

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

ANA PAULA ANTUNES DE SOUZA

**O TRABALHO EM EQUIPE SOB O EIXO DA INTEGRALIDADE: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

JUIZ DE FORA
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

ANA PAULA ANTUNES DE SOUZA

**O TRABALHO EM EQUIPE SOB O EIXO DA INTEGRALIDADE: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Serviço Social da Universidade
Federal de Juiz de Fora para obtenção do título
de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marina Monteiro de Castro e Castro

JUIZ DE FORA

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

ANA PAULA ANTUNES DE SOUZA

**O TRABALHO EM EQUIPE SOB O EIXO DA INTEGRALIDADE: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Serviço Social da Universidade
Federal de Juiz de Fora para obtenção do título
de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marina Monteiro de Castro e Castro

Aprovado em ____ de _____ de 2019

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Marina Monteiro de Castro e Castro
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dr.^a Joseane Barbosa de Lima
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dr.^a Luciana Gonçalves Pereira de Paula
Universidade Federal de Juiz de Fora

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primordialmente a Deus e aos espíritos de luz, os quais não me desampararam durante todos esses anos, sobretudo nos momentos difíceis. Mesmo sem os ver, sei que estavam lá.

Aos meus pais, Jacira e Ibraim, por todo incentivo e esforço para que eu e meu irmão pudéssemos estudar. Ademais, agradeço por todo apoio, desde o momento em que escolhi o curso de Serviço Social, fato que foi essencial para que pudesse ter certeza que fiz a escolha certa.

Ao meu irmão Rafael, agradeço por toda calma que me passara nos momentos de estresse, por toda compreensão e sobretudo, por nunca ter me negado ajuda financeira quando precisava comprar livros, e materiais para estudar.

Agradeço, ao meu namorado Thiago, por todo carinho e amor, por todo colo que me deu nos momentos ruins e pela força e incentivo quando pensava que não conseguiria.

Aos amigos de faculdade e meus eternos companheiros de trabalhos e seminários, Hérika, Gabi, Leka e Juliano, por fazerem esta jornada mais leve e divertida.

À minha supervisora de campo Priscila, quero expressar minha gratidão, por todo carinho e dedicação em que conduziu o meu processo de aprendizagem no campo de estágio, por todo conhecimento agregado e por sempre me incentivar a olhar a realidade além do imediato.

Por fim, agradeço à todos os professores da faculdade de Serviço Social. Sobretudo, à minha orientadora e supervisora acadêmica Marina, pela ótima didática em que conduziu as aulas e orientações e por ser uma profissional referência para mim.

RESUMO

O trabalho em equipe na rede de atenção à saúde, pode ser uma estratégia importante para viabilizar a integralidade da assistência, haja vista que a complexidade das necessidades de saúde atualmente, requerem cada vez mais uma articulação entre diferentes categorias profissionais. Dentre as diversas tipologias, apontadas na literatura como possibilidades do trabalho coletivo na saúde, a que tem sido mais discutida é o trabalho interprofissional. No que concerne a esta tipologia, têm-se como um dos marcos importantes a elaboração do documento Canadian Interprofessional Health Collaborative, organizado pela Organização Mundial da Saúde em 2010. Tal documento apresenta seis competências profissionais, as quais podem ser consideradas norteadoras para o trabalho em equipe interprofissional, são elas: Comunicação interprofissional, cuidado centrado no paciente/família/comunidade, dinâmica de funcionamento da equipe, clarificação dos papéis profissionais, resolução de conflitos e liderança colaborativa. Contudo, é imprescindível destacar os diversos desafios que permeiam a rede de atenção à saúde, bem como as condições de trabalho dos profissionais inseridos na mesma. Nesse sentido, este trabalho se pautará em uma revisão bibliográfica de cinco artigos, os quais foram delimitados em seis categorias, sendo as próprias competências. A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é utilizada nesta pesquisa, como um coadjuvante, visto que conforme a literatura, ela pode ser considerada uma facilitadora do trabalho em equipe interprofissional. Este estudo tem o objetivo, analisar como o trabalho em equipe acontece na rede de atenção à saúde, e se o trabalho em equipe pode promover a integralidade da assistência.

Palavras-chave: Trabalho em equipe. Integralidade. Competências interprofissionais. Residência.

ABSTRACT

Teamwork in the health care network can be an important strategy to enable the integrality of care, since the complexity of health needs nowadays increasingly require an articulation between different professional categories. Among the various typologies, pointed in the literature as possibilities of collective work in health, what has been more discussed is interprofessional work. As regards this typology, the Canadian Interprofessional Health Collaborative, organized by the World Health Organization in 2010, is one of the important milestones. This document presents six professional competencies, which can be considered guiding interprofessional team, are: Interprofessional communication, patient / family / community centered care, team functioning dynamics, clarification of professional roles, conflict resolution and collaborative leadership. However, it is essential to highlight the various challenges that permeate the health care network, as well as the working conditions of the professionals included in it. In this sense, this work will be based on a bibliographical review of five articles, which were delimited in six categories, being the competencies themselves. The Multi-professional Residences in Health (RMS) is used in this research as a supporting, since according to literature, it can be considered a facilitator of interprofessional teamwork. This study aims to analyze how teamwork happens in the health care network, and whether teamwork can promote the integrality of care.

Keywords: Teamwork. Integrality. Interprofessional skills. Residence.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO I – TRABALHO EM EQUIPE E INTEGRALIDADE NA SAÚDE.....	15
1.1 A integralidade como princípio e diretriz do SUS.....	16
1.2 Integralidade da assistência à saúde.....	23
1.3 Política de saúde e mercantilização: desafios para a efetivação da integralidade.....	28
CAPÍTULO II – TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE E COMPETÊNCIAS INTERPROFISSIONAIS: EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE?.....	35
2.1 O trabalho em equipe na área da saúde.....	37
2.2 Residência em Saúde e competências para o trabalho interprofissional: uma revisão bibliográfica.....	40
2.2.1 Comunicação interprofissional.....	46
2.2.2 Cuidado centrado no paciente/família/comunidade.....	48
2.2.3 Clarificação dos papéis profissionais.....	51
2.2.4 Dinâmica de funcionamento da equipe.....	52
2.2.5 Resolução de conflitos.....	55
2.2.6 Liderança colaborativa.....	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é um requisito para a conclusão da disciplina Seminário de Conclusão de Curso II e, conseqüentemente, um requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

A minha inquietação pela temática surgiu através da minha experiência de estágio, o qual realizo no Hospital Regional João Penido situado em Juiz de Fora - MG, especificamente nos setores de UTI Adulto e UTI pediátrica. A partir do cotidiano vivenciado, juntamente com o conteúdo apreendido na disciplina de supervisão acadêmica e nos textos lidos e trabalhados, pude perceber a importância do trabalho em equipe entre os diversos profissionais, devido à complexidade das demandas e dos diferentes fatores determinantes de saúde. Como ressaltam Stephan-Souza e Mourão (2001) nenhum profissional consegue alcançar a finalidade do trabalho em saúde sozinho.

Desse modo, este trabalho tem como objetivo apontar qual a importância do trabalho em equipe na saúde para a efetivação do princípio de integralidade inserido em texto constitucional e principalmente para a promoção do Cuidado em Saúde. Além disso, acredito que este trabalho será importante para incentivar uma melhoria do trabalho em equipe nos serviços de saúde, visto que as categorias profissionais poderão identificar os limites e as possibilidades de uma atuação articulada.

Assim, para iniciar a discussão acerca da temática, é necessário compreender que as lutas populares e sindicais ocorridas nas décadas de 1970 e 1980 originaram em grandes avanços, no que diz respeito aos direitos sociais, sobretudo na área da saúde, fato refletido na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da constituição de 1988 (NOGUEIRA E MIOTO, 2006). Ademais, conforme o art. 196 da constituição (1988), a saúde passou a ser um direito de todos os cidadãos, sendo o Estado o responsável pela garantia da mesma.

Dentre todos os princípios e diretrizes do SUS, regidos pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, destaca-se aqui o princípio de integralidade. A literatura apresenta diversos sentidos de integralidade. Para Pinheiro e Mattos (2011) uma atenção integral ocorre a partir do reconhecimento do indivíduo em sua totalidade, visto que os fatores socioeconômicos e culturais são considerados determinantes da saúde. Desse modo a atenção integral em saúde parte da ideia do conceito ampliado de saúde, o qual deve ocorrer de um modo não-fragmentado, indo da cura da doença.

Ao aprofundar nas discussões acerca da integralidade, têm-se os debates sobre a integralidade da assistência, a qual tem como prática norteadora o Cuidado em Saúde. Merhy (2004) ressalta que o trabalho em saúde deve pautar-se na produção do Cuidado, de modo que seja considerado todo o contexto biopsicossocial dos usuários, a fim de identificar suas reais necessidades de saúde. Castro (2009), por sua vez, associa criticamente o Cuidado em Saúde com a lógica do atendimento humanizado, enfatizando estratégias no âmbito das tecnologias leves, as quais podem contribuir para a promoção da integralidade da assistência, sendo elas o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a autonomização dos usuários.

Castro (2009) complementa dizendo que toda a discussão sobre as estratégias para a viabilização da integralidade, não devem ser esvaziadas de uma análise crítica acerca dos fatores históricos e econômicos, os quais influenciam toda a política de seguridade social, sobretudo a saúde. Autores como Menezes (2011), Lima (2010) e Silva (2011), destacam que o modelo econômico neoliberal, a partir da década de 1990, influenciará diretamente nas políticas públicas do Brasil. No que tange à saúde, pode-se perceber uma forte mercantilização dos serviços, através das terceirizações e das privatizações, bem como o sucateamento dos serviços públicos através das mudanças nas formas de financiamento. Ademais, vale salientar que os trabalhadores da saúde também foram impactados, a partir das flexibilizações no mundo do trabalho.

No que concerne ao trabalho em equipe na rede de atenção à saúde, a literatura aponta algumas tipologias, as quais delimitam o nível de interação entre as equipes. Ao realizar a revisão bibliográfica encontra-se autores, os quais, defendem as tipologias relacionadas ao campo das disciplinas como possibilidades para o trabalho coletivo, sendo elas a multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade. Contudo, existem outras terminologias as quais têm sido mais utilizadas para permear o debate sobre a interlocução entre as profissões, são elas a uniprofissionalidade, multiprofissionalidade e a interprofissionalidade.

Percebe-se nos materiais lidos e trabalhados, que o trabalho interprofissional tem sido utilizado como um norteador para o trabalho coletivo na saúde. Ademais, o termo trabalho em equipe interprofissional, também pode ser denominado de Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) e Colaboração Interprofissional (CI). Nesse sentido, Peduzzi et al., (2016), ressalta que na PIC não há sobreposição de uma profissão sobre a outra, assim todas as categorias profissionais devem atuar de modo articulado tendo em vista a construção de um

Projeto Terapêutico Singular (PTS).¹ Ademais, a comunicação deve prevalecer, de modo que o diálogo e a escuta sejam sempre respeitados, as decisões sejam tomadas conjuntamente, bem como seja reconhecido pelos profissionais a importância dos diferentes pontos de vista acerca do Cuidado aos usuários.

Um importante marco para o estudo sobre a Colaboração Interprofissional é a criação do material Canadian Interprofessional Health Collaborative, organizado pela Organização Mundial da Saúde em 2010. Tal material apresenta seis domínios essenciais para a construção da Prática Interprofissional Colaborativa, assim as ações em saúde devem acontecer de modo que haja uma comunicação interprofissional, um cuidado centrado no paciente/família/comunidade, uma clareza dos papéis profissionais, uma dinâmica de funcionamento da equipe, uma capacidade de resolver conflitos e por fim, uma liderança colaborativa. Assim, a atuação baseada nessas seis competências profissionais contribui para compreensão e eficácia do trabalho em equipe na saúde, ademais, fomentam a promoção a integralidade e a qualidade do cuidado.

Em contrapartida, conforme Rossit et. al (2014) um dos maiores dificultadores da colaboração interprofissional em saúde é a formação acadêmica baseada na uniprofissionalidade. Ao contrário desta ideia, Batista (2010) ressalta que a formação que vise a integralidade do cuidado, deve ir além dos fazeres individualizados de cada profissional. Não é que a formação uniprofissional e os saberes específicos não sejam importantes, mas também deve-se buscar compreender as diferenças das necessidades de saúde e atentar-se a importância dos papéis dos demais profissionais (apud ROSSIT et. al, 2014).

Peduzzi et. al (2012) complementa dizendo que a educação Interprofissional (EIP) pode ser utilizada como estratégia para a fragmentação dos saberes dos profissionais. Entretanto, as experiências acerca da Educação Interprofissional no Brasil ainda são deficientes, bem como o quantitativo de material teórico produzido sobre o tema. Os principais programas de graduação e pós-graduação desenvolvidos pelo ministério da saúde são as residências multiprofissionais em saúde e os projetos Pro-Saúde e PET-Saúde.

¹ Conforme Pinto et al. (2011), o Projeto Terapêutico Singular (PTS), é incorpora a ideia do trabalho interprofissional, haja vista que recolhe diferentes opiniões de diversas categorias, as quais originam uma equipe de referência. Assim, diante de uma demanda, os profissionais avaliam conjuntamente a melhor forma de Cuidado, respeitando as singularidades de cada usuário.

Nesse sentido, para debate o trabalho em equipe e a perspectiva interprofissional, elencamos como cenário os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). Tais programas ganharam destaque, pois surgem como proposta com o objetivo de modificar a organização dos serviços, a formação acadêmica das profissões da saúde, as ações de saúde, bem como suas práticas pedagógicas. Ademais, o programa caracteriza-se pela articulação entre instituições formadoras e serviços de saúde no âmbito do SUS, visando incentivar a especialização dos profissionais e promover o desenvolvimento de competências e habilidades, a fim de que as ações no âmbito do Sistema Único de Saúde sejam prestadas com uma maior eficiência e qualidade. Sobretudo, o programa beneficia os usuários, famílias e comunidades, visto que fomenta o cuidado integral aos usuários e minimiza a carência de atenção em determinadas áreas, como por exemplo: Urgência e emergência, saúde mental, nutrição clínica, oncologia, cardiovascular, saúde da criança, saúde da família, reabilitação física e terapia intensiva (PERES et al., 2011).

Portanto, diante o conteúdo apresentado, a Residência Multiprofissional em Saúde será um dos eixos de pesquisa deste trabalho, haja vista que o programa tem a perspectiva de fomentar o desenvolvimento de competências profissionais para atender as diversas necessidades de saúde e propõe um trabalho em equipe baseado na integralidade do cuidado.

Importante destacar, que a proposta inicial apontada no projeto deste trabalho foi modificada, diante de algumas dificuldades. A ideia central foi mantida, a qual é discutir o trabalho em equipe sob o eixo da integralidade, entretanto inicialmente a pesquisa se pautaria em uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, no Hospital Regional João Penido, situada na cidade de Juiz de For- Mg. A pesquisa se pautaria na aplicação de um questionário semiestruturado a doze participantes de diferentes categorias profissionais, o cenário escolhido para a aplicação da pesquisa foi a UTI Adulto e a enfermaria Pediátrica do HRJP. Tal cenário foi escolhido pois em momentos reservados para estudo e debate de textos, entre as estagiarias de Serviço Social com suas respectivas supervisoras, levantou-se a hipótese de que existe uma diferença na organização do trabalho em equipe entre os setores de Unidade de Terapia Intensiva e as enfermarias. Nessa hipótese a equipe multiprofissional das UTIs melhor se articulam em detrimento das enfermarias.

Assim, o projeto foi realizado e enviado ao comitê de ética da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig, a fim de obter aprovação para dar continuidade a tramitação de documentação para realizar a pesquisa, no entanto, o projeto não foi aprovado

pela instituição. Ao discutir as alternativas para a metodologia exclui-se a possibilidade de realizar a pesquisa de campo no Hospital Regional João Penido, e foi levantada a possibilidade de realizar uma revisão bibliográfica sobre o trabalho em equipe sob o eixo da integralidade, com foco na atenção hospitalar. Contudo, ao pesquisar na literatura, não foi encontrado materiais científicos suficientes que envolvesse os três eixos, sobretudo o contexto hospitalar.

Diante do ocorrido, optamos por realizar uma revisão bibliográfica de artigos científicos, disponibilizados na plataforma Scielo. Assim, foram escolhidos cinco artigos, os quais abordam o trabalho em equipe na saúde sob o eixo da integralidade, realizando uma articulação com as Competências Interprofissionais no cenário da Residência Multiprofissional em Saúde. Os materiais foram escolhidos a partir das palavras-chave, competências interprofissionais e residência, sendo todos publicados a partir do ano de 2010. Para a escolha da delimitação, considerou-se que 2010 é o ano marco para o debate das competências interprofissionais, haja vista que o material Canadian Interprofessional Health Collaborative organizado pela Organização Mundial da saúde foi publicado em tal ano. Vale ressaltar que ao realizar as pesquisas na plataforma, encontrei dificuldades diante da deficiência de conteúdo Brasileiro publicado que envolvesse as temáticas.

Todos os cinco artigos referem-se a pesquisas de campo com abordagem qualitativa, envolvendo residentes e preceptores de diversos Programas de RMS do Brasil. O artigo: *“O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família”* (ARRUDA et al., 2018), se trata de um estudo de casos múltiplos, envolvendo as cidades de Maracanaú e Aracati, no estado do Ceará. Tal trabalho, apresenta como principal referencial teórico a tipologia de colaboração interprofissional de D’Amour et al., (2008), e sua amostra é composta pelas categorias de enfermagem, odontologia, fisioterapia, psicologia, nutrição e serviço social.

O segundo artigo: *“Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional”* (SILVA et al., 2015), se trata de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Tal pesquisa elucidou quatro elementos importantes, sendo a residência e prática profissional, a residência como prática do trabalho em equipe, o reconhecimento do trabalho do residente pelos usuários e a experiência da residência no contexto do trabalho em saúde. Além do mais o trabalho contou com quatorze participantes,

sendo três educadores físicos, três enfermeiras, uma nutricionista, duas terapeutas ocupacionais, uma biomédica, uma fisioterapeuta, e três assistentes sociais.

Já o material: *“A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde”* (CASANOVA et al., 2018), considerou os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Estado de São Paulo que estavam em funcionamento no ano de 2014. No total setenta e seis residentes, inseridos em treze PRMS, dos quais são vinte e um enfermeiros, doze fisioterapeutas, onze psicólogos, dez assistentes sociais, dez nutricionistas, cinco fonoaudiólogos, quatro terapeutas ocupacionais, dois farmacêuticos e um educador físico.

Por sua vez, o artigo: *“Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família”* (NASCIMENTO E OLIVEIRA, 2010), foi desenvolvido a partir da análise do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde, situada na cidade de Santa Marcelina/SP. Esta pesquisa é a única direcionada somente aos preceptores da RMS, ao total a amostra conta com 15 participantes sendo três enfermeiros, um psicólogo, dois terapeutas ocupacionais, dois cirurgiões-dentistas, um fonoaudiólogo, três médicos, um nutricionista, um farmacêutico e um assistente social.

Por fim, o quinto texto escolhido, tem como título: *“Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores”* (ARAÚJO et al., 2017). Tal estudo foi realizado em um hospital referência localizado no Estado da Paraíba, enfatizando os PRMS organizados a partir da Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, atenção à Saúde do Idoso e atenção ao Paciente Crítico. A metodologia adotada foi a elaboração de dois Grupos Focais, sendo um de preceptores contendo profissionais da enfermagem, nutrição e serviço social e outro de residentes, contendo profissionais da Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Serviço Social.

Como forma de enriquecer a análise de dados, os artigos mencionados foram divididos em seis categorias, as quais são os próprios domínios apresentados pela CIHC (2010). Assim, os materiais serão analisados, de modo que haja uma articulação com o conteúdo apresentado nos capítulos deste trabalho, sobretudo o trabalho em equipe sob o eixo da integralidade na rede de atenção à saúde. A Residência Multiprofissional de Saúde surge nesta pesquisa como

coadjuvante, a fim de facilitar a identificação das categorias escolhidas. Apesar das mudanças dos procedimentos metodológicos, ressalta-se que a forma de estudo adotada, responderá as minhas inquietações iniciais.

Para tal, o primeiro capítulo deste trabalho se pautará na discussão do SUS e seus princípios e diretrizes, enfatizando os princípios da integralidade, bem como os diferentes sentidos atribuídos ao mesmo. Como forma de aprofundar os debates acerca da atenção integral, ressaltar o conceito de integralidade da assistência. Ademais, aponto alguns elementos, como o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a autonomização dos usuários, os quais são mencionados por alguns autores como estratégias para viabilizar a integralidade da assistência à saúde. Contrapondo esses autores, trago outros pensamentos os quais, realizarão uma crítica acerca do modelo econômico dos últimos anos 30 anos, dando ênfase à precarização e a mercantilização do SUS.

No segundo capítulo, será levantada algumas tipologias do trabalho em equipe, apontadas por alguns autores como possibilidades de interação entre os profissionais. Ademais, será discutido conceitos como trabalho e educação interprofissional na saúde, haja vista que no que concerne ao trabalho em equipe, tais termos têm ganhado destaque nas discussões. Por fim, articulado ao levantamento de literatura acerca das seis competências interprofissionais, citadas pela CIHC (2010), será realizado uma análise crítica de cinco artigos científicos.

CAPÍTULO I – TRABALHO EM EQUIPE E INTEGRALIDADE NA SAÚDE

Antes de iniciar discussão acerca da integralidade e do trabalho em equipe é necessário realizar um resgate histórico sobre a estruturação da saúde como política pública no país. Nesse sentido, o primeiro assunto a ser abordado será como ocorreu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir com a Constituição Federal de 1988, ratificado com a criação da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços dos SUS, sendo assim esse primeiro momento visa compreender todo esse movimento e os elementos que o perpassam.

Logo, ao explorar as legislações mencionadas torna-se imprescindível analisar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, porém o que ganhará destaque neste trabalho é o princípio da integralidade. Assim, ainda no primeiro ponto, diversos autores irão trazer suas concepções e diversos sentidos acerca da integralidade. Destaca-se o pensamento de Cecílio (2001), o qual aponta que a integralidade pode ser compreendida a partir da atuação de uma equipe multiprofissional de saúde, de modo que haja uma articulação entre diversos saberes. Assim, juntamente com a perspectiva do conceito ampliado de saúde, compreende-se a importância de uma equipe multiprofissional em saúde para poder viabilizar a integralidade nos serviços de saúde.

Com a perspectiva de aprofundar a discussão, o segundo ponto deste capítulo se pautará no debate sobre a integralidade da assistência. Nesta discussão o Cuidado em Saúde ganha ênfase, visto que é apontado por Merhy (2004), como prática norteadora da atenção integral a saúde. Ademais, será discutido alguns elementos estratégicos para o Cuidado em Saúde, como o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a autonomização dos usuários

Contudo, já no terceiro ponto, Bravo (2009) assinala que nos anos de 1990 a política de ajuste neoliberal redireciona o papel do Estado Brasileiro, trazendo consigo diversos desafios para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS e para a realização de um trabalho em equipe pautado na articulação e na interação entre os profissionais, a fim de promover uma atenção integral aos usuários.

Sendo assim, a ideia central é discutir a integralidade como um princípio do SUS, seus diferentes significados, bem como as estratégias e os desafios para a sua efetivação.

1. 1 A integralidade como princípio e diretriz do SUS

Nos anos 1980 a sociedade Brasileira passou por um momento de democratização política pós regime ditatorial,² instituído em 1964, o qual gerou uma profunda crise econômica. No período de mobilização contra a ditadura, a pauta da saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais, a fim de discutir as condições de vida da população e as propostas governamentais para a área, ampliando, deste modo, o debate pela sociedade civil (BRAVO, 2006).

Diante desse cenário de efervescência política, alguns personagens se destacaram, alguns deles foram: Os profissionais de saúde, ultrapassando os interesses próprios da categoria, defendendo e reivindicando melhorias da situação de saúde de toda a saúde, fortalecendo principalmente o setor público. Um outro personagem atuante no movimento sanitário, foi o centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES). Esta entidade, por sua vez, fomentou o debate em torno da saúde e da democracia, elaborando contrapropostas. O movimento também contava com a participação de partidos políticos de oposição os quais colocaram nos seus programas temáticas que viabilizava discussões acerca do modelo de saúde no congresso. Os movimentos sociais urbanos também participaram deste processo realizando eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2006).

Ao longo da década de 1980, foram realizadas propostas e alternativas para o modelo tradicional de saúde existente, visando oferecer uma melhoria da qualidade de vida de toda a população. Tais propostas aproximaram-se do significado da Reforma Sanitária, a qual reconhece a saúde no seu conceito ampliado, como um conjunto de necessidades sociais e biológicas (CRUZ, 2002).

Segundo Bravo (2006), o fato marcante para a discussão da saúde no Brasil foi a realização da 8º Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, em Brasília, Distrito federal, que teve como temática a questão da saúde como direito inerente à pessoa

² A partir do dia 31 de março de 1964, os militares do Brasil, apoiados pelo imperialismo norte-americano, pela alta hierarquia da igreja católica e pela burguesia internacional e nacional, deferiram um golpe, no então presidente João Goulart, assumindo o poder. Durante 21 anos, o Brasil vivenciou um regime ditatorial baseado no autoritarismo, na violência, na censura e na antidemocracia, ocasionando intensas perdas de direitos sociais e trabalhistas (LARA; SILVA, 2015).

humana e a cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial.

A maior discussão acerca do conceito ampliado de saúde ocorreu na VIII Conferência Nacional de Saúde, possibilitando o debate sobre a necessidade de se criar o Sistema Único de Saúde. A problemática discutida foi a separação do acesso à saúde através da previdência social. Ademais, foi debatido questões acerca descentralização, tanto assistencial quanto organizacional do modelo de atenção à saúde (AGOSTINHO; CAETANO, 2005).

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), apresenta a saúde como:

Resultante das condições de alimentação, habitação educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (RELATÓRIO FINAL DA VIII CNS, ANAIS, p. 382-383, 1986).

De acordo com Caetano e Agostinho (2005), com o avanço dos governos de transição democrática e os debates sobre o projeto de reforma sanitária, os integrantes do Movimento Sanitário começaram a ocupar cargos no interior da saúde, favorecendo assim, o movimento de construção do SUS, o qual foi aprovado através da Constituição de 1988.

Foi a partir da Constituição Federal de 1988, conhecida “Constituição Cidadã”, que a saúde foi reconhecida como um direito universal, independentemente de contribuição previdenciária, sendo dever do Estado garantir seu acesso (GUEDES, 2009).

O Art. 198 da Constituição Federal diz que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: “**I** - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; **II** - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; **III** - participação da comunidade” (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988: 81).

Outro elemento importante é o conceito de saúde estabelecido. Como diz o Art. 3º da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, s/p).

Além das diretrizes apresentadas, como ressaltam Caetano e Agostinho (2005), a proposta desse novo Sistema de Saúde, é baseado na descentralização e no fortalecimento do papel do município, a fim de uma maior autonomia na formulação e execução das políticas; na participação popular e no controle social; na integralidade das ações; na universalidade do acesso e da cobertura dos serviços; na equidade e na garantia da qualidade na humanização do atendimento.

A descentralização e a municipalização dos serviços de saúde constituem um grande avanço para o SUS. Pois a partir do momento em que os gestores e responsáveis por tais serviços, ficam em contato direto com o fato, a consciência cidadã dos usuários aumenta. Em outras palavras, o usuário identifica o responsável pelo serviço de saúde de sua região, e a sua aprovação na gestão da política ou não, o leva a formar uma consciência cidadã e consequentemente aumenta sua participação no governo (CAETANO; AGOSTINHO, 2005).

Articulado ao princípio de descentralização a participação e o controle social, na concepção do SUS é entendida como o processo em que a sociedade participa na gestão pública, direcionando para o Estado os interesses da população (CARVALHO, 1997).

O princípio da universalidade, como ressaltam Caetano e Agostinho (2005), se refere ao acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência, independentemente de qualquer requisito como com raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda. Diferenciando-se do modelo de saúde anterior ao SUS, o qual a saúde só era garantida para as pessoas que contribuía para o sistema de previdência e assistência social.

Já a concepção de equidade no Sistema Único de Saúde, segundo Cecílio (2001), se trata da superação das desigualdades, de modo que as necessidades dos usuários sejam atendidas de maneira diferenciada. Ou seja, as ações são direcionadas aos usuários conforme a sua necessidade em um determinado contexto histórico e social (MALTA, 2001, p. 135-136 apud Cecílio, 2001).

O último princípio a ser discutido, é o princípio de integralidade. Sentido, o qual, será o norteador de toda a discussão aqui realizada. O que é integralidade? Mattos (2009), ressalta que, em um primeiro momento, podemos relacionar a integralidade apenas como uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, instituído na Constituição de 1988. Entretanto, a constituição não utiliza o termo integralidade e sim “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198).

Segundo Mattos (2009), a integralidade não se limita a uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela deve ser vista como uma bandeira de luta e como uma imagem-objetivo, que se almeja do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas. A integralidade parte de um conjunto de valores, a fim de construir uma sociedade mais justa e solidária, como enfatiza autor:

Enuncia-se de uma imagem-objetivo com o propósito principal de distinguir o que se almeja construir, do que existe. Toda imagem-objetivo tenta indicar a direção que queremos imprimir a transformação da realidade. De certo modo, uma imagem-objetivo (pelo menos as imagens-objetivo construídas nas lutas por transformações sociais) parte de um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a reduzir a realidade ao que “existe”, que se indigna com algumas características do que existe e almeja superá-las. (MATTOS, 2009, p. 45)

A partir do exposto compreende-se que a atenção integral na saúde é algo que devemos ter como um objetivo a ser alcançado, contudo o conceito de integralidade não se baseia somente a isso.

O primeiro sentido de integralidade a ser apresentado se refere a organização dos serviços de saúde, de modo que ocorra uma articulação entre assistência e prevenção. De acordo com Mattos (2004), o sistema de saúde é hierarquizado, de modo que existam diferentes níveis de atenção. Esses níveis de atenção são delimitados por diversos recursos tecnológicos, a fim de viabilizar a promoção, a proteção e a recuperação nos diversos serviços de saúde.

O Sistema Único de Saúde é dividido em três níveis de complexidade, o nível primário, secundário e terciário. A divisão do SUS desta maneira proporciona a integralidade dos cuidados em saúde da população usuária, visto que os serviços são oferecidos de acordo com as necessidades e as demandas solicitadas (ELEUTÉRIO, SILVA E FREIRE, 2017).

A portaria do ministério da saúde nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 define o primeiro nível de complexidade como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (...). A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2011, s/p).

Portanto, a atenção primária ou atenção básica se caracteriza como o primeiro nível de complexidade da atenção à saúde. Esse nível de complexidade é orientado por todos os princípios do SUS, porém o seu funcionamento necessita de tecnologias de baixa densidade (BRASIL, 2007).

Segundo o material de apoio conhecido como SUS de A a Z (2005), fornecido pelo ministério da saúde, a atenção secundária caracteriza-se como:

É um dos três níveis de atenção à Saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2005).

No mesmo material, encontra-se a definição da atenção terciária:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2005).

Apesar da existência desses três níveis de complexidade de saúde, Mattos (2004) realiza uma crítica dizendo que a integralidade só se realiza de fato se em qualquer nível ocorrer uma articulação entre a lógica da prevenção e da assistência, de modo que as necessidades de saúde sejam apreendidas em seu conceito ampliado.

Nesse sentido, como exalta Mattos (2004), a integralidade ocorre quando a equipe de saúde é capaz de identificar a doença que causa o sofrimento no indivíduo, mas também quando se articula com práticas como reconhecer a necessidade de uma conversa sobre os fatores de risco de doenças que o usuário apresenta.

Um segundo sentido de integralidade conforme Mattos (2009), relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral. O início desse debate ocorre a partir das discussões sobre as escolas médicas dos Estados Unidos. Esse movimento é uma crítica acerca dos médicos realizarem atendimentos de maneira fragmentada e reducionista. Pois os médicos, em suas diferentes especialidades, ressaltavam somente os aspectos biológicos dos pacientes, não considerando os aspectos biológicos, sociais e culturais (MATTOS, 2009).

De acordo com Cecílio (2012), as necessidades de saúde não se limitam aos atendimentos ambulatoriais, as consultas médicas, a realização de exames, a dispensação de medicamentos, as internações hospitalares, etc. Ou seja, as necessidades de saúde estão relacionadas simplesmente a presença ou ausência de doenças e/ou algum agravo, mas também envolvendo aspectos sociais das condições objetivas e subjetivas da vida dos sujeitos. Mattos (2009) ressalta que para alcançar a integralidade no atendimento médico, é necessário superar alguns limites reproduzidos nas escolas médicas, como a medicina anatomopatológica, a qual pauta os usuários apenas como portador de doenças.

Um terceiro sentido de integralidade também apontado por Mattos (2009), refere-se as políticas públicas especiais. Segundo o autor essas políticas são elaboradas para dar resposta a um determinado problema de saúde que afetam um certo grupo populacional, podendo dizer também, que essas políticas são repostas governamentais a certos problemas de saúde.

Maia, Guilhem e Lucchese (2010), citam como exemplo desse sentido de integralidade, alguns programas de saúde mental e saúde das populações indígenas. Entretanto, os programas que mais obtiveram avanços a essa proposta de integralidade foram os programas de saúde da mulher (apud COSTA, 2004). De acordo com Nagahama (2005) conforme citado por Maia, Guilhem e Lucchese (2010), por muitos anos, a saúde da mulher esteve associada ao cuidado dos seus corpos, com o intuito de que ao assunto esteve pautado na intervenção sobre os corpos das sob a ótica da maternidade e da reprodução.

A partir disso, surge a necessidade de criar políticas voltadas a assistência integral a mulher. Deve-se considerar que políticas voltadas para população materno-infantil são importantes, mas deve-se ir além. Diante disso, com a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher há uma ruptura radical entre essa noção de grupo materno-infantil, considerando que saúde da mulher vai além desses aspectos (PAISM) (MATTOS, 2009).

Entretanto, Mattos (2009) enfatiza que as respostas governamentais frente a alguns problemas de saúde devem abarcar um outro princípio de integralidade já citado, a articulação entre práticas preventivas e práticas assistenciais. Como exemplo o autor cita:

Nesse sentido, poderíamos criticar um programa de prevenção do câncer de mama, que deixe de levar em conta as necessidades de restauração de mamas das mulheres que realizam mastectomias em função da doença. Uma resposta coerente com o princípio de integralidade da assistência, nesse sentido, deveria viabilizar o acesso a técnicas de diagnóstico precoce assegurando a todas as mulheres que fazem mastectomias em função da doença (MATTOS, 2009, p. 63-64).

Por fim, o último sentido de integralidade a ser discutido é o sentido apresentado por Cecílio (2001). Segundo o mesmo, a integralidade pode ser um fruto da articulação de vários saberes de uma equipe multiprofissional, dentro de um espaço de saúde, sejam eles uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital.

Cecílio (2001) aponta que a equipe de saúde deve prevalecer sempre o compromisso de realizar uma boa escuta das necessidades apresentadas pelos usuários, identificando as demandas travestidas, mesmo que não sejam explicitamente ditas através do acolhimento. O autor diz que a equipe deve trabalhar com a imagem em que quando um usuário procura um serviço de saúde, ele não traz somente uma demanda, mas sim uma “cesta de necessidades de saúde”, cabendo a equipe ter sensibilidade preparo para interpretar essas necessidades.

A fim de compreender as necessidades de saúde, é necessário levar em conta que elas são produtos das relações sociais, do meio físico, social e cultural. Como aponta Nogueira e Miotto:

Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade do alimento, condições de habitação), assim como os meios socioeconômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e qualidade de atenção pelo sistema prestado. (NOGUEIRA E MIOTO, 2006, p. 229).

Nesse sentido, todo o profissional de saúde deve buscar realizar um atendimento com a maior integralidade possível, e para que isso aconteça é essencial reconhecer que a integralidade pretendida será alcançada através da solidariedade da equipe e da articulação de seus saberes e práticas (CECILIO, 2009).

Um outro ponto apresentado por Cecilio (2009), é de que a integralidade nunca se realiza com apenas um serviço de saúde, ela deve ser pensada em rede. As várias tecnologias de saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em vários tipos de serviços, pois a melhoria das condições de vida se dá através de um trabalho intersetorial.

Para Merhy (1997), em determinados momentos de suas vidas os usuários necessitaram de utilizar algum tipo de tecnologia em saúde, podendo elas serem tecnologias de baixa densidade, como as da atenção primária, ou tecnologias sofisticadas como a atenção terciária. Merhy (1997), caracteriza essas tecnologias de baixa densidade como “leves” e as mais sofisticadas como Tecnologias “duras”. Nesse aspecto a saúde é hierarquizada em três níveis de complexidade como já foi citado.

Assim, viu-se diante do exposto a integralidade como um princípio do SUS, bem como seus diferentes sentidos. Toda essa discussão foi essencial para iniciar a compreensão do debate acerca da integralidade da assistência na rede de atenção à saúde.

1.2 Integralidade da assistência à saúde

Adentrando na discussão acerca da integralidade da assistência, pode-se dizer que sua prática norteadora é o Cuidado em Saúde, conforme a Política Nacional de Humanização (2003). Outras nomenclaturas que são dadas a essa prática de acordo com Castro (2007) é “práticas cuidadoras, “cuidado da atenção” e “produção do cuidado”.

Conforme Merhy (2004), o principal objeto do trabalho em saúde deve ser a produção do Cuidado. Para que isso aconteça as práticas profissionais devem sempre estar comprometidas e articuladas com as necessidades dos usuários, a fim de promover de fato a saúde em seu sentido ampliado. De acordo com Castro (2007), a produção do Cuidado em Saúde vai além das questões técnico-científica do modelo biomédico, as quais tem sido historicamente o grande estruturador das ações em saúde.

Castro (2007) aponta que o Cuidado em Saúde compreende o atendimento humanizado, devendo ser o mesmo baseado no acolhimento, no vínculo, na escuta e sobretudo, na compressão da realidade social do usuário. A prática do cuidado com essa perspectiva, garante que o usuário tenha uma maior autonomia do seu tratamento e seja coprodutor do seu processo saúde-doença, juntamente com os demais profissionais que constroem cotidianamente os serviços de saúde. Portanto, o cuidado faz parte da essência

humana e não é apenas um ato pontual que se pratica em um certo momento, mas sim uma atitude de respeito, preocupação e responsabilização para com o próximo (BOFF, 2000 apud LACERDA; VALLA, 2008)

Como ressalta Luz (1997) o modelo biomédico, ao basear suas ações apenas nos diagnósticos de lesões e doenças, se afastou do sujeito humano sofredor e da sua totalidade de vida, permitindo que o diagnóstico substituísse a assistência e o cuidado integral à saúde (apud LACERDA e VALLA, 2008). Vasconcelos (1998) conforme citado por Lacerda e Valla (2008), diz que os sujeitos desejam mais do que o diagnóstico da doença que causa o sofrimento, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades apresentadas.

Cecílio e Merhy (2007) ressaltam, de acordo com a citação de Castro (2007) que o Cuidado é produzido através da combinação de certos tipos de tecnologias e da humanização, de modo que o usuário seja atendido conforme suas necessidades, levando em conta sua realidade. Esta atuação articula o alívio do sofrimento o prolongamento da vida, com a criação de um ambiente de conforto e segurança, fazendo com que o usuário se sinta acolhido

Antes de analisarmos as estratégias de Cuidado em saúde é necessário salientar o argumento que Benevides e Passos (2005) trazem acerca da Humanização. Conforme as autoras, a humanização em saúde é reivindicada para enfrentar e denunciar as “ações desumanas” diante do contexto social do país, o qual presencia uma falência dos princípios e diretrizes do SUS. Neste discurso de humanização os usuários buscam o acolhimento com a esperança de terem seus problemas solucionados e os profissionais de saúde buscam melhores condições de trabalho, diante do cenário de precarização dos serviços de saúde (apud CASTRO, 2007).

Ao abordar as maneiras de promover o Cuidado, Castro (2007) complementa a organização do trabalho deve ficar centrada no trabalho vivo, de modo que possibilite e incentive o compromisso com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e automatizar a relação dos trabalhadores de saúde com os usuários.

Esclarecendo alguns conceitos utilizados acima, Merhy aponta que:

Observando o fazer cotidiano de um trabalhador da saúde, no seu micro-espço de trabalho, em especial a micropolítica que ali se desenvolve, temos constatado que, ao realizar o cuidado, ele opera, no seu processo de trabalho, um núcleo tecnológico

composto de ‘Trabalho Morto (TM) e Trabalho Vivo (TV). No caso trabalho morto são os instrumentos e é definido assim porque sobre eles já se aplicou um trabalho pregresso para a sua elaboração. ‘Trabalho Vivo’ é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves (MERHY, 2003, p.318).

A partir dessa perspectiva, como já foi citado no ponto anterior, Merhy (1997) salienta a existência de diferentes tipos de tecnologias do trabalho em saúde como: Tecnologias Duras, aquelas baseadas em máquinas e instrumentos; Tecnologias Leves-Duras, aquelas baseadas no conhecimento técnico e as Tecnologias Leves, aquelas baseadas nas relações.

No processo de produção do cuidado e na organização do trabalho, os três tipos de tecnologias apresentados são utilizados, entretanto o uso das tecnologias duras se destaca, pois estão impostas pelo modelo médico hegemônico. Em oposição a este fato encontram-se as tecnologias leves, pautando por modos de produção de saúde que propõe a centralidade das ações nos usuários e nas suas necessidades (FRANCO, MERHY, 2005).

O modelo tecnoassistencial da saúde hegemonicamente é pautado no modelo biomédico, priorizando o conhecimento especializado e as ações interventivas nos problemas de saúde. Assim, cria-se a cultura do diagnóstico, da medicamentação e da realização de procedimentos, em que é privilegiado o uso de tecnologias duras, enfatizando que este tipo de tecnologia está relacionado a uma boa qualidade da assistência (MASSON, FALCÃO, VELO e PEREIRA, 2015).

O folheto da Política Nacional de Humanização (2013) menciona ações que podem ser desenvolvidas a partir da lógica das tecnologias leves, como o acolhimento, o vínculo e a responsabilidade. No que tange do acolhimento o material descreve:

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2003, p.5).

Já Franco, Bueno e Merhy (2007) a lógica do acolhimento deve ser baseada a partir de três princípios. O primeiro princípio se refere ao atendimento de todas as pessoas que procuram os serviços, garantindo assim, um acesso universal. Com isso o serviço de saúde que presta o acolhimento assume uma função de acolher, escutar e dar resposta positiva, a fim de resolver os problemas dos usuários. Como consequência, há a possibilidade de estabelecer

uma relação de confiança e apoio entre trabalhador e usuário. O segundo princípio se trata da reorganização do processo de trabalho, a fim de que o eixo central do atendimento não seja o médico, mas sim uma equipe multidisciplinar. Dessa forma, todos os profissionais participam da assistência direta ao usuário. O último princípio remete a qualificação da relação entre trabalhador e usuário, a fim de estabelecer parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania.

Dessa forma, o acolhimento surge como uma proposta de mudar o processo de trabalho em saúde, visando atender todos que procuram os serviços viabilizando assim a universalidade do atendimento. Devendo garantir o acesso, ultrapassando, portanto, o atendimento humanizado (MASSON, FALCÃO, VELO, PEREIRA, 2015).

No entanto, Castro (2007) traz uma crítica ao dizer que o acolhimento muitas vezes se torna uma estratégia mistificada, diante do cenário de sucateamento e privatização dos serviços de saúde. Ao realizar o acolhimento, os profissionais fomentam uma sensação juntos aos usuários, de que os seus problemas serão solucionados, dando aos mesmos uma sensação de esperança. Porém, deve-se ressaltar as dificuldades os usuários enfrentam para acessarem alguns serviços, bem como quando não há recursos humanos e financeiros para responder as diversas necessidades de saúde.

As estratégias de vínculo e responsabilização estão articuladas, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAH) do ano de 2002, o vínculo:

Consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (Política Nacional de Atenção Básica, 2012, p. 21)

Na visão de Merhy (1997), a criação do vínculo ocorre quando os profissionais de saúde criam relações claras e próximas com usuário, de modo que esses profissionais se tornem referência para o usuário ou para o coletivo.

Os autores Franco, Bueno e Merhy (1999), caracterizam o vínculo como um instrumento que caminha junto com o acolhimento, garantindo o ordenamento do processo de Trabalho da unidade saúde, dividindo o trabalho de modo compartimentado. Desse modo, os serviços ultrapassam a lógica do atendimento e da consulta, de maneira que a equipe multiprofissional tenha uma responsabilidade com os usuários.

Portanto, de acordo com Campos (2007), o vínculo é uma tecnologia no serviço de saúde, pois propicia ao usuário a exercer seu papel de cidadão, de modo que seus direitos de fala, argumentação e escolhas sejam respeitados. Além do mais, o vínculo permite que o profissional possa conhecer o usuário, a fim de contribuir para a manutenção de sua saúde e na redução de agravos.

Como já foi mencionado, acoplado ao vínculo está a responsabilização, que de acordo com Merhy (1997), através das palavras de Silva Júnior e Mascarenhas (2008), é centrado na responsabilidade que o profissional de saúde assume pela vida e morte do paciente. Essa responsabilidade busca propostas de intervenção que não devem ser nem burocratizadas, nem impessoais. O profissional se torna referência para aquele usuário, acompanhando o mesmo nos caminhos até a resolução do problema.

No que se trata da autonomização do usuário, Camargo Júnior e Soares (2007) ressaltam que defender a autonomia não se refere a uma inversão na relação de hegemonia, mas sim reconhecer que ambos os sujeitos devem participar do processo de prevenção e cura das doenças, respeitando as diferenças de valores, expectativas, demandas, objetivos, entre eles. A relação deve ser heterogênea, porém reconhecendo que o sujeito do processo terapêutico é a pessoa doente.

Uma concepção atualizada de autonomia na saúde, ressalta que a democratização deve ser o principal objetivo a ser alcançado. Essa democratização pode acontecer através da mudança de uma relação hierarquizada entre profissionais e pacientes, através da democratização dos saberes, do respeito a subjetividades dos usuários e através do reconhecimento desses usuários acerca da importância da sua responsabilidade e da participação como cidadão (CAMARGO JÚNIOR, SOARES, 2007).

Logicamente, todas essas ações estratégicas são importantes para viabilizar a integralidade da assistência à saúde. No entanto, Castro (2015) evidencia o estudo acerca desses elementos não deve ocorrer sem realizar uma análise crítica, visto que existem diversas dificuldades envolvidas na prática do Cuidado, sejam elas por meio de ações “desumanizadas” ou até mesmo as condições precárias de trabalho.

As ideais de que os profissionais devem estar comprometidos com a qualidade do acolhimento/vínculo/responsabilização/autonomização do usuário, se apresentam esvaziadas

de uma reflexão sobre a conjuntura que permeia as políticas de saúde e o contexto político e histórico do processo de saúde/doença (CASTRO, 2015).

Logo, Pereira (2007) enfatiza que deve ser feita uma análise crítica de todo um contexto para que os profissionais não sejam culpabilizados por uma má qualidade dos serviços de saúde. Haja vista que existem diversos fatos que influenciam nas condições e nas relações de trabalho, como: a infraestrutura precária; os baixos salários; os vínculos; retirada de direitos e burocracia excessiva (apud CASTRO, 2015). Ademais, Castro (2009) argumenta que a autonomia dos trabalhadores é sempre relativa, devido ao processo de correlação de forças o qual o trabalho profissional perpassa.

Desse modo, a partir do exposto nos pontos anteriores, conclui-se que o Cuidado ao Usuário deve pautar-se na integralidade da assistência à saúde. Para que isso aconteça a rede de atenção do SUS deve realizar suas ações baseadas no conceito ampliado de saúde, o qual reconhece os sujeitos a partir do eixo biopsicossocial. No entanto, é necessário discutir os desafios que permeiam o Sistema de Saúde Brasileiro, desde sua implementação até a atualidade.

1.3 Política de saúde e mercantilização: desafios para a efetivação da integralidade

Na década de 1990, a partir da eleição do Presidente Fernando Collor de Mello, o modelo econômico neoliberal³ se implanta no Brasil com um discurso modernizador, e com propostas que objetivavam o fim da grande inflação que atingia o país (MENEZES, 2011).

Chesnais (1996) apud Lima (2010) destaca que nesse período o padrão de produção capitalista sofreu um grande avanço, já que era impulsionado pela lógica da mundialização financeira e do capital internacional. Como consequências desse modelo econômico podemos destacar as reformas institucionais do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial, tais reformas incentivaram a abertura da economia, ocasionando uma desregulamentação

³ Para Antunes (2001), o modelo econômico neoliberal e a reestruturação produtiva, estão associados na lógica da acumulação flexível. Neste modelo econômico busca-se a produtividade e a ascensão do capital através da degradação crescente das relações entre o homem e a natureza. Como características têm-se o aumento das desigualdades sociais, do desemprego, e sobretudo, uma severa precarização das condições trabalhistas.

comercial e financeira. Além disso, os direitos da classe trabalhadora foram duramente atingidos através da precarização dos contratos de trabalho e da terceirização e o barateamento da mão de obra. Um outro fator alarmante foi o grande número de demissões, ocasionados principalmente pela privatização de estatais, gerando um desemprego estrutural

Além da privatização de estatais, Lima (2010) ressalta que as propostas do neoliberalismo também se espalharam também pelas áreas sociais, como a saúde, assistência e educação. O redirecionamento do fundo público fez com que o Estado reduzisse o seu papel no financiamento de políticas públicas, gerando consequentemente grandes cortes nas políticas sociais. Desse modo, os investimentos passaram a ser direcionados aos mais carentes, ou seja, focalizando as políticas sociais.

Silva (2001) evidencia que um dos principais mecanismos para desviar verbas direcionadas para as políticas sociais, foi a Desvinculação de Receitas da União (DRU) reformulada no ano 2000. Este mecanismo permitiu a desvinculação de 20% dos recursos da Seguridade Social, composta por saúde, previdência e assistência social, com o intuito de facilitar o pagamento da dívida pública.

Um outro mecanismo citado por Silva (2011) ocorre através da remuneração do capital, a fim de que o mesmo atue na operacionalização das políticas sociais. Na área da saúde, essa atuação pode ser visualizada através do incentivo a iniciativa privada, de modo em que os planos de saúde aumentam cada vez mais em detrimento do SUS. A assistência é atingida a partir da responsabilização da sociedade civil por políticas que deveriam ser gestadas pelo Estado. Em outras palavras, são entregues a organizações não governamentais (terceiro setor), algumas atividades administrativas que são financiadas com dinheiro público. Tal estratégia está de acordo com a lógica do capital, visto que incentiva a privatização e descentralização do Estado. Por fim, no âmbito da previdência social as contrarreformas ocorrem através do incentivo a previdência privada via fundos de pensão (SILVA, 2011).

Apesar da grande retirada de investimentos no tripé da Seguridade Social, iremos direcionar neste trabalho aos impactos que o neoliberalismo econômico irá trazer para as políticas de Saúde.

Em 2003, Luiz Inácio Lula da Silva toma posse como presidente do Brasil. Entretanto Berhing (2004) assinala, de acordo com as autoras Bravo e Menezes (2011), que os planos

econômicos do governo de Fernando Henrique Cardoso foram mantidos, permanecendo inclusive a Desvinculação de Receitas da União (DRU). No âmbito da saúde havia uma esperança do governo Lula fortalecer a concepção de reforma sanitária, de modo em que os princípios do SUS fossem, de fato, efetivados (BRAVO E MENEZES, 2011). Entretanto, Bravo (2006) aponta que nesse governo ocorre a manutenção entre os dois projetos, em alguns sentidos o governo busca fortalecer o projeto de Reforma Sanitária, em outros o projeto privatista.

Ao analisar a atenção básica Paim (2005) (apud Bravo, Menezes, 2011) ressalta que nesse primeiro mandato do governo Lula, firmou-se um compromisso com a ampliação e o fortalecimento do Programa de Saúde da Família (PSF). Pode-se dizer que os Programas de Saúde da Família são utilizados como uma estratégia de reorganização da atenção básica. Contudo, Bravo (2004), avalia esse fortalecimento como uma forma de focalização, haja vista que são direcionados a atenção dos mais pobres.

No que tange a alta complexidade pode-se destacar o fortalecimento dos vínculos dos Hospitais Universitários (HUs) com o Sistema Único de Saúde, de modo que o quadro de servidores desses hospitais se recompôs. Uma outra característica ainda na atenção hospitalar é a criação do Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências e a criação do Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) (BRAVO E MENEZES, 2011). Conforme Machado, Baptista e Nogueira, 2011 o serviço SAMU é constituído por uma central de regulação médica, contendo diversas ambulâncias e uma equipe de saúde, composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, os quais prestam atendimentos em níveis municipais e regionais.

As autoras também ressaltam que alguns programas especializados foram mantidos, como os de combate ao tabagismo e à AIDS. Além desses, houve um incentivo à programas voltados para a diminuição da mortalidade materna, a partir da formulação de uma política específica.

Um marco importante para o debate em saúde foi o 8º Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, realizado em 2005 com o seguinte tema: “SUS - o presente e o futuro: avaliação do seu processo de construção”. Este encontro fomentou a necessidade do fortalecimento e da articulação entre o projeto de reforma sanitária com o Sistema Único de Saúde e com a Seguridade Social, traçando objetivos que reforçam o acesso universal e integral de saúde. A partir do 8º Simpósio observou-se a necessidade de viabilizar a

articulações de entidades em prol da Reforma Sanitária, desse modo surge o Fórum da Reforma Sanitária formado por tais entidades: O Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) a Rede Unida e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa) (BRAVO E MENEZES, 2011).

De acordo com Paim (2008) no segundo mandato do Governo Luis Inácio Lula da Silva, compreendido entre os anos de 2007 a 2010, o plano de governo não apresentou um compromisso com a Reforma Sanitária, visto que não houve um controle dos planos de saúde, financiamento e investimentos nos serviços, ampliação das ações intersetoriais e políticas de gestão do trabalho.

De modo geral, esse governo deu continuidade a algumas propostas como o Programa de Saúde da Família e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Contudo, alguns autores salientam outros programas, como o Brasil Sorridente e o Farmácia Popular. O programa Brasil Sorridente visa a ampliação da atenção em saúde bucal nos três níveis de assistência, inserindo, inclusive dentistas no Programa de Saúde da Família (MACHADO, BAPTISTA E NOGUEIRA, 2011). O programa de farmácia popular em um aspecto facilita o acesso da medicação para população, porém conforme Paim et al (2005) essa proposta permite o copagamento dos medicamentos, ferindo os princípios e diretrizes do SUS.

Os princípios do Sistema único de Saúde também são contrapostos com a criação das Fundações Estatais de direito Privado, aprovada em vários Estados do Brasil, a partir do ano de 2007 (BRAVO e MENEZES, 2011). No caderno do Ministério da Saúde (2007), denominado: “Fundação Estatal – metas, gestão profissional e direitos preservados”, caracteriza o objetivo da entidade como:

A FUNDAÇÃO ESTATAL é uma entidade do Estado. A proposta não é privatizar, pelo contrário. É trazer para dentro do Estado inovações que o mundo inteiro está experimentando: contratos de desempenho, modelos mais eficientes de gestão, cobrança de resultados da administração e remuneração por bom desempenho (BRASIL, 2007, p. 4).

O mesmo material relata que essa proposta, está principalmente implementada na área da saúde, mas não somente nela. Essa entidade também pode participar da administração pública Brasileira em outros setores como a Assistência Social, Desporto, Cultura, Ciência e Tecnologia, meio ambiente, previdência privada, comunicação social e turismo.

Todavia Granemann (2011) destaca que reduzir a ação do Estado e ampliar a atuação do capital, atinge diretamente os trabalhadores. O primeiro impacto ocorre através da contratação da força de trabalho, nessa lógica os trabalhadores passam por uma seleção através de um concurso público, mas são empregados via CLT, e consequentemente não gozam de direitos como a estabilidade no trabalho. Granemann (2011) apresenta um segundo impacto ao dizer que cada Fundação Estatal terá seus planos de carreira, empregos e salários. Com essa diferença a força de trabalho se torna fragmentada e frágil, dificultando uma articulação com o fim de lutar por direitos e melhores condições de vida e de trabalho. Por fim, a autora cita um último impacto dizendo que apesar das Fundações Estatais possuírem na lógica uma iniciativa privada, conforme os arts. 150 e 195 da Constituição federal, as mesmas ganham o direito de não precisarem contribuir com o fundo público estatal.

Já em 2011, a então presidente Dilma Rousseff aponta como prioridade do seu governo a consolidação do Sistema Único de Saúde. Contudo, ao mesmo tempo destaca que estabelecerá parcerias com o setor privado na área da saúde, fato que é preocupante para a defesa do SUS constitucional (BRAVO e MENEZES, 2011).

Bravo e Menezes (2011) destacam alguns programas desse governo como o “Aqui tem farmácia popular”, o qual oferece medicamentos gratuitos para usuários diabéticos e hipertensos; a constituição da rede cegonha, programa que visa os cuidados desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança; programas voltados ao atendimento de mulheres acometidas com câncer de mama e de colo uterino; e a criação em todo o Brasil das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS, enfatizando a importância da formação e da fixação de profissionais de saúde.

Diante do último programa mencionado, as autoras realizam uma crítica ao dizer que as Unidades de Pronto Atendimento fortalecem o modelo hospitalocêntrico, o qual não se articula sob a ótica da integralidade. Bravo e Menezes (2011) questionam acerca da dificuldade da fixação e a solidificação de profissionais de saúde, devido à falta de uma política de gestão do trabalho e educação. Essa dificuldade é agudizada, diante da ampliação da terceirização e a precarização dos trabalhadores (BRAVO E MENEZES, 2011).

Um ponto que merece ser destacado é a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a qual se originou no fim do segundo mandato do governo Lula da Silva. A EBSERH se caracteriza como uma empresa pública de direito privado, ligada ao

ministério da Educação, que foi criada para administrar os Hospitais Universitários (HUs) federais, apresentando como discurso a reestruturação desses hospitais (BRAVO E MENEZES, 2011).

Essa administração gerou consequências para os trabalhadores da saúde. Cislighi (2011) ressalta, conforme citado por Bravo e Menezes (2011) que a EBSEH atua de acordo com as Fundações Estatal de Direito Privado, sendo assim, atua no âmbito da flexibilização do trabalho. A contratação de funcionários ocorre via CLT e por contrato temporário de até dois anos, desse modo acaba com a estabilidade dos trabalhadores, de modo que os mesmos tenham que utilizar a previdência privada. Vale ressaltar que a qualidade dos serviços de saúde fica comprometida, já que a rotatividade dos funcionários, dificulta a efetivação de estratégias como vínculo e responsabilização, as quais são importantes para promover a integralidade do cuidado.

Ao realizar uma análise das políticas de saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores, Soares (2018) ressalta que foi consolidada uma importante estratégia de contrarreforma na saúde, a de refuncionalizar os princípios do SUS. Nessa refuncionalização os princípios do Sistema Único de Saúde e o projeto de reforma sanitária não são negados explicitamente, visto que se ocorresse, certamente geraria uma resistência da classe trabalhadora. Nesse sentido, os princípios são refuncionalizados, ou seja, são adaptados incorporando elementos da racionalidade hegemônica do capitalismo.

Soares (2018) complementa seu argumento dizendo que diante da necessidade refuncionalizar os princípios da reforma sanitária, surge um terceiro projeto para acentuar a contrarreforma da saúde: O projeto SUS possível.

[...] fragmentos descolados da totalidade do projeto de Reforma Sanitária são recuperados, o que revela não só as limitações dessa incorporação no sentido de reatualização ou modernização da Reforma Sanitária – com é apresentada – mas também expressa um caráter diverso e, muitas vezes, contrário ao sentido original, como é o caso da gestão pública segundo o marco legal original do SUS e as propostas de gestão de âmbito privado (SOARES, 2010, p. 59-60).

Já no governo Temer, a população Brasileira tem vivido uma das maiores ofensivas neoliberais da história do país, diversos direitos adquiridos constitucionalmente através das lutas sociais e populares estão sendo sucateados. Soares (2018) destaca algumas dessas ofensivas: “A autorização para privatização de aquíferos, avanço no processo de privatização da Petrobrás, Aprovação de Reforma trabalhista, aprovação de teto de gastos por 20 anos,

encaminhamento de projeto de reforma da previdência social draconiano, entre outros” (SOARES, 2018 p. 24-25).

Como continuidade dos governos anteriores, Soares (2018) assinala que o governo Temer continua fortalecendo os interesses privados na gestão pública. Em relação as políticas de saúde, as propostas se apresentam completamente antagônica ao projeto de Reforma Sanitária, contradizendo vários princípios do SUS adquiridos constitucionalmente.

A universalidade do acesso à saúde é fragilizada a partir do momento que é imposta uma restrição orçamentária⁴ por 20 anos, nesse sentido os gastos com a saúde são congelados, em contrapartida, as demandas tendem a aumentar. Como resposta, ocorre uma abertura para planos de saúde populares, focalizando as políticas de saúde e inviabilizando o acesso do SUS para todos. Nesse mesmo sentido, é observado que a grande mídia tem influenciado a população na aquisição de planos populares, com o discurso que todos devam colaborar com o financiamento do sistema. Essa atitude nega a defesa do direito público à saúde a partir que é disseminado a ideia de inviabilidade do SUS (SOARES, 2018).

Atualmente, o atual Presidente Jair Bolsonaro reforça em seus discursos, e em seu plano de governo, o desmonte das políticas no âmbito da seguridade social, as quais influenciarão diretamente a saúde da classe trabalhadora.

Sendo assim, viu-se que o Sistema Único de Saúde, está estabelecido em texto constitucional, contendo diversos princípios e diretrizes como seu norteador. Porém, existem vários desafios impostos pelo modelo econômico vigente, os quais são antagônicos ao projeto de reforma sanitária. Dificultando desse modo, que os princípios fundamentais do SUS sejam efetivados, como a universalidade, a equidade e sobretudo a integralidade.

⁴ A Proposta de Emenda constitucional nº 55, também conhecida como PEC do teto dos gastos públicos, foi promulgada no ano de 2016 e aprovada no Senado ainda no primeiro turno. Tal emenda, institui um novo regime fiscal ao restringir o crescimento das despesas do governo, voltadas às políticas do tripé da Seguridade Social, por um período de 20 anos. Desse modo, os gastos públicos se limitam aos mesmos valores do ano precedente, sendo corrigidos pela inflação (JÚNIOR, 2016).

CAPÍTULO II – TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE E COMPETÊNCIAS INTERPROFISSIONAIS: EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE?

Diante do exposto nos pontos anteriores, viu-se que é imprescindível que as ações em saúde se pautem nos princípios e diretrizes do SUS, sobretudo no princípio da integralidade. Assim, o trabalho em equipe na saúde deve acontecer, de modo, que sejam considerados todos os condicionantes do processo saúde-doença, desse modo, tem-se o conceito ampliado de saúde.

Como já foi citado em pontos anteriores, conforme Peduzzi et. al. (2012) e Cecílio (2001), apontam que para o trabalho em equipe acontecer, não basta somente a presença de diversas categorias compondo uma equipe multiprofissional, é necessário que essas categorias se articulem e estabeleçam uma colaboração ativa, sob a perspectiva de complementariedade e interdependência, visando um projeto assistencial comum.

Partindo desta lógica, o primeiro ponto deste capítulo trará uma revisão bibliográfica, a qual ressalta a importância do trabalho em equipe na saúde como uma estratégia para efetivar a integralidade da assistência. Ademais, será citado alguns autores, os quais defendem certas tipologias como a multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade como possibilidades para o trabalho coletivo na saúde. Ademais, ainda no primeiro ponto, será iniciada a discussão acerca da Colaboração Interprofissional como uma outra possibilidade para o trabalho em equipe que vise promover uma maior qualidade do Cuidado. Tal discussão terá como principal referencial teórico o material Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010), o qual apresenta seis competências interprofissionais para viabilizar o trabalho em equipe na saúde.

O segundo ponto deste capítulo se trata de uma revisão bibliográfica, a qual tem como objetivo aprofundar a discussão a respeito da Colaboração Interprofissional, bem como as seis competências interprofissionais que a CIHC (2010) estabelece, são elas: Comunicação Interprofissional, cuidado centrado no paciente/família/comunidade, clarificação dos papéis profissionais, dinâmica de funcionamento da equipe, resolução de conflitos e liderança colaborativa.

Ademais, como o intuito de enriquecer o debate, articulado a discussão sobre as competências, será realizada uma análise de cinco artigos, os quais abordam a temática da Prática Interprofissional Colaborativa na rede de atenção à saúde. A análise será feita a partir

da divisão de categorias, as quais são as próprias competências interprofissionais mencionadas pela CICH (2010).

Os materiais escolhidos para análise se tratam de pesquisas com abordagem qualitativa, as quais apresentam como amostra, residentes e/ou preceptores de diferentes programas de Residência Multiprofissional de Saúde do Brasil. Das cinco pesquisas, duas focam na atenção primária, com ênfase no programa de residência em saúde da família, uma foca na atenção hospitalar e as outras duas possuem um eixo generalista, abrangendo todos os níveis de atenção. É importante destacar que a escolha em analisar a residência nos três níveis de complexidade do SUS, está em conformidade com um dos sentidos de integralidade, já exposto anteriormente. Conforme Eleutério, Silva e Freire (2017) o Sistema Único de Saúde é dividido em três níveis de atenção, primária, secundária e terciária. Assim a partir da lógica prevenção, proteção e recuperação o SUS proporciona integralidade aos usuários, de acordo com as suas necessidades e demandas.

Tal estudo tem como objetivo identificar nos cenários de prática da Residência Multiprofissional em Saúde, as potencialidades e as dificuldades para a efetivação da integralidade da assistência, sob a lógica do trabalho em equipe. Para isso, será retomado elementos importantes que já foram citados no capítulo 1 deste trabalho, como exemplo a discussão acerca da integralidade, bem como a mercantilização e a precarização dos serviços de saúde.

2.1 O trabalho em equipe na área da saúde

Dentre as estratégias aqui apresentadas para viabilizar a integralidade da assistência, o sentido da articulação dos saberes, através do trabalho em equipe na rede de atenção à saúde norteará este trabalho.

Para iniciar a discussão acerca do Trabalho em Equipe, em um primeiro momento é necessário resgatarmos a definição do conceito ampliado de saúde, já mencionado anteriormente nesse trabalho. Bruscato et al. (2004) analisa que surge uma nova maneira de pensar sobre o processo saúde-doença que vai além do modelo biomédico, implicando na necessidade de ingressar novos conhecimentos na área da saúde. Em outras palavras:

Ao longo do século XX, o desenvolvimento desse modelo permitiu uma nova organização dos profissionais de saúde, que evoluiu de um sistema tradicional centrado no médico e que visava a cura da doença, para um modelo de “time” que inclui diferentes categorias profissionais, cada uma com conhecimento, habilidades técnicas e perspectivas distintas, e que tem, como objetivo, a promoção da saúde (BRUSCATO, et al, 2004, p. 33).

Sendo assim, a partir do argumento de Cecílio (2001), um dos sentidos de integralidade é a articulação de diversos saberes, através de uma equipe multiprofissional de saúde, a resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998 do Conselho Nacional de saúde, reconhece que os profissionais, de nível superior da saúde é composto por:

Assistentes Sociais, biólogos, profissionais de Educação Física, enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 1998)

Castro (2007) ao abordar sobre categorias as profissionais da saúde, apresenta que cada profissão possui seus núcleos de saberes e práticas específicas, as quais são reproduzidas nos espaços de ensino e formação no exercício profissional e no trabalho. Tais profissões, através dos seus saberes teóricos e metodológicos interferem no processo de adoecimento e cura dos indivíduos, direcionando suas ações de formas distintas de acordo as demandas, sejam elas individuais ou coletivas.

Ao realizar uma revisão de literatura, percebe-se a existência de algumas tipologias, as quais diferenciam o nível de interação entre as equipes de saúde. Como exemplo, pode-se citar os conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, apontadas por alguns autores como possibilidades para a efetivação do trabalho coletivo.

Além dessas tipologias, destacam-se outros conceitos como a formação uniprofissional, multiprofissional e interprofissional. Peduzzi et al., (2013) assinala que as interações entre os profissionais de saúde possuem diferentes graus, estando relacionadas aos profissionais, com o foco na prática e nos serviços ou então às disciplinas com o foco na articulação no âmbito do ensino e pesquisa.

Galván (2007) ressalta que as tipologias da equipe de saúde se referem ao modo de funcionamento das mesmas, visto que as equipes de saúde não são padronizadas, elas são dinâmicas e podem funcionar ora de forma integrada, ora de forma mais estratificada. Em outras palavras, o autor diz que uma equipe pode ser multi, inter ou transdisciplinar, mas que em certo momento a dinâmica dessa equipe pode mudar.

A multidisciplinaridade para Almeida Filho (2005), se caracteriza como um conjunto de disciplinas que possuem como objetivo a resolução de um mesmo problema, ou tratam de uma mesma temática, porém não há diálogo entre essas disciplinas. Nesse sentido, os profissionais não estabelecem relações no campo técnico ou científico, gerando uma justaposição entre essas disciplinas.

Assim, cada profissional utiliza a sua metodologia e o seu conhecimento técnico, sendo que o objeto em questão também é analisado por diversos profissionais, cada um com seu ponto de vista. Ou seja, a mesma temática é vista por diversos ângulos e não ocorre uma articulação entre esses profissionais para uma troca de opiniões e de saberes (GALVÁN, 2007).

Ao falar da interdisciplinaridade Galván (2007) destaca que o caráter inter, por si só já remete a uma ação recíproca entre elementos. Ao caracterizar a interdisciplinaridade de uma equipe de saúde o autor ressalta que nessa tipologia há a possibilidade de troca de instrumentos, técnicas, metodologias e opiniões entre os profissionais. Havendo assim um diálogo e uma articulação entre as disciplinas.

Para autores que defendem esta tipologia, a transdisciplinaridade diz respeito a uma compreensão que vai além do âmbito de cada disciplina, de modo que a partir da articulação entre as disciplinas surge uma nova visão da natureza e da realidade (SANTOS, 1995 apud GALVÁN, 2007). Almeida Filho (2005) aponta que a equipe transdisciplinar possui uma finalidade comum, de modo que uma profissão não se sobressaia sobre a outra. Desse modo,

cria-se um campo, onde os profissionais possuem autonomia teórica e metódica com relação as disciplinas que o compõe.

Vê-se que há um esforço em pensar o trabalho em equipe como imprescindível para a efetivação da integralidade da assistência e do cuidado em saúde. Porém, existem diversos desafios que estão postos dentro e fora das instituições prestadoras dos serviços, que dificultam a articulação entre os profissionais. Tais desafios e são gerados principalmente pela situação histórica, política e econômica a qual passa a política de saúde no Brasil.

Com a perspectiva de avançar na discussão, observa-se que na literatura, diversos autores citam algumas competências e habilidades profissionais e sobretudo, citam a Educação Interprofissional (EIP) e a Prática Colaborativa, como estratégias para facilitar e promover o trabalho em equipe na saúde e a integralidade da assistência.

Antes de iniciar a discussão sobre outras temáticas, é necessário esclarecer a diferença entre os termos interdisciplinaridade e interprofissionalidade. Atualmente o termo interprofissional tem sido mais utilizado no que se trata da interlocução entre as profissões, contudo muitas vezes essas tipologias são tratadas como sinônimos do trabalho em equipe. Peduzzi et. al. (2012) ressalta que o trabalho em equipe interdisciplinar se refere a articulação entre diversas disciplinas, ciências ou áreas do conhecimento, as quais interagem no cotidiano a fim de articular saberes, afetos, interesses e desejos, desse modo pode-se considerar que o trabalho em equipe equivale a se relacionar. Porém, neste modelo, uma das disciplinas acaba coordenando as outras, o que pode levar a uma hierarquização. Já o trabalho em equipe interprofissional está relacionado a prática interprofissional, neste modelo ocorre uma articulação da equipe de saúde a fim de construir um projeto assistencial comum, sem sobreposição de uma profissão sobre a outra. As ações em saúde são pautadas nas tomadas de decisões compartilhada, na comunicação, no reconhecimento da importância do papel dos demais membros da equipe e sobretudo, são baseadas na colaboração interprofissional com foco nos usuários (PEDUZZI et. al, 2016).

Ao pesquisar artigos e publicações sobre o trabalho interprofissional na saúde percebe-se que há uma deficiência em encontrar produções Brasileiras acerca da temática. Contudo, o material Canadian Interprofessional Health Collaborative, elaborado no Canadá, no ano de 2010, apresenta questões norteadoras para a realização da Prática Interprofissional

Colaborativa, a fim de servirem como ferramentas para viabilizar a atenção integral aos usuários.

2.2 Residência em Saúde e competências para o trabalho interprofissional: uma revisão bibliográfica

Os últimos anos estão sendo marcados por uma mudança no perfil epidemiológico da população, ocasionadas principalmente pelas transformações no mundo do trabalho, tecnológicas e societárias. Assim, aumento de doenças crônicas requerem um extenso acompanhamento de diversas categorias profissionais (FRENCK et al., 2010 apud PEDUZZI et al., 2013). Conforme já foi mencionado anteriormente, um dos sentidos atribuídos ao termo integralidade é a articulação e o diálogo entre diversos saberes e competências de uma equipe multiprofissional, com o intuito de compreender de forma ampliada as necessidades de saúde (CECÍLIO, 2001). Deste modo, a fim de ampliar o acesso aos serviços de saúde e qualificar o cuidado em saúde, o trabalho em equipe deve se basear na interprofissionalidade, articulando assim, os projetos assistenciais de várias categorias de uma maneira transversal (ARRUDA e MOREIRA, 2018).

Assim, a colaboração interprofissional, também mencionada como prática interprofissional colaborativa, deve ser a norteadora da atuação em equipe na saúde. Arruda e Moreira (2018) dizem que a colaboração interprofissional está baseada na convivência entre diferentes profissões sob a lógica da clínica ampliada, as atuações desses profissionais devem pautar-se no diálogo e na tomada de decisões compartilhada, a fim de promover um melhor cuidado ao usuário. O relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde (2018), ressalta que a colaboração interprofissional provem de atributos como: estabelecimento de objetivos comuns com foco nos usuários, família e comunidade; responsabilidades e decisões compartilhada entre os profissionais; interdependência e complementaridade das ações de saúde; reconhecimento do trabalho do outro e comunicação efetiva. Já o material Framework for action on interprofessional education and collaborative practice, organizado pela Organização Mundial da Saúde em 2010 enfatiza que:

A prática colaborativa na atenção à saúde 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 mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, P. 13, 2010).

D'Amour et. al. (2008) estabelece que existem três diferentes níveis de colaboração entre os profissionais de saúde, a colaboração ativa, a colaboração em desenvolvimento e a colaboração em potencial. Na colaboração ativa o nível de interação é mais alto dentre as demais, os profissionais atuam com um projeto terapêutico singular e estabelecem uma relação de confiança e respeito entre si. Apesar de ocorrer conflitos, as decisões são tomadas de forma compartilhada e há uma divisão de responsabilidades interprofissionais e interorganizacionais. A colaboração em desenvolvimento é a colaboração que ainda não se enraizou entre os profissionais, devido a fatores intra e extra institucionais. As tomadas de decisões partem de um processo de negociação, porém ainda não estabeleceram um consenso. Ademais, as responsabilidades são parcialmente divididas o que ocasiona as ações serem menos eficientes do que o esperado. Contudo, apesar de não suficiente este nível já conta com um pouco de interação entre os profissionais, o qual está caminhando para a colaboração ativa. Por fim, a colaboração em potencial ou latente, refere-se à inexistência de qualquer tipo de colaboração. Assim, as negociações entre os profissionais não ocorrem, fazendo com que os mesmos estabeleçam conflitos constantes. Com isso, os serviços de saúde e seus usuários são impactados, podendo ocorrer perda de acessibilidade e má qualidade do Cuidado.

Em contrapartida ao exposto, Pinho (2006) salienta que nas equipes de saúde, em seus três níveis de assistência, há a predominância de discursos individuais e falta de confiança entre os profissionais, fato que ocasiona as relações de poder e de hierarquização entre as categorias.

É necessário destacar que de acordo com Feuerwerker e Capozzolo (2013) conforme citado por Silva et. al (2015), em 2001 as Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação na área da saúde (DCN) são implementadas sob a perspectiva dos princípios e diretrizes do SUS, regulamentados pela Lei 8.080 de 19 setembro de 1990. As DCN se tornam muito importantes para a articulação entre Educação e Saúde, priorizam o trabalho em equipe sob o âmbito da integralidade da assistência e da qualidade do cuidado em saúde.

Ademais, as Diretrizes Curriculares mencionam a importância de uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Além disso, enfatizam que a educação superior

deve proporcionar aos seus alunos o desenvolvimento de habilidades e competências para o trabalho em equipe interprofissional, visando a garantia da atenção integral nos serviços de saúde (ROSSONI, LAMPERT, 2004).

Porém, a carência do desempenho e responsabilidades coletivas advém ainda da formação. O currículo dos cursos de graduação quando abordam o trabalho coletivo, abordam de maneira superficial, enfatizando as atividades teóricas, assim as práticas individualizadas as predominantes. Desse modo, ao se formarem e se inserirem no mercado de trabalho, esses profissionais apresentarão dificuldades para interagir com outros saberes e outras ações (ROSSONI; LAMPERT, 2004).

Chiesa et. al (2007) complementam que:

A formação inicial dos profissionais de saúde, de um modo geral, não os prepara para atuar no campo da promoção à saúde, devido ao enfoque ainda predominantemente biologicista, curativo, médico-centrado e desarticulado das práticas em saúde. Estudos tem evidenciado o distanciamento existente entre o ensino proposto pelas escolas e as necessidades de saúde da população (Chiesa et. al, p. 236, 2007).

Rossoni e Lampert (2004) destacam que alunos e professores atuantes nos diferentes serviços do SUS, devem experienciar uma formação articulada em todas as etapas. Visto que a proposta político-pedagógica, teórica e prática devam romper com a lógica da fragmentação entre as disciplinas.

Peduzzi et al., (2013), por sua vez, sinaliza que a formação acadêmica isolada, baseada no corporativismo tende a formar profissionais que também trabalham de forma isolada. Nesse sentido, destaca-se a importância de uma Educação Interprofissional (EIP), articulada a uma Prática Interprofissional (PIP), a fim de viabilizar uma maior integração das ações em saúde.

A Organização Mundial da Saúde destaca através do Framework for action on interprofessional education and collaborative practice (2010), que a Educação Interprofissional acontece no momento em que duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si, de modo que haja uma colaboração mútua entre os agentes, a fim de qualificar os resultados na saúde. O mesmo material salienta que:

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. Essa educação interprofissional é essencial para o desenvolvimento de uma força de trabalho de saúde “colaborativa preparada para a prática”, na qual os funcionários trabalham juntos para prestar serviços abrangentes em uma ampla gama de locais de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, P. 13, 2010).

Ao analisar a EIP e a educação multiprofissional Peduzzi et al., (2013) destaca que ambas possibilitam que o estudante ou mesmo profissionais de diferentes áreas tenham o processo de aprendizado de forma interativa e compartilhada, de modo que desde a formação os estudantes aprendam a interagir com outras profissões, reconhecendo a importância de cada uma. Ao mesmo tempo, destaca-se também que é essencial manter o ensino uniprofissional, ou seja, é manter o ensino das disciplinas e das habilidades específicas de cada área.

Para melhor compreensão desses conceitos Barr et al., (2005) e Freeth et al., (2005) definem que a formação uniprofissional não interage os estudantes com outras profissões, desse modo, os mesmos não possuem uma clarificação dos papéis e responsabilidades dos demais profissionais de saúde. Já na Educação Interprofissional (EIP), os estudantes aprendem de forma interativa sobre os papéis, conhecendo o papel e as atribuições dos outros profissionais. Por fim, na Educação multiprofissional as atividades educativas ocorrem entre estudantes de duas ou mais áreas, mas não necessariamente ocorre uma integração entre esses estudantes (apud Peduzzi et, al. 2013).

As experiências acerca da Educação Interprofissional no Brasil ainda são deficientes, bem como o quantitativo de material teórico produzido sobre o tema. Os principais programas de graduação e pós-graduação desenvolvidos pelo ministério da saúde são as Residências Multiprofissionais em Saúde e os projetos Pro-Saúde e PET-Saúde (PEDUZZI et al., 2012).

No Brasil destaca-se como uma principal iniciativa de Educação Interprofissional (EIP) a Residência Multiprofissional em Saúde, a qual é orientada pelos princípios e diretrizes do SUS (PEDUZZI et al., 2012). Instituída a partir da Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005, a RMS oferece vagas para todas as categorias da área da saúde, exceto a médica, de acordo com as necessidades locais e regionais, fomentando a atuação pautada no trabalho em equipe.

Sendo assim, pode-se dizer que a Educação Interprofissional, sobretudo a RMS aproxima estudantes e os saberes e as experiências profissionais permitiria a abordar a

complexidade das necessidades de saúde da população, em detrimento à prática especializada isolada (SILVA et. al, 2015).

Portanto, vê-se que a Educação Interprofissional pode ser uma estratégia para contrapor o movimento conhecido como medicina integral, conforme Mattos (2009), citado no capítulo anterior. De acordo com o autor, a formação médica historicamente ressalta os aspectos biológicos dos usuários, em detrimento aos sociais e culturais, o que ocasiona atendimentos fragmentados e reducionistas. Além do mais, a EIP possibilita a efetivação de um dos sentidos de integralidade apresentados neste trabalho, o qual reconhece que para obter uma atenção integral na saúde é necessário superar alguns limites reproduzidos nas escolas médicas, como por exemplo a medicina anatomopatológica.

Apesar da Educação Interprofissional ser uma proposta essencial para amenizar a fragmentação do cuidado em saúde, Silva et. al (2015) identificaram algumas dificuldades para a sua efetivação. Os autores citam a falta de apoio institucional nas universidades públicas Brasileiras, a fim de implementar estratégias para a EIP, outra barreira se refere a incompatibilidade entre as grades curriculares de diversos cursos e sobretudo a estrutura fragmentada e departamentalizada das universidades, reforçando o modelo tradicional de ensino. Este modelo reforça a ideia da especialização dos saberes, prejudicando assim, a interação e articulação entre os cursos.

Nesse sentido, diversos autores ressaltam a necessidade de os profissionais desenvolverem certas competências e habilidades a fim de facilitar a Colaboração Interprofissional e sobretudo, nortear o trabalho em equipe em saúde. A Canadian Interprofessional Health Collaborative – CICH (2010) apresenta seis competências interprofissionais ou domínios, essenciais para a prática interprofissional colaborativa, são elas: comunicação Interprofissional, cuidado centrado no paciente/família/ comunidade, clarificação dos papéis profissionais, dinâmica de funcionamento da equipe, resolução de conflitos e liderança colaborativa.

Antes de analisar os seis domínios mencionados, é imprescindível compreender que o termo competência é a capacidade de utilizar diversos recursos a fim de dar resolutividade a certos assuntos, não sendo algo exclusivo de uma única profissão (IAMAMOTO, in: CFESS, 2012). Já a habilidade se baseia em colocar em prática toda teoria e conhecimento que foi

adquirido. Logo, competências e habilidades são conceitos que caminham conectados (GUERRA et. al 2016).

Pinho (2006) ressalta que a incorporação de competências e habilidades técnicas, promove o profissional e o estudante a capacidade de desenvolver uma percepção mais ampla e integrada acerca das necessidades de saúde dos usuários. A autora ainda cita importância das habilidades relacionais, a fim de fomentar a cooperação e estabelecer relações interpessoais entre os profissionais.

A seguir, com o intuito de verificar se o trabalho em equipe na saúde contribui para a formação da integralidade do cuidado, será realizada uma análise bibliográfica. Tal análise consiste na articulação do debate que diversos autores trazem sobre os seis domínios da CICH (2010), com a discussão que cinco artigos trazem sobre os mesmos domínios. Os cinco artigos escolhidos possuem como cenário de pesquisa Programas de Residência Multiprofissional, de diferentes lugares do Brasil, são eles:

Nome do artigo	Autores	Cenário de estudo	Ano de publicação
1 - Desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.	Gisele Maria Melo Soares Arruda ; Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto ; Kelen Gomes Ribeiro ; Amanda Cavalcante Frota .	PRMS com ênfase em Saúde da Família das cidades de Maracanaú e Aracati – Ceará.	2018
2 – Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional	Jaqueline Callegari Silva ; Divanice Contim ; Rosali Isabel Barduchi Ohl ; Suzel Regina Ribeiro Chavaglia ; Eliana Maria Scarelli Amaral .	PRMS da cidade de Uberaba – Minas Gerais	2015
3 – A educação interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em saúde.	Isis Alexandrina Casanova ; Nildo Alves Batista ; Lúcia Ruiz Moreno	PRMS do Estado de São Paulo	2018

4 – Competência profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família.	Débora Dupas Gonçalves do Nascimento ; Maria Amélia de Campos Oliveira	PRMS com ênfase em Saúde da Família da cidade de Santa Marcelina – São Paulo	2010
5 – Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar.	Thaise Anataly Maria de Araújo ; Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos ; Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa ; Franklin Delano Soares Forte .	PRMS com ênfase na atenção hospitalar localizado no Estado da Paraíba	2017

2.2.1 Comunicação Interprofissional

Dentre as competências e domínios mencionados a comunicação interprofissional ganha destaque em diversas literaturas, a CICH (2010) estabelece que a comunicação interprofissional é uma habilidade fundamental para todos os estudantes e profissionais de saúde e se baseia na capacidade de se comunicar e estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais de diversas profissões, bem como os usuários, suas famílias e comunidade. A comunicação em uma instituição de saúde deve estar pautada principalmente na escuta, da negociação, da interação e da discussão ou debate.

Na literatura analisada, a comunicação interprofissional é o domínio mais evidente dentre os cinco textos, sendo também referenciada nos materiais como discussão de casos, diálogo e troca de informações. Observou-se que atrelados à comunicação, outras ações surgiram como indispensáveis deste processo, como o respeito mútuo entre usuários e profissionais, a confiança e a tomada de decisões compartilhada.

De uma maneira geral conclui-se que os residentes e/ou preceptores entrevistados reconhecem a importância da comunicação no processo do cuidado integral ao usuário, visto que através da troca de conhecimentos os profissionais tendem a respeitar os demais profissionais e usuários, além de aumentar a confiança entre os mesmos. Essa percepção pode

ser evidenciada a partir da fala de um entrevistado (P1), citada no artigo de Nascimento e Oliveira (2010):

“A questão de respeitar o usuário, respeitar o conhecimento popular, respeitar o conhecimento de outras categorias, valorizar isso e, principalmente, a questão das relações. Cultivar a relação, tanto a relação profissional com outras categorias, na mesma categoria, como a com o usuário” (P1, NASCIMENTO E OLIVEIRA, P. 820, 2010).

Apesar da percepção da importância da comunicação, os textos 1 e 5 ressaltam que apesar de haver tentativas, há dificuldades para realizar as trocas de informações, fazendo com que o diálogo ocorra de maneira frágil e lenta. Além disso sobre a deficiência de espaços que possibilitem o encontro desses trabalhadores, assim as discussões de casos ocorrem de modo superficial, quando os profissionais se encontram pelos corredores das instituições, ou até mesmo através de meios de comunicação, como o whatsapp.

É notório que a tecnologia móvel atualmente facilita o processo de interação, entretanto Barros e Ellery (2016), ressaltam que a troca de informações entre os profissionais com os colegas de trabalho, bem como os usuários não devem acontecer exclusivamente através de meios informais. É preciso estabelecer momentos de encontros presenciais, debates, a fim de proporcionar decisões coletivas, de modo a institucionalizar o processo de colaboração interprofissional.

Ademais, percebe-se nos materiais que a comunicação, sobretudo entre os residentes é uma habilidade imprescindível na tomada de decisão compartilhada entre os profissionais. Ao ser questionado sobre o assunto, um participante da pesquisa de Casanova, Batista e Moreno (2018) ressalta que: *“O meu exemplo de residência e aprendizagem [...] são as discussões multiprofissionais em que toda a equipe da unidade consegue conversar sobre o mesmo paciente e pensar em um plano mais amplo para sua recuperação e possível alta [...]”* Todas as pesquisas relatam que os residentes compreendem e buscam, de alguma forma, estabelecer o diálogo e compartilhar as decisões acerca do cuidado dos usuários, como exemplo são mencionadas estratégias como as visitas multiprofissionais e as consultas compartilhadas. Essas estratégias são importantes, pois resgata um outro sentido de integralidade, apontado por Cecílio (2001), o qual diz que uma atenção integral ocorre através da articulação entre diversos saberes de uma equipe multiprofissional, visto que nenhum profissional consegue atender todas as demandas isoladamente.

Além disso, pode-se extrair que a residência é um instrumento importante para facilitar esse processo, visto que incentiva a convivência entre os profissionais e possibilita a interdependência entre os mesmos. Um dos materiais trazem as visitas multiprofissionais e as consultas compartilhadas, como estratégias da residência no processo de tomada de decisão.

Logo, conclui-se que no tocante da comunicação interprofissional, todos os textos apontam o reconhecimento da importância do diálogo, da escuta e das decisões coletivas para estabelecer um cuidado que atenda às necessidades dos usuários. Contudo, são apresentados alguns empecilhos, que podem ser relacionados com os impactos que as flexibilizações no mundo do trabalho têm causado na vida dos trabalhadores. Lima (2010) ressalta que a política de ajuste neoliberal influencia no exercício profissional das diferentes categorias, através da precarização dos contratos de trabalho, do barateamento da mão de obra, das terceirizações, entre outras formas. Em tempos mais atuais, o Conselho Federal de Serviço Social (2017), publicou um manifesto em que realiza uma crítica a cerca Reforma Trabalhista, a qual estava sendo votada na data da publicação. Tal documento evidencia os impactos em direitos trabalhistas já conquistados, como a jornada de trabalho, salários, contratos, dispensa, descanso e férias. Sendo assim, é necessário trazer novamente a ideia de Castro (2015), a qual ressalta que a qualidade dos serviços de saúde não deve ser esvaziada de uma análise crítica, de modo que seja compreendido que a conjuntura e o modelo econômico vigente influencia diretamente nesta questão.

Gocan et. al (2014) ressalta, de acordo com Previato e Baldissera (2018) que a comunicação é um aspecto primordial para o desenvolvimento de um trabalho em equipe e uma dinâmica de grupo. Através da comunicação os profissionais de saúde podem compartilhar entre si suas opiniões e trocar conhecimentos sobre as melhores formas de prevenir, promover e/ou recuperar a saúde dos usuários. Pinho (2006) complementa que a comunicação não deve ser hierárquica, ou seja, sobrepondo uma categoria sobre a outra, e sim com um viés de troca de informações.

2.2.2 Cuidado centrado no paciente/família/comunidade

No que se refere ao cuidado centrado no paciente/família/comunidade percebe-se que este domínio está diretamente relacionado a concepção ampliada de saúde, ou seja, através da concepção da doença sob o eixo biopsicossocial, levando em consideração as diferentes necessidades de saúde. Desse modo, os profissionais de saúde juntamente com os usuários e

ou familiares, devem planejar e avaliar o projeto terapêutico a ser adotado, respeitando às preferências, religião, condição social, situação familiar e o estilo de vida dos usuários (KITSON et. al, 2012 apud SILVA et. al, 2015).

Agreli, Peduzzi e Silva (2016) relatam que o envolvimento dos usuários como parceiros no seu processo de cuidado é o elemento base para efetivar Atenção Centrada no Paciente. O médico e as demais categorias que estão inseridas nos serviços de saúde, devem pautar-se no compartilhamento das informações e responsabilidades acerca do cuidado, bem como quais os objetivos a serem alcançados, a fim de promover a autonomia dos usuários. A situação hierárquica entre profissionais e usuários devem ser repensadas, de modo que os usuários tenham claramente o conhecimento da sua situação de saúde e participe ativamente do processo de tomada de decisões. Portanto, de acordo com Kusma et. al (2012), conforme citado por Agreli, Peduzzi e Silva (2016) a partir do momento em que o usuário participa do seu processo de Cuidado, consequentemente ele exercita a sua cidadania, dando ênfase a ideia de autonomia, liberdade, protagonismo, e respeito às subjetividades e valores.

Na revisão dos artigos o cuidado centrado no paciente/família/comunidade aparece direta e indiretamente nos artigos 1,3,4 e 5. A partir do estudo das pesquisas e das falas dos entrevistados, pode-se concluir que, tal domínio, está diretamente relacionado ao conceito ampliado de saúde, o qual enxerga os usuários a partir do contexto biopsicossocial. Essa conclusão dialoga com a literatura levantada acerca da temática, pois conforme Starfield (2002) somente o cuidado centrado nos usuários e sobretudo, na coletividade, possibilita a compreensão de como as enfermidades são distribuídas nos diferentes grupos sociais.

Dunbar et. al (2012) e Giordano (2010) concordam ao dizerem que para promover a integralidade da assistência à saúde, deve-se levar em conta questões objetivas e subjetivas da vida dos seres humanos. As ações de saúde devem ser permeadas, de modo que analise as relações familiares, individuais e os direitos dos usuários. Ademais Theisen (2013) complementa ao dizer que o processo do Cuidado deve respeitar os usuários e valorizar suas individualidades (apud Silva et. al 2010).

Além disso, viu-se que existe nos materiais uma percepção sobre a importância do cuidado em saúde focado nos usuários, família e comunidade. Percebe-se ainda, que o Programa de Residência Multiprofissional pode ser utilizado como uma estratégia importante, a fim fomentar uma visão mais ampla sobre as necessidades da população atendida nos

serviços de saúde, logo redirecionar a centralidade do Cuidado aos usuários Pode-se visualizar isso na fala de um participante identificado como RA4, na pesquisa realizada por Arruda et. al (2018): “[...] antes da residência, eu iria pensar que minha atuação seria só na úlcera de pressão que ele tava, e a residência serviu para eu tentar ver ele como um todo[...] então a residência serviu para eu ir muito além do que uma ferida em si, mas ver a pessoa integralmente”.

Nesse sentido, consegue-se perceber que um dos desafios para a atenção centrada nos usuários, é a existência de um modelo biomédico hegemônico, o qual reproduz a ideia de que a saúde está associada somente à questões biológicas, fortalecendo a lógica da medicalização. Pode-se observar essa hegemonia do modelo médico corporativista em todos os níveis de atenção à saúde, contudo conforme Gomes (1999), na atenção terciária essa ideia é mais forte devido à centralidade médica. Assim, o autor destaca que:

Apesar dessa inter-relação entre as atividades parcelares, é preciso que se destaque o papel da centralidade do trabalho médico nesse conjunto laborativo. Em torno das atividades médicas é que as demais áreas hospitalares se orientam, Na realidade, a finalidade e o objeto do trabalho médico se confundem com a da própria instituição hospitalar levando então a que esse segmento laborativo oriente tecnologicamente o setor e absorva graus de poder acentuado nos estabelecimentos. Em função disso, é importante levar em conta que a Medicina constitui seu objeto em algo puramente biológico e individual, o que faz buscar a doença somente na lesão, além de reforçar hegemonicamente a lógica da medicalização (GOMES, 1999, p. 50-51).

Ademais, é possível identificar através da análise das pesquisas, que na atenção primária há uma maior facilidade em promover a centralidade do cuidado no paciente, em detrimento aos demais níveis de complexidade. Este fato, pode ser justificado pois na atenção primária há um maior uso das tecnologias leves, as quais são apontadas por Merhy (2007) como estratégias para a promoção do Cuidado em Saúde. Merhy (2007) o Cuidado em saúde além de estar relacionado com a integralidade da assistência, possui elementos estratégicos, os quais podem tornar os pacientes, suas famílias e a comunidades como sujeitos protagonistas do seu processo terapêutico. Tais elementos já foram abordados em pontos anteriores deste trabalho, são eles, o vínculo a responsabilização e a autonomização dos usuários.

O vínculo permite que profissionais e usuários estabeleçam relações próximas e de confiança, de modo que esses profissionais se tornem referência para os usuários, bem como para a comunidade. Os debates sobre a responsabilização assinalam que os profissionais devem se responsabilizar pelos usuários, de modo que haja um acompanhamento até a resolução dos problemas. Já a autonomização os autores ressaltam que não deve haver sobreposição nas relações profissionais de saúde/paciente, mas sim reconhecer que os dois

sujeitos devem participar do processo de prevenção, proteção e recuperação da saúde, salientando que o sujeito do Cuidado é o usuário.

Pode-se concluir que, os profissionais da estratégia de saúde da família conseguem ter uma apropriação maior do uso das tecnologias leves, bem como uma percepção mais ampliada sobre as necessidades dos usuários, principalmente devido ao reconhecimento das especificidades lecorregionais. O uso das tecnologias leves e a construção do vínculo também se mostram essenciais para conhecer a necessidade de cada usuário. Vale salientar que essas potencialidades estão postuladas como princípios e diretrizes na Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Primária.

Contudo, deve-se salientar novamente a discussão de Castro (2015), a qual diz que é necessário realizar uma análise crítica sobre o debate das tecnologias leves na rede de atenção à saúde. Pois, sem um aprofundamento teórico e conjuntural os profissionais de saúde vão ser responsabilizados sozinhos por toda a qualidade dos serviços de saúde prestados, não levando em conta a precarização dos serviços que o SUS vem sofrendo.

2.2.3 Clarificação dos papéis profissionais

No que tange da clarificação dos papéis profissionais a CICH (2010) ressalta que este domínio está relacionado a compreensão do próprio papel e a compreensão do papel dos demais estudantes e profissionais de saúde. Assim, os membros da equipe devem buscar conhecer e se familiarizar com os papéis dos outros, a fim de evitar as sobreposições de demandas e compartilhar as responsabilidades (HALL E WEAVER, 2001).

Nesta mesma concepção Previato e Baldissera (2017) dizem que:

O respeito pelos distintos saberes e o reconhecimento de sua importância para as ações cotidianas permitem que a Prática Interdisciplinar Colaborativa em Saúde denomina a clarificação dos papéis e funções das diversas categorias profissionais das equipes de saúde, indispensáveis para que a colaboração aconteça. Nessa direção, afirma-se que o respeito mútuo, confiança, reconhecimento do papel profissional das diferentes áreas, interdependência, troca de saberes e ações, reconhecimento de que todos têm a oferecer e compartilhar e abordagem de todas as dimensões de saúde da população são indispensáveis para uma prática colaborativa (PREVIATO E BALDISERRA, p. 6, 2017).

Hall e Weaver (2001) sinaliza que os profissionais de saúde aprendem sobre suas atribuições profissionais ainda na graduação. Já Hill (1998) e Patrie (1976) apontam que além da compreensão de suas próprias competências, muitos profissionais possuem uma percepção

acerca das competências de outras categorias, a partir de suas culturas, crenças e disciplinas específicas. Essa visão baseada no “senso comum” sobre as atribuições dos colegas de trabalho pode gerar ansiedade, conflitos e a ineficácia do trabalho em equipe na saúde (apud Hall e Weaver, 2001).

Diante desses desafios, Mariano (1999), citado por Hall e Weaver (2001), sugere alguns exercícios educativos para que membros de uma equipe de saúde, possam realizar com o intuito de esclarecer suas competências e atribuições, a fim de evitar conflitos e fomentar uma maior comunicação. Tais exercícios devem ser praticados, de maneira a: (1) clarificar a percepção dos papéis profissionais e suas expectativas; (2) identificar as próprias competências profissionais, nem como as das demais categorias que compõe a equipe; (3) explorar responsabilidades sobrepostas; (4) renegociar a transferência de papéis e funções.

Diante do exposto, percebe-se que a falta de compreensão sobre os papéis profissionais pode gerar conflitos em uma equipe de saúde, entretanto, a Canadian Interprofessional Health Collaborative – CIHC (2010), esse fator não é o único, visto que podem surgir diferenças relacionadas ao plano terapêutico e métodos de cuidado, diferenças entre crenças religiosas/ espirituais e valores pessoais.

2.2.4 Dinâmica de funcionamento da equipe

No que diz respeito ao funcionamento da equipe de saúde a CIHC (2010) assinala que a colaboração entre os profissionais, usuários, família e comunidade, deve pautar-se no respeito mútuo, confiança e disponibilidade, visando sempre estabelecer uma comunicação aberta e uma boa escuta. Ademais, haja vista a complexidade de diversas situações, é importante estabelecer um planejamento dos cuidados e um bom diálogo para decidir conjuntamente.

Pinho (2006) ressalta que a solidez de uma equipe interprofissional requer um planejamento cuidadoso, além do compromisso de seus membros e um investimento constante. Para um bom funcionamento, os membros da equipe necessitam investir tempo acompanhando e planejando, a fim de traçar objetivos, estabelecer metas e tarefas. A autora complementa que ao planejar uma equipe, deve-se:

Definir o papel específico de cada membro e das expectativas dos papéis dos membros, definir temas de discussão que necessitam ser encaminhados a equipe como um todo, definir as necessidades de informações dos membros definir mecanismos de coordenação de trocas de informações, mecanismos de avaliação de resultados e fazer ajustamentos com a equipe. Em outras palavras, a equipe precisa

conhecer onde é feito, o que é necessário pra fazer, quem é que faz e como isto é feito junto (PINHO, p.76, 2006).

A dinâmica de funcionamento da equipe ou também citado como trabalho em equipe, é a quarta categoria a ser analisada. Assim como a comunicação, este assunto é abordado com bastante incidência nos cinco artigos, bem como encontra-se bastante conteúdo publicado sobre a temática.

O trabalho em equipe quando realizado de modo articulado e interativo, havendo troca de saberes e práticas se torna um instrumento em potencial para viabilizar a integralidade do Cuidado em Saúde (CECÍLIO, 2001). Ademais, esta articulação deve se limitar a uma única instituição, mas sim de ocorrer de modo intersetorial, pois de acordo com Stephan-Souza e Mourão (2001 – 2002), nenhum profissional consegue alcançar a finalidade do Cuidado integral sozinho, é necessário que as disciplinas se articulem e estabeleçam um diálogo para promover uma melhor qualidade em saúde. Franco (2007) por sua vez, destaca que a produção do cuidado é estruturada em projetos terapêuticos, os quais são pensados e idealizados pelos diversos profissionais da saúde. Complementando essa ideia, Peduzzi (2001) ressalta que, a equipe deve trabalhar com um projeto assistencial comum, de modo que haja diálogo ao compartilhar suas concepções.

Já o trabalho em equipe na perspectiva da Colaboração Interprofissional ocorre quando os profissionais se articulam em prol de um Projeto Assistencial Comum, sem sobreposição de uma categoria sobre a outra, estabelecendo a troca de informações, reconhecendo a importância de todas as categorias da área e sobretudo, mantendo uma relação de interdependência e complementariedade.

Desse modo, ao analisar as pesquisas, percebe-se que o trabalho em equipe ocorre de maneira rasa e até conflituosa nos locais analisados. Baseando nos três níveis de colaboração de D'Amour (2008), pode-se dizer que as equipes pesquisadas praticam uma colaboração que está em desenvolvimento. Apesar dos residentes e preceptores, em sua maioria, reconhecerem e importância do trabalho coletivo interprofissional, existem diversas questões que o dificultam.

Na pesquisa realizada por Arruda et. al em (2018), pode-se constatar novamente na fala do entrevistado RA1, que a formação acadêmica apresenta deficiências em incentivar os estudantes a ideia da prática interprofissional colaborativa: *“Pra minha primeira experiência*

profissional, encontrei algumas barreiras pessoais de aceitar opiniões que divergem da minha. A residência foi importante pra promover isso em mim, aprender a ouvir mais, eu amadureci muito meu processo de negociação”.

O artigo que foca seu debate acerca da residência hospitalar, aponta questões interessantes ao ressaltar que há uma enorme dificuldade em tentar fomentar a interprofissionalidade em um ambiente que é historicamente multidisciplinar, ou seja, onde ocorre apenas um agrupamento de categorias e não uma real interação. O grupo focal conduzido por Araújo et. al (2018) relata: “[...] nós residentes multiprofissionais, temos que levar a multiprofissionalidade para o serviço, o que na minha visão, deveria ser o contrário [...]”. O mesmo grupo complementa: “[...] só que essa equipe multi, trabalhando, é cada um fazendo o seu, na sua caixinha, em todo momento”.

No que tange do trabalho em equipe no setor hospitalar, Wallig e Souza Filho (2007) conforme citado por Peres et. al, (2011) destacam que é um assunto muito complexo, visto que inúmeros fatores podem influenciar na articulação dos profissionais, sobretudo a atual conjuntura pela qual a saúde está passando. Bruscato et al., (2004) analisa esses fatores em cinco categorias, são eles: Fatores extra-hospitalares, Fatores intra-hospitalares, Fatores relativos ao trabalho, Fatores relativos ao grupo, Fatores relativos aos indivíduos.

Os fatores extra-hospitalares envolvem as políticas de saúde, as políticas salariais e o mercado de trabalho. Os fatores intra-hospitalares estão relacionados a instituição, envolvendo a política de cargos e salários, a situação financeiro-econômica do hospital e as condições físicas do trabalho. Os fatores relativos ao trabalho, estão relacionados ao tipo de atribuição de cada membro, ao nível de exigência das tarefas que compete a cada um e o desgaste que as atividades impõem. Os fatores relativos aos grupos são determinados de acordo com os profissionais integrantes, ao tipo de integração pretendida, ao grau de motivação e dos profissionais, juntamente com o grau de motivação de cada um nas tarefas propostas e pelo grau de maturidade profissional. Por fim, os fatores relativos aos indivíduos referem-se ao conteúdo cultural que cada profissional possui, ao conteúdo afetivo/emocional predisponente aos relacionamentos, ao repertório comportamental que facilita uma adequação e a facilidade para o relacionamento interpessoal (BRUSCATO et. al, 2004).

Apesar do material de Bruscato et. al (2004) enfatizar o contexto hospitalar, viu-se que tais fatores também são determinantes em todos os níveis de complexidade, haja vista que alguns destes foram citados nos outros artigos como dificultadores. O mais notável foi a falta

de espaços físicos e a disponibilidade dos profissionais para realizarem reuniões de equipe. O artigo 5 ressalta que as reuniões eram realizadas semanalmente, contudo, diante das grandes demandas, e até mesmo da indisponibilidade da preceptoria presente, as reuniões deixaram de acontecer regularmente. As reuniões periódicas da equipe de saúde, são importantes para garantir uma boa dinâmica de funcionamento da equipe, a qual pode ser comparada ao conceito de formalização. D'Amour (2008) destaca que a formalização pode servir como estratégia que viabilize a divisão de tarefas, o registro, o alinhamento de linguagens, a clara divisão de tarefas e também a sistematização das ações e dos prazos.

2.2.5 Resolução de Conflitos

Em respeito à Resolução de conflitos a CIHC (2010) determina que para a colaboração interprofissional ser realizada é preciso que os estudantes, profissionais de saúde, bem como os usuários, famílias e comunidade, consigam lidar com os desentendimentos com uma perspectiva construtiva, mencionada no material como “conflito positivo”.

Diante da variedade de categorias profissionais e diferentes pontos de vista que sobre um determinado assunto, as diferenças de opiniões se tornam inevitáveis. Assim, é importante reconhecer que o conflito também é um aspecto essencial para o desenvolvimento de uma equipe, visto que para a resolução desses conflitos é necessário realizar estratégias criativas, as quais, de certo modo, aumentam a confiança o respeito e a colaboração entre os membros da equipe (PINHO, 2006).

Já nos materiais analisados, percebe-se que a Resolução de Conflitos é um assunto pouco abordado, das cinco pesquisas, apenas a 3 e 4 abordam a temática. Casanova et. al (2018) apontam que nos serviços de saúde os conflitos e dificuldades devem se relacionar, de modo que o foco da atenção permeie o usuário, a comunidade e a organização dos serviços. Ellery et al. (2010) relatam que a Educação Interprofissional (EIP) pode ser utilizada como uma estratégia, a fim de impedir que as instituições de saúde se transformem em espaços conflituosos, denominado pelos autores como “campos de batalha” (apud CASANOVA et al. 2018). Nascimento e Oliveira (2010), ao analisarem um programa de residência na atenção primária, ressaltam que os profissionais inseridos da Estratégia de Saúde da Família devem desenvolver habilidade, a fim de enfrentar e conduzir os conflitos no cotidiano de trabalho.

Apesar dos levantamentos acerca da resolução de conflitos, observa-se uma lacuna de pesquisa, haja vista que nenhum dos materiais relatam como essa competência é desenvolvida nas instituições pesquisadas, bem como se há algum desafio para a sua efetivação.

2.2.6 Liderança Colaborativa

A liderança colaborativa como competência interprofissional, não está relacionada a hierarquia ou autoridade de um profissional sobre o outro, mas sim deve ser realizada de uma maneira justa e compreensiva, buscando sempre valorizar os profissionais. Esta competência de ser efetivada de forma conjunta, envolvendo profissionais, usuários, famílias e comunidades, objetivando implementar e avaliar cuidados, a fim de melhorar os resultados de saúde (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010).

A CIHC (2010) assinala que neste domínio estudantes e profissionais dos diversos serviços de saúde devem escolher um líder conjuntamente, de acordo com cada situação e necessidade, e este líder tem como objetivo facilitar os processos do trabalho em equipe e a tomada de decisões compartilhada, estabelecer um clima de colaboração. Ademais o líder deve incentivar os demais membros da equipe a atingirem as metas e objetivos acordados e cobrar as obrigações e a participação de cada profissional.

Pinho (2006) destaca que historicamente a categoria médica tem assumido um papel de líder nos serviços de saúde, devido a fatores socioculturais e de gênero e este fato é um dos fatores das relações de hierarquia e subordinação nas equipes. Porém, partindo do conceito ampliado de saúde e dos fatores biopsicossociais que interferem no processo de saúde-doença, é preciso estabelecer uma participação igualitária, visto que a liderança deve ser determinada pela natureza do problema a ser solucionado.

Portanto, viu-se diante do exposto que a colaboração interprofissional desde a graduação até a atuação nos serviços de saúde, juntamente com as competências interprofissionais são estratégias essenciais para o desenvolvimento de um trabalho em equipe qualificado, visando a integralidade da assistência à saúde. A OMS (2010) sinaliza que devido à falta de conhecimento, muitos profissionais acreditam que estão realizando ações colaborativas simplesmente por serem membro de uma equipe, no entanto, a colaboração não ocorre somente no ato da comunicação, e sim a partir da interação e criação de sinergia.

O material Framework for action on interprofessional education and collaborative practice organizado pela OMS em 2010, aponta que outro fator importante para viabilizar o

trabalho em equipe e a colaboração profissional é o apoio institucional, também denominado como apoio matricial, conforme a PNHOSP em 2013. A OMS destaca que os apoios institucionais:

São mecanismos que podem moldar a maneira como uma equipe trabalha de forma colaborativa, criando sinergia em vez de fragmentação. Os profissionais que participam na prática colaborativa necessitam de modelos de governança claros, protocolos estruturados e procedimentos operacionais compartilhados. Eles precisam saber que a gerência apoia o trabalho em equipe e acredita em compartilhar a responsabilidade pela prestação de serviços de atenção a saúde com os membros da equipe (OMS, p. 28, 2010).

Além disso, o mesmo material diz que, além da intenção de colaboração entre os profissionais, é importante haver espaços estruturais adequados e uma organização gerencial para que a equipe possa se reunir, discutir casos, e decidir conjuntamente sobre o plano de cuidados dos usuários.

Contudo, é imprescindível destacar que a construção de uma prática colaborativa não depende somente dos trabalhadores de saúde, visto que os mesmos são trabalhadores assalariados, os quais também enfrentam o impacto das contrarreformas do mundo do trabalho e no âmbito da seguridade social. O financiamento e o corte de verbas para os serviços de saúde influenciam diretamente na educação interprofissional e na prática colaborativa, ademais a má remuneração dos trabalhadores e as extensas demandas no trabalho podem afetar o tempo gasto por eles na colaboração. Para ser efetivada a integralidade através do trabalho em equipe é essencial rever as condições precárias que os trabalhadores da saúde enfrentam e sobretudo, oferecer uma remuneração salarial justa e equitativa (OMS, 2010).

Como já foi abordado em capítulos anteriores, o projeto de reforma sanitária e os princípios do SUS estão atravessando um processo de universalização excludente, focalização das políticas, mercantilização e privatização dos serviços. No Brasil, as políticas sociais estão caminhando de acordo com as recomendações dos organismos internacionais como do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BM), tais recomendações sinalizam a racionalização dos gastos e o fortalecimento do setor privado (CORREIA, 2007).

A efetivação dessas recomendações, podem ser vistas conforme Souza (2009), na precariedade dos espaços físicos de saúde, na falta de leitos hospitalares, na falta de tecnologias necessárias, na falta de medicamentos, atendimentos massivos com pouca resolutividade e precárias condições de trabalho. Desse modo, não basta somente o compromisso por parte dos trabalhadores em realizar um trabalho em equipe interprofissional

de forma colaborativa, haja vista existem diversos fatores macroeconômicos, os quais vão influenciar no processo de cuidado em saúde.

Já na análise dos artigos, percebe-se que essa competência é discutida nos materiais 1,3,4 e 5. Além do termo liderança, pode-se identificar que um dos materiais aborda a temática utilizando a palavra gerência, contudo percebe-se que aponta o mesmo significado.

O líder na saúde não deve pautar-se na ideia da hierarquização ou não imposição de tarefas, ele deve ser escolhido conjuntamente com estudantes e profissionais, com o objetivo de facilitar o trabalho em equipe e a tomada de decisão compartilhada. Ademais, cabe ao líder incentivar os membros da equipe a cumprirem suas metas e alcançarem seus objetivos, visando sempre um Cuidado ao usuário de forma integral e com qualidade (CIHC, 2010).

Diante do exposto, observou-se que os preceptores, em alguns casos, assumem o papel de liderança. De acordo com Cheade (2013) o protagonismo do preceptor é fundamental na residência multiprofissional de saúde, haja vista que ele realiza a interlocução entre residente-serviço e viabiliza as discussões e reflexões sobre o cotidiano profissional.

No entanto, observa-se que a atuação do preceptor, bem como o seu papel de liderança, é dificultada diante da questão do acúmulo de funções. Tal argumento pode ser identificado na fala de um grupo focal de preceptores, conduzido por Araújo et al. (2017) em sua pesquisa: *“eu acumulo diversas funções e que eu, muitas vezes, preciso estar do lado do residente e eu não estou”*

O acúmulo de funções a polivalência do trabalho está presente não só na área da saúde, mas em toda a sociedade capitalista. Antunes (2000) justifica tal fala, ao dizer que nas últimas décadas a sociedade Brasileira passou por fortes transformações, sobretudo a partir da implementação do modelo econômico neoliberal, a partir de 1990. Vale salientar que o atual modelo de organização do trabalho, o Toyotismo é baseado na acumulação flexível, e com isso acontece uma ascensão da precarização do trabalho, do desemprego e na busca de trabalhadores multifuncionais. Como características do Toyotismo tem-se a produção vinculada a demanda, demandas variadas e heterogêneas e o trabalho com multivariadas de funções.

Todavia, no cotidiano essa liderança pode partir de qualquer residente, tal argumento é observado através da fala do participante identificado como RA8, na pesquisa de Arruda et al. (2018): *“[...] a partir do momento que alguém tem a iniciativa, quando eu ou alguma das meninas tem*

iniciativa de uma determinada ação, então, como já é de costume, a gente já convoca todo mundo para o planejamento”. Desse modo, conclui-se que a inserção dos residentes nos serviços de saúde contribui para a prática interprofissional colaborativa, e sobretudo para a efetivação da integralidade da assistência. Ademais, além da capacitação dos residentes a partir da formação articulada com ensino e serviço, os demais profissionais de saúde também são modificados, através da mobilização, para a práxis (ARAÚJO et al. 2017).

Portanto, diante do exposto, viu-se que o trabalho em equipe articulado, pautado nas competências interprofissionais, é um viabilizador para a efetivação da integralidade da assistência. A Residência Multiprofissional em Saúde, surge neste contexto, como um facilitador do trabalho em equipe, haja vista que incentiva a interação entre diferentes categorias profissionais. Contudo, existem diversos desafios que permeiam o trabalho coletivo em saúde e a integralidade da assistência, os quais serão analisados criticamente, a partir das considerações finais.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Viu-se nas discussões anteriores, que diversos autores como, Mattos (2009), Cecílio (2012) e Merhy (1997), enfatizam que fatores biológicos, históricos, culturais, psicológicos e sociais, influenciam o processo de adoecimento dos usuários. Assim, percebe-se, a partir da análise de literatura que a integralidade da assistência, ocorre a partir do reconhecimento desse conceito ampliado de saúde. Ademais, a atenção integral também ocorre a partir do instante em que esse usuário tem acesso às diferentes tecnologias, dos três níveis de complexidade do SUS, as quais serão utilizadas conforme sua necessidade. Por fim, complementando as duas primeiras constatações, vê-se que a integralidade é promovida, a partir da inserção de diversas categorias profissionais no processo de Cuidado do usuário.

Deve-se salientar que as precarizações no mundo do trabalho e nas políticas públicas, influenciam no processo de agudização das demandas, e consequentemente requerem a interação de diversos profissionais. Pinheiro e Mattos (2011), reforçam tal ideia, ao dizerem relatam que a integralidade ocorre a partir do reconhecimento de que fatores socioeconômicos e culturais influenciam na saúde dos indivíduos.

A partir da análise do referencial bibliográfico levantado, foi constatado que a interlocução entre as equipes de saúde, é essencial para o desenvolvimento da integralidade da assistência em saúde. Pois, o trabalho coletivo quando articulado, baseado no diálogo, na escuta e sobretudo, na construção de um Projeto Terapêutico Singular, faz com que as diferentes necessidades de saúde sejam reconhecidas e assistidas. Tal conclusão, encontra-se em conformidade com a ideia de Cecílio (2001), o qual ressalta que a integralidade da atenção à saúde pode ocorrer através da articulação de diferentes saberes, a partir de uma equipe multiprofissional.

Dentre as possibilidades de interação entre as equipes, verifica-se que o trabalho interprofissional traz elementos importantes, haja vista que a agudização das necessidades de saúde, requerem o acompanhamento de diversas categorias profissionais. Desse modo, os seis domínios estabelecidos pela CIHC (2010), são extremamente importantes para nortear o trabalho coletivo na rede de atenção à saúde, de modo que as categorias interajam entre si, a fim de atender as necessidades de saúde a partir do eixo biopsicossocial.

Conforme a análise dos artigos, conclui-se que de modo geral, ocorre uma certa interação entre os profissionais. Ao utilizar os três níveis de colaboração, estabelecidos por D'Amour (2008), pode-se dizer as instituições pesquisadas nos artigos possuem um nível de colaboração mediano, ou seja, em desenvolvimento. Constatou-se que a maioria dos residentes e preceptores reconhecem a importância de estabelecer os seis domínios no cotidiano profissional, contudo são confrontados com alguns desafios, os quais dificultam o alcance do nível mais alto de colaboração.

Um desafio que ganha destaque, é a dificuldade de alguns profissionais aceitar opiniões alheias, bem como reconhecer a importância de diferentes profissões na saúde. Percebe-se que os residentes, mesmo que a longo prazo, possuem mais facilidade em estabelecer a colaboração no cotidiano, em detrimento aos outros trabalhadores de saúde. Esta lacuna pode-se ser justificada pela deficiência da Educação Interprofissional no Brasil. Peduzzi et al., (2013), ressalta que os estudantes devem, ainda na graduação e ou especialização, interagir com outras categorias profissionais e compartilhar ideias e experiências. Assim, quando formados, serão capazes de enxergar os usuários além do contexto biológico e terão mais facilidade em relacionar-se com outros trabalhadores.

Um outro desafio identificado, é a falta de espaços físicos e horários programados para realizar reuniões periódicas de equipe. Tal fato, prejudica o trabalho interprofissional e a integralidade da assistência, visto que a falta de troca de informações impossibilita as discussões de caso e as trocas de informações. Assim, as equipes de saúde acabam caindo na multiprofissionalidade, tipologia em que há somente um aglomerado de profissões, sem que haja interação.

Todavia, é imprescindível levantar a crítica que alguns autores realizam diante destas dificuldades postas, para que os trabalhadores de saúde, não sejam os únicos responsáveis pela qualidade dos serviços prestados. Antunes (2000), Lima (2010) e Castro (2015) apontam que as flexibilizações no mundo do trabalho, a partir do modelo econômico neoliberal, influenciam negativamente o exercício profissionais de todas as categorias. Ademais, a polivalência do trabalho, juntamente com a precarização dos contratos de trabalho, incumbirá no aumento das demandas, aumento das jornadas de trabalho e sobretudo, no arrocho salarial.

Ademais, Soares (2018) destaca que as políticas de seguridade social, tem sofrido nos últimos anos, perversas ofensivas no que se refere ao seu financiamento. No que concerne à saúde, destaca-se a aprovação da PEC 55, no ano de 2016, a qual congela os gastos públicos

por um período de 20 anos. Atualmente, temos como ofensiva, o debate acerca da aprovação da Reforma da Previdência, na qual os trabalhadores de saúde vão ser ainda mais prejudicados. Além do mais, tal reforma tende ao adoecimento da população mais pobre, a partir da mudança de critérios de alguns benefícios, como o BPC.

Apesar dos desafios, as competências interprofissionais surgem neste contexto como estratégias para fomentar o trabalho em equipe, e consequentemente à atenção integral aos usuários. O exercício da comunicação interprofissional, do cuidado centrado no paciente/família/comunidade, da clarificação dos papéis profissionais, da dinâmica de funcionamento da equipe, da resolução de conflitos e da liderança colaborativa, são essenciais para que as diversas necessidades de saúde sejam compreendidas.

Logo, apesar dos desafios que permeiam o trabalho em equipe na saúde e a atenção integral aos usuários, ressalto uma fala de Mattos (2009), o qual diz que a integralidade, deve ser enunciada a partir de uma imagem-objetivo, ou uma bandeira de luta. É necessário ter um pensamento crítico, pautado na recusa de reduzir a realidade ao o que está posto. Assim, os usuários do SUS, os profissionais, bem como a sociedade como um todo, não devem cair no fatalismo e a deve-se partir da luta por transformações sociais, almejar a efetivação da integralidade.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRELI, Heloise Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, Dez. 2016.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 30-50, Dez. 2005.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2019.

ANTUNES, Ricardo. **Capítulo II: Trabalho e precarização numa ordem neoliberal**. Editora: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2000. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20101010021549/3antunes.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2019.

ARAÚJO, Thaise Anataly Maria de; VASCONCELOS, Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de; PESSOA, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes; FORTE, Franklin Delano Soares. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface (Botucatu)**, v.21, n.62, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501309&lanhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-328320170003000601&lang=ptg=pt. Acesso em: 03 mai. 2019.

ARRUDA, Liziene de Souza; MOREIRA, Carlos Otávio Fiúza. 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 (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 199-210, Mar. 2018.

ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; RIBEIRO, Kelen Gomes; FROTA, Amanda Cavalcante. O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v.22(Supl.1). p. 1309-23, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832017005022117&lng=p&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 03 mai. 2019.

BARROS, Eveline Rodrigues da Silva; ELLERY, Ana Ecilda Lima. Colaboração interprofisisonal em uma unidade de terapia intensiva: desafios e possibilidades. **Rev Rene**, 2016; 17(1):10-9.

BEHRING, Elaine Rossetti. Políticas Sociais no governo Lula: uma reflexão. **Revista INSCRITA**, Brasília: CFESS, nº 9, Nov. 2004.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, Set. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Jun. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm Acesso em: 15 Set. 2018.

BRASIL. **Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: DF. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 05 Set. de 2018.

BRASIL. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998**. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Octogésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de outubro de 1998, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, [...] resolve: Relacionar as seguintes categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho [...].

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: 15 Out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 09 Set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf. Acesso em: 15 Out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados** / Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/Cartilha.pdf>. Acesso em: 28 Out. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 07 Set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível

em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm Acesso em: 15 Set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização/PNH**. 1ª edição. Brasília - DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 15 Out. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html Acesso em: 28 Out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde**. Brasília, DF, 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (org). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez Editora, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p.88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, Adufrj, 2011, p.15-28.

BRUSCATO, Wilze Laura; KITAYAMA, Marcela Mayumi Gomes; FREGONESE, Adriana Aparecida; DAVID, Juliana Haddad. O trabalho em equipe multiprofissional na saúde. In: BRUSCATO, Wilze Laura; BENEDETTI, Carmen; LOPES, Sandra Ribeiro de Almeida (org.). **A prática da psicologia hospitalar na santa casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 33 a 42.

CAETANO, B. C. R; AGOSTINHO, D. B. M. **Os desafios da prática integral no cuidado em saúde: uma possibilidade de ampliação da atuação do Assistente Social**. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. **Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 68-77.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. **A national interprofessional competency framework**. Vancouver: CICH, 2010.

CFESS. **Atribuições Privativas do/a Assistente Social: em questão**. Brasília: 2012.

CORREIA, Maria Valéria. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira. **Temporalis**, ano VII, n.13, jan./jul., 2007.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil: Participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CASANOVA, Isis Alexandrina; BATISTA, Nildo Alves; MORENO, Lúcia Ruiz. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface (Botucatu)** [online]. 2018, vol.22, suppl.1, p.1325-1337. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018005012104&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 mai. 2019

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **Humanização em Saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica**. 2015. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Serviço Social e cuidado em saúde: uma articulação necessária. **Libertas**, Juiz de Fora, v.6 e 7, n. 1 e 2, p. 128 – 148, jan- dez, 2006/2007.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **Trabalho em saúde: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG**. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Eds.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2001. p.113-26.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

CHIESA, Anna Maria; NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; BRACCIALLI, Luzmarina Aparecida Doretto; OLIVERA, Maria Amélia Campos de. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa a luz da promoção da saúde. São Paulo: **Cogitare Enferm**. Abr/Jun, v.12, n. 2, p. 236-40, 2007.

CRUZ, A. P. DA. **Saúde Coletiva e Serviço Social – uma breve análise**. 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2002.

D'AMOUR, D; GOULET, L; LABADIE, J-F; MARTÍN-RODRIGUEZ, L. S; PINEAULT, R. A Model and Typology of Collaboration between Professionals in Healthcare Organizations. **BMC Health Services Research**, 8, 188, 2008.

ELEUTÉRIO, Adriana Paula da Silva; SILVA, Leid Jane Modesto da; FREIRE, Maria Márcia de Oliveira. **Uma análise do Serviço Social no contexto da UTI Adulto: identificando limites e descortinando possibilidades**. Florianópolis: II Seminário de Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais. Universidade Federal de Santa Catarina, 23 a 25 de Out. de 2017.

FRANCO, Túlio Batista. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de luz - MG. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007. p 161-198.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni *et al.* (org.). **Construção social da demanda por cuidado: revistando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ – ABRASCO; 2005. p. 181-194.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wandelei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, p. 37- 54, 2007.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, Abr. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Jun. 2019.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JR, Helvécio Miranda. A Integralidade e as Linhas de Cuidado. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo, Hucitec, 2007. p. 125-134.

GALVÁN, Gabriela Bruno. Equipes de saúde: os desafios da integração disciplinar. Rio de Janeiro: **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 53-61, dez. 2007 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2019.

GOMES, Verônica Oliveira. Processo de trabalho: Algumas referências para análise no setor saúde. Rio de Janeiro: **Em Pauta**, UERJ, n. 14, 1999.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Cadernos de Saúde. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2011. p. 50-55.

GUEDES, Ana Emília Leite. Da integração de Programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 8º ed. p. 43-68, 2009. p. 127-156.

GUERRA, Y. A. D; REPETTI, G. J; FILHO, A. A; SOLVA, P. B. S; ALCANTARA, E. L. C. Atribuições, competências, demandas e requisições: O trabalho do Assistente Social em debate. Anais do XV encontro nacional de pesquisadores em serviço social. **Anais eletrônicos...** Ribeirão Preto, SP, 2016. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/guerra-e-outros-201804131237474299190.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2019

HADDAD, Ana Estela; BRENELLI, Sigisfredo Luiz; CURY, Geraldo Cunha; PUCCINI, Rosana Fiorini; MARTINS, Milton de Arruda; FERREIRA, José Roberto; Francisco Eduardo de. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Rev Bras Educ Med**. 2012; 36 Supl. 1:3-4.

HALL, P; WEAVER, L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. **Med Educ**., v. 35, n. 9, p. 867-875, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CFESS. **Atribuições privativas do(a) Assistente Social**. Em questão. Brasília: CFESS, 2002. p.13-50.

JÚNIOR, Ricardo Jorge Araújo Vieira. As inconstitucionalidades do “Novo Regime Fiscal” instituído pela PEC nº55, de 2016 (PEC nº 241, de 2016, na Câmara dos Deputados). **Boletim Legislativo**, nov, 2016.

LACERDA, Alda; VALLA, Victor Vincent. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ – ABRASCO; 2008. 4º ed. p. 93-104.

LARA, Ricardo; SILVA, Mauri Antônio da. A ditadura civil-militar de 1964: os impactos de longa duração nos direitos trabalhistas e sociais no Brasil. **Rev Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 122, p. 275-293, abr./jun. 2015.

LEAL, Laura Marcelino; CASTRO, Marina Monteiro de Castro. Política Nacional de Atenção Hospitalar: Impactos para o trabalho do assistente social. São Paulo: **Serviço Social & Saúde**. v. 16, n.2, p. 211-228, jul./dez. 2017.

LIMA, Júlio César França. A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê. (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Fundação Oswaldo Cruz, 2010. p. 279-312.

MAIA, Christiane; GUILHEM, Dirce; LUCCHESI, Geraldo. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, Abr. 2010.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez editora, 2º ed, 2013.

MATTOS, Rubem Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n.5, p.1411 – 1416, set-out, 2004.

MATTOS, Rubem Araujo de. Os sentidos da integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 8º ed. p. 43-68, 2009.

MASSON, Nadia; FALCÃO, Amanda; VELO, Marília Mattar de Amoêdo Campos; PEREIRA, Antônio Carlos. Acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde. **Ver. Brasil. Pesq. Saúde**, Vitória, v.17, n.12, p.103-110, abr-jun, 2015.

MENEZES, Debora Holanda Leite. **A política de saúde Brasileira**: os impactos da década de 90 aos dias atuais. V Jornada Internacional de Políticas Públicas, Rio de Janeiro, 2011.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997c, p.71-110.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. Rio de Janeiro: **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65. p. 316-323. Set/dez. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora vozes, 21º ed, 2002. p. 9 – 30.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saude soc.** vol.19 no.4 São Paulo Out./Dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400009. Acesso em: 03 mai. 2019.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BOGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para estudo das ações de humanização em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, Dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Jun. 2019.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde — SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete Simões da. *et al.* (org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. v. 1, p. 218-241.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra: OMS, 2010.

PEDUZZI, Marina *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, Ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Jun. 2019.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, 2001. v. 35, n. 1. p 103-109.

PEDUZZI, M; OLIVEIRA, M. A. C; SILVA, J. A. M; AGRELI, H. L. F; MIRANDA NETO, M. V. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: MARTINS, Milton de Arruda *et al.*. **Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria**, Editora Manole, v. 1, 2016.

PERES, Rodrigo Sanches; ANJOS, Anna Claudia Yokoyama dos; ROCHA, Marcus Alves; GUIMARÃES, Audir Giordano Coelho; BORGES, Gizelle Mendes; SOUZA, Kleber Galante; PEREIRA, Mariana Guerra. O trabalho em equipe no contexto hospitalar: Reflexões a partir da experiência de um programa de residência multiprofissional em saúde. **Em Extensão**, v. 10, n. 1, 19 jul. 2011.

PINHO, Márcia Cristina Gomes de. Trabalho em equipe de saúde: Limites e possibilidades de atuação eficaz. Rio de Janeiro: **Ciências e Cognição**, v. 8, p. 68-87, 2006.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001.

ROSSONI, Eloá; LAMPERT, Jadete. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. **Bol Saude**, v. 18, n.1, 2004.

PINTO, Diego Muniz; JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Antonio Germane Alves; VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira; CAVALCANTE, Cinthia Mendonça; FLORES, Ana Zaiz Teixeira; ANDRADE, Aristides Saboia de. Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm**: Florianópolis, Jul-Set; 20(3): 493-302, 2011.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISERA, Vanessa Denardi Antoniassi. A liderança colaborativa no processo de trabalho das equipes da atenção primária a saúde. In: Anais do X encontro internacional de produção científica, 2017. **Anais eletrônicos...** Campinas, GALOÁ, 2018. Disponível em: <https://proceedings.science/epcc/papers/a-lideranca-colaborativa-no-processo-de-trabalho-das-equipes-da-atencao-primaria-a-saude>. Acesso em: 15 abr. 2019.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISERA, Vanessa Denardi Antoniassi. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à saúde. **Interface (Botucatu)**, v.22(Supl 2), p. 1535-47, 2018.

SANTOS, R.P. Transdisciplinaridade. **Cadernos de Educação**, v.8, p.7-9, 1995.

SILVA, Jaqueline Callegari; CONTIM, Divanice; OHL, Rosali Isabel Barduchi; CHAVAGLIA, Suzel Regina Ribeiro; AMARAL, Eliana Maria Scarelli. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta paul. enferm.** v. 28, n. 2 São Paulo Mar./Abr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000200132&lang=pt. Acesso em: 03 mai. 2019.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; PEDUZZI, Marina; ORCHARD, Carole; LEONELLO, Valéria Marli. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária a Saúde. São Paulo: **Rev Esc Enferm USP**, 49(Esp2), p. 16-24, 2015.

SILVA, G. C. **Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempo de crise**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Cadernos de saúde. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2011. p. 10-14.

SILVA JÚNIOR, A. G; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: Aspectos conceituais e metodologias. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Cuidado - As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ – ABRASCO, 2008. 4º ed. p. 243-260.

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, v. 10, n.1, p. 24-00, jan/abr, 2018.

SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; CAMARGO JR., Kenneth Rochel. **A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde**. **Interface (Botucatu)**, v. 11, n. 21. Jan/abr, 2007, p. 65-78.

SOUZA, Moema Amélia Serpa de. **O trabalho em saúde: os fios que tecem a desregulamentação do trabalho nos serviços públicos**. 2009. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

STEPHAN-SOUZA, Auta Iselina; MOURÃO, A.M.A. A construção do trabalho em equipe: uma tarefa do coletivo dos profissionais de saúde. **Revista de Atenção Primária**. Juiz de Fora, ano IV, n.9, p.35-37, dez.2001/maio 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: WHO; 2010.