

Prácticas colaborativas en las unidades básicas de salud y la función de la gerencia**Práticas colaborativas em unidades básicas de saúde e o papel da gerência****Collaborative practices in basic health units and the role of management**** Wellington Pereira Lopes¹,  Brigida Gimenez Carvalho¹****Recibido:** 15/04/2021 **Aprobado:** 11/02/2022 **Publicado:** 29/06/2022

Objetivo: analizar las prácticas colaborativas y estrategias utilizadas por la gerencia en la atención primaria a la salud. **Método:** estudio cualitativo, realizado en 2019, a través de entrevistas con gerentes de un municipio del norte de Paraná, Brasil. Los datos se interpretaron mediante el análisis del discurso y se discutieron a partir del marco teórico de la Práctica Colaborativa. **Resultados:** Participaron cinco gerentes de cada región de la ciudad y se organizaron cuatro categorías: *Prácticas colaborativas en la atención básica; Función del gerente en la promoción de prácticas colaborativas; Participación incipiente del usuario en la construcción de prácticas colaborativas; y Situaciones que interfieren en la consolidación de las prácticas colaborativas.* **Conclusión:** se demostró la presencia de las prácticas colaborativas, de modo que los gerentes utilizaron principalmente las estrategias: liberación de la agenda profesional, articulación de espacios para el soporte matricial y debates del proceso de trabajo, *feedbacks* individuales y organización de la logística.

Descriptor: Administración de los Servicios de Salud; Grupo de Atención al Paciente; Atención Primaria de Salud; Conducta cooperativa.

Objetivo: analisar as práticas colaborativas e estratégias utilizadas pela gerência na atenção primária à saúde. **Método:** estudo qualitativo, realizado em 2019, por meio de entrevistas com gerentes em um município do norte do Paraná. Os dados foram interpretados pela análise de discurso e discutidos com base no referencial teórico da Prática Colaborativa. **Resultados:** Participaram cinco gerentes uma de cada região da cidade e organizou-se quatro categorias: *Práticas colaborativas na atenção básica; Papel do gerente na promoção de práticas colaborativas; Incipiente participação do usuário na construção de práticas colaborativas; e Situações que interferem na consolidação das práticas colaborativas.* **Conclusão:** demonstrou-se a presença das práticas colaborativas, de modo que as gerentes utilizavam principalmente as estratégias: liberação de agenda profissional, articulação de espaços para matriciamento e debates do processo de trabalho, *feedbacks* individuais e organização da logística.

Descriptor: Administração de Serviços de Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Atenção Primária à Saúde; Comportamento cooperativo.

Objective: to analyze the collaborative practices and strategies used by management in primary health care. **Methods:** qualitative study, carried out in 2019, through interviews with managers in a municipality in the Northern region of the state of Paraná, Brazil. Data were interpreted by discourse analysis and discussed based on the theoretical framework of Collaborative Practice. **Results:** Five managers participated, one from each region of the city, and four categories were organized: *Collaborative practices in primary care; Role of the manager in promoting collaborative practices; Incipient user participation in the construction of collaborative practices; and Situations that interfere in the consolidation of collaborative practices.* **Conclusion:** the presence of collaborative practices was demonstrated, so that the managers mainly used the strategies: release of professional agenda, articulation of spaces for matrix support and debates of the work process, individual feedbacks and organization of logistics.

Descriptors: Health Services Administration; Patient Care Team; Primary Health Care; Cooperative behavior.

Autor correspondiente: Wellington Pereira Lopes – E-mail: wellingtonp43@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Con la transición demográfica y epidemiológica ocurrida en las últimas décadas en Brasil, hubo una disminución de la natalidad y una reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias; con un aumento concomitante de las enfermedades crónicas no transmisibles, debido al proceso de envejecimiento, al aumento de la obesidad y al sedentarismo¹.

Estos cambios han intensificado las demandas de la población a los servicios de salud y han puesto de manifiesto la necesidad de adoptar métodos y estrategias que puedan atender este nuevo perfil epidemiológico de forma integral y resolutive. Algunas de las estrategias relevantes son el trabajo en equipo y las prácticas colaborativas².

El trabajo en equipo se caracteriza por la participación de varios profesionales que reconocen conjuntamente su lugar como miembros y se integran para satisfacer las demandas de sus usuarios. Sin embargo, dicha práctica requiere la integración entre los trabajadores, el conocimiento de los roles y funciones de cada núcleo profesional, la planificación y la construcción ampliada de proyectos terapéuticos colectivos que pretendan responder a situaciones más urgentes y complejas. El trabajo en equipo puede verse como una práctica de compartir profundamente los valores y la reciprocidad en las acciones desarrolladas en colectividad².

La práctica colaborativa consiste en el trabajo entre dos o más profesionales y el usuario y tiene como objetivo el bienestar del asistido, reduciendo el antiguo modelo de jerarquía y competición entre los implicados, creando una red de colaboración durante este proceso, pero manteniendo la autonomía de decisión respecto al caso. A diferencia del trabajo en equipo, la práctica colaborativa es más flexible y requiere un menor nivel de reciprocidad, interdependencia y reparto interprofesional, pero sin subestimar el trabajo en red en la atención³.

La práctica colaborativa aporta la idea de garantizar la atención con la persona y no para la persona como espectadora de todo el proceso. Así, se pasa de las necesidades del servicio y de los profesionales a las necesidades del usuario. Por lo tanto, la práctica colaborativa no sólo está vinculada entre profesionales, sino que también abarca la participación del usuario².

En la Atención Primaria a la Salud (APS), organizada a través de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), las gerencias de las unidades deben proporcionar un entorno más favorable para las prácticas colaborativas. Estas deben ser integradas, según la complejidad del caso, asegurando la implicación de los profesionales y los usuarios en la atención, reduciendo la fragmentación de las acciones y buscando una mayor completitud³.

Así, el gerente de la Unidad Básica de Salud (UBS) tiene el papel no sólo de gestionar los conflictos, sino de buscar la integralidad en las acciones de salud de los usuarios, a través de la organización del proceso de trabajo con vistas al trabajo colaborativo. Para ello, es importante la inclusión del usuario en la formulación de estrategias de articulación e integración de los profesionales, así como el incentivo de las prácticas colaborativas para integrar el proceso de trabajo²⁻⁴. A partir de aquí, surge la pregunta: *¿Qué estrategias se adoptan en su trabajo diario para las prácticas colaborativas entre los trabajadores de UBS?* Así, este estudio pretende analizar las prácticas colaborativas y estrategias utilizadas por la gerencia en la atención primaria a la salud.

MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo y analítico, que se realizó en un gran municipio ubicado en el norte de Paraná, con un área territorial de 1.652,596 km² y una población estimada de 575.377 habitantes⁵. La red de APS está constituida por 54 UBS, 42 en la región urbana, 12 en la región rural y en 2016 contó, en promedio, con 92 equipos de ESF, que cubrían el 57,9% de la población, además de 10 equipos del Núcleo Ampliado y Salud de la Familia (NASF)⁵.

Los sujetos del estudio fueron gerentes de UBS, uno de cada región de la ciudad, a saber: norte, sur, este, oeste y centro. Para definir a los sujetos de la investigación se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: unidades que constituyen el campo de práctica de la residencia multiprofesional o de las actividades del NASF, según lo indicado por la coordinadora regional, que fue considerada una informante clave de las unidades que desarrollaron prácticas colaborativas en su proceso de trabajo.

Se utilizó una entrevista, guiada por un guion semiestructurado, que contenía preguntas sobre: *cómo ve el desarrollo del proceso de trabajo en la unidad, si existen prácticas colaborativas y cómo se manifiestan, cómo organiza el proceso de trabajo para que se produzcan dichas prácticas, cómo es la participación de los usuarios en este proceso y si hay algún factor que interfiera en el desarrollo de las prácticas colaborativas.*

En un primer momento, se realizó una prueba piloto (con una gerente que no participó en la investigación) y sólo después de verificar la aplicabilidad del guion, se inició la fase de entrevistas. Este proceso se produjo entre los meses de mayo y agosto de 2019. Las entrevistas se realizaron en el lugar de trabajo de los gerentes, se grabaron digitalmente y se transcribieron en su totalidad. Para la presentación de los resultados, los discursos se codificaron con la letra G, seguida de un número en el orden en que se realizaron las entrevistas, a saber G1, G2...

La interpretación de las entrevistas se realizó mediante el análisis del discurso propuesto por Martins y Bicudo⁶. Comprendió dos momentos: el análisis ideográfico y el análisis nomotético. En un primer momento, se realizó la búsqueda de unidades de significado y para ello se llevó a cabo una lectura rápida de las transcripciones de cada entrevista, con el objetivo de apropiarse del fenómeno, lo que permitió conocer las ideas centrales de los actores sociales. En un segundo momento, se realizó el análisis nomotético, en el que, tras una nueva lectura de las entrevistas, se realizaron aproximaciones y se identificaron convergencias y divergencias que permitieron la construcción de categorías para la estructuración del fenómeno estudiado⁶.

Este estudio adoptó como marco teórico la práctica colaborativa³, para analizar la colaboración en sistemas complejos y que presentan formas heterogéneas de interacción entre los distintos sujetos, como es el proceso de trabajo en APS.

El modelo teórico propuesto por D'Amour et al.³ sugiere que la colaboración puede analizarse en cuatro dimensiones interrelacionadas. Las dos primeras dimensiones tienen que ver con las relaciones entre individuos, y se refieren a: 1) Objetivos y visión compartidos, que consisten en la existencia de perspectivas comunes y su apropiación por parte del equipo, el reconocimiento de motivos divergentes y asociaciones, y la diversidad de definiciones y expectativas sobre la colaboración. 2) Internalización, que está relacionada con la conciencia de los profesionales sobre sus interdependencias y la importancia de gestionarlas. Se traduce en un sentimiento de pertenencia, en el conocimiento de los valores y la disciplina de cada uno y en la confianza mutua³.

Las otras dos dimensiones involucran el escenario organizacional, que influye en la acción entre los profesionales: 3) Formalización o estructuración de la atención, que se refiere a la existencia y uso de procedimientos documentados, lo que contribuye a clarificar las expectativas y responsabilidades y 4) Gobernanza, que se refiere a las funciones de liderazgo que dan soporte la colaboración; abarca el papel que ejerce la autoridad para una dirección clara para el desarrollo de las acciones colaborativas, así como el favorecimiento de las relaciones dialógicas entre los trabajadores y el favorecimiento de su participación con miras a la solución de problemas. También destaca el papel del líder en la promoción de ajustes en la práctica profesional y en la orientación y apoyo para la realización de acciones interprofesionales innovadoras en el entorno laboral³.

La recogida de datos con los gerentes comenzó con la explicación y posterior firma del término de Consentimiento Libre e Informado. Este trabajo está vinculado al proyecto de investigación titulado: "Trabajo de la Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia en

Unidades Básicas de Salud de la Ciudad de Londrina”, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), con el dictamen número 1.154.455/2015, CAAE: 46699415900005231.

RESULTADOS

Participaron cinco gerentes, una de cada región de la ciudad. A partir del análisis de los resultados, se constituyeron cuatro categorías analíticas: *Prácticas colaborativas en la atención básica; Función del gerente en la promoción de prácticas colaborativas; Participación incipiente del usuario en la construcción de prácticas colaborativas; y Situaciones que interfieren en la consolidación de las prácticas colaborativas.*

Prácticas colaborativas en atención básica

Para las gerentes, el trabajo desarrollado en la *unidad es visto como un trabajo serio de colaboración, comprometido y bastante resolutivo dentro de su gobernabilidad (G5)* entre todos los servidores de la UBS, incluyendo el NASF. Se afirmó el desarrollo de un trabajo diferenciado y que, a pesar de las diferencias de ideas, se llega a un consenso que se refleja en el trabajo integrado.

Se observó que el proceso de trabajo era diferente antes de la inclusión de NASF en el servicio; *solíamos trabajar más en cada sector [...] no era multiprofesional (G3)*. Esta entrevistada también mencionó que, cuando el NASF se insertó en la UBS y la odontología se añadió al Programa de Salud de la Familia, hubo un cambio radical en el proceso de trabajo, que pasó de un modelo uniprofesional a un modelo interprofesional.

Por otro lado, se informó de que todavía hay trabajo individualizado en algunos momentos, aunque es necesario cambiar este panorama. Destaca que *la propia formación de los profesionales tiende a [hacer] que el trabajo sea así (G4)*, lo que favorece la creación de este escenario.

En cuanto a la organización del trabajo y las prácticas colaborativas, los profesionales realizan dichas prácticas en el trabajo conjunto, en los momentos de discusión de los casos más complejos y en la construcción de un proyecto terapéutico singular.

También se hizo referencia al desarrollo de la planificación entre el equipo para afrontar los problemas relacionados con los indicadores de salud y la consecución de los objetivos acordados. Y también que el NASF *es un apoyo necesario para que el equipo de atención básica realice y desarrolle acciones junto a la comunidad e incluso para el soporte matricial (G1)*.

Aunque el trabajo colaborativo es más visible en los grupos, *también se da en la atención*

diaria, siempre intercambian información (G2). Existe el intercambio de actividades, dudas, preguntas con los demás [para estar] complementando la atención (G2) y mejorando sus acciones.

En cuanto al acceso a los profesionales de NASF, se mencionó que hay mayor facilidad el día que están en la unidad. Esta facilidad se nota más en las unidades en las que hay residentes, porque permanecen en la unidad todos los días de la semana. Para la entrevistada, la inserción de la residencia en la unidad hizo que el trabajo multiprofesional fuera más completo.

A pesar de la manifestación del avance del proceso de trabajo en las unidades estudiadas hacia las prácticas colaborativas, sigue existiendo una sensación de dificultad, especialmente por parte de *empleados más antiguos; ellos tienen una mayor resistencia, los llamas a una reunión, te miran rabiosos (G4).*

Según esta entrevistada, además de las prácticas colaborativas que se dan en los grupos, también se dan en las consultas compartidas. Menciona la existencia de una gran concienciación entre los compañeros y que cuando hay un empleado enfermo o que necesita algún tipo de ayuda, hay una colaboración mutua entre los profesionales, y toda la atención a la población se mantiene de la mejor manera posible, a través de la cobertura de escalas y consultas compartidas.

El equipo de enfermería es la categoría que más realiza prácticas colaborativas en la unidad; *veo que este equipo es más colaborativo y va en busca y tiene, digamos, un potencial para esto (G1).* Esta entrevistada menciona que, debido a que la plantilla no está completa y a que no existe un Agente Comunitario de Salud (ACS) en la UBS, este equipo se organiza incluso para suplir el trabajo que deberían desarrollar otras categorías profesionales como el ACS.

Además del equipo de enfermería, el NASF fue otro grupo mencionado entre los que desarrollan prácticas colaborativas. Y, entre los profesionales de NASF, no hubo un énfasis especial en ninguna categoría específica, porque *si de repente necesitas una psicóloga, una educadora física, una nutricionista que añada conocimientos, creo que no hay ninguna categoría que destaque en este sentido (G3).*

Por otro lado, se mencionó que incluso por parte de NASF, hay dificultades para definir sus atribuciones en la UBS y la resistencia de varios núcleos profesionales en la construcción de trabajos colaborativos. A pesar de esta constatación, esto se ha minimizado con el apoyo de NASF y *creo que es una construcción que ha mejorado mucho en el día a día (G4).*

Función del gerente en la promoción de prácticas colaborativas

Hubo unanimidad en que el trabajo de la gerencia de la UBS interfiere positivamente en la ocurrencia de prácticas colaborativas en las unidades, debido a que organizan el proceso de trabajo del equipo, al dar espacio a la discusión de diversos temas en las reuniones generales, además de estar abiertos a sugerencias e ideas que ayudan en el trabajo de forma democrática.

Como estrategia, se mencionó la organización de reuniones, que garantizan una mayor integración entre los trabajadores de la unidad, *siempre intento mezclar las categorías en los grupos, como un profesional de NASF, un técnico, un ACS, un dentista, con un profesional médico, un enfermero para mezclar los equipos con este intercambio de experiencias y reforzar los vínculos* (G2).

La injerencia del gerente se produce no sólo al abrir los espacios en las reuniones, sino principalmente en la flexibilidad de los horarios de los profesionales. Esto permite la participación de diferentes profesionales en las acciones que se producen en el día a día y poder organizar los soportes matriciales y los talleres de integración: *poniendo al profesional a disposición de los grupos, colaboramos en este sentido, para viabilizar los horarios de los profesionales y organizar talleres de integración* (G3).

También contribuyen promoviendo la articulación, organización y viabilidad de la infraestructura para el desarrollo de actividades por el equipo con los grupos de la comunidad: *creo que interfiere más en el sentido de facilitar que estas cosas sucedan, no sólo técnicamente, sino también en términos de logística, de facilitar y hacer que sucedan* (G4).

También, a través de *feedbacks* al equipo o, especialmente, de forma individual a un profesional cuando sea necesario, con el fin de concienciar al trabajador de la importancia de las prácticas colaborativas y del trabajo en equipo, y también para romper prejuicios y paradigmas creados durante el ejercicio profesional: *dependiendo de la situación puede ser una acción directa, llamo a la persona para hablar, le muestro cómo tiene que suceder, a menudo le doy consejos, [especialmente cuando es una persona] que tiene un feeling más refinado* (G5).

Se habló de la salud mental del equipo, en la búsqueda de formas de ayudarles cuando sea posible y de estar disponibles para escucharles en caso de sufrimiento emocional: *invertimos en nuestra salud mental y en la de los empleados. Aquí, tienes este tiempo para preguntar, ¿no te sientes bien hoy? ¿cómo puedo ayudarte?, en general uno ayuda al otro* (G5).

Participación incipiente del usuario en la construcción de prácticas colaborativas

En las prácticas colaborativas se mencionó: *muy poca participación. A veces tratamos de conseguir de ellos lo que necesitan, lo que quieren, pero no tienen esa manifestación. Creo que es algo ya cultural, que viene de tener siempre algo listo* (G2). Una de las formas de participación citadas fue el buzón de sugerencias que se dejó en la recepción de la unidad. Este buzón se abre periódicamente y las demandas que se dejan en él se leen y responden, siempre que sea posible.

Y también se informó de que no hay una participación popular directa en la formulación de la práctica colaborativa, sino que se refuerza el respeto que la población tiene por el equipo en tiempos de talleres, reuniones generales de la UBS y formaciones cuando es necesario cerrar la unidad por un período del día. *El día que nos encerramos aquí para hacer este entrenamiento en equipo, te das cuenta de que hay pocos acercamientos en la puerta. Por lo tanto, ya es una forma de ayudar mucho* (G5).

Situaciones que interfieren en la consolidación de las prácticas colaborativas

Se señaló la falta de sensibilidad de algunos miembros del equipo para dar apoyo cuando es necesario al otro, lo que termina generando una situación incómoda entre los empleados. Esto dificulta el desarrollo de prácticas colaborativas, como se muestra en el extracto: *sigo notando cierta resistencia por parte de algunos empleados, no todos, pero todavía hay uno o dos que no tienen esta sensibilidad, quizás es falta de interés* (G1).

Asimismo, la aparición de imprevistos, la ausencia de un profesional sin previo aviso y la necesidad de una cobertura inmediata interfieren negativamente en el proceso de ejecución de las prácticas colaborativas: *hoy, por ejemplo, faltaría un profesional para liderar el grupo, por lo que de antemano tengo que prever a alguien que lo sustituya, si llega el día y este profesional no viene, aunque la persona vaya a liderar el grupo, se desgastará si se entera sólo en el momento* (G2).

El hecho de que el NASF trabaje siempre en conjunto, no estar en la UBS todos los días y no ser un miembro efectivo del equipo dificulta la creación de un vínculo con los demás miembros: *el NASF tiene más actividad entre ellos. El ACS a veces acaba colocándose en otra posición, como el NASF es nivel superior, es diferente, no está todos los días aquí, así que cuando llega, es un cuerpo extraño. Entonces el ACS tiene esa cultura de que 'estudié menos, soy menos, soy discriminado'* (G2).

Por otro lado, hubo un informe de una entrevistada que no ve dificultades con su equipo debido a la familiarización con los profesionales del NASF y con la Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer que funciona en su unidad; también destaca que la práctica colaborativa

es parte de la rutina diaria en su UBS y niega cualquier tipo de jerarquía entre los profesionales.

También se informó de la falta de: estímulo salarial, reemplazo de personal profesional y estructura ideal de la UBS interfiriendo negativamente en el proceso de trabajo, consecuentemente desmotivando al equipo para realizar un mejor trabajo: *hay mucha gente desanimada por el salario, por un coche que no tiene, por una estructura física que no es la adecuada, por un recurso humano que no ha sido sustituido en años* (G4).

También se informó que la formación uniprofesional es algo que interfiere negativamente en el proceso de construcción de prácticas colaborativas, que interfiere en la convivencia diaria en el trabajo, por cuestiones irrelevantes, cuando se compara con la complejidad de los problemas de los usuarios. La resistencia a los cambios en la organización del trabajo por parte de los profesionales más antiguos y la falta de sensibilidad acerca de la importancia de las reuniones fueron citados como factores que dificultan la construcción de prácticas colaborativas en el entorno laboral. La no valoración de los espacios de discusión colectiva sobre el trabajo: *a la hora de la reunión va al baño, toma café, hace de todo, pero no se presenta a la reunión, así que siento que en todas las categorías tenemos una resistencia* (G4).

También existe la dificultad de involucrar a la odontología en las prácticas colaborativas. Una entrevistada afirmó que duda de que esto sea sólo culpa de los profesionales, o incluso de factores como la construcción muy aislada del espacio físico de estos profesionales: *Vemos que hay muchos profesionales capacitados para desarrollar muchas cosas, pero vemos que en el momento de realmente hacer, que es el momento de sentarse, hablar y actuar, el tren se atasca* (G4).

Las opiniones inflexibles y el corporativismo profesional dificultan la creación de nuevas actividades para la población, además de perjudicar las prácticas colaborativas, especialmente cuando éstas van en contra del interés de alguna categoría profesional: *Esto estorba porque no se puede montar un grupo, un ambulatorio, y además los conceptos de clase, que sabemos que hay, ¿verdad? En general, los médicos son más unidos en una clase, los enfermeros en otra* (G5).

DISCUSIÓN

Se verificó el trabajo integrado y las prácticas colaborativas entre los profesionales de las UBS estudiadas. Este avance refleja, sin duda, una concepción ampliada de la salud en el Sistema Único de Salud (SUS) y una mayor comprensión de las necesidades de los usuarios, mediante la articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación⁶. En Brasil, desde 2006, la Salud de la Familia es la estrategia elegida para implementar un enfoque más

amplio y cualificado de la APS⁷.

Posteriormente, para apoyar a los equipos de salud de la familia y ampliar el alcance y la resolutivez de sus acciones a través de prácticas integradas y el intercambio de múltiples conocimientos para ofrecer una atención integral, se creó los NASF⁸.

La inserción de estos nuevos profesionales provocó cambios en el proceso de trabajo para un trabajo colaborativo, con la implementación de nuevas organizaciones. En este estudio se mencionó el desarrollo de proyectos terapéuticos únicos para los casos más complejos, las consultas compartidas, la atención a grupos de usuarios con problemas comunes, la planificación conjunta para la proposición de estrategias para enfrentar los problemas del territorio y el desarrollo de acciones junto a la comunidad, resultados que corroboran la investigación sobre el desempeño de los NASF en tres ciudades de la región norte de Paraná⁹.

En las prácticas colaborativas se destacaron los profesionales de enfermería. Un estudio menciona que el trabajo en equipo y las prácticas colaborativas se han discutido en la enfermería desde 1950 con el fin de superar la falta de recursos humanos, revelando la importancia de la integración entre los miembros del equipo de enfermería como una forma de proporcionar una atención integral, humanizada y eficaz¹⁰.

Aunque se utilice el término equipo para designar al conjunto de miembros de la enfermería, hay estudios que indican que el trabajo del enfermero sigue siendo jerárquico y fragmentado, dificultando la resolución de acciones e impidiendo el desarrollo de prácticas colaborativas en el proceso de trabajo¹¹. Sin embargo, esta realidad de jerarquización y fragmentación de los procesos de trabajo no se verificó en las unidades encuestadas en este estudio.

Por el contrario, los equipos de enfermería se destacaron en el desarrollo de prácticas colaborativas, por presentar mayor involucramiento con el trabajo, mayor compartición de las actividades desarrolladas y compromiso en la ejecución del trabajo de los profesionales faltantes en la unidad e incluso de otras categorías. Estas características presentadas se refieren a las dimensiones que implican las relaciones entre los profesionales: objetivos y visión compartidos e interiorización, destacando el sentimiento de pertenencia, la confianza mutua, así como la conciencia de su interdependencia. Estas dos dimensiones apuntan a la existencia de una comunicación eficaz y a la voluntad de los profesionales de contribuir al trabajo de sus compañeros, esencial en la práctica colaborativa³.

En el trabajo de los profesionales de la enfermería y de NASF se señaló la existencia de la confianza y el reconocimiento del otro en el trabajo. Estas características fortalecen el

vínculo entre el equipo, además de abrir espacios para la formulación de acuerdos y pactos entre las diferentes categorías profesionales¹⁰⁻¹¹; y es fundamental que cada profesional se sienta miembro del equipo, comprendiendo su importancia y su papel en el servicio¹¹.

Aunque la mayoría de los trabajadores se sienten como un miembro integrado, el equipo de odontología aparece en los informes de forma aislada, como si no formara parte del equipo. Varias razones pueden justificar este aislamiento. Una de ellas es la formación técnica del cirujano dentista, considerada como tradicional, segmentada, centrada en la inserción en el mercado privado, con un enfoque en la atención curativa e individualizada. Otra razón puede ser la ubicación del espacio odontológico, ya que, en la mayoría de las unidades, se encuentra en un espacio apartado de la unidad, lo que dificulta la creación de un vínculo con los demás profesionales¹².

También se abordó el papel de los gerentes de unidades en las prácticas colaborativas entre los trabajadores, haciendo hincapié en la influencia positiva. Esta influencia proviene tanto de la forma en que organizan el proceso de trabajo, como por brindar espacios más democráticos en las reuniones, incorporando sugerencias e ideas provenientes de los trabajadores para nuevas actividades y proyectos, y también por flexibilizar las agendas, apuntando a: citas compartidas, participación de distintos profesionales en actividades con grupos de usuarios².

Un estudio de revisión indica que el apoyo de la dirección es esencial para garantizar la participación de los profesionales en las reuniones de equipo y en las reuniones de soporte matricial entre NASF y ESF, y que la falta de apoyo fue un obstáculo para la realización de actividades multiprofesionales¹³.

Para un desempeño gerencial que favorezca las prácticas colaborativas y la atención integral en la AB, es necesario contemplar la articulación de diferentes conocimientos, habilidades de comunicación, escucha calificada, estrategias de manejo de conflictos, creatividad, capacidad de articular nuevas ideas, propuestas y desarrollo del equipo. Además, la gestión de los cuidados requiere la construcción de una nueva realidad organizativa y, a menudo, la deconstrucción de viejos conceptos y paradigmas que interfieren negativamente¹⁴.

Al analizar estas prácticas gerenciales en el marco de la práctica colaborativa³, existe la dimensión de la *gobernanza*, con énfasis en el papel del liderazgo para promover ajustes en la práctica profesional, así como el *fomento de las relaciones dialógicas* entre los trabajadores y la *orientación y el apoyo a las acciones interprofesionales innovadoras* en el entorno laboral.

Otra acción gerencial reconocida fue la *organización y habilitación de infraestructura*, tanto dentro de la unidad como en otros espacios de la comunidad, para el desarrollo de

actividades con grupos por parte del equipo. La actuación de las gerentes entrevistadas en este aspecto se refiere a las funciones de liderazgo que apoyan la colaboración, e incluye el papel ejercido para una dirección clara orientada al desarrollo de acciones colaborativas, además de fomentar la participación de los profesionales para resolver los problemas de los usuarios³.

Estudios han identificado que la falta de infraestructura adecuada, relacionada con la disponibilidad de espacio físico, así como el suministro insuficiente de recursos materiales para llevar a cabo las actividades, interfieren negativamente en las prácticas de trabajo diario de los profesionales de la AB¹⁵⁻¹⁶. Un estudio de revisión integradora señaló que la configuración favorable del espacio físico y la posibilidad de encuentros breves y frecuentes entre profesionales en el lugar de trabajo fueron facilitadores de la colaboración interprofesional¹⁷.

En la gestión democrática y comunicativa, los participantes construyen juntos los acuerdos. En otras palabras, el gerente es quien dirige a su equipo a través de la comunicación, y puede ser un facilitador en el proceso de trabajo, potenciando el trabajo colaborativo, asegurando la apertura de espacios para la comunicación horizontal y favoreciendo el reparto de poder con su equipo².

A pesar de las diversas actividades desarrolladas por las gerentes, no se mencionaron acciones que involucraran al usuario de forma más activa en este proceso, siendo una de las razones de la incipiente participación en la construcción del cuidado. La escasa participación de los usuarios en la formulación de las prácticas colaborativas y autocuidado, como también se observó en esta investigación, dificulta la creación de la autonomía del paciente, además de privarle del protagonismo de este proceso. Esto se ha considerado un revés para la atención centrada en el usuario. La falta de participación activa del usuario reduce la asistencia a una actuación prescriptiva y transversal, lo que socava los principios de equidad y exhaustividad¹⁸.

Se mencionaron algunos aspectos negativos de la actuación del NASF: presencia en días esporádicos, actuación en varias unidades, lo que dificulta el desarrollo de la atención integral¹⁹; contexto en el que algunos trabajadores tienen dificultad para reconocerlos como parte del equipo y su papel real en la producción de la atención a los usuarios.

Resultado similar se encontró en un estudio¹³ que señaló la existencia de entendimientos contradictorios entre los profesionales de NASF y de las ESF respecto a la función del soporte matricial, lo que dificulta la implementación de prácticas colaborativas. Este contexto dificulta la creación de la conciencia de interdependencia entre ESF y NASF, siendo un nodo crítico en la construcción de la confianza mutua entre ambos equipos³.

Otra dificultad se refirió a la falta de apertura de algunos profesionales para actuar en procesos de trabajo integrados y colaborativos, así como al corporativismo profesional. Hay una gran diferencia entre la lógica de la atención tradicional y la lógica de la atención colaborativa con objetivos compartidos. El trabajo en la lógica colaborativa desafía la atención vertical basada en la diferenciación, jerarquización y poder de una categoría sobre la otra y trae la discusión del trabajo con intereses compartidos entre los profesionales, rompiendo barreras, prejuicios y paradigmas en beneficio del usuario²⁰.

Se considera que la formación uniprofesional sitúa al estudiante dentro de su núcleo profesional, sin interiorizar la práctica compartida y el potencial de las prácticas colaborativas²¹. A esto se suma la falta de preparación para el desempeño en la APS y, aunque está incluida en las Directrices Curriculares Nacionales para los cursos de pregrado en salud, hay insuficiencia en esta formación²².

Se argumenta que la reducida preparación para la práctica interprofesional está relacionada con las diversas estructuras culturales y el centrismo en la profesión que impregnan los entornos de formación en el área de salud; este contexto exige la construcción de nuevos planes que permitan la competencia cultural interprofesional²³.

En Brasil, una estrategia que viene impulsando la práctica interprofesional es la residencia multiprofesional. Un estudio reveló que la residencia multiprofesional en salud de la familia ha impreso cambios en la micropolítica, la reflexión y las prácticas del proceso de trabajo²⁴.

Se considera que la formación interprofesional es la mejor opción para preparar al profesional de la salud, al comprender los roles de cada núcleo profesional, la interdependencia de las áreas y, en consecuencia, en la reducción de la jerarquización, la competición y la fragmentación en los procesos de trabajo, lo que permite una atención integral².

CONCLUSIÓN

Las prácticas colaborativas en la APS son realizadas principalmente por el equipo de enfermería y por NASF y tienen lugar durante las discusiones de los casos, en los trabajos en grupo, en el día a día a través del intercambio de informaciones y en los casos más complejos a través de la formulación de proyectos terapéuticos singulares.

El gerente tiene el papel de gobernanza fundamental en el estímulo de las prácticas colaborativas en la UBS y utiliza varias estrategias: liberación de espacios para reuniones generales y soporte matricial del equipo, articulación de horarios para trabajos colectivos,

organización de la logística para el desarrollo de los grupos y realización de actividades de integración junto con el NASF.

Este estudio tuvo la limitación de que las UPS entrevistadas fueron indicadas como las más avanzadas en prácticas colaborativas por el informante clave, lo que no permite la generalización de los resultados a la totalidad de los servicios de salud de la APS.

Considerando que el resultado de esta investigación apunta a la incipiente participación de los usuarios en la formulación de las prácticas colaborativas, así como los recientes cambios en la Política Nacional de Atención Básica y su financiación; se recomienda la realización de futuros estudios que articulen estrategias de atención que involucren al usuario, así como estudios que evalúen las posibles repercusiones del nuevo modelo de financiación en las prácticas colaborativas en la APS.

REFERENCIAS

1. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2012 [citado en 29 de abril. 2021]; 21(4):529-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001>
2. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018 [citado en 29 de abril. 2021]; 22(Suppl 2):1525-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
3. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Rodriguez MLS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2008 [citado en 19 abr 2021]; 8(188):1-14. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-8-188.pdf>
4. Carvalho BG. Coordenação de Unidade na Atenção Básica no SUS: Trabalho, Interação e Conflitos. [tese]. Sao Paulo, SP: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo; 2012. 300p.
5. IBGE | Cidades@ | Paraná | Londrina | Panorama [Internet]. 2021. [citado 4 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/londrina/panorama>
6. Martins J, Bicudo M. A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamento e recursos básicos. 5. ed. São Paulo: Centauro, 2005. 110p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Brasília, v. 143, n. 61, 2006. Seção 1: 71-76.
8. Araujo Neto, Albuquerque JD, Napoleao IM, Vasconcelos LG, Magalhães ML. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. *Physis* [Internet]. 2018 [citado em 30 de abril. 2021]; 28(4):e280417. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280417>
9. Mazza DAA, Carvalho BG, Carvalho MN, Mendonça FF. Práticas colaborativas em núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica. *Saude e Pesqui.* [Internet]. 2022 [citado en 14 abr 2021]; 15(1):e-9566. DOI: 10.17765/2176-9206.2022v15n1.e9566
10. Souza GC, Peduzzi M, Silva JAIM, Carvalho BG. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [citado en 30 de abril. 2021]; 50(4):642-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080623420160000500015>
11. Laccort AA, Oliveira GB. A importância do trabalho em equipe no contexto da enfermagem. *Uningá Review Journal* [Internet]. 2017 [citado en 14 abr 2021]; 29(3):6-10. Disponible en: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1976/1572>

12. Mello ALSF, Andrade SR, Moyses SJ, Erdmann AL. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [citado en 30 de abril. 2021]: 205-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1748>
13. Mazza DAA, Carvalho BG, Carvalho MN, Mendonça FF. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela?. *Physis* [Internet]. 2020 [citado en 30 de abril. 2021]; 30(4):e300405. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300405>
14. Pena Júnior JB, Curcio F, Borges N. A relevância dos saberes gerenciais do enfermeiro na estratégia saúde da família: uma revisão de literatura. *Múltiplos Acessos* [Internet]. 2021; [citado en 28 de abr. 2021]; 5(2):152-66. Disponible en: <http://www.multiplosacessos.com/multaccess/index.php/multaccess/article/view/166>
15. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. *Trab Educ Saúde*. [internet]. 2018; [citado en 05 de mayo. 2021]:683-702. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00122>
16. Oliveira IF, AMO, Paiva RA, Oliveira KSA, Nascimento MNC, Araújo RL. The role of the psychologist in NASF: challenges and perspectives in primary health care. *Temas Psicol*. [Internet]. 2017 [citado en 30 de abril. 2021]; 25(1):291-304. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-17Pt>
17. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2015 [citado en 30 de abril. 2021]; 0452(7):1217-30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008>
18. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2016 [citado en 01 de mayo 2021]; 20(59):905-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>
19. Araújo EMD, Galimbertti PA. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicol Soc*. [Internet]. 2013 [citado en 11 abr 2021]; 25(2):461-8. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/vFKZFXT58XWLj6sdKXhDP3w/?format=pdf&lang=pt>
20. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2015. [citado en 01 de mayo. 2021]; 20(8):2511-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>
21. Costa DAS, Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface*. [Internet]. 2018 [citado en 01 de mayo. 2021]; 22(67):1183-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>
22. Souza GC, Peduzzi MS, Alcântara JM, Carvalho BG. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration?. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016. [citado en 01 de mayo. 2021]; 50(4):642. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>
23. Costa MV, Freire Filho JR, Brandão C, Silva JAM. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu, Online)* [Internet]. 2018 [citado en 01 de mayo. 2021]; 22(Suppl 2):1507-10 DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0636>
24. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface (Botucatu, Online)* [Internet]. 2015 [citado en 01 de mayo. 2021]; 19(55):1221-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0653>

Editor Asociado: Rafael Gomes Ditterich.

Conflicto de Intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Financiación: no hubo.

CONTRIBUCIONES

Wellington Pereira Lopes y **Brigida Gimenez Carvalho** contribuyeron a la concepción, la recogida y el análisis de datos, la redacción y la revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Lopes WP, Carvalho BG. Prácticas colaborativas en las unidades básicas de salud y la función de la gerencia. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2022 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 10(2):253-68. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

LOPES, W. P.; CARVALHO, B. G. Prácticas colaborativas en las unidades básicas de salud y la función de la gerencia. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, MG, v. 10, n. 2, p. 253-268, 2022. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (APA)

Lopes, W.P., & Carvalho, B.G. (2022). Prácticas colaborativas en las unidades básicas de salud y la función de la gerencia. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 10(2), 253-268. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons