional, durante sua permanência no âmbito do HUCAM e após sua alta.

“Acho que deve envolver toda a equipe multi, a família do paciente, o serviço social. Acho que faz parte de todo o contexto para poder abordar esse paciente (E5)”.

“[...] ter uma assistência diferenciada, porque não é só o fisiológico que está envolvido no paciente que é alcoolista. Tem toda uma questão social muito mais ampla [...]. Então, a gente precisa acionar outros profissionais para ajudar a gente, [...] uma abordagem multiprofissional, pra entender o contexto do paciente, não só o fato dele estar aqui por alguma consequência do alcoolismo ou pelo alcoolismo em si (E7)”.

“É muito complexo. [...] A maioria envolve muita questão social. Às vezes ele chega debilitado, nós conseguimos alinhar esse paciente e sanar as comorbidades dele, mas ele não tem continuidade em casa, então fica complicado. Ele volta para casa e começa a beber de novo. O ciclo recomeça. A gente enxuga gelo às vezes [...] (E13)”.

“[...] o alcoolismo é uma doença como qualquer outra, com as mesmas facilidades e dificuldades, [...]. Então, é esta nossa função: tratar o indivíduo integralmente, olhar a família, olhar os contextos anteriores; e nós trabalhamos com uma coisa anterior, sobre a Classificação de Lesch, para tentar identificar o alcoolista [...] (E16)”.

A atenção ao usuário alcoolista deve envolver o acolhimento, sem julgamento, o que é possível em cada situação, com cada usuário, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento, participação e atenção também ao familiar. Isto se dá através do estabelecimento de vínculos, da construção da corresponsabilidade e de uma perspectiva ampliada da clínica, transformando os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo das situações ligadas ao problema (BRASIL, 2003).

A atenção centrada no usuário também constitui o movimento das equipes de incluir os usuários e suas famílias como protagonistas e participantes da equipe interprofissional, proporcionando assim uma colaboração interprofissional efetiva (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Os profissionais, porém, não relacionaram que incluir o usuário e o familiar neste processo de tratamento e recuperação é praticar a colaboração interprofissional. Mas sabem que usuários e familiares devem ser ouvidos e considerados neste processo, isso é reflexo da tentativa de praticar a integralidade da assistência no âmbito do SUS.

“Porque geralmente são pacientes que são meio que discriminados, em outros serviços ou pela própria família. Então, [...] a partir do momento que eles percebem que estão num ambiente onde estão sendo acolhidos, onde as pessoas estão fazendo alguma coisa por eles, que eles estão, [...], recebendo um tratamento adequado e as pessoas estão preocupadas com eles, isso ajuda bastante no tratamento e na adesão dele (E1)”.

“[...] ele acha que vai ser “subtratado” porque ele é alcoolista. [...] e toda a equipe, o acolhe, a gente mostra que a gente acredita nele. E aí eu sinto que todos esses pacientes que a gente conseguiu acolher e às vezes trazer a família de volta, eles ganham fôlego para querer, eles sempre saem daqui falando que não querem mais beber. [...] A gente queria muito que esse sucesso continuasse lá fora (E7)”.

“Eu acho que o olhar diferenciado da equipe para ele e para o seu familiar, porque a família sofre. O acompanhante que vem, sofre [...] (E9)”.

“[...] a gente sempre trabalhou, o que é a compreensão do alcoolismo como doença, das causas e consequências dentro da vida dele, dessa avaliação de se ele percebe perdas na vida relacionadas, se ele tem o desejo de realizar o tratamento, então isso faz toda diferença [...] essa decisão pelo tratamento e aí sim, a gente vai conseguindo (E14)”.

Assim, o fato de o usuário reconhecer que tem uma doença, perceber a enfermidade e sofrer de alguma forma com as incapacidades ou comprometimentos advindos dessa doença, auxilia no que conhecemos como prevenção terciária, ou seja, existe um consenso entre profissionais de saúde e usuário quanto a presença de uma enfermidade e todos tem como objetivo a reabilitação e reinserção deste na sociedade (DEPALLENS, 2020).

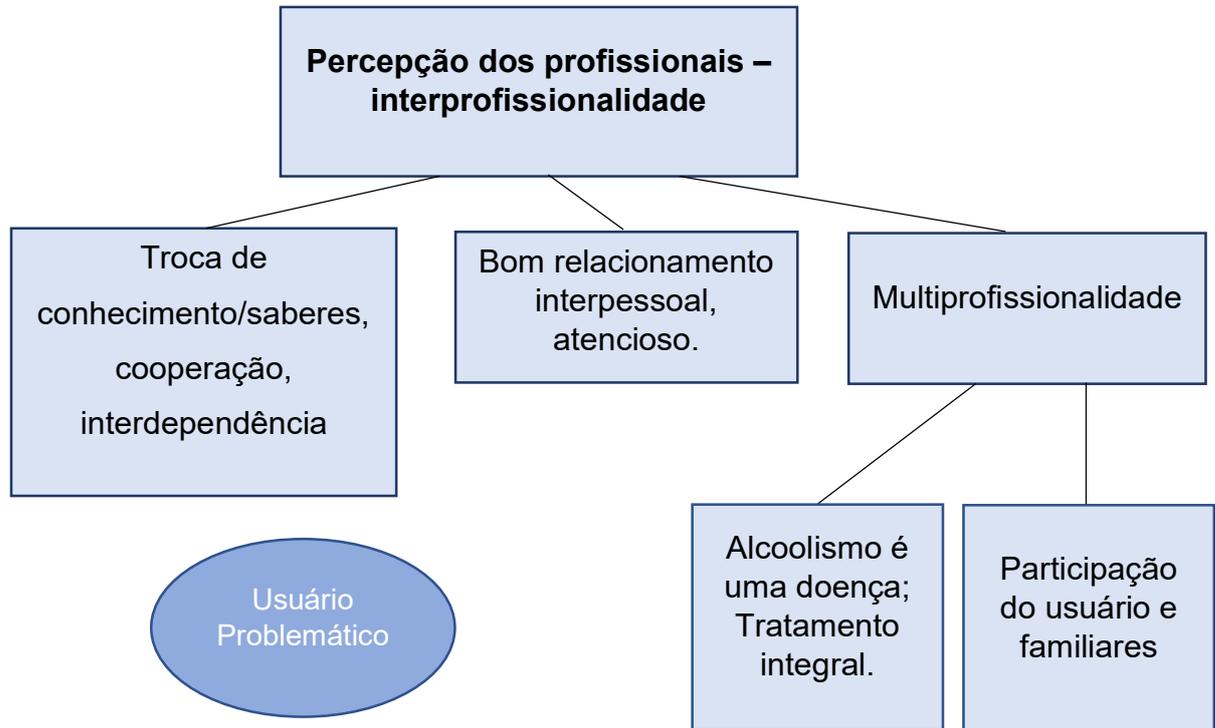
O processo de cuidado de um usuário alcoolista é complexo, alguns profissionais podem não se adaptar neste ambiente e assim enxergam este usuário como “problemático”.

“[...] são pacientes complexos. [...] É muito difícil lidar com esse tipo de paciente aqui. Geralmente, eles querem evadir o tempo todo, querem fugir pelo elevador. Geralmente, quando tem um paciente, é um paciente problemático nesse sentido [...]. Quando dá abstinência nele, nada o segura (E11)”.

“E quando fica aqui é porque a assistente social fica na cola deles. Mas assim, a família, na verdade, quer um descanso (E11)”.

A atenção ao usuário alcoolista envolve a responsabilização de toda a equipe e uma corresponsabilização/participação do usuário neste processo. Implica no estabelecimento de um vínculo entre profissionais e usuários e profissional com profissional em favor do sucesso desse tratamento, que trará melhores condições de saúde, melhores relações sociais e familiares e restaura a dignidade como ser humano, além de benefícios à saúde coletiva como um todo.

Figura 2. Percepção sobre interprofissionalidade e atenção ao alcoolista



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa (2022).

6.3 FATORES FACILITADORES E PREJUDICIAIS A INTERPROFISSIONALIDADE: DIMENSÕES DA TIPOLOGIA D'AMOUR

A tipologia de D'Amour surgiu de pesquisas realizadas pelo grupo de acadêmicos da Universidade de Montréal, no Canadá, sendo validada em 2008. Ela apresenta quatro dimensões (que se subdividem em 10 indicadores), a partir das quais os aspectos da colaboração podem ser analisados e avaliados. Essas quatro dimensões se influenciam mutuamente e estão sujeitas também à influência de fatores externos e estruturais, como aspectos políticos, questões de financiamento, disponibilidade de recursos, porém, juntas, conseguem capturar o processo inerente à colaboração interprofissional (ARRUDA *et al.*, 2018).

6.3.1 Objetivos

O objetivo com maior probabilidade de reunir as partes interessadas é o de promover o cuidado centrado no paciente. Dar resposta às necessidades dos clientes torna-se assim um objetivo central com o qual todos podem concordar. Quando os objetivos

compartilhados não são negociados, o risco é que surjam interesses privados, resultando em comportamento oportunista e uma concomitante perda de foco na colaboração centrada no cliente (D'AMOUR *et al.*, 2008).

Portanto, a prática comunicativa na atenção à saúde inclui a perspectiva de participação dos usuários, família e comunidade na construção do referido projeto comum de resposta às necessidades de saúde (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Nesta dimensão observa-se que o elemento facilitador principal é o cuidado centrado no paciente e sua família.

“A gente discute em equipe, mas escuta e trabalha com ele também (usuário). [...] a gente tem que fazer uma investigação da história dele para buscar uma estratégia que ele possa estar tentando a mudança e evitando recaídas (E4)”.

“O tratamento do familiar, junto com o paciente, é essencial no bom desenvolvimento da situação. [...]. É importante o envolvimento e o aprendizado do familiar, do que é a verdadeira doença alcoolismo, [...]. Se você não faz o atendimento integrado, você passa a ter risco de não ter bom resultado (E16)”.

Como elemento dificultadores temos a necessidade de ajustes de interesses (centralização de poder), o fazer somente o que cabe aquela categoria profissional, aguardar ser solicitado por outra profissão e em alguns casos a limitação da participação do usuário em seu tratamento.

“Eu acho isso ridículo, acho que tem que interagir! Tudo é “só se o médico prescrever” ou se a gente estiver chamando... Eu percebo que falta essa rotina [...] A gente tenta pedir, mas tem uns falam assim: “se prescrever, eu atendo” ou “se tiver parecer...”. Fica coisa muito engessada (E11)”.

“Quando o paciente tem condições de participar, ele participa das ações (E6)”.

“[...] , mas é uma coisa que a gente lida com uma certa frequência. Você deu o seu posicionamento, passou aquilo pra equipe, mas você vê que parou ali onde você falou, não teve sequência. [...]. E isso muitas vezes desmotiva o trabalho da gente (E5)”.

Estas facilidades e dificuldades apresentadas pelos participantes da pesquisa, mostram que a colaboração interprofissional não está enraizada, fortalecida, mas já apresenta algumas atitudes positivas, necessitando de serem melhor trabalhadas para que alcancem o desenvolvimento ativo da colaboração entre os profissionais.

Uma das formas de melhorar estas atitudes colaborativas é através da educação permanente no trabalho, na constante qualificação do indivíduo que pode ser

realizada por um setor responsável por estas demandas na organização ou por entidades externas. Estes momentos, são espaços democráticos e participativos de socialização e disseminação de informações, produção de conhecimentos e planejamento de ações (OLIVEIRA; SILVA, 2020).

6.3.2 Internalização

A internalização tem como um de seus indicadores a convivência mútua, em que os profissionais devem se conhecer pessoalmente, (significa conhecer os valores e o nível de competência de cada um), e profissionalmente, (significa conhecer o quadro de referência disciplinar do outro, a abordagem do cuidado e o escopo da prática), para desenvolver o sentimento de pertencimento a um grupo e conseguir estabelecer objetivos comuns. Outro indicador é a confiança, quando os profissionais confiam nas competências uns dos outros e na capacidade de assumir responsabilidades (D'AMOUR *et al.*, 2008).

Uma parte dos profissionais afirmaram que se sentem valorizados e inseridos nessa equipe de cuidado aos alcoolistas, que tem um histórico dentro da instituição.

“Eu me sinto muito inserida. Eu acho que eles me respeitam, acho eles maravilhosos [...] eles perguntam a opinião, respeitam a opinião. A gente está sempre inserido. “Olha, eu vou ter que dar uma alta agora e a alta vai ser assim, o que você acha?” Aí eu respondo. (E10)”.

“Eu também sempre valorizei e me senti muito valorizada de estar em uma equipe que é a enfermaria de gastroenterologia, e o programa de atendimento ao alcoolista, que valoriza muito o trabalho interprofissional, [...] (E14)”.

“[...] que o ponto bom é o respeito que a gente tem, a história do serviço, de trabalhar com a alcoolista que vem desde a década de 1980. É um histórico que a gente tem. O relacionamento interpessoal é ótimo(E15)”.

Também, em nenhum momento os profissionais relataram sentirem-se desrespeitados em seu local de trabalho.

“Falta de respeito acho que não tem. [...]Tem gente que se envolve, pensa mais no paciente, e já tem outros que a gente percebe que não, mas falta de respeito não tem. O pessoal respeita a gente, [...] (E11)”.

Entretanto a sobrecarga de algumas profissões impostas informalmente pelos próprios colegas de outras categorias, a falta de responsabilização pelo cuidado, a ausências de momentos formalizados de encontros, reuniões e o sentimento de não pertencimento a uma equipe multidisciplinar, seja por si próprio ou por exclusão

impostas pelo sistema hierárquico, são fatores que dificultam a colaboração interprofissional.

“[...] a gente é abarrotado por outras demandas do serviço. Provavelmente, todos os profissionais têm essa dificuldade. Então, acaba que isso dificulta o compartilhar o cuidado. E aí acaba que algumas intervenções específicas ficam definidas a determinadas profissões (E2)”.

“Como eu sou a parte que menos participa (técnico de enfermagem), não tem. Porque eu não entro completamente no atendimento deles. Eles não me introduzem no programa deles como uma pessoa que participa (E9)”.

“Quando nós entramos aqui, a enfermagem vai para um lado e só conversa com a enfermagem, [...] Antigamente tinha um quarto, antes da pandemia, que era o “quarto da equipe *multi*”. Só que não tinha enfermeiro, como se enfermagem não fizesse parte da equipe *multi*. (E11)”.

Outro fator abordado por um profissional foi a respeito dos tipos de contratação de profissionais, o que para ele acaba criando divisões na equipe.

“A pessoa se intitula estatutária [...]. Mas, eu também não vou generalizar, porque também tem profissionais da Ebserh que têm essa conduta (sentir-se superior em relação aos colegas e usuários), mas a maioria sobressai [...] esses dois tipos de contrato acabam impactando (E12)”.

Houve relatos em que a falta de confiança na opinião e no trabalho do outro também interferiram na colaboração e demonstram que a valorização profissional só ocorre após conhecer e confiar na competência do outro.

“[...] com o decorrer dos anos, a valorização vem aumentando. [...] é um trabalho de ganhar espaço e também, muitas vezes, de enfrentamento, para você ir ganhando espaço. Os profissionais começam a ver resultados no seu trabalho e vão dando mais confiança. [...]. Hoje, os pacientes chegam a você encaminhado por outros profissionais (E2)”.

“A gente tem livre acesso a equipe, a toda equipe médica, só que a sua opinião nem sempre é validada (E5)”.

“[...] porque se eu consigo resolver, ajudar a interferir nesse processo, eu acho que eles valorizam sim (E9)”.

A internalização no campo desta pesquisa mostrou-se, segundo relatos, com muitas dificuldades para sua concretização.

As hierarquias profissionais criadas no passado por diversos fatores, criam padrões de comunicação disfuncionais. No momento, devemos superar esses padrões, proporcionando uma comunicação ativa e eficaz entre todos os membros da equipe, expressando-se de maneira firme e respeitosa quando tiverem preocupações sobre a

qualidade do cuidado. Aprender a dar e receber feedback oportuno e com confiança melhora o trabalho e o cuidado em equipe (IPEC, 2011).

6.3.3 Formalização

A formalização refere-se a instrumentos para esclarecer papéis e responsabilidades dos profissionais, como acordos inter organizacionais, protocolos, sistemas de informação, etc. A troca de informações refere-se à existência e uso adequado de uma infraestrutura de informação que permita trocas rápidas e completas de informações entre os profissionais, reduzindo assim a incerteza e favorecendo a retroalimentação dos envolvidos no processo de trabalho coletivo (D'AMOUR *et al.*, 2008).

Assim notou-se que a equipe da gastroenterologia tem um dia e horário semanalmente para discussão de casos, que mesmo não parecendo suficiente, traz um momento de interação. Outro fator é a referência desses usuários ao ambulatório ou o inverso para continuidade do tratamento.

Não ter um momento diário e um local para troca de informações é considerado um problema, porém, ressaltamos aqui a resiliência em muitas vezes usarem meios de comunicação próprios para informações e discussão de casos e não perceberem que necessitam destes momentos de trocas formalizados e com meios de comunicação da organização, que facilitem o trabalho destes profissionais, o que na análise final da dimensão causa um impacto.

“[...] por exemplo, se você foi internado na enfermaria, você já recebe alta, já vem nesse acompanhamento. E se você já tem um histórico no PAA, a gente, mesmo que você tenha abandonado o tratamento, a gente faz o agendamento. Nós fazemos agendamento (E2)”.

“Nós temos um grupo de WhatsApp, da gastro, no qual todos os profissionais são inseridos. Qualquer intercorrência com o paciente da gastro a gente sinaliza lá (E13)”.

“Tem sim, às terças-feiras, depois que a gente passa a visita dos pacientes a gente tem uma reunião com a equipe multidisciplinar. [...] E aí a gente discute os aspectos globais do paciente, não só os aspectos médicos, todo o aspecto que pode estar contribuindo de qualquer maneira no adoecimento do paciente (E14)”.

Na dimensão formalização, encontram-se como fatores dificultadores da colaboração interprofissional, a falta de clareza em seu papel e no papel do outro profissional, falta

de rotinas que estabeleçam atividades, reuniões interprofissionais com a inclusão de todas as categorias ou representantes destas (como é o caso dos técnicos de enfermagem e enfermeiros que não podem ausentar-se todos do setor), falta de um sistema unificado para agendamento e evoluções de atendimentos compartilhados e a permanência de profissionais somente no período matutino no setor.

“Até hoje, trabalhando aqui, eu não sei qual é o papel do enfermeiro nesse programa, onde ele atua. [...] eu não sei qual é a atuação dele nesse processo. Não sei porque nunca me passaram (E9)”.

“[...] para essa colaboração, tem uma dificuldade. Tanto cultural, quanto do próprio sistema, que é, se o sistema que a gente usa, [...], se ele pudesse gerar um campo onde você conseguisse colocar um atendimento de vários profissionais, o paciente já sairia daqui com uma marcação única, entendeu? [...] aí no campo dentro do sistema seria uma evolução única da equipe [...], (E2)”.

“[...] , mas geralmente, quando é a questão do acompanhamento do paciente que fica com a gente, a gente tem que poder contar com eles pela manhã; [...] se for assistente social, a gente vai ter que ligar; tem os profissionais da psicologia, a gente tem que procurar... (E6)”.

“[...] a gente tem reunião multiprofissional com o pessoal da gastrologia (uma vez por semana). [...] a gente não consegue tirar os técnicos da assistência, porque o horário da reunião é um horário de medicação, de banho, que é pela manhã. Então, quem costuma ir sempre é o enfermeiro (E7)”.

As relações de colaboração interprofissional encontram-se muito frágeis devido relatos de não haver essa formalização de atividades, protocolos, rotinas na equipe. Assim, essa dimensão encontra-se cercada por conflitos que dificultam as negociações e a comunicação entre os profissionais.

6.3.4 Governança

A dimensão governança, diz respeito às lideranças em níveis central e local, às expertises e ao grau de conexão entre elas (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013), ou seja, as funções de liderança que apoiam a colaboração. A governança orienta e apoia os profissionais na implementação de inovações relacionadas às práticas colaborativas interprofissionais e interorganizacionais (D'AMOUR *et al.*, 2008).

No HUCAM, os atributos de governança mostram-se rígidos em relação a gerência central do hospital.

“Elas já vêm formadas (decisões), porém a gente tem a liberdade de questionar, de falar o nosso ponto de vista. Conforme a conversa for surgindo podemos ter uma mudança, tem-se uma flexibilização ali [...] (E3)”.

“[...] normalmente a gente tem um contato próximo com a chefe da unidade. [...] Mas só que nem todas as decisões são da chefe da unidade. Então tem coisas que já chega da gerência ou até da sede da Ebserh, da maneira que deve ser feita. E aí acaba que a gente, muitas vezes, vê que aquilo não vai ser legal na prática, mas acaba tendo que fazer, porque já foi instituído e acabou (E2)”.

Existe o apoio para o cuidado multiprofissional na área hospitalar, o que não é observado a nível ambulatorial.

“Então falta, eu acho, um pouco de sensibilidade dos órgãos competentes mesmo, não só o Hospital das Clínicas, mas na esfera estadual e federal de montar essa equipe. Acho que toda área médica ainda é muito carente de equipe multi, [...] (E1)”.

“Como o PAA não tem lei que regimenta a equipe mínima do atendimento ambulatorial, o que acontece? A equipe fica fragilizada. E, como eu falei, é interesse até da chefia da unidade, [...]. Só que não depende somente da chefe da unidade. Aí vem a demanda de ter assistência social no programa da bariátrica, então vai tirar da onde? Tira de onde não exige na forma de lei (E2).”

Outro fator que dificulta a colaboração interprofissional é ter uma grande demanda de usuários alcoolistas, com questões muitas vezes complexas, que exigem uma equipe, e ter um número considerado reduzido pelos entrevistados de recursos humanos.

“Eu tenho muito paciente para olhar e às vezes não consigo triar todos. É uma dificuldade. Eu vou, às vezes, pelo que me acionam, como um parâmetro, e não pelo que eu consigo triar. Por exemplo, hoje, estou com 40 (pacientes), posso não dar conta. [...], mas isso é, também, da instituição, pela quantidade de gente que a gente tem (E10)”.

“E eu acho que o ponto que a gente precisa (melhorar) é ter uma equipe multiprofissional mais consolidada. Ou seja, a gente ainda tem um número pequeno de fisioterapeutas no hospital, de psicólogos, de nutricionista. Então, às vezes, essa parte da equipe multi fica muito sobrecarregada (E15)”.

A nível local, do setor, as gerências mostram-se mais abertas a compartilhar decisões e responsabilidades pela prestação de cuidados com os membros da equipe.

“Quem escolhe a quantidade de usuários a serem atendidos no dia, o intervalo entre consultas, quantos pacientes de primeira vez, quantos de retorno, é o próprio profissional (E2).”

“Já na nossa chefia do setor, chefe da unidade, sim, a gente é ouvido, senta e conversa, pergunta, tenta buscar melhoria (E6)”.

A colaboração não pode se estabelecer sem um processo de aprendizagem complementar e sem que a organização envolvida aproveite a experiência interna ou

externa para apoiar esse processo de aprendizagem (D'AMOUR *et al.*, 2008). Os profissionais têm incentivos para a educação permanente, porém não relatam acesso a treinamentos e cursos que incentivem a interprofissionalidade.

“Aí é feito o curso e depois é entregue o documento à chefia da unidade [...]. Mas desde que eu estou aqui, que eu me lembre, de saúde mental ou de álcool e outras drogas, ainda não teve (E2)”.

“[...] o que dificulta: o sistema, formação profissional, incentivo da instituição para manter esse trabalho em equipe e um tempo dedicado para que seja feita realmente essa troca de conhecimento entre equipe, [...]. Hoje em dia, um pensa uma coisa, o outro pensa outra coisa. Algumas vezes coincide e outras vezes diverge (E2).

“Eu acho que a gente é que vai fazendo uma educação continuada com o técnico. [...] Agora, com a gente, tem os treinamentos que eles fazem, [...] de acordo com a demanda da administração, que tem algum ponto que eles querem focar, aí dá o treinamento (E11)”.

O desenvolvimento interprofissional contínuo no local de trabalho, traz mais benefícios e mudanças do que alguns programas ofertados fora da instituição empregadora. Este ambiente, proporciona compartilhar conhecimento durante atendimentos, discussão de casos e reuniões de equipe (BARR; LOW, 2013).

A dimensão governança também traz a conectividade entre os profissionais, que deve ser estimulada e apoiada pela gestão durante todo o processo de trabalho e não somente quando se tem problemas, questões para resolver.

“Mas a gente pensou até em criar esse momento de reunião com a equipe, que também seria superimportante. Só que, como as demandas são grandes, [...], então acaba que a gente faz essa interação meio que de corredor mesmo, durante as consultas; [...] (E1)”.

“Geralmente, a nossa comunicação, como nós lidamos com problemas, é mais para tentar resolver problemas, é mais pontual. Não é para o que pode melhorar etc. [...] É mais: tem esse problema, então o que nós podemos fazer para resolve-lo? Sempre que dá um problema, a gente se reúne para resolver aquele problema. Mas não tem alguma coisa para formular ideias, protocolos. É mais para apagar fogo (E11)”.

Um fator abordado pelos participantes que interfere diretamente no trabalho em equipe é a infraestrutura do local. Ter um ambiente que favoreça diálogos, que facilite a locomoção dos trabalhadores, facilite a troca de informações e agilize as tarefas, favoreceria a atenção aos usuários alcoolista de forma interprofissional.

“[...] aqui as coisas ainda são arcaicas, ainda são morosas. [...] Vou te dar um exemplo. Existe o Sistema GHU, que a gente faz relatório (acho que só está liberado para medicina). [...] A gente está em 2022 [...] e a gente está fazendo relatório na mão. Eu acho isso absurdo. Então, nossos relatórios

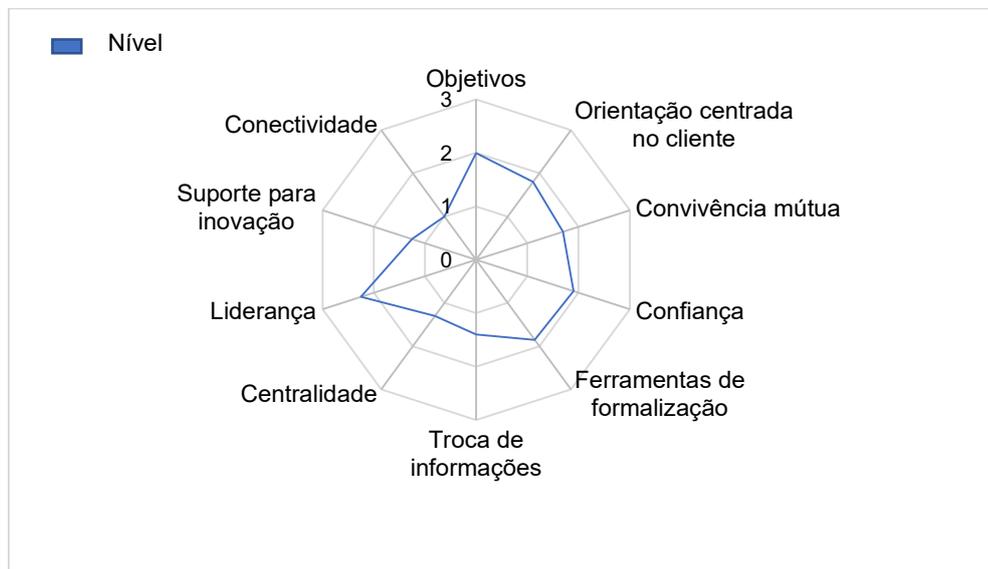
precisam ser sistematizados. A gente perde pelo menos umas 04h em relatório (E12)”

“[...] e espaço físico mais adequado, o que no nosso hospital é um grande problema, para usar o computador, tem que subir e descer; para usar o telefone, tem que subir e descer.... Essa logística impede uma fluidez melhor do trabalho e até uma qualidade de vida melhor para o trabalhador. Tanto na resposta para o paciente, para o familiar, para equipe, mas para a gente como pessoas também (E14)”.

Os entrevistados, ao serem questionados sobre as lideranças e chefias, foram, na maioria dos casos, superficiais. Percebeu-se uma dificuldade em expressar opiniões a respeito da governança.

A dimensão governança mostra que a colaboração interprofissional, na gestão do HUCAM na atenção ao alcoolista é frágil, necessita ser discutida envolvendo os profissionais, gestão central e lideranças para que sejam iniciados protocolos, rotinas e atividades que estimulem a colaboração e conseqüentemente a assistência a estes usuários e a rotina de trabalho desta equipe.

Gráfico 1. Gráfico de Kiviat – Nível de Interprofissionalidade dos profissionais atuantes no PAA e Clínica médica – HUCAM, Vitória - ES, 2022



Legenda: 1 – Nível de colaboração potencial/latente; 2 – Nível de colaboração em desenvolvimento.; 3 – Nível de colaboração ativo.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa (2022).

Dessa forma, a análise das dimensões da colaboração interprofissional realizada através do relato dos entrevistados, nos permite inferir que ela acontece de forma semelhante nas dimensões objetivos e visão compartilhada, internalização e formalização, estando desenvolvendo algumas atitudes colaborativas, mas que ainda precisam ser melhoradas através de processos de negociação que produzam

consenso. Já a dimensão governança foi a que mais demonstrou dificuldade em ser colaborativa, sendo relatado diversos conflitos e dificuldades que ainda precisam ser superados.

7 CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa evidenciam que os profissionais que atuam na atenção aos usuários alcoolistas no HUCAM, em sua grande maioria, possuem vários anos de experiência profissional, formação e atuação naquele serviço, o que não significou um fator relevante na colaboração interprofissional, visto que por não terem tido esta oportunidade durante seus cursos de formação, tendo uma educação fragmentada em disciplinas, e também durante o percurso profissional, existe essa dificuldade de entendimento sobre o assunto, ocasionando a compreensão frágil e confusa, associando o termo a multiprofissionalidade, como se fossem iguais.

A minoria dos profissionais apresentou uma compreensão que se aproxima da colaboração interprofissional quando expressam que esta envolve uma troca ou compartilhamento de conhecimento e saberes.

Também relatam a importância do cuidado centrado no usuário e família, com o compartilhamento de responsabilidades, porém não relacionam estes fatores com a interprofissionalidade.

Para melhorar esta compreensão dos profissionais sobre o trabalho interprofissional, vê-se a necessidade de educação permanente no serviço e uma gestão que tenha estes princípios pautados em suas prioridades de governança, auxiliando no desenvolvimento destas competências colaborativas no trabalho em saúde, visto que esta é uma lacuna que vem desde a formação destes profissionais. Outro fator a ser trabalhado nesta equipe é a oferta de educação no trabalho sobre a temática álcool e drogas, pois os profissionais relatam não terem sido ofertados estes momentos.

Uma das formas de proporcionar maior colaboração entre a equipe é melhorar a comunicação. Os profissionais veem como primordial a troca de informações, porém necessitam de espaços, agendas, protocolos e meios de comunicação. Observou-se a insuficiência destes dispositivos organizacionais institucionalizados para estimular e apoiar a colaboração interprofissional. Quando estes espaços de discussão, troca de conhecimento e aprendizado não ocorrem, os profissionais aparentam ter mais dificuldade no sentimento de pertencimento a uma equipe.

Portanto, esta compreensão da colaboração interprofissional deve-se ao fato de essa não ser uma prática instituída no serviço, uma vez que se percebe como pilar da atenção ao usuário alcoolista a prática multiprofissional. Gestores e profissionais devem estar empenhados para promover a saúde destes usuários, passando de uma prática fragmentada de cuidado, para uma prática que atenda as necessidades complexas do alcoolista em seus aspectos biopsicossociais.

É necessário também, proporcionar aos futuros profissionais, uma educação interprofissional, práticas em serviço colaborativas, assim, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) serão fortalecidos na assistência. Por tratar-se de um hospital universitário, é grande a capacidade de organização de um serviço colaborativo entre as diversas profissões que compartilhe o aprendizado e atenção integral.

Destaca-se como limitações do estudo o fato de ser uma pesquisa qualitativa e alguns participantes trazerem de forma superficial, mesmo que estimulados a falarem, aspectos que muitas vezes causam desconforto, como foi o caso quando abordados sobre a gestão/lideranças. O fato de também não ter tido um momento de observação da realidade, de como é a dinâmica do trabalho, e não ter tido como participante deste estudo também o usuário do serviço, foi limitante, pois não permitiu uma comparação das falas dos participantes com o que teria sido observado na prática e na percepção do usuário.

Por fim, este estudo abre caminhos para pesquisas futuras, traz questões que podem ser melhor esclarecidas, principalmente abordando diretamente sobre as dimensões da colaboração interprofissional em ambientes de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>. Acesso em: julho 2020.

ALMEIDA, R. G. S.; TESTON, E. F.; MEDEIROS, A. A. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. especial 1, p. 97-105, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S108>. Acesso em: novembro 2021.

ALVARENGA, J. P. O.; et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: Vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 7, n. 10, p. 5944-5951, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i10a12221p5944-5951-2013>. Acesso em: junho 2022.

ARRUDA, G. M. M. S.; et al. O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, supl. 1, p. 1309-1323, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0859>. Acesso em: novembro 2021.

ARRUDA, L. S. M.; MOREIRA, F. C. O. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 199-210, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0613>. Acesso em: agosto 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70. Ed. São Paulo: Almedina, 2016.

BARR, H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 12, n. 2, p. 181-187, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561829809014104>. Acesso em: julho 2022.

_____. **Interprofessional education today, yesterday and tomorrow: a review**. Centre for the advancement of Interprofessional Education. Fareham: CAIPE, 2002. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h>. Acesso em: julho 2022.

_____; LOW, H. **Introdução à Educação Interprofissional**. Centro para o avanço da educação interprofissional. Tradução: José Rodrigues Freire Filho. Fareham, Inglaterra. 2013. Disponível em: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intro_eip_po.pdf. Acesso em: julho 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: julho 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: outubro 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004b. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: outubro 2020.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//resolucao-cns-466-12.pdf>. Acesso em: outubro 2020.

_____. **Saúde mental no SUS cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial**. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília, p. 156. 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2016b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: outubro 2020.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 580, de 22 de março de 2018**. Regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2018a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: outubro 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_e_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: outubro 2020.

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: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>. Acesso em: junho 2022.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, n. 1, p. 1325-1337, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0186>. Acesso em: outubro 2020.

CEBALHO, M. T. O.; et al. Trabalho interprofissional em saúde mental: compreensão dos profissionais e o cotidiano de trabalho. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 36, e. 46762, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/46762>. Acesso em: julho 2022.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 2, p. 1736-1749, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>. Acesso em: outubro 2020.

CHECO, G. B. Contribuições teóricas da sociologia das organizações: O Ator e o Sistema de Crozier e Friedberg. **Gestão & Políticas Públicas**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 379-384, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2237-1095.v8p379-384>. Acesso em: julho 2022.

CORDEIRO, K. P. A.; et al. Alcoolismo: impactos na vida familiar. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 84-91, mar., 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.168374>. Acesso em: outubro 2021.

D'AMOUR, D. et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 19, supl. 1, p.116-131, mai., 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>. Acesso em: outubro 2021.

_____; et al. A model and tipology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, London, v. 8, n. 188, p. 1-44, 2008. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188>. Acesso em: outubro 2021.

DEPALLENS, M. A.; et al. Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. 1, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190584>. Acesso em: julho 2022.

FRANÇA, T.; et al. PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 2, p. 286-301, out., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S220>. Acesso em: novembro 2021.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. Disponível em: <https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp->

[content/uploads/sites/151/2017/10/11PSF-contradicoes.pdf](#). Acesso em: outubro 2021.

FURTADO, P. J. Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 1-11, jan./abr., 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v1i1.68439>. Acesso em: março 2020.

GABOURY, I.; et al. Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: key components. **Social Science & Medicine**, London, v. 69, n. 5, p. 707-715, set., 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.048>. Acesso em: março 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **PNS 2019**: Cai o consumo de tabaco, mas aumenta o de bebida alcoólica. Texto disponibilizado em 18 de novembro de 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29471-pns-2019-cai-o-consumo-de-tabaco-mas-aumenta-o-de-bebida-alcoolica>. Acesso em: 15 novembro 2021.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE (IPEC). Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. **Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel**. Washington, DC. 2011. Disponível em: <https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/ccrpt05-10-11.pdf>. Acesso em: julho 2022.

JOMAR, R. T.; et al. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre adultos usuários de serviço de atenção básica do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 01, p. 27-37, jan., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.2009>. Acessado em: outubro 2020.

LOPES, A. P. A. T.; et al. Alcoholic beverage abuse and its relationship in the family context. **Psicologia Social Comunitária e Saúde Mental**, Natal, v. 20, n. 01, p. 22-30, jan./mar., 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150004>. Acesso em: junho 2022.

LOPES, L. L. T.; et al. Ações da equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1702-1709, nov./dez., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0760>. Acesso em: outubro 2020.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; SOUZA, G. W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 775-781, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500013>. Acesso em: julho 2020.

MATOS, J. C.; MONTEIRO, C. F. S. Cohabitation versus alcoholism: analyzing the daily life of the relatives. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 12, p. 1623-1637, 2015. Disponível em: Acesso em: junho 2022. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rqs/article/download/2970/2670/5215>.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 173-186, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100016>. Acesso em: setembro 2021.

MEDINA, J. **Hospital universitário Cassiano Antônio Moraes completa 50 anos**. Texto disponibilizado em 15 de dez. 2017. In: UFES. Disponível em: <https://www.ufes.br/conteudo/hospital-universit%C3%A1rio-cassiano-antonio-moraes-completa-50-anos>. Acesso em: 17 outubro 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy, E. E.; Baduy, R. S.; Seixas, C. T.; Almeida, D. E. S.; Slomp Júnior, H. (Orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes** (pp. 61-74). Rio de Janeiro: Hexis, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/267993391_Novo_olhar_sobre_as_tecnologias_de_saude_uma_necessidade_contemporanea. Acesso em: julho 2022.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OANDASAN, I.; et al. **Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice**. Ottawa: Health Canada, 2004. Disponível em: http://catalogue.iugm.qc.ca/GED_IUG/194662491284/Interdiscipline.PDF. Acesso em: outubro 2021.

OGATA, M. N.; et al. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>. Acesso em: julho 2022.

OLIVEIRA, R. A.; SILVA, W. L. Educação Permanente e a construção de trajetórias profissionais. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 14, n. 10, p. 81-95, out. 2020. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/educacao-permanente>. Acesso em: julho 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: OMS; 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf/view>. Acesso em: setembro 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal**. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington, D.C.: OPAS; 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34370>. Acesso em: julho 2021.

- PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 2, p. 1525-1534, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em: setembro 2021.
- PEREIRA, J. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 6, p.627-635, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800086>. Acesso em: novembro 2021.
- REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>. Acesso em: novembro 2021.
- SECRETARIA DA SAÚDE. **Plano estadual de saúde 2020-2023**. Vitória, 2019. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20PES%20-2020-2023.pdf>. Acesso em: novembro 2021.
- SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (SENAD). **Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2**. 7ª ed. Brasília, 2014. Disponível em: https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2016/03/SUP7_Mod2.pdf. Acesso em: abril 2020.
- SIQUEIRA, M. M.; et al. (Orgs.). **Síndrome de Dependência Alcoólica: da teoria à prática**. Vitória: EDUFES, 2013.
- TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 6. Ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
- VARGAS, A. F. M.; CAMPOS, M. M. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1041-1050, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.34492016>. Acesso em: junho 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Neurociência de consumo e dependência a substâncias psicoativas**: resumo. World Health Organization, Genebra, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva, Switzerland, 2010. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=EB00E184003CAA2EBFFA280D40777A8A?sequence=1. Acesso em: outubro 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Relatório Global sobre Álcool e Saúde**. World Health Organization. Luxemburgo, 2018. Disponível em: <https://cisa.org.br/index.php/pesquisa/dados-oficiais/artigo/item/71-relatorio-global-sobre-alcool-e-saude-2018>. Acesso em: novembro 2021.

YAN, J.; GILBERT, J.; HOFFMAN, S. World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 21, n. 6, p. 588-589, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820701775830>. Acesso em: julho 2021.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ARRUDA, L. S. M.; MOREIRA, F. C. O. **Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre o Núcleo de Atenção ao idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**. 2016. 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/18980/ve_Liziene_de_Souza_ENS_P_2016.pdf;jsessionid=517AF4C35C2379FA9A485B144BD30974?sequence=2.

Acesso em: agosto 2021.

CARVALHO, M. F. A. A. et al. Equipe colaborativa sob o escopo interprofissional fortalecendo a integralidade na atenção psicossocial. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. 1-16, 2020. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5762>. Acesso em: outubro 2020.

DIAS, M. S. A. et al. Colaboração interprofissional no Projeto Saúde e Prevenção na Escola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1789-1798, 2016. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08112016>. Acesso em: setembro 2021.

FOLHA INFORMATIVA ÁLCOOL. **Opas Brasil, 2019**. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5649:folha-informativa-alcool&Itemid=1093. Acesso em: 17 de outubro de 2020.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 227-237, abr./jun., 2015. Disponível em:

<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200005>. Acesso em: outubro 2020.

SOARES, M. H. et al. Impact of brief intervention and art therapy for alcohol users.

Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, n. 6, p. 1485-1489, 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0317>. Acesso em: novembro 2021.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; LUÍS, M. A. V. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 73-79, 2010. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100012>. Acesso em: setembro 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

- 1 – Fale-me sobre sua agenda, ações, planejamentos e práticas aqui.
- 2 – Como você acha que deve ser a atenção a pessoa alcoolista?
- 3 – Para você, o que é colaboração interprofissional?
- 4 – Fale sobre a sua percepção a respeito da colaboração interprofissional no seu local de trabalho.
- 5 – Comente sobre os pontos fortes do trabalho em equipe aqui.
- 6 – Comente sobre as fragilidades do trabalho em equipe aqui.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

1. Gênero
 - a. Masculino
 - b. Feminino
 - c. Outro
2. Idade: _____
3. Qual o seu vínculo no HUCAM?
 - a. Ufes
 - b. Ebserh
 - c. Sesa
 - d. Outro. Qual? _____
4. Qual sua função profissional dentro do Hucam?
 - a. Atendente de clínica
 - b. Assistente social
 - c. Auxiliar de enfermagem
 - d. Enfermeiro
 - e. Farmacêutico
 - f. Fisioterapeuta
 - g. Médico
 - h. Nutricionista
 - i. Recepcionista
 - j. Técnico de enfermagem
 - k. Técnico de laboratório
 - l. Outro. Qual? _____
5. Seu local de trabalho é:
 - a. PAA
 - b. Clínica médica do 2º andar
 - c. Ambos
6. Quanto tempo atua no PAA ou na clínica médica do 2º andar? _____

7. Formou-se em instituição
 - a. Pública
 - b. Privada
 - c. Não possuo curso técnico ou nível superior
 - d. Outra. Qual? _____
8. Quantos anos de formado (a)? _____
9. Possui algum curso de especialização ou residência?
 - a. Não
 - b. Sim
 - c. Em andamento
10. No campo da saúde mental, álcool e outras drogas, você possui:
 - a. Especialização
 - b. Residência (médica, uni ou multiprofissional)
 - c. Curso de extensão
 - d. Não possuo cursos na área
 - e. Curso/especialização/residência em andamento
 - f. Outro. Qual? _____
11. Sua carga horária no Hucam é exclusiva para atividades no PAA e/ou na clínica médica do 2º andar?
 - a. Não
 - b. Sim
12. Você possui outro emprego além do Hucam?
 - a. Não
 - b. Sim
13. Se sim para a anterior, com presença de profissionais de saúde de formação profissional diferente da sua?
 - a. Não
 - b. Sim
14. Na graduação chegou a participar de grupos de pesquisa ou projeto de extensão com acadêmicos de saúde de cursos diferentes do seu?
 - a. Não
 - b. Sim

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO AO ALCOOLISTA: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE” devido a desenvolver o cuidado na assistência no Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) ou na Clínica Médica do 2º andar do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Sua participação poderá ajudar a compreender as percepções dos profissionais sobre a colaboração interprofissional na atenção às pessoas alcoolistas.

JUSTIFICATIVA: Esta pesquisa irá proporcionar o conhecimento das percepções dos profissionais sobre a colaboração interprofissional na atenção às pessoas alcoolistas, bem como identificar os elementos facilitadores e dificultadores da colaboração interprofissional, na perspectiva dos profissionais, oferecendo assim, subsídios para gestores no planejamento de ações com o intuito de melhoria da atenção à saúde no PAA e no SUS e da gestão do trabalho em equipe.

OBJETIVO: Compreender as percepções dos profissionais sobre a colaboração interprofissional na atenção às pessoas alcoolistas do Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam).

DESENHO DO ESTUDO: Trata-se de um estudo exploratório-descritivo qualitativo. Para os profissionais de saúde que aceitarem participar desse estudo será realizada uma entrevista semiestruturada. No caso desse estudo, profissionais de saúde que desenvolvem o cuidado aos pacientes dependentes de álcool no PAA e na Clínica Médica do 2º andar do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam). As entrevistas serão realizadas em momentos oportunos, durante o horário de trabalho, com agendamento antecipado.

Todas as entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas. As informações e as gravações serão mantidas em anonimato e confidenciais, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for

necessário, será utilizado codinome em substituição ao seu nome. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo e melhoria do serviço.

LOCAL DO ESTUDO: O estudo será desenvolvido no Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) e na Clínica Médica do 2º andar Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Ambientes de atendimento e formação multiprofissional há mais de 30 anos, sendo referências para todo o estado do Espírito Santo.

POPULAÇÃO: A população estudada será composta pelos profissionais e residentes do PAA e da clínica médica do 2º andar do Hucam, que realizam atenção à saúde de pessoas alcoolistas.

RISCOS E BENEFÍCIOS: A pesquisa poderá gerar desconforto decorrentes do ato de responder a uma entrevista contendo informações pessoais e trazer à memória experiências que possam causar constrangimento. A minimização dos riscos será obtida pela orientação minuciosa sobre a pesquisa antes da realização da entrega da entrevista, além da garantia da privacidade, bem como a garantia de que seus dados não serão identificados para fins de publicação. Em momento algum o direito de preservação da identidade dos participantes será infringido. Desta forma, o participante não será julgado por suas respostas, nem terá prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área da Saúde coletiva, a fim de contribuir para o fortalecimento de programas existentes e criar novos dispositivos de cuidado nesse campo da saúde. O Sr.(a) receberá uma cópia deste termo onde constam os contatos do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas: Interconexões (CEPADi), podendo tirar as suas dúvidas sobre o presente documento, o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E DE SIGILO: Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não

será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

CONTATO: Em caso de dúvidas referentes à pesquisa, o Sr. (a) poderá realizar contato com os responsáveis pela pesquisa: Nayara Callegari de Andrade (mestranda), Marcos Vinícius Ferreira dos Santos (co-orientador) e Marluce Mechelli de Siqueira (orientadora) – (27) 3335-7492 – nayaracallegari.nn@gmail.com ou cepad.ccs.ufes@gmail.com. Endereço: Av. Marechal Campos, 1468 – Campus Universitário de Maruípe, Vitória - ES, Brasil. CEP: 29040- 090.

O(a) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/HUCAM/UFES) mediante o telefone (27) 3335-7326, e-mail cep@hucam.edu.br ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1355, Santos Dumont, CEP 29.043-900, Vitória - ES, Brasil.

O CEP-HUCAM-UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8:00h às 12:00h e 13:00h às 17:00h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo.

Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

LOCAL, DATA

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO AO ALCOOLISTA: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE”, eu, Marluce Miguel de Siqueira, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador(a)

APÊNDICE D – ARTIGO CIENTÍFICO

Interprofissionalidade na atenção ao alcoolista: O olhar dos profissionais

Nayara Callegari de Andrade¹; Lucas Queiroz Subrinho², Leandro Barbosa de Pinho³;
Marcos Vinicius Ferreira dos Santos⁴, Marluce Mechelli de Siqueira⁵

ORCID dos autores:

- 1) <https://orcid.org/0000-0002-7603-9804>
- 2) <http://orcid.org/0000-0003-3823-7153>
- 3) <https://orcid.org/0000-0003-1434-3058>
- 4) <https://orcid.org/0000-0001-9788-660X>
- 5) <https://orcid.org/0000-0002-6706-5015>

Autor correspondente: Nayara Callegari de Andrade. Endereço: Rua Antônio Regis dos Santos, nº 06, complemento 1404, Itapuã, Vila Velha – ES. CEP 29.101-670.

¹ Enf^a da UBS Maria Ortiz - SEMUS-Vitória ES, Mestranda em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). Membro do Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Alcool e outras Drogas: Interconexões (CEPADi) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória -ES, Brasil. E-mail: nayaracallegari.nn@gmail.com

² Enf^o do Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), Vitória-ES. Doutorando em Saúde Coletiva. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). Membro da Equipe Técnica do CEPADi da UFES, Brasil. E-mail: lucas.q.subrinho@gmail.com

³ Prof^a Associado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – RS, Brasil. Doutor em Enfermagem Psiquiátrica. E-mail: lbpinho@ufrgs.br

⁴ Prof^a Adjunto do Dept^o de Enfermagem (DENF), Centro de Ciências ad Saúde (CCS). Coordenador Pesquisador do CEPADi da UFES, Vitória-ES, Brasil. Co-orientador. E-mail: marcos.v.santos@ufes.br

⁵ Prof^a Titular do DENF, PPGSC e Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF). Coordenadora de Pesquisa do CEPADi da UFES, Vitória-ES, Brasil. Orientadora. E-mail: marluce.siqueira@outlook.com.br

Contribuição dos autores: Todos os autores contribuíram com: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte do manuscrito sejam investigadas e resolvidas adequadamente.

Interprofissionalidade na atenção ao alcoolista: O olhar dos profissionais

Resumo

A dependência do álcool é considerada um problema de saúde pública e é imprescindível o tratamento e atendimento integral à saúde dos alcoolistas. A colaboração interprofissional proporciona a integralidade da assistência através da comunicação e tomadas de decisões compartilhadas entre a equipe. Objetivo: compreender as percepções dos profissionais sobre a colaboração interprofissional e as facilidades e dificuldades de implementação na atenção ao alcoolista. Método: estudo descritivo-exploratório, qualitativo, realizado através de entrevistas semiestruturadas com 16 participantes, analisadas por meio da análise temática. Resultados: Os profissionais percebem e confundem a colaboração interprofissional com a multiprofissionalidade. A atenção centrada no usuário e família fortalece a colaboração. Entretanto, a centralização de poder, o sentimento de não pertencimento a equipe, a sobrecarga de trabalho, a não formalização de processos de trabalho interprofissional, a comunicação ineficaz e a gestão centralizada, dificultam a colaboração e necessitam ser melhorados através de processos que produzam consenso. Conclusão: a minoria apresentou uma compreensão que se aproxima da colaboração interprofissional, ocorrendo então a multiprofissionalidade e não a interprofissionalidade. A educação permanente no serviço e uma gestão que tenha estes princípios favorece a colaboração. Contribuições para a prática: melhora da atenção aos usuários alcoolistas e para pesquisas futuras nesta temática.

Descritores: Alcoolismo; Profissional; Colaboração; Interprofissional; Educação.

Descriptors: Alcoholism; Professional; Collaboration; Interprofessional; Education.

Introdução

A dependência química em álcool e outras drogas é um problema de saúde que atinge diferentes dimensões da vida humana podendo levar muitos anos para ser diagnosticado como dependência⁽¹⁾.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 no Brasil, 26,4% da população com 18 anos ou mais costumavam consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por semana, o que representa aumento de 2,5 pontos percentuais em relação a 2013, quando esse percentual foi de 23,9%⁽²⁾.

Relatórios da OMS⁽³⁾, afirmam que o consumo problemático de álcool acomete 43% da população global, causando impacto na morbidade, mortalidade e incapacidades em todo o mundo.

É identificado como usuário dependente aquele que não consegue deixar de usar o álcool sozinho, mesmo sendo evidentes as consequências nocivas do uso abusivo, levando a necessidade de aumentar a quantidade de dose para ter os efeitos e sintomas anteriores. As repercussões físicas, emocionais e sociais nesta fase, são de maior gravidade⁽¹⁾.

Conviver com um alcoolista afeta profundamente os familiares, acarretando desavenças, falta de confiança, além de afetar as relações no trabalho, tendo como consequência o desemprego, constituindo assim, uma vida instável, em que se podem perder os laços afetivos e as aquisições sociais e econômicas do passado⁽⁴⁾.

As consequências do uso de álcool também oneram a sociedade, pois potencializam os custos do sistema de saúde, sistema judiciário, previdenciário, entre outros⁽³⁾.

O Ministério da Saúde preconiza que os profissionais devem atuar de maneira integral, atendendo às necessidades individuais de cada pessoa, de acordo com o contexto em que estão inseridas⁽⁵⁾.

A colaboração interprofissional consiste no processo de convivência no espaço comum entre diferentes profissões que desenvolvem a clínica ampliada, envolvendo o processo de comunicação e tomadas de decisões compartilhadas para a melhor produção do cuidado em saúde⁽⁶⁾. Esta colaboração ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde de alta qualidade⁽⁷⁾.

Os efeitos da colaboração interprofissional podem alcançar uma melhor resolubilidade das ações, o aumento da diversidade de oferta, a melhoria da comunicação entre trabalhadores, a otimização da participação da equipe na tomada de decisões e a potencialização do respeito entre os integrantes das equipes. Estudos demonstram que equipes que desempenham a colaboração estão mais aptas e capazes para coordenar a atenção, identificar as reais necessidades das pessoas e desenvolver novas tecnologias de atenção, produzindo respostas às demandas de saúde^(8, 6, 9, 10).

Assim, observou-se a necessidade de pesquisas que tenham como objetivo compreender sobre a percepção da colaboração interprofissional na atenção ao usuário alcoolista em um serviço especializado de um hospital universitário, considerando que este entendimento é fundamental para planejamentos de estratégias de efetivação da integralidade da assistência em saúde ao usuário alcoolista.

Métodos

Estudo descritivo-exploratório, de caráter qualitativo, desenvolvido no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), tendo como cenário o serviço especializado em atenção à saúde do alcoolista, que desde 1985 é referência para todo o estado no cuidado a este paciente⁽¹¹⁾ e a clínica médica, setor gastroenterologia, onde ficam os pacientes para tratamento e acompanhamento de comorbidades associadas ao alcoolismo.

Os participantes foram os profissionais deste serviço, de diferentes formações. Assim, a amostra foi constituída através da saturação, que segundo Turato 2013⁽¹²⁾, após informações coletadas com um certo número de sujeitos, novas entrevistas passam a apresentar uma repetição de conteúdo, causando uma homogeneidade ampla.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas no período entre maio e junho de 2022 e a análise dos dados por meio da análise temática, que consiste em desmembramento do texto após as transcrições das entrevistas em categorias⁽¹³⁾. Surgiram as seguintes categorias: Perfil dos profissionais e atividades executadas, percepção dos profissionais sobre a interprofissionalidade e sua relação com a atenção ao alcoolista na perspectiva dos profissionais e Fatores facilitadores e prejudiciais a interprofissionalidade: Dimensões da tipologia D'amour.

Os participantes foram identificados pela letra E seguida de um número.

O referencial teórico que orientou o roteiro para entrevista semiestruturadas e a análise de dados foi a produção teórica de D'Amour e colaboradores e também autores em consonância à temática.

A tipologia D'Amour apresenta quatro dimensões, a partir das quais, os aspectos da colaboração podem ser analisados e avaliados⁽¹⁴⁾:

Objetivos e visão compartilhada: O objetivo com maior probabilidade de reunir as partes interessadas é o de promover o cuidado centrado no paciente

Internalização: um indicador é a convivência mútua (os profissionais devem se conhecer pessoalmente, significa conhecer os valores e o nível de competência de cada um), e conhecer profissionalmente (conhecer a referência disciplinar do outro, para desenvolver o sentimento de pertencimento ao grupo e estabelecer objetivos comuns). Outro indicador é a confiança. Confiar nas competências uns dos outros e na capacidade de assumir responsabilidades.

Formalização: instrumentos para esclarecer papéis e responsabilidades dos profissionais. E troca de informações, existência e uso adequado de uma infraestrutura de informação entre os profissionais.

Governança: diz respeito às lideranças em níveis central e local, às expertises e ao grau de conexão entre elas¹⁰, ou seja, as funções de liderança que apoiam a colaboração e dão suporte para inovação¹⁴.

Após, estas dimensões e indicadores são categorizados segundo o nível de colaboração interprofissional relatado pelos entrevistados e ao final feito uma média, em que: Colaboração ativa (nível 3), aquela em que ocorre objetivos comuns e consensuais, sentimento de pertença e confiança mútua e chegam a um consenso sobre os mecanismos e regras de governação. Colaboração em desenvolvimento (nível 2), é uma colaboração que não se enraizou nas culturas das organizações. E Colaboração potencial (nível 1), é a colaboração que ainda não existe ou foi bloqueada por conflitos graves, as negociações não ocorrem. A tipologia é baseada no conceito de ação coletiva na sociologia organizacional de Crozier e Friedberg⁽¹⁴⁾.

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da HUCAM CAAE nº 06800219.8.0000.5071, parecer consubstanciado do CEP nº 5.402.527, financiamento próprio dos autores e seguida a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽¹⁵⁾.

Resultados

Perfil dos profissionais e atividades executadas

O PAA e a Clínica Médica (2º andar) tem um total de 30 profissionais de saúde que atuam diretamente na atenção a usuários alcoolistas. Destes, 16 participaram da pesquisa, sendo 04 do sexo masculino e 12 do sexo feminino.

Participaram deste estudo enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, assistente social, nutricionista, médicos e psicólogo, conforme Tabela 1. A média de idade foi de 41,5 anos (entre 29 e 64 anos) e eles tinham em média 17 anos de formação (variando de 08 anos a 40 anos), com uma média de atuação nestes locais de 08 anos.

Em relação a especializações e residências, dos 11 profissionais com nível superior 09 apresentavam algum destes cursos. Ao serem abordados sobre cursos com a temática de

álcool, drogas e saúde mental, do total de participantes, 07 disseram ter realizado cursos de extensão, especialização, doutorado ou residência com abordagem nos temas.

Tabela 1 – Participantes, segundo a Formação Profissional, Vitória - ES, 2022.

Formação Profissional	(Nº)	(%)
Assistente Social	01	6,25
Auxiliar de Enfermagem	02	12,5
Enfermeiro	05	31,25
Médico	02	12,5
Nutricionista	01	6,25
Psicólogo	01	6,25
Técnico de Enfermagem	03	18,75
Médico (docente)	01	6,25
TOTAL	16	100,0

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa (2022).

Também foi questionado sobre participação em grupos de pesquisas ou projetos que envolveram profissionais de diferentes categorias durante a formação profissional, e somente dois participantes responderam que haviam participado, o que demonstrou que 87,5% dos profissionais não tiveram essa interação durante sua formação profissional.

Na análise do perfil dos profissionais, pode-se afirmar que os participantes têm experiência profissional em seu núcleo de saber, pois a média de formação foi 17 anos, sendo o que tinha menor tempo eram 08 anos. Também possuem um conhecimento do seu local de trabalho e vivência com aquela equipe, pois estão inseridos naqueles locais uma média de 08 anos, favorecendo assim o vínculo, a conectividade e as relações com o outro profissional.

Atividades desenvolvidas pelos profissionais na atenção aos alcoolistas

Os profissionais entrevistados exercem funções que muitas vezes são comuns a outros profissionais, como: Educação em saúde para o usuário antes da pandemia; educação continuada: cursos e treinamentos ofertados pela instituição ou realizados fora e acolhimento de usuários alcoolistas de demanda e agendados;

Quanto a atividades privativas de algumas profissões, obteve-se as seguintes respostas: Referência após alta a outros serviços para continuidade da assistência ao alcoolista ou para outras atividades; Consulta clínica de comorbidades relacionadas ao álcool e abstinência; Consulta de enfermagem; Procedimentos de enfermagem; Supervisão de

enfermagem; Visita no leito ao usuário internado; Serviços considerados administrativos; Avaliação socioeconômica.

E, por fim, uma atividade que necessita de interação entre diferentes categorias profissionais: Discussão de casos, com o intuito de avaliar as condutas em relação ao tratamento do usuário;

Percepção dos profissionais sobre a interprofissionalidade e sua relação com a atenção ao alcoolista na perspectiva dos profissionais

Alguns profissionais entrevistados percebem a colaboração interprofissional como uma troca de conhecimento/saberes, cooperação, interdependência entre os profissionais.

Eu acho que essa colaboração interprofissional são as trocas de conhecimento, de saber, para questões principalmente complexas (E2).

Outros, percebem como ter bom relacionamento interpessoal com a equipe ou ser atencioso com pacientes. Quesitos que devem estar presentes no trabalho interprofissional, porém a colaboração interprofissional vai além.

A minha forma de colaborar é: acolher um paciente de uma forma diferente, não deixar que eles passem por constrangimento lá fora, levando a demanda do paciente o mais rápido possível para o médico, (E9).

No nosso caso, nossa equipe é bem colaborativa entre nós. ... fazer essa entrevista contigo e meu colega de profissão se prontificou a cuidar do meu paciente. A gente é assim, é solícito entre si (E12).

E uma parcela significativa dos entrevistados, percebem a colaboração interprofissional como multiprofissionalidade.

Acredito que seja a forma que a gente trabalha aqui mesmo, com a equipe multi: serviço social, fisioterapia, equipe médica, enfermagem (E5).

Da medicina é em relação a ter alguma intercorrência, você solicitar, e ela estar de prontidão. Da nutrição, é uma correção de dieta, você solicitar e eles verificarem. Tipo, o paciente não quer café com leite, ele quer separado (E12).

A maioria dos profissionais percebe a colaboração interprofissional como multiprofissionalidade ou ter bom relacionamento interpessoal com a equipe e ser atencioso com o paciente. Sendo que dos profissionais que percebem como troca de conhecimento, cooperação e interdependência entre os saberes, a grande maioria tem formação de nível superior.

Essas percepções sobre a colaboração interprofissional também se relacionam com a forma que o profissional diz ser adequado à atenção à saúde do usuário alcoolista.

A maior parte dos entrevistados acreditam que o alcoolismo deve ser entendido como doença e ter uma atenção integral a sua saúde, caracterizada como atendimento multiprofissional, continuando após sua alta.

Acho que deve envolver toda a equipe multi, a família do paciente, o serviço social. Acho que faz parte de todo o contexto para poder abordar esse paciente (E5).

O alcoolismo é uma doença como qualquer outra, com as mesmas facilidades e dificuldades. Então, é esta nossa função: tratar o indivíduo integralmente, olhar a família, olhar os contextos anteriores (E16).

Os profissionais, porém, não relacionaram que incluir o usuário e o familiar neste processo de tratamento e recuperação é praticar a colaboração interprofissional. Mas sabem que usuários e familiares devem ser ouvidos e considerados. Isso é reflexo da tentativa de praticar a integralidade da assistência no âmbito do SUS e o não conhecimento sobre o que é a colaboração interprofissional.

Ele acha que vai ser “subtratado” porque ele é alcoolista. ... e toda a equipe, o acolhe, a gente mostra que acredita nele. E aí eu sinto que todos esses pacientes que a gente conseguiu acolher, eles ganham fôlego para querer, eles sempre saem daqui falando que não querem mais beber (E7).

A gente sempre trabalhou o que é a compreensão do alcoolismo como doença, das causas e consequências dentro da vida dele, se ele tem o desejo de realizar o tratamento, então isso faz toda diferença (E14).

A atenção ao usuário alcoolista envolve a responsabilização de toda a equipe e uma corresponsabilização/participação do usuário neste processo. Implica no estabelecimento de um vínculo entre profissionais e usuários, e profissional com profissional, que trará melhores condições de saúde, relações sociais e familiares e restaura a dignidade como ser humano, além de benefícios à saúde coletiva.

Fatores facilitadores e prejudiciais a interprofissionalidade: Dimensões da tipologia D’amour

Objetivos e visão compartilhada: Nesta dimensão observa-se que o elemento facilitador principal é o cuidado centrado no paciente e sua família, que também está presente entre os participantes.

A gente discute em equipe, mas escuta e trabalha com ele também (usuário). A gente tem que fazer uma investigação da história dele (E4).

*O tratamento do familiar, junto com o paciente, é essencial no bom desenvolvimento da situação. É importante o envolvimento e o aprendizado do familiar, do que é a verdadeira doença alcoolismo (E16)”.
Como elementos dificultadores temos a necessidade de ajustes de interesses (centralização de poder), o fazer somente o que cabe aquela categoria profissional e aguardar ser solicitado por outra profissão.*

Eu acho isso ridículo, acho que tem que interagir! Tudo é “só se o médico prescrever” ou se a gente estiver chamando. Eu percebo que falta essa rotina ... A gente tenta pedir, mas tem uns falam assim: “se prescrever, eu atendo” ou “se tiver parecer (E11).

*É uma coisa que a gente lida com uma certa frequência. Você deu o seu posicionamento, passou aquilo pra equipe, mas você vê que parou ali onde você falou, não teve sequência. E isso muitas vezes desmotiva o trabalho da gente (E5)”.
Estas facilidades e dificuldades apresentadas pelos participantes da pesquisa, mostram que a colaboração interprofissional não está enraizada, fortalecida, nesta dimensão, mas já apresenta algumas atitudes positivas, necessitando de serem melhor trabalhadas para que alcancem o desenvolvimento ativo da colaboração.*

Internalização: convivência mútua e a confiança.

Eu me sinto muito inserida. Eu acho que eles me respeitam, eles perguntam a opinião, respeitam a opinião. A gente está sempre inserido. “Olha, eu vou ter que dar uma alta agora e a alta vai ser assim, o que você acha?” Ai eu respondo (E10).

O ponto bom é o respeito que a gente tem, a história do serviço, de trabalhar com a alcoolista que vem desde a década de 1980. O relacionamento interpessoal é ótimo (E15).

Entretanto a sobrecarga de algumas profissões impostas informalmente pelos próprios colegas de outras categorias, a falta de responsabilização pelo cuidado, a ausências de momentos formalizados de encontros, reuniões e o sentimento de não pertencimento a uma equipe multidisciplinar, seja por si próprio ou por exclusão impostas pelo sistema hierárquico, são fatores que dificultam a colaboração interprofissional.

A gente é abarrotado por outras demandas do serviço. Então, acaba que isso dificulta o compartilhar o cuidado. E aí acaba que algumas intervenções específicas ficam definidas a determinadas profissões (E2). Como eu sou a parte que menos participa (técnico de enfermagem), não tem. Porque eu não entro completamente no atendimento deles. Eles não me introduzem no programa deles como uma pessoa que participa (E9).

Houve relatos em que a falta de confiança na opinião e no trabalho do outro também interferiram na colaboração e demonstram que a valorização profissional só ocorre após conhecer e confiar na competência do outro.

*Com o decorrer dos anos, a valorização vem aumentando. É um trabalho de ganhar espaço e também, muitas vezes, de enfrentamento, para você ir ganhando espaço. Os profissionais começam a ver resultados no seu trabalho e vão dando mais confiança (E2)”.
A internalização no campo desta pesquisa mostrou-se, segundo relatos, com muitas dificuldades para sua concretização.*

Formalização: Não ter um momento diário e um local para troca de informações é considerado um problema, porém, ressaltamos aqui a resiliência em muitas vezes usarem meios de comunicação próprios para informações e discussão de casos e não perceberem

que necessitam destes momentos de trocas formalizados e com meios de comunicação da organização, que facilitem o trabalho destes profissionais, o que na análise final da dimensão causa um impacto.

Nós temos um grupo de WhatsApp, da gastro, no qual todos os profissionais são inseridos. Qualquer intercorrência com o paciente da gastro a gente sinaliza lá (E13).

Encontram-se como fatores dificultadores da colaboração interprofissional nesta dimensão: a falta de clareza em seu papel e no papel do outro profissional, falta de rotinas que estabeleçam atividades, reuniões interprofissionais com a inclusão de todas as categorias ou representantes destas, falta de um sistema unificado para agendamento e evoluções de atendimentos compartilhados e a permanência de profissionais somente no período matutino no setor.

Até hoje, trabalhando aqui, eu não sei qual é o papel do enfermeiro nesse programa, onde ele atua. ... eu não sei qual é a atuação dele nesse processo. Não sei por que nunca me passaram (E9).

Para essa colaboração, tem uma dificuldade. Tanto cultural, quanto do próprio sistema, ... se ele pudesse gerar um campo onde você conseguisse colocar um atendimento de vários profissionais, o paciente já sairia daqui com uma marcação única, entendeu? Aí no campo dentro do sistema seria uma evolução única da equipe (E2).

As relações de colaboração interprofissional encontram-se muito frágeis devido relatos de não haver essa formalização de atividades, protocolos e rotinas na equipe. Assim, essa dimensão encontra-se cercada por conflitos que dificultam as negociações e a comunicação entre os profissionais.

Governança: diz respeito às lideranças em níveis central e local. No referido serviço, os atributos de governança mostram-se rígidos em relação a gerência central do hospital.

Normalmente a gente tem um contato próximo com a chefe da unidade. Mas só que nem todas as decisões são da chefe da unidade. E aí acaba que a gente, muitas vezes, vê que aquilo não vai ser legal na prática, mas acaba tendo que fazer, porque já foi instituído e acabou (E2).

Outro fator que dificulta a colaboração é ter uma grande demanda de usuários alcoolistas, com questões na maioria das vezes complexas, que exigem uma equipe, e ter um número considerado reduzido pelos entrevistados de recursos humanos.

Eu tenho muito paciente para olhar e às vezes não consigo triar todos. Eu vou, às vezes, pelo que me acionam. Hoje, estou com 40 (pacientes), posso não dar conta. Mas isso é, também, da instituição, pela quantidade de gente que a gente tem (E10).

A nível local, do setor, as gerências mostram-se mais abertas a compartilhar decisões e responsabilidades pela prestação de cuidados com os membros da equipe.

Já na nossa chefia do setor, chefe da unidade, sim, a gente é ouvido, senta e conversa, pergunta, tenta buscar melhoria (E6).

Os profissionais têm incentivos para a educação permanente, porém não relatam acesso a treinamentos e cursos que incentivem a interprofissionalidade.

O que dificulta: o sistema, formação profissional, incentivo da instituição para manter esse trabalho em equipe e um tempo dedicado para que seja feita realmente essa troca de conhecimento entre equipe. Hoje em dia, um pensa uma coisa, o outro pensa outra coisa. Algumas vezes coincide e outras vezes diverge (E2).

A dimensão governança traz a conectividade entre os profissionais, que deve ser estimulada e apoiada pela gestão durante todo o processo de trabalho e não somente quando se tem problemas, questões para resolver.

Sempre que dá um problema, a gente se reúne para resolver aquele problema. Mas não tem alguma coisa para formular ideias, protocolos. É mais para apagar fogo (E11).

Um fator abordado pelos participantes que interfere diretamente no trabalho em equipe é a infraestrutura do local. Ter um ambiente que favoreça diálogos, que facilite a locomoção dos trabalhadores, facilite a troca de informações e agilize as tarefas, favoreceria a atenção aos usuários alcoolista de forma interprofissional.

Espaço físico mais adequado, ... para usar o computador, tem que subir e descer; para usar o telefone, tem que subir e descer. Essa logística impede uma fluidez melhor do trabalho e até uma qualidade de vida melhor para o trabalhador (E14).

Os entrevistados, ao serem questionados sobre as lideranças e chefias, foram, na maioria dos casos, superficiais. Percebeu-se uma dificuldade em expressar opiniões a respeito da governança.

A dimensão governança mostra que a colaboração interprofissional, na gestão do serviço na atenção ao alcoolista é frágil, necessita ser discutida envolvendo os profissionais, gestão central e lideranças para que sejam iniciados protocolos, rotinas e atividades que estimulem a colaboração e conseqüentemente a assistência a estes usuários e a rotina de trabalho desta equipe.

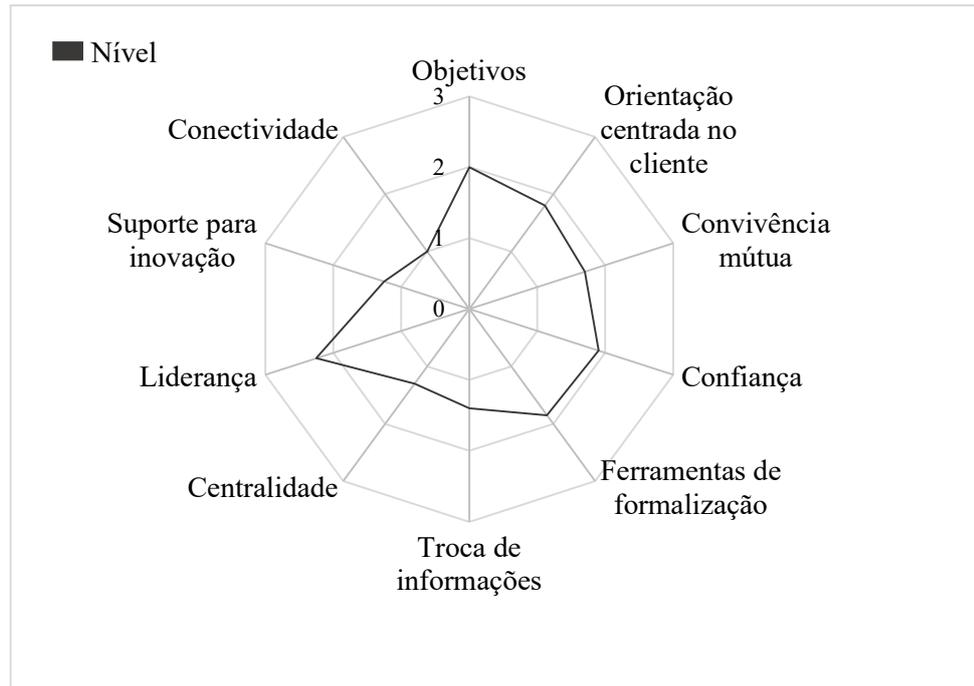


Figura 1 – Gráfico de Kiviat – Nível de Interprofissionalidade dos profissionais atuantes no PAA e Clínica médica – HUCAM, Vitória - ES, 2022.

Legenda: 1 – Nível de colaboração potencial/latente; 2 – Nível de colaboração em desenvolvimento; 3 – Nível de colaboração ativo.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa (2022).

Discussão

O estudo mostra que 87,5% dos profissionais não tiveram interação com profissionais de outras categorias durante sua formação. No Brasil, essa educação fragmentada em disciplinas, com foco nos determinantes biológicos, dificultam o olhar para a real necessidade do usuário, que é um ser complexo, cada um com uma história de vida⁽¹⁶⁾. Estes profissionais possuem experiência em seu núcleo de saber e também conhecem seu local de trabalho. Ressalta-se aqui, porém, que por ser um serviço que presta cuidados a usuários alcoolistas, um número pequeno de profissionais possuía algum curso/formação voltado para esta temática, o que contrasta com os anos inseridos no mesmo serviço, demonstrando a falta de treinamentos, educação permanente ofertados para estes profissionais. Proporcionar esta aprendizagem consiste em manter uma qualificação do indivíduo, agregando as práticas de cuidado¹⁷. Sendo que os profissionais que têm alguma formação nesta temática são todos de nível superior.

Barr 1998⁽¹⁸⁾, distinguiu competências comuns como aquelas atividades que são comuns a todas as profissões; Competências complementares aquelas atividades que distinguem uma profissão de outra, ou seja, de seu núcleo de saber, que demarcam a identidade de uma profissão⁽¹⁹⁾; Competências colaborativas, são atitudes necessárias para trabalhar eficazmente com outras profissões, que tem como objetivo informar usuários, familiares e membros da equipe, dar um retorno sobre as intervenções realizadas, ouvindo e colaborando respeitosamente como um membro da equipe^(18, 20).

Assim, as atividades desenvolvidas pelos profissionais na atenção ao alcoolista demandam competências comuns, complementares e colaborativas e são essenciais para o bom funcionamento do ambiente de trabalho e atenção a saúde dos usuários.

A colaboração implica a ideia de compartilhamento e de uma ação coletiva, orientada por objetivos comuns, no espírito de confiança e harmonia entre os membros de uma equipe de trabalho⁽⁶⁾.

Para que os profissionais de saúde efetivamente colaborem e melhorem os resultados na saúde, dois ou mais deles, com diferentes experiências profissionais, devem em primeiro lugar ter oportunidades de aprender sobre os outros, com os outros e entre si⁽⁷⁾.

Vimos que uma parcela pequena dos entrevistados compreende a colaboração interprofissional como uma troca de conhecimento. Aprender com o outro requer comunicação eficaz, o que Merhy e Feuerwerker 2016⁽²¹⁾, consideram uma tecnologia leve, que permitem a produção de relações, o interesse e a construção de vínculos de confiança.

E uma parcela significativa, percebem a colaboração interprofissional como multiprofissionalidade, sendo que esta retrata uma justaposição de diversas disciplinas e cada profissional atuará de acordo com o seu saber especializado; o processo terapêutico é fragmentado⁽²²⁾.

Os profissionais de nível médio, muitas vezes, não compartilham das mesmas experiências em equipe como os de nível superior. A grande maioria que percebe a colaboração como troca de conhecimento, cooperação e interdependência entre os saberes, possuem nível superior.

A ausência de aperfeiçoamento, acarreta a confusão/desconhecimento por parte dos profissionais sobre a colaboração interprofissional. Isto pode prejudicar a implementação das relações interprofissionais nas práticas em saúde⁽²³⁾.

Esta forma de compreender a colaboração, traz reflexos na atenção ao alcoolista. Os entrevistados, relatam que o alcoolismo deve ser entendido como uma doença e ter atenção integral, o que para eles é sinônimo de multiprofissionalidade.

As dimensões da tipologia D'amour e colaboradores, auxiliam no processo de analisar os fatores facilitadores e prejudiciais à colaboração interprofissional.

A dimensão objetivos e visão compartilhada evidencia que incluir o familiar e usuário neste processo, é praticar a integralidade e a colaboração. A prática comunicativa na atenção à saúde inclui a perspectiva de participação dos usuários, família e comunidade na construção do referido projeto comum de resposta às necessidades de saúde⁽²⁴⁾.

A dimensão internalização nos revelou que a sobrecarga de trabalho, a falta de responsabilização pelo cuidado, a ausência de momentos que proporcionem o conhecimento de cada membro da equipe e assim ter o sentimento de pertencimento a aquela equipe, dificultam a colaboração no cotidiano desta equipe. Assim também, a dificuldade em valorizar o trabalho do outro, o que passa a acontecer somente após vínculos de trabalho.

As hierarquias profissionais criadas no passado por diversos fatores, criam padrões de comunicação disfuncionais. Aprender a dar e receber feedback oportuno e com confiança melhora o trabalho e o cuidado em equipe⁽²⁰⁾.

Quanto a formalização, um dos fatores prejudiciais é a falta de momentos oportunos e formalizados para troca de informações, enquanto o fato de usarem tecnologias próprias, como grupos em redes sociais, facilitam este trabalho. Porém os profissionais não compreendem que isso deveria ser suprido por tecnologias do serviço.

A nível de gestão, a dimensão governança, necessita de uma maior conectividade com os profissionais e uma infraestrutura que favoreça o desenvolvimento e fortalecimento da colaboração interprofissional. Isso ficou evidenciado em falas superficiais sobre a gestão.

A colaboração não pode se estabelecer sem um processo de aprendizagem complementar e sem que a organização envolvida aproveite a experiência interna ou externa para apoiar esse processo de aprendizagem⁽¹⁴⁾.

Uma das formas de melhorar estas atitudes colaborativas é através da educação permanente no trabalho, na constante qualificação do indivíduo. Estes momentos, são espaços democráticos e participativos de socialização e disseminação de informações, produção de conhecimentos e planejamento de ações⁽¹⁸⁾.

O desenvolvimento interprofissional contínuo no local de trabalho, proporciona compartilhar conhecimento durante atendimentos, discussão de casos e reuniões de equipe⁽²⁵⁾.

Dessa forma, a análise das dimensões da colaboração interprofissional realizada através do relato dos entrevistados, nos permite inferir que ela acontece de forma semelhante nas dimensões objetivos e visão compartilhada, internalização e formalização, estando desenvolvendo algumas atitudes colaborativas, mas que ainda precisam ser melhoradas através de processos de negociação que produzam consenso. Já a dimensão governança foi a que mais demonstrou dificuldade em ser colaborativa, sendo relatado diversos conflitos e dificuldades que ainda precisam ser superados.

Conclusão

Os profissionais que atuam na atenção aos usuários alcoolistas no HUCAM, possuem anos de experiência profissional, formação e atuação naquele serviço, o que não significou um fator relevante na colaboração interprofissional. Por não terem tido esta oportunidade durante seus cursos de formação, tendo uma educação fragmentada em disciplinas, e também durante o percurso profissional, existe essa dificuldade de entendimento sobre o assunto, ocasionando a compreensão frágil e confusa, associando o termo a multiprofissionalidade.

A minoria dos profissionais apresentou uma compreensão que se aproxima da colaboração interprofissional, quando expressam que esta envolve uma troca ou compartilhamento de conhecimento e saberes.

Também relatam a importância do cuidado centrado no usuário e família, com o compartilhamento de responsabilidades, porém não relacionam estes fatores com a interprofissionalidade.

Para melhorar esta compreensão, vê-se a necessidade de educação permanente no serviço e uma gestão que tenha estes princípios em suas prioridades de governança, auxiliando no desenvolvimento destas competências colaborativas no trabalho. Visto que esta é uma lacuna que vem desde a formação destes profissionais. Outro fator a ser trabalhado nesta equipe é a oferta de treinamentos sobre a temática álcool e drogas.

Para haver uma maior colaboração é necessária uma melhor comunicação. Os profissionais veem como primordial a troca de informações, porém necessitam de espaços, agendas, protocolos e meios de comunicação. Observou-se a insuficiência destes dispositivos organizacionais institucionalizados para estimular e apoiar a colaboração

interprofissional. Quando estes espaços de troca de conhecimento e aprendizado não ocorrem, os profissionais aparentam ter mais dificuldade no sentimento de pertencimento a uma equipe.

É necessário também, proporcionar aos acadêmicos uma educação interprofissional. Por tratar-se de um hospital universitário, é grande a capacidade de um serviço colaborativo entre as diversas profissões que compartilhe o aprendizado e atenção integral.

Limitações do estudo

Destaca-se como limitações do estudo o fato de ser uma pesquisa qualitativa e alguns participantes trazerem de forma superficial, mesmo que estimulados a falarem, aspectos que muitas vezes causam desconforto, como foi o caso quando abordados sobre a gestão/lideranças. O fato de também não ter tido um momento de observação da realidade e a participação do usuário, causou uma limitação, pois não permitiu uma comparação das falas dos participantes com o que teria sido observado na prática e na percepção do usuário.

Contribuições

Por fim, este estudo abre caminhos para pesquisas futuras, traz questões que podem ser melhor esclarecidas, principalmente abordando diretamente sobre as dimensões da colaboração interprofissional em ambientes de atenção à saúde e contribui para melhoria dos serviços de atenção a saúde de usuários alcoolistas.

Referências

1. Lopes LLT, Silva MRS, Santos AM, Oliveira JF. Ações da equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Rev Bras Enferm* 2019; 72(6):1702-1709. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0760>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Cai o consumo de tabaco, mas aumenta o de bebida alcoólica*. [Internet]. [Acessado 2021 nov 15]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29471-pns-2019-cai-o-consumo-de-tabaco-mas-aumenta-o-de-bebida-alcoolica>.

3. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório Global sobre Álcool e Saúde*. Luxemburgo: OMS, 2018. Disponível em: <https://cisa.org.br/index.php/pesquisa/dados-oficiais/artigo/item/71-relatorio-global-sobre-alcool-e-saude-2018>.
4. Matos JC, Monteiro CFS. Cohabitation versus alcoholism: analyzing the daily life of the relatives. *Rev Eletrônica Gestão & Saúde* 2015; 6(12):1623-1637. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2970/2670>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. [Série B. Textos Básicos de Saúde]. Brasília: MS; 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf.
6. D'amour D, Ferrada MF, San Martin LR, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005; 19(1):116-131. Available from: <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>.
7. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS; 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf/view>.
8. Oandasan I, D'Amour D, Zwarenstein M, Barker K, Purden M, Beaulieu MD, et al. *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice*. Ottawa: Health Canada; 2004. Available from: http://catalogue.iugm.qc.ca/GED_IUG/194662491284/Interdiscipline.PDF.
9. Gaboury I, Bujold M, Boon H, Moher D. Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: key components. *Social Science & Medicine* 2009; 69(1):707-715. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.048>.
10. Matuda CG, Aguiar DML, Frazão, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saúde soci.* 2013; 22(1):173-186. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100016>.
11. Siqueira MM, organizador. *Síndrome de Dependência Alcoólica: da teoria à prática*. Vitória: EDUFES; 2013.
12. Turato ER. *Tratado da metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 6º. ed. Petrópolis: Vozes; 2013.

13. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 70º. ed. São Paulo: Almedina; 2016.
14. D'amour D, Goulet L, Labadie JF, Rodriguez LSM, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8(188):1-14. Available from:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188>.
15. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, dispõe sobre pesquisa envolvendo humanos*. Brasília: CNS; 2012. Disponível em:
<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//resolucao-cns-466-12.pdf>.
16. Depallens MA, Guimaraes JMM, Faria L, Cardoso AJC, Almeida NF. Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica. *Interface* 2020; 24(1):1-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190584>.
17. Oliveira RA, Silva WL. **Educação Permanente e a construção de trajetórias profissionais**. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento* 2020; 14(10):81-95. Disponível em:
<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/educacao-permanente>.
18. Barr, H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care* 1998; 12(2):181-187. Available from:
<https://doi.org/10.3109/13561829809014104>.
19. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2000; 05(2):219-230. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>.
20. Interprofessional Education Collaborative (IPEC). Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Washington, DC. May, 2011. Available from:
<https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/ccrpt05-10-11.pdf>.
21. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy EE, Baduy RT, Seixas CT, Almeida DES, Slomp, HJ, organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 61-74.
22. Alvarenga JPO, Meira AB, Fontes WD. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: Vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. *Rev enferm UFPE online*. [periódico na internet]. 2013;

07(10):5944-5951. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i10a12221p5944-5951-2013>.

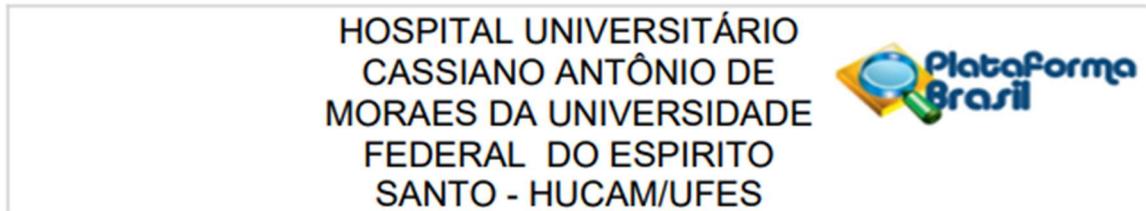
23. Cebalho MTO, Rézio LA, Silva AKL, Borges FA, Bittencourt MN, Martins FA, Marcon SR. Trabalho interprofissional em saúde mental: compreensão dos profissionais e o cotidiano de trabalho. *Rev baiana enferm.* 2022; 36(46762):1-10. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/46762>.

24. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface* 2016; 20(59):905-916. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>.

25. Barr H, Low H. *Introdução à Educação Interprofissional*. Centro para o avanço da educação interprofissional. Inglaterra: Fareham; 2013.

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: TECENDO A REDE DO CUIDAR

Pesquisador: Marluce Miguel de Siqueira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 06800219.8.0000.5071

Instituição Proponente: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.402.527

Apresentação do Projeto:

ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: TECENDO A REDE DO CUIDAR

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desvelar a produção do cuidado no contexto da prevenção, do tratamento, da qualidade de vida e das comorbidades do dependente de álcool, tabaco e outras drogas de um Hospital Universitário de Vitória-ES.

Objetivo Secundário:

1. Descrever a produção de cuidado pelos profissionais de saúde, as políticas públicas e as ações intersetoriais no contexto da prevenção, do tratamento e da qualidade de vida aos dependentes de álcool, tabaco e outras drogas; 2. Identificar e descrever a Rede de Atenção Psicossocial do Espírito Santo: seus impeditivos e potencializadores para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental; 3. Descrever as vivências de familiares

de dependentes de álcool, tabaco e outras drogas; 4. Verificar a existência de sintomas ansiosos e depressivos associados aos transtornos decorrentes do consumo de álcool, tabaco e outras drogas e a relação desses transtornos com a qualidade de vida; 5. Compreender as percepções dos

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.043-900

UF: ES **Município:** VITORIA

Telefone: (27)3335-7092

E-mail: cep@hucam.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 5.402.527

profissionais sobre a colaboração interprofissional na atenção às pessoas alcoolistas do Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) e da clínica médica do segundo andar do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa poderá gerar desconforto decorrentes do ato de responder a um questionário e uma entrevista semi-dirigida contendo informações pessoais e trazer à memória experiências que possam causar constrangimento. A minimização dos riscos será obtida pela orientação minuciosa sobre a pesquisa antes da realização da entrevista ou da entrega do questionário, além da garantia da privacidade, já que o próprio participante

responderá os questionários, em sigilo, e as entrevistas serão realizadas em local reservado, bem como a garantia de que seus dados não serão identificados para fins de publicação.

Benefícios:

1 - Estudos epidemiológicos apresentam papel fundamental na caracterização dos transtornos mentais e comorbidades, relacionados ou não às substâncias psicoativas, na identificação de grupos particularmente afetados e no norteamento das políticas públicas de saúde. 2 - Desvelamento da realidade de cuidado ao consumidor de álcool e tabaco no Hucam para produção de estratégias de intervenção. 3 - Maior compressão do fenômeno do consumo de drogas e da qualidade de vida ao associar abordagens de estudos quantitativos e qualitativos. 4 - O estudo influenciará no processo de trabalho na reflexão-ação-reflexão, e na construção coletiva de possibilidades de enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde da população de Vitória-ES.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer CAAE nº 06800219.8.0000.5071 com título: ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: TECENDO A REDE DO CUIDAR. Este, tem como objetivo geral: desvelar a produção do cuidado no contexto da prevenção, do tratamento, da qualidade de vida e das comorbidades do dependente de álcool, tabaco e outras drogas de um Hospital Universitário de Vitória-ES.

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

UF: ES

Município: VITORIA

CEP: 29.043-900

Telefone: (27)3335-7092

E-mail: cep@hucam.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPIRITO
SANTO - HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 5.402.527

Pesquisadores solicitam a emenda dos seguintes tópicos (em destaque em amarelo no arquivo do projeto aprovado anteriormente pelo CEP):

- Acréscimo do objetivo específico: Compreender as percepções dos profissionais sobre a colaboração interprofissional na atenção às pessoas alcoolistas do Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) e da clínica médica do segundo andar do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam).

Este objetivo, juntamente com o primeiro objetivo específico já existente, irá compreender e explicitar como se dá a produção do cuidado do dependente de álcool, tabaco e outras drogas no âmbito do Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) e da clínica médica do segundo andar do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam).

- Na metodologia, no tópico 3.3, sobre os participantes do estudo: profissionais que atuem por mais de seis meses no cenário do estudo.

- Na metodologia, no tópico 3.4, sobre a técnica para coleta de dados, acrescenta-se um questionário para caracterização profissional (apêndice B), com o objetivo de conhecer os profissionais que trabalham na instituição e um roteiro com questões norteadoras para uma entrevista semi-dirigida (apêndice C), para que seja alcançado o objetivo específico acima mencionado.

- No item 3.6, da metodologia, no que trata dos aspectos éticos da pesquisa, acrescenta-se que serão realizadas entrevistas semi-dirigidas, precedidas pela apresentação pessoal/profissional, finalidade do estudo e em locais reservados para preservar a privacidade do participante.

- No apêndice D: acrescenta-se que os profissionais participarão respondendo questionários ou uma entrevista semi-dirigida e um questionário de caracterização profissional. As gravações dessas entrevistas serão informações anônimas e confidenciais.

Ainda neste apêndice, no tópico riscos e benefícios, acrescenta-se que será realizada uma entrevista.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE atualizado com as modificações solicitadas na emenda e projeto atualizado.

Todos de acordo.

Recomendações:

Aprovação da emenda, sem pendências.

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

UF: ES

Telefone: (27)3335-7092

Município: VITORIA

CEP: 29.043-900

E-mail: cep@hucam.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 5.402.527

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação da emenda ao projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Como discutido na reunião do CEP-HUCAM de 04/05/2022.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1907364_E1.pdf	30/03/2022 19:08:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cep.docx	30/03/2022 19:07:05	NAYARA CALLEGARI DE ANDRADE	Aceito
Outros	CARTA_EMENDA.docx	24/03/2022 10:27:52	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Outros	roteiro_e_questionario.docx	23/03/2022 22:20:22	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_aprovado.docx	23/03/2022 22:19:48	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Outros	carta_ao_parecerista.docx	27/03/2019 09:13:37	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	novo_projeto.docx	27/03/2019 09:12:33	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	novos_tcle.docx	27/03/2019 09:12:09	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3179337.pdf	27/03/2019 08:08:21	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacaopesquisahucam.pdf	25/01/2019 14:25:24	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	25/01/2019 14:20:22	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	25/01/2019 14:07:13	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

UF: ES **Município:** VITORIA

Telefone: (27)3335-7092

CEP: 29.043-900

E-mail: cep@hucam.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 5.402.527

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 11 de Maio de 2022

Assinado por:

Fernando Luiz Torres Gomes
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.043-900

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7092

E-mail: cep@hucam.edu.br

ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

Nayara Nana <nayaracallegari.nn@gmail.com>

[Rev Rene] Agradecimento pela submissão

1 mensagem

Rev Rene - Ana Fatima Fernandes, Dr via Portal de Periódicos da UFC

20 de outubro de 2022

<periodicos@ufc.br>

20:45

Responder a: "Rev Rene - Ana Fatima Fernandes, Dr" <rene@ufc.br>

Para: Nayara Callegari de Andrade <nayaracallegari.nn@gmail.com>

Nayara Callegari de Andrade,

Agradecemos a submissão do trabalho "Interprofissionalidade na atenção ao alcoolista: : O olhar dos profissionais" para a revista Rev Rene.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <http://periodicos.ufc.br/rene/authorDashboard/submission/81908>

Login: nayaracallegari

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Rev Rene - Ana Fatima Fernandes, Dr

Rev Rene