



# INTERPROFISSIONALIDADE NO SUS: PERCEPÇÕES SOBRE COMUNICAÇÃO E RESOLUÇÃO DE CONFLITOS

**INTERPROFESSIONALITY IN BRAZILIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM: PERCEPTIONS ABOUT COMMUNICATION AND CONFLICT RESOLUTION**

**RANGEL, C. D.**

<https://orcid.org/0000-0002-3099-227X>  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

**OLIVEIRA, M. G. C. de**

<https://orcid.org/0000-0002-9669-5999>  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

**TORRES, E. S. de O.**

<https://orcid.org/0000-0002-8079-0385>  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

**MEDEIROS, L. F. de**

<https://orcid.org/0000-0002-6754-7217>  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

**GARCIA, L. R. S.**

<https://orcid.org/0000-0002-6039-481X>  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

## RESUMO

A prática interprofissional colaborativa tem sido recomendada para promover melhorias no processo de trabalho e na qualidade do cuidado em saúde no SUS. O objetivo deste trabalho é relatar as experiências e percepções dos discentes e preceptores integrantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/interprofissionalidade) em dois serviços públicos de saúde, analisando como as competências da comunicação e resolução de conflitos se articulam na construção da prática colaborativa, interprofissional e no cuidado em saúde. Trata-se de um relato de experiência, a partir de registros em diários de campo, discussões de casos e entrevistas semiestruturadas (profissionais do SUS) entre junho de 2019 e fevereiro de 2020. Foram observadas dificuldades na comunicação e a existência de ambientes conflituosos nos serviços, além de visões tradicionais perante o conflito, o que implica em uma aversão sistemática ao que seja a ele relacionado. Também se constatou a prevalência do desconhecimento sobre educação interprofissional e a prática colaborativa entre os profissionais. Considerando que os conflitos eram mais recorrentes em virtude dos problemas na comunicação, o PET-Saúde possibilita a formação de um novo fazer saúde pelos profissionais, à medida que trabalha modelos de comunicação assertivas e a mediação de conflitos nos processos de trabalho, articulando tais competências colaborativas para a promoção da interprofissionalidade e a qualificação do cuidado em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** educação interprofissional; educação permanente; prática colaborativa; cuidado em saúde.

## ABSTRACT

Collaborative interprofessional practice has been recommended to promote improvements in the work process and in the quality of health care in the SUS. The objective of this work is to report the experiences and perceptions of students and preceptors who are part of the Education Program for Work for Health (PET-Health/Interprofessionality) in two public health services, analyzing how the skills of communication and conflict resolution are articulated in the construction of collaborative, interprofessional and health care practice. This is an experience report, based on records in field diaries, case discussions and semi-structured interviews (with SUS professionals) between June 2019 and February 2020. It was observed difficulties in communication and the existence of conflicting environments in the services, in addition to traditional views on the conflict, which implies a systematic aversion to what is related to it. It was also found the prevalence of lack of knowledge about interprofessional education and collaborative practice among professionals. Considering that conflicts were more recurrent due to problems in communication, the PET-Health/Interprofessionality enables the formation of a new health practice by professionals, as it works with assertive communication models and the mediation of conflicts in work processes, articulating such skills collaborative efforts to promote interprofessionalism and the qualification of health care.

**KEYWORDS:** interprofessional education; permanent education; collaborative practice; health care.

## 1. Introdução

Desde que as ciências da saúde começaram a apreender o modelo biopsicossocial, e assim, ampliar sua compreensão para além dos fatores biológicos, seu foco passou a divergir do binômio saúde-doença e do modelo curativista. Isso contribuiu para uma visão mais integralizada do indivíduo. [1] Nessa perspectiva, novas alternativas de cuidado em saúde precisaram ser desenvolvidas, uma vez que as demandas voltadas para as dimensões do cuidado em saúde e o olhar para a individualidade de cada ser humano

não eram supridas apenas com o cuidado uniprofissional. [2]

A prática interprofissional colaborativa tem sido recomendada como um dos principais métodos de melhoria à qualidade do cuidado em saúde, contribuindo para a percepção, compreensão e eficácia do trabalho em equipe nos serviços. Nessa prática, a interação entre profissionais com formações distintas permite o compartilhamento de conhecimentos e habilidades que promovam, em conjunto, uma assistência mais integralizada e centrada no paciente. [3]

O processo de construção da prática interprofissional está longe de ser uma proposta simples e fácil de ser aplicada. Há diversos pontos que podem nortear esse debate, principalmente a discussão no

âmbito conceitual. Nomeadamente, ao que recai a lógica empregada no atual paradigma de cuidado em saúde, que é circunscrito em um cuidado fragmentado e sobreposto por diversas categorias profissionais - (neo) positivismo. [4]

É necessário frisar que a interprofissionalidade não anula a especificidade de cada campo do saber. Pelo contrário, implica em uma consciência dos limites e potencialidades de cada campo, para que se possa haver uma abertura em direção a um fazer coletivo, possibilitando trocas – a questionar e a ser questionado. [5]

Sendo assim, considerando a colaboração interprofissional como um elemento necessário para a qualidade da atenção em saúde, foram construídas competências a serem desenvolvidas no exercício profissional e em prol da educação interprofissional em saúde. Essas competências são a comunicação interprofissional; o cuidado centrado no usuário, na família e na comunidade; a clareza de papéis profissionais; o trabalho em equipe; a resolução de conflitos e a liderança colaborativa. [6]

Nessa lógica, qualquer uma dentre as competências colaborativas pode servir como indicador para investigar práticas não recomendáveis e, portanto, contribuir para o conhecimento e posterior aprimoramento da prática interprofissional. Neste trabalho, foi escolhido especificamente as competências da resolução de conflito e da comunicação para um relato sobre a realidade teórico-prática para o desenvolvimento de um exercício interprofissional eficiente. Para isso, é preciso entender como ambas as competências se inter-relacionam em virtude do seu carácter processual e de sua totalidade enquanto fenômeno. [7]

Parece razoável afirmar que uma das forças mais restritivas ao bom desempenho de um grupo é a falta de comunicação eficaz. As fontes de conflitos pessoais muitas vezes decorrem de falhas de comunicação, tais como equívocos na compreensão da mensagem ou falta de precisão durante a emissão. [7]

A origem da palavra comunicar está no latim *communicare*, que tem por significado “por em comum”. Ela pressupõe o entendimento das partes envolvidas, e

sabe-se que não existe entendimento se não houver, anteriormente, a compreensão. E para que a comunicação ocorra de maneira efetiva tem-se que ser coerente nos discursos e em toda a comunicação não verbal, que envolve tanto as expressões faciais, como as posturas corporais. [8]

Conforme citado por Previato e Baldissera, [2] a comunicação é descrita como um aspecto fundamental para a criação de um canal aberto entre os constituintes de uma equipe de saúde, permitindo a criação de um senso comum de realização e de prática colaborativa eficaz. [2] Também é importante para dispor de informações sobre os pares (colegas de equipe, usuário e comunidade), já que quanto maior a habilidade em correlacionar esses saberes, melhor o desempenho da transmissão do conteúdo e da informação. [9]

Quando pautada segundo os domínios da prática interprofissional, a comunicação é destacada por proporcionar o compartilhamento de inquietações e vitórias geradas no dia a dia do trabalho entre os profissionais, bem como contribui com resultados satisfatórios do ambiente de trabalho e dos usuários daquele serviço. [2]

De acordo com Ferreira e Reis, [10] as origens de divergências e a instauração de modelos de trabalho e organização social são diversas, no entanto é destacado que em frente aos tipos de conflitos majoritariamente recorrentes na saúde (correspondente a 40%), o principal aspecto destacado como disfuncional (ou em falta de consonância) foram problemas com a comunicação.

Sendo assim, o conflito, que a priori era lido pelas organizações como danoso e devia a todo custo ser suprimido e evitado, atualmente é percebido como um acelerador para o crescimento e desenvolvimento organizacional, além de servir como catalizador no desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes centrais no domínio profissional e no trabalho assertivo. Portanto, os efeitos negativos do conflito são abonados pelo tipo de tratamento dado a ele, pois, quando adequado, pode melhorar a gestão, a performance e a motivação dos trabalhadores. [7]

Paralelo a isso, Robbins [7] destaca que o conflito pode ser percebido de três maneiras. A primeira, uma visão mais tradicional, entende o conflito como algo a ser evitado e fruto de um desfecho disfuncional (geralmente associado a má comunicação). A segunda, uma visão mais interacionista, percebe-o como catalisador para desenvolvimento de desempenho (mobilidade, autocrítica e criatividade) sendo, portanto, incentivado. Por fim, a terceira forma, uma visão de conflito gerenciado, indicado como alternativa mais recente, reconhece que o conflito é inevitável na maioria das organizações, centrando-se, portanto, na resolução de conflitos produtivos (funcionais).

Barros [9] reitera que o processo de mediação de conflitos tem como finalidade o estímulo e a facilitação à comunicação. Entendendo, nessa acepção, que restaurar a comunicação das partes, envolve a redução de obstáculos emocionais, de ruídos, além da promoção de reflexões sobre o conflito até o estabelecimento de uma consciência baseada na razão e na flexibilidade.

Complementarmente, Oliveira e Sagy [1] indica a importância da resolução de conflitos para a condução de soluções participativas e abrangentes entre as partes, possibilitando a criação de oportunidades de desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional.

Diante dessas considerações, o principal objetivo desse trabalho foi descrever a experiência extensionista em serviços públicos de saúde e como as competências da comunicação e da resolução de conflitos se articulam, na construção da prática colaborativa, interprofissional e no cuidado em saúde.

## 2. Métodos

Este trabalho versa sobre a experiência extensionista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), de iniciativa do Ministério da Saúde para qualificação de profissionais e estudantes da área da saúde, em ações práticas de iniciação ao trabalho. O PET-Saúde se desenvolve como um dispositivo de promoção e fortalecimento de ações de integração ensino-serviço-comunidade.

Sendo assim, é um estudo descritivo, no formato de relato de experiência. A vivência foi realizada por estudantes dos cursos de psicologia, enfermagem, nutrição e fisioterapia, e os tutores da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí (FACISA/UFRN), em dois serviços de saúde do município de Santa Cruz - RN, sendo um serviço de atenção básica (Unidade Básica de Saúde) e outro serviço correspondente à atenção psicossocial especializada (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II).

O PET-Saúde, em sua nona edição, reconhece a interprofissionalidade como demanda atual e necessária na implementação de uma atenção integral no cuidado em saúde. As atividades do Pet-Interprofissionalidade se iniciaram no segundo trimestre do ano de 2019, a partir do embasamento teórico-metodológico, inicialmente associado a um componente curricular facultativo semestral, intitulado “Promoção de Saúde na Comunidade”, e, posteriormente, com encontros semanais, envolvendo capacitações, visitas in loco, debates e apresentações de análises e propostas de aperfeiçoamento da rede municipal de saúde e das políticas públicas de saúde.

Os encontros semanais desenvolvidos aconteceram tematicamente seguindo as referências das seis competências colaborativas para a prática interprofissional (comunicação interprofissional; o cuidado centrado no usuário, na família e na comunidade; a clareza de papéis profissionais; o trabalho em equipe; a resolução de conflitos e a liderança colaborativa), de junho de 2019 a fevereiro de 2020 e com carga horária semanal de 20/horas. Dentre muitas proposições e dados levantados na literatura, foi demonstrada a correlação da influência entre as competências em formulações problemáticas de organização de trabalho e, principalmente, no cuidado em saúde. [10]

A partir da inserção da participação dos profissionais da rede no processo da construção e desenvolvimento do projeto PET juntamente com discentes e docentes, mais uma vez, se mostrou decisivo na abertura e contextualização das realidades do serviço. Sobretudo, no acompanhamento

e tutoria na participação das atividades e inserção no serviço.

Com isso em mente, durante todo o percurso do projeto foram desenvolvidos encontros que subsidiaram o planejamento das ações e atividades do projeto, bem como as discussões dos encaminhamentos dos processos da pesquisa frente às atribuições do campo. Nesses momentos, a equipe recebia informações sobre questões éticas e metodológicas para a abordagem dos profissionais, realização de entrevistas e registro de atividades de campo.

Paralelamente, todas as competências da prática interprofissional foram trabalhadas e discutidas nas reuniões semanais do PET, oportunizando espaços de construção coletiva cruciais na reorientação e estruturação dos recursos humanos e materiais. Logo, o relato de experiência por ora apresentado tem como base essas vivências.

Diante disso, o instrumento adotado pela equipe no registro e acompanhamento das atividades e práticas dos profissionais nos serviços foi o diário de campo, o que possibilitou reflexões sobre o trabalho em equipe, a organicidade e resolutividade do serviço, tão quanto no contato entre os estudantes, o campo e suas afetações.

As entrevistas, por sua vez, foram construídas mediante os apontamentos nas orientações da equipe, desempenhou o papel de aprofundar e explorar o contexto e como as interfaces do atual modelo de trabalho tem sido percebida, acompanhada e avaliada em termos de práticas, atribuições e responsabilidades éticas para os profissionais. Para realização das entrevistas contou-se com a disponibilização de salas prestadas pelos serviços, na preocupação quanto à garantia ao sigilo das informações prestadas e a utilização de um roteiro semiestruturado de entrevista, não validado.

Sendo, portanto, possível inferir, que as perguntas estabelecidas em tom de diálogo, mobilizaram reflexões sobre a trajetória acadêmica e de vida profissional dos participantes. Sobretudo, a entrevista enquanto um espaço propício para essa retrospectiva laboral profunda e atenta, sendo percebida, segundo eles, como um momento de escuta e acolhimento, talvez determinante na sensação de segurança no

que era dito, bem como, de gratidão pelas conquistas na profissão.

O roteiro da entrevista contou com as categorias de histórico profissional, caracterização da atividade (atribuições, competências prescritas, potencialidades e dificuldades na atuação, composição de equipe, natureza do trabalho), condições de trabalho (condições físicas, ergonômicas, de gestão, psicossocial, regime de trabalho) e conhecimento das competências colaborativas. Especificamente sobre comunicação e redes de contatos foram explorados os canais, as fragilidades, o contato com a rede e as sugestões de aperfeiçoamento (tanto subjetivo como coletivo). Quanto à resolução de conflito foram explorados os aspectos de cultura organizacional (visão e valores sobre o conflito), as estratégias utilizadas, limites e possibilidades na otimização do conflito, com fim na seguridade do trabalhador e na garantia da prestação do serviço com qualidade.

Com isso em mente, o contexto foi analisado a partir da literatura sobre análise contextual, adotando a divisão em 4 sub-níveis somente a título de interpretação e discussão, em função da complexidade e das interfaces do objeto. Sendo eles: o contexto imediato, o contexto específico, o contexto geral e o metacontexto. [11]

As análises dessas dimensões envolveram uma interpretação de aspectos relevantes no presente (contexto imediato), relações com as pessoas, com o tempo e ambiente compondo as dimensões específicas (contexto específico), a subjetividade dos indivíduos e histórias de vida (contexto geral) e com os elementos sociopolíticos e normorreguladores que agem sobre o fenômeno (metacontexto). [12]

Dentre os serviços visitados, encontram-se o serviço da Atenção Básica, onde atuam 32 (74,41%) sujeitos na Unidade Básica de Saúde, e o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, onde atuam 11 (25,58%) profissionais. No tocante aos cargos ocupados, a maioria possui formação na saúde (39 - 90,69%), seguidos da coordenação de serviços (2 - 4,65%) e de serviços gerais (2 - 4,65%).

A equipe do CAPS II - Chiquita Bacana era composta por um profissional de cada



categoria, sendo estes, assistente social, psicóloga, nutricionista, médico, educadora física, enfermeiro, técnica de enfermagem, coordenadora, auxiliar de coordenação e uma copeira, além de contar com uma artesã que exercia atividades de arteterapia com os usuários, totalizando 11 indivíduos. Já a Unidade Básica de Saúde (UBS), composta de 32 profissionais, era representada por duas equipes multiprofissionais, com médica, enfermeiros, técnicos em enfermagem, dentista, auxiliares de saúde bucal e os agentes comunitários de saúde (ACS). A amostra total dos entrevistados foi constituída dos profissionais que compõem o projeto de extensão, sendo 15 (34,88%) destes.

### 3. Resultados

O CAPS II - Chiquita Bacana atendia cerca de 83 usuários regularmente, e mais de 200 com renovação de receita. E embora a atenção de uma equipe de saúde deva ser voltada majoritariamente para o usuário e o processo de cuidado, foi possível perceber que, muitas vezes, essa atenção se tornava secundarizada em detrimento dos interesses pessoais de cada profissional. O que, pela dinâmica do trabalho, acabava por gerar falhas na comunicação e comportamentos indesejáveis dentro do grupo (contexto geral).

Frente a isso, notaram-se fatores não interessantes para uma convivência harmoniosa, tais como sentimentos de ambição e comportamentos individualistas por parte dos profissionais em hierarquia superior - seja essa hierarquia real ou irreal. Além disso, foram observados, também, exemplos de práticas individualistas - por parte de alguns profissionais - frente a suas funções, o que por vezes era considerado por outros colegas como desempenho insuficiente. Ocasionalmente, nesse sentido, reclamações internas entre os demais profissionais e tornando o conflito, em virtude de tais comportamentos, uma pauta constante na equipe.

Logo, a presença do clima conflituoso foi evidente na maioria das falas dos profissionais entrevistados. O que, gradualmente, demonstrou o modo como o conflito era visto, não o enxergando como

possibilidade para reassegurar a cultura e os objetivos organizacionais-pessoais, mas como algo desagradável e que deve, a todo custo, ser evitado.

Dando seguimento nas reuniões da equipe, os problemas não eram expostos a fim de uma resolução, e quando eram explanados, os demais envolvidos não reagiam de maneira assertiva nos debates, alguns consideravam apenas preocupações pessoais e acabavam sendo tardios em oferecer uma escuta qualificada para com os seus colegas de trabalho, recorrendo, muitas vezes, a recursos de uma comunicação passivo-agressiva. Por isso, o processo de trabalho continuava a sofrer engasgos, o canal de comunicação se via fragilizado e cheio de ruídos e as tomadas de decisões não favoreciam o serviço como um todo (contexto específico).

Paralelamente a isso, percebeu-se que parte dos conflitos que ocorriam no serviço eram frutos de processos estruturais (metacontexto), relacionados estritamente ao baixo financiamento e suporte oferecidos pela gestão nos diferentes níveis. Notou-se como fatores desencadeantes de conflitos, além das problemáticas já mencionadas, a alta rotatividade, o tipo de vínculo empregatício, a falta de recursos materiais e a falta de domínio de alguns profissionais sobre a política de saúde mental, que condicionavam as relações de trabalho ao enfrentamento e à desmotivação. Muito embora já se tenham planejado intervenções a nível institucional, até a produção do presente artigo, os profissionais não avaliaram mudanças expressivas em nível atitudinal.

Já na UBS, o clima conflituoso que ocorria era apontado em função do desgaste quanto à comunicação e diálogo entre os profissionais e/ou entre as equipes de saúde. De forma que os conflitos eram ocultados e não expostos a fim da resolução dos problemas (contexto imediato). Além disso, foi notório que a comunicação entre as equipes ocorria apenas por meio de reuniões mensais para o planejamento das ações desenvolvidas no local. Sendo assim, a falha na comunicação dos profissionais - tanto no que tange os debates acerca do próprio funcionamento de suas equipes quanto das discussões de casos de pacientes -

resultaram em atendimentos por vezes fragmentados, onde cada profissional realizava sua função sem a articulação com as demais profissões, seja por ausência de tempo, planejamento ou até de hábito (contexto específico).

Quando trazido isso para o serviço, apesar de não haver um conflito nitidamente manifesto, em conversas com os profissionais, notou-se grande desconforto (contexto imediato). Os motivos trazidos referiam-se aos comportamentos de colegas de trabalho no desenvolvimento de suas funções, principalmente referente ao não desenvolvimento em conjunto de atividades de promoção da saúde/prevenção de doenças - competência de trabalho em equipe; da não execução do cuidado de forma integralizada; além da orientação para um modelo de cuidado hierarquizado e medicamentoso (contexto específico).

Nesse contexto, problemas relacionados à projeção de carreira se configuraram como grandes causadores de conflitos, já que perante o que foi relatado: “aqueles que estão aqui por cargos comissionados, que foi fulano que colocou (referência a indicação política), recebem mais apoio financeiro”. Geralmente, os conflitos ficavam na dimensão individual e não eram compartilhados entre as equipes como um todo, mas ainda assim afetavam diretamente o clima organizacional, a motivação, a comunicação e os demais processos no dia a dia do serviço.

Contudo, foi interessante observar como os profissionais assumiam papéis e modelos de trabalho e, conseqüentemente, de cuidado, diferentes uns dos outros, a partir do modelo de formação profissional que tiveram. Ao mesmo tempo em que administravam interesses pessoais e/ou organizacionais no hoje (contexto geral). Contundentemente, as dimensões humanas são produtoras de significados no fazer profissional e no cuidado em saúde e, por isso, precisam se ter sempre à vista.

Assim, a partir das experiências vivenciadas nos serviços supracitados, foi possível perceber que muitas problemáticas de organização nos processos de trabalho e no cuidado em saúde pareciam estar ligadas a um desconhecimento do que seria a prática interprofissional, especificamente no

que se refere à comunicação assertiva. Além da predominância de uma postura mais tradicional em relação ao conflito - ou seja, evitar problematizá-lo.

## 4. Discussão

No que tange às políticas que envolvem o CAPS, a Política Nacional de Saúde Mental compreende um conjunto de programas e intervenções realizadas por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em busca de orientar essas ações através da promoção da saúde e autonomia dos usuários nos serviços. [13] A partir disso, ela vai além do cuidado e atenção aos usuários com transtornos mentais, abrangendo o cuidado a quadros de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas como álcool, cocaína, crack e outras drogas. [14]

Dentro de uma equipe, de acordo com Robbins, [7] a comunicação torna-se fundamental para que seus membros exponham sentimentos de satisfação e frustrações, atuando como um meio de expressão emocional e atendimento das necessidades sociais. Sendo assim, seu papel facilitador de tomada de decisões proporciona o esforço do comportamento desejável dentro de um grupo e se articula como feedback do progresso em relação às metas estabelecidas e as expectativas organizacionais e pessoais.

Na perspectiva da saúde pública, a comunicação desejada, leva em consideração os princípios e diretrizes do SUS, tais como descentralização, participação social, integralidade e universalidade. Desse modo, deve considerar o contexto, o lugar de interlocução, as condições sociais e subjetivas de produção de sentidos, os processos de estabelecimentos de prioridades, bem como a importância das relações de poder que determinam processos e práticas comunicativas. Também deve conferir relevância à pluralidade de vozes que expressam os diversos modos de pensar, compreender e praticar a saúde. Assim, a comunicação precisa escutar e entender os silêncios, as ausências, além de amplificar as vozes historicamente silenciadas por práticas autoritárias. [15]

Por conseguinte, as falhas na comunicação podem desempenhar aspectos

negativos para a organicidade do fazer saúde. Conforme Chiavenato [16] o imperativo nas relações entre profissionais em hierarquias distintas - sejam elas socialmente construídas ou institucionalmente instituídas - podem também ser um aspecto gerador de conflito (contexto geral).

Sendo assim, é importante ressaltar que, segundo Silva, [8] entender o ponto de vista do outro não necessariamente significa ter que concordar com ele, deve-se ser capaz de compreender os diferentes pontos de vista de uma determinada situação, e que a comunicação proporciona o entendimento destes diferentes ângulos e percepções para a tomada de decisões colaborativas. E ao pensar pela perspectiva de Robbins, [7] não expressar as frustrações desencadeadas no dia a dia pode prejudicar o funcionamento do serviço.

Nascimento [17] reforça a presença comumente de interferências nas rotinas estabelecidas pelas organizações no campo da saúde, no que tange principalmente aquelas consideradas informais. Logo, desentendimentos e hierarquia na área da saúde são geradores de conflitos entre as subculturas existentes, o que por muitas vezes acontece devido ao comportamento competitivo ou aversão às regras e rotinas estabelecidas, interferindo significativamente nos interesses e processos cotidianos da instituição.

Deste modo, é possível fundamentar as causas dos conflitos gerados no CAPS, seja pela falta de interesse no comprometimento das rotinas instituídas, comportamentos individualistas, bem como a ausência de vínculos com os demais profissionais que o compõem.

Segundo Ferreira e Reis [10] 3 tipos de conflitos são destacados como centrais no entendimento da alçada do cuidado em saúde e demonstram ser representativos com resultados obtidos. Sendo eles, a falta de clareza na definição de papéis, o manejo do trabalho e as responsabilidades éticas requeridas. Para além deles, também são destacados a infraestrutura física, organização do ambiente de trabalho, privilégios de funcionários, descontentamento e desenvolvimento de pessoal, levando à insatisfação. Dessa forma,

o conflito na cultura organizacional tem relevância em nível macro como estruturador na viabilidade (coesão, potência e burnout) e no desempenho (criatividade e atendimento ao usuário), já que fornece pistas sobre a eficaz gestão e o efetivo manejo e superação de entraves.

A adoção de um suporte mediador de conflito, nesse caso, pode promover o bem-estar e reduzir o rotativismo desses profissionais. Mais especificamente, um canal aberto de comunicação direta, o respeito, a atenção, a intervenção de lideranças e a instituição de protocolos de gestão se configuram como estratégias a serem implementadas para a resolução de conflitos. [10]

Quanto aos embargos institucionais e estruturais, de acordo com Berg, [18] mudanças organizacionais podem gerar demissões e reestruturações, contribuindo para a propagação do medo e resistência. Por isso podem representar uma fonte repleta de conflitos. Além disso, a escassez dos recursos é motivo de muitos atritos e desentendimentos, uma vez que podem restringir o desempenho tanto de funcionários quanto dos departamentos (leia-se serviços).

Tendo isso em mente, o que observou-se enquanto estrutura de análise perante os fatores-causas de conflitos, foi hegemonicamente referente aos conflitos de tarefa e de processo, correspondendo ao contexto específico. O que, portanto, corrobora com a análise de que as implicações ético-políticas do cuidado em saúde - e, principalmente, no tocante a saúde mental - requerem para além do conhecimento técnico, o respeito e comprometimento com as diretrizes e bases de uma ethos e práxis antimanicomial.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a dinâmica do trabalho da UBS é de responsabilidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio da colaboração dos profissionais e da inserção dos Agentes Comunitários de Saúde nas comunidades, para que ocorra a criação de um maior vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários da APS. [19] Nessa acepção, embora as reuniões para planejamento de ações e discussões de casos nas equipes de saúde sejam momentos formais de comunicação



interprofissional e podem ser considerados fortes aliados da prática comunicativa para auxiliar o cuidado, estes momentos não podem ser considerados meios exclusivos para o alcance desse domínio. [20]

Isto reforça a importância que a comunicação de um serviço de saúde possui entre os profissionais e para com os usuários. E que este domínio, quando exercido de forma colaborativa e eficaz, contribui para a atenção qualificada em saúde, além de evitar omissões ou duplicações do cuidado e conflitos. [2]

Em vista disso, os espaços organizacionais são compostos de distintos contextos e relações entre administradores, gestores e colaboradores, no qual, sua existência em meio a diferentes subculturas pode acarretar conflitos de interesse e de status, bem como por ego ou pontos de vista discordantes sobre determinada temática. Maioritariamente, os conflitos são relacionados às divergentes formas de trabalho, legitimidade e autoridade, por muitas vezes interpretados como inconciliáveis e incompatíveis. [17]

Logo, diversos podem ser os motivos que compõem e fundamentam as bases para um conflito - seja o caráter da tarefa/função, relacionamentos interpessoais e dos processos de trabalho. Isto posto, Robbins [7] explica que os conflitos de tarefa podem apresentar desdobramentos negativos e podendo acabar se configurando como um conflito de relacionamento (contexto específico). Deste modo e em função das vivências na UBS, quando comparado ao conflito de tarefas, foi possível inferir que o conflito de processo articulado ao comprometimento do cuidado em saúde apresenta também desdobramento similar, podendo se converter também em conflito de relacionamento.

Além disso, Nascimento [17] corrobora a hierarquia no âmbito da saúde como um dos fatores limitadores dos processos diários, ao passo que a maior problemática não é o desconhecimento do organograma, e sim a própria cultura organizacional. Dessa forma, exceder processos e estruturas organizacionais a partir de comportamentos hierárquicos, se constitui como um significativo elemento gerador de conflito. Que no caso da UBS, é evidenciado pela

hierarquia do cargo de supervisão frente a resolução de problemas, que por muitas vezes era dificultado devido à ausência de comunicação e diálogo entre os profissionais e equipes de saúde.

Quanto à gravidade dos conflitos que foram apresentados, Chiavenato [21] fundamenta que há três níveis, sendo eles o conflito percebido, experienciado e o manifesto. O conflito percebido, nesse caso, é representado a partir da divergência nos objetivos do cuidado em saúde e da dualidade entre os interesses individuais e coletivos. O conflito experienciado, se articula na medida em que se caracteriza como um conflito velado e ao passo em que provoca sentimentos de hostilidade, raiva, medo, descrédito entre uma parte e outra. Por fim, o conflito manifesto é qualificado explicitamente como o conflito aberto, mas não identificado durante as visitas.

Tais conclusões foram feitas, quando nas falas dos profissionais ficou evidente o descontentamento de como alguns dos seus colegas não tinham e/ou não entendiam os objetivos dos princípios da atenção primária, gerando conflitos quanto aos objetivos do cuidado em saúde. Com vista a isso, Robbins [7] aponta que quando profissionais em seus ambientes de trabalhos não entendem os objetivos organizacionais é comum que existam conflitos pelo que se espera que seja atingido, ficando a cargo da interpretação individual um entendimento que deveria ser coletivo (contexto geral).

Assim, quando algo está no domínio da interpretação individual é mais comum que sejam feitas más interpretações, criando conflitos de interesses e disputa de pontos de vistas, entrando no âmbito do que seria o conflito de relacionamentos (contexto geral).

A partir disso, ao considerarmos o âmbito do trabalho em saúde, é notório a presença de ambientes conflitantes e competitivos, o que, pode interferir de forma significativa na saúde e bem-estar dos sujeitos envolvidos, tornando ainda mais necessária a gestão especializada nas resoluções intrínsecas do conflito. Oliveira e Sagy [1] esclarecem que tem sido comum nas organizações o desenvolvimento de práticas de mediação para melhorar o ambiente. Por meio das práticas de mediação, os cooperados podem

desenvolver ações que auxiliam na solução amigável de conflitos próprios do local de trabalho, fazendo dessas crises oportunidades de desenvolvimento profissional e organizacional.

Tal explanação não afirma que a mediação de conflitos é algo simples, trata-se apenas de um relato do que foi visto na prática dos serviços, como processos de mediação não assertivos que se perduram ano a ano, mas sem de fato alcançar uma resolução.

No CAPS, a cada semestre o serviço recebe estagiários que sempre tocam nas mesmas questões, mas algo na lógica de uma resolução de conflito a curto prazo não parece de maneira nenhuma promissora. No caso da UBS, os conflitos produzem uma “resolução” relativa à hierarquia, onde muitas vezes aquele profissional no cargo de supervisão é quem decide sobre uma problemática.

Para além disso, é necessário destacar que em ambos os serviços o papel de mediador é muitas vezes associado aos cargos de direção e/ou aos psicólogos, denotando que os serviços não entendem a própria resolução de conflitos como uma competência interprofissional e necessária de ser desenvolvida e introduzida no seu modo de trabalho.

Isto posto, a atenção fragmentada e o não conhecimento sobre as práticas colaborativas são dois entre os muitos indicadores problemáticos que necessitam ser repensados no modelo atual de cuidado, já que são desafios impostos e que apontam para a busca de apoios institucionais. Logo, o PET-Saúde-Interprofissionalidade cumpre um papel chave nessa transição de paradigma na atenção em saúde, ao passo que implementa alternativas ao modelo de formação (estruturas curriculares e educação permanente), na qualificação docente e na atuação profissional.

Sendo assim, o PET-interprofissionalidade surge como um aliado aos serviços frente às problemáticas enfrentadas. Inserindo os serviços de saúde pelos preceptores - que conhecem com clareza as dificuldades de cada serviço - os participantes do projeto (a saber, alunos e tutores de diversas áreas de formação) tem a oportunidade de trabalhar cada

competência da interprofissionalidade a fim de alcançar soluções mais apropriadas a partir de cada contexto. Além disso, a participação no processo viabiliza uma formação voltada para esse tipo de prática, o que não é ainda comum no ensino superior brasileiro, seja ele na área da saúde ou não.

## 5. Conclusões

Nos serviços de saúde visitados prevalecia o desconhecimento sobre a prática interprofissional. Além disso, foram observadas dificuldades em desenvolver modelos de comunicação assertivas e a existência de ambientes conflituosos, à medida que predominava a postura de evitar problematizar o conflito.

Estas experiências advogam pela necessidade material do desenvolvimento de uma ethos e práxis interprofissional enquanto garantia de uma saúde pública estruturada, articulada e forte. Apoiado no rompimento da assistência fragmentada e no cuidado fragilizado, o PET-Saúde-Interprofissionalidade tem apresentado alternativas metodológicas e de atuação pautadas nas competências interprofissionais e nas práticas colaborativas, se constituindo como instrumento reformador no aperfeiçoamento e defesa do SUS.

Assim, conseguir o desenvolvimento e o domínio da prática interdisciplinar na saúde, é estar a par, então, das dificuldades da formação profissional, como também dos processos de precarização do trabalho, sucateamento e desvalorização política e social do modelo atual de saúde pública. Exemplificados, corriqueiramente, na escassez diária de recursos humanos e materiais, nos muitos cargos comissionados, além da fragilização dos serviços e na desassistência na atenção ao usuário.

Portanto, a interprofissionalidade é um modelo que pressupõe uma organização, uma articulação voluntária e coordenada das ações disciplinares orientadas por um interesse comum. Fica difícil apoiar uma mudança de sentido do cuidado em saúde e desenvolvimento da prática interprofissional com modelos de práticas colaborativas de forma ilhada, com serviços fragilizados e sem recursos, com equipes desmotivadas e com

alta rotatividade, e, obviamente, com formações e capacitações que não priorizam as competências colaborativas e a prática interprofissional.

No entanto, o processo de capacitação vem sendo desenvolvido há mais de 01 ano. As revisões das práticas, juntamente com o comprometimento no acompanhamento teórico, vêm se mostrando um diferencial no processo educativo do modelo interprofissional. Para os participantes

(alunos, preceptores e tutores), essa oportunidade é autoavaliada como decisória, já que a avaliação das práticas e dos modelos de cuidado, além desse contato com a formação, produzem experiências e, sobretudo, intencionalidades importantes na efetivação da integralidade na atenção à saúde.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao PET-Saúde/Interprofissionalidade pela concessão das bolsas de extensão e aos demais integrantes do projeto pela participação nas diversas etapas da formação teórico-metodológica em educação interprofissional.

## REFERÊNCIAS

- (1) Oliveira JA, Sangy M. Mediação de conflitos: possibilidades de humanização para a promoção da saúde. *Revista Tecer* [online]. 2013[acesso em 16 out. 2020]; 6(11): 177-89. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15601/1983-7631/rt.v6n11p177-189>>.
- (2) Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na atenção primária à saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2018[acesso em 16 out. 2020]; 22: 1535-47.
- (3) Batista REA, Peduzzi M. Prática interprofissional colaborativa no serviço de emergência: atribuições privativas e compartilhadas dos fisioterapeutas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online], 2018[acesso em 16 out. 2020]; 22 (Supl 2): 1685-1695. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0755>>.
- (4) Chaves MM. Educação das profissões da saúde: perspectiva para o século XXI. *Rev Bras Educ Med* [online]. 1996[acesso em 16 out. 2020]; 20(1): 21-87.
- (5) Assega ML, Lopes Júnior LC, Santos EV, Antoniassi RS, Padula MGC, Pirolo SM. A interdisciplinaridade vivenciada no PET-Saúde. *Revista Ciência & Saúde* [online]. 2010[acesso em 16 out. 2020]; 3(1): 29-33.
- (6) Silva JAM da, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. *Rev. Esc. Enferm. USP* [online]. 2015[acesso em 18 out. 2020]; 49(spe2):16-24. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/112629>>.
- (7) Robbins SP. Conflito e Negociação. In: Robbins SP. *Fundamentos do Comportamento Organizacional*. 8ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2009.
- (8) Da Silva, MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Revista Bioética* [online]. 2009[acesso em 18 out. 2020]; 10(2).

- (9) Barros VA. Mediação: forma de solução de conflito e harmonia social. Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Campos, Campos dos Goytacazes. 2007[acesso em 18 out. 2020]; 2(2): 1-10.
- (9) Ferreira CAA, Reis Neto MT. Gestão de conflitos nas organizações: um olhar para a saúde. Rev. Gestão e Saúde [on line]. 2015[acesso em 20 jul. 2021]; 6(3):2799-2818. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3263>>.
- (10) Pinheiro MGC, Simpson CA, Tourinho FSV. Análise contextual do atendimento aos portadores de hanseníase na atenção primária à saúde. Rev Pesqui Cuid Fundam [online]. 2014[acesso em 18 out. 2020];6(supl):187-95.
- (11) Hinds PS, Chaves DE, Cypess SM. Context as a source of meaning and understanding. Qualitative health research [online]. 1992 [acesso em 18 out. 2020]; 2(1): 61-74.
13. Assis DAD, Silva AA, Torres T. Políticas de saúde mental, álcool e outras drogas e de criança e adolescente no Legislativo. Saúde em Debate [online]. 2017[acesso em 20 out. 2020]; 41(112): 255-272. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711221>>.
- (12) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas. 2018.
- (13) Araujo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- (14) Chiavenato I. Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.
- (15) Nascimento DMM do. Mediação de conflitos na gestão da saúde (médica, clínica e hospitalar): humanização do direito médico. Cad. Ibero Am. Direito Sanit[on line]. 2020 [acesso em 20 jul. 2021]; 9(1):170-95. Disponível em: <<https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.605>>.
- (16) Berg EA. Administração de conflitos: abordagens práticas para o dia a dia. Curitiba: Juruá; 2012.
- (17) Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery [online]. 2018[acesso em 20 out. 2020]; 22(4): e20170372. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372>>.
- (18) Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu) [online]. 2018 [acesso em 20 out. 2020]; 22 (supl. 2): 1525-34. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>>.
- (19) Chiavenato I. Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.