

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

NATALIA MARTINS MOTTA

Equipe Multiprofissional em Saúde: uma reflexão dos Centros de Atendimento Especializado em Traumatologia e Ortopedia como qualificação para o trabalho em saúde

Rio de Janeiro

2023

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Equipe Multiprofissional em Saúde: uma reflexão dos Centros de Atendimento Especializado em Traumatologia e Ortopedia como qualificação para o trabalho em saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Sergio Ricardo de Oliveira

Rio de Janeiro

2023

Catálogo na Fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

M921e Motta, Natalia Martins
Equipe multiprofissional em saúde: uma
reflexão dos Centros de Atendimento
Especializados em Traumatologia e Ortopedia como
qualificação para o trabalho em saúde / Natalia
Martins Motta. - Rio de Janeiro, 2023.
89 f.

Orientador: Sergio Ricardo de Oliveira.
Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz,
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,
2023.

1. Humanização da Assistência. 2. Integralidade
em Saúde. 3. Equipe Multiprofissional.
4. Qualificação Profissional em Saúde. 5. Instituto
Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO).
6. Centro de Atendimento Especializado (CAE).
I. Martins, Carla Macedo. II. Título.

CDD 362.1

Natalia Martins Motta

Equipe Multiprofissional em Saúde: uma reflexão dos Centros de Atendimento Especializado em Traumatologia e Ortopedia como qualificação para o trabalho em saúde

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sergio Ricardo de Oliveira – EPSJV/Fiocruz

Profa. Dr. Letícia Batista da Silva – EPSJV/Fiocruz

Profa. Dra. Ana Claudia Correia Nogueira – INCA/MS

Rio de Janeiro
2023

*“Ninguém educa ninguém,
ninguém educa a si mesmo,
os homens se educam entre si,
mediatizados pelo mundo.”*

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a força da fé que carrego comigo.

Aos meus pais, Deise e Hildo, pelo apoio e amor incondicional durante toda a minha vida, por acreditar no meu potencial mesmo quando eu duvidava. Por sempre me incentivar aos estudos.

A minha irmã, Emiliana, e meus sobrinhos, Laura e Gui, que me deram forças com um sorriso no rosto, um adesivo no caderno, um desenho na agenda, um quebra cabeça pra montar, sempre presentes de alguma forma para aliviar as tensões desse processo árduo de estudo.

Ao meu marido, Junior, por vivenciar o mestrado ao meu lado, pela paciência, apoio e compreensão diante da bagunça da sala, das cadeiras cheias de livros empilhados, por ceder o computador, pelo suporte nos dias ruins, por me levar e me buscar, por ter que prestar atenção nas minhas apresentações antes delas acontecerem.

A Marcelle, Bruno, Solange e Fabiano que estão sempre na torcida pelo meu crescimento.

A Ana Maria pela amizade e incentivo desde a inscrição no processo de seleção. Por segurar na minha mão e não largar, mesmos nos dias mais difíceis. Com certeza minha maior incentivadora para realização deste curso.

A Debora e Mariana pela amizade, afeto e parceria nos dias bons e ruins.

Ao Burum, onde encontrei apoio. Vocês trouxeram leveza ao processo de aula virtual, de estudo, das leituras e das apresentações. Foi bom demais estar com vocês.

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio pela oportunidade, aos professores e demais alunos pela convivência e aprendizagem.

Ao meu orientador, Sergio Ricardo, pelo incentivo e orientação, por sempre respeitar minhas escolhas. Por me passar tranquilidade nos momentos de insegurança e por acreditar em mim e no meu projeto.

A Leticia Batista e Ana Claudia Nogueira, presentes desde a pós graduação cursada no INCA. Agradeço o aceite ao convite para participarem da banca desta dissertação. E ainda ao incentivo, afeto e respeito.

Ao Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia por ser meu espaço de prática profissional e por permitir a realização dessa pesquisa. Tenho orgulho de ser INTO.

Aos participantes da pesquisa que contribuíram muito para o desenvolvimento desse estudo.

Aos colegas do INTO em especial a equipe de Serviço Social por compreender esse processo e por me apoiar, a DISTA e ao CAE Coluna que me acolheu com tanto carinho durante a pesquisa.

RESUMO

A proposta de trabalho em equipe multiprofissional na saúde visa desenvolver estratégias diferentes das ações pautadas no modelo médico-hegemônico, de modo a vislumbrar práticas direcionadas ao conceito ampliado de saúde. A incorporação desse conceito de saúde ampliado foi uma conquista do processo de Reforma Sanitária, que teve como uma de suas estratégias a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). As ações multiprofissionais possuem grande relevância e demandam uma formação pensada para esse momento que abarque as necessidades dos usuários do SUS do modo mais amplo possível. Nesse sentido, o trabalho em saúde desenvolvido considera uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), a clínica ampliada, que se apresenta como um indicativo de busca de melhorias para a assistência à saúde. O presente estudo teve como objetivo geral analisar a potencialidade da qualificação profissional em saúde, no modelo de equipe multiprofissional, realizada no INTO (Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia), a partir das experiências vividas nos Centros de Atendimento Especializado (CAE). O percurso metodológico do trabalho foi o qualitativo revestido pelo caráter exploratório e fundamentado na concepção crítica e dialética. O estudo foi composto pelos seguintes instrumentos e procedimentos: revisão bibliográfica e documental, base de sustentação da investigação científica e a aplicação de questionário composto de perguntas fechadas, classificatórias e abertas com os profissionais de saúde que compõe a equipe mínima do CAE. Por fim, os achados dessa pesquisa corroboraram para que possamos afirmar que o trabalho desenvolvido nos CAE se constitui como forma de qualificação profissional diante da troca de saberes entre os profissionais de saúde envolvidos, reconhecendo a importância individual e coletiva, bem como a circularidade dos processos que envolvem o fazer em saúde.

Palavras chaves: humanização, integralidade em saúde, trabalho em equipe multiprofissional, formação para o trabalho em saúde, clínica ampliada.

ABSTRACT

The proposal for multidisciplinary teamwork in health aims to develop strategies different from actions based on the medical-hegemonic model, in order to envision practices aimed at the expanded concept of health. The incorporation of this expanded health concept was an achievement of the Health Reform process, which had as one of its strategies the proposal to create the Unified Health System (SUS). Multidisciplinary actions are of great relevance and require training designed for this moment that covers the needs of SUS users in the broadest way possible. In this sense, the health work developed considers one of the guidelines of the National Humanization Policy (PNH), the expanded clinic, which is presented as an indication of the search for improvements in health care. The general objective of this study was to analyze the potential of professional qualification in health, in the multidisciplinary team model, carried out at INTO (National Institute of Traumatology and Orthopedics), based on experiences lived in Specialized Care Centers (CAE). The methodological path of the work was qualitative, covered by an exploratory character and based on a critical and dialectical conception. The study was composed of the following instruments and procedures: bibliographic and documentary review, support base for scientific research and the application of a questionnaire composed of closed, classificatory and open questions with the health professionals who make up the CAE's minimum team. Finally, the findings of this research corroborate the fact that we can affirm that the work carried out in CAEs constitutes a form of professional qualification in the face of the exchange of knowledge between the health professionals involved, recognizing the individual and collective importance, as well as the circularity of the processes that involve healthcare.

Keywords: Humanization, integrality in health, multidisciplinary teamwork, training for health work, expanded clinic.

LISTA DE SIGLAS

CAE – Centro de Atendimento Especializado
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNRAC – Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
COOPE – Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
EPS – Educação Permanente em Saúde
EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
HTO – Hospital de Traumato-Ortopedia
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INTO – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SER – Sistema de Regulação Estadual
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS.....	17
2.1.	Objetivo Geral.....	17
2.2.	Objetivos Específicos	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1.	Humanização e Clínica Ampliada	18
3.2.	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia e o modelo de Centro de Atendimento Especializado como potencial de formação para o trabalho em saúde. 31	
4	METODOLOGIA	47
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIA	73
	APÊNDICE	83

1 INTRODUÇÃO

O Projeto de Reforma Sanitária, originado na década de 1970 e solidificado nos anos 1980, teve como uma de suas estratégias a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O Movimento de Reforma Sanitária, como ficou conhecido, pretendia modificar valores na sociedade brasileira, tendo na saúde sua base de mudança. O SUS é fruto de uma ampla mobilização social, que envolveu profissionais oriundos da academia, trabalhadores da saúde articulado aos movimentos sociais e a sociedade civil de modo geral. Todos se encontravam em uma conjuntura histórica de busca pela retomada da democracia em nosso país. Por isso, uma de suas preocupações centrais era assegurar que a atuação do Estado se pautasse na concepção do Estado Democrático e de Direito, como responsável pelas políticas públicas e sociais e, por conseguinte, pela saúde (ABRASCO et al., 2006).

A última Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, absorveu o texto aprovado na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, garantindo a saúde como direito de todos e dever do Estado, passando a compor o tripé da seguridade social brasileira junto à previdência e à assistência social (BEREHRING & BOSCHETTI, 2006).

Durante o período da assembleia constituinte, em que se definiram os rumos da nova constituição brasileira, havia três grandes grupos que se organizavam para propor mudanças para a área da Saúde. Um desses grupos, considerada como “coalizão reformista” era composta por profissionais dos movimentos sindicais, populares sanitaristas e parlamentares, considerados à época, progressistas. Na outra ponta se formava o grupo orquestrado totalmente pelo capital, composto por empresários médicos da saúde suplementar, que eram totalmente independentes do estado e defendiam autonomia total do setor saúde, sem qualquer interferência do estado. Entre estas duas propostas, se formava uma terceira, também composta pelo setor privado, porém dependente do Estado, e que defendiam a livre iniciativa da produção de bens e serviços da saúde, além da redução do sistema de regulação estatal (GOMES, 1996 apud ROMERO, 2014).

A inclusão do conceito ampliado de saúde no SUS e na constituição foi uma vitória alcançada pela Plenária Nacional da Saúde, com muita luta e disputa exacerbada durante todo o processo constituinte, mas conquistada por meio da mobilização popular e da capacidade técnica de seus atuantes junto aos parlamentares da época, conseguindo pressionar a assembleia a seu favor (BRANDÃO, 2011; TEIXEIRA, 2021).

Neste sentido, pensamos no processo constituinte de 1988, como o palco de uma grande arena política, onde a correlação de forças sociais, naquele momento, conseguiu incorporar o direito à saúde e o inscrever na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e nas duas Leis orgânicas da Saúde, a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, subsequentes. Essas leis representam a continuidade das conquistas advindas com a Constituição Federal de 1988.

Entre estas leis, destaca-se que a primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sua organização e o funcionamento dos serviços. Já a segunda lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a transferência de recursos financeiros.

Os direitos assegurados pela constituição e o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) propiciaram avanços nas décadas subsequentes em termos de descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção, expansão do acesso a serviços públicos e melhoria de indicadores de saúde (MACHADO et al., 2017, p. 144).

Através destes documentos, são definidos os princípios do SUS. O princípio da universalidade, expressa na definição da saúde como direito de todos e dever do Estado; a integralidade, que explicita a compreensão da assistência à saúde como um conjunto articulado de ações e serviços, preventivos e curativos, no correspondente nível de complexidade e organizado segundo as necessidades de saúde dos sujeitos como um todo; e ainda temos o princípio da participação social, tão fundamental ao movimento de reforma sanitária, mas que atualmente tem se mostrado dificultoso sua implementação, principalmente frente ao aumento constante de demandas e necessidade para o fortalecimento do SUS. Vale salientar a importância de se ter claro estes princípios, como eixos norteadores da prática em saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

O texto constitucional ainda atribuiu ao SUS a responsabilidade pela qualificação da força de trabalho para atuação nos serviços de saúde, em seu artigo 200, inciso III compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. O processo de formação desses trabalhadores de modo qualificado para atender as necessidades do “Setor Saúde” é uma tarefa complexa, visto que as questões envolvidas no processo saúde-doença são entremeadas por uma quantidade de determinantes que vão agir, direta e indiretamente, sobre o resultado dessa formação (BRASIL, 1988).

Entendendo a formação como uma das dimensões centrais do projeto de Reforma Sanitária, a ainda sua inclusão no texto constitucional, o conceito de qualificação que

melhor se encaixa nessa discussão, está vinculado a sua perspectiva histórica, de acordo com Chinelli e Vieira (2013).

O conceito de qualificação é o que melhor coaduna com essa perspectiva, na medida em que coloca o trabalhador como sujeito de suas próprias ações: ela é resultante de suas lutas materiais e simbólicas por melhores condições de trabalho e por uma vida em sociedade cujo significado ultrapasse o interesse individual, possibilitando orientar-se por e para um projeto emancipatório (p. 1596).

O processo formativo na área de saúde vem sendo construído ao longo da trajetória do SUS como um desafio, haja vista que a formação em saúde não se constitui em um ente solitário, distanciado da realidade social, ao qual nossa sociedade é imersa; bem como os atravessamentos próprios da política de educação em nosso país. A formação na saúde também sofre influência a partir das reformas do ensino em nosso país, agregando os problemas da área da educação. Como afirma Frigotto (2011) “cada reforma tem implicações diretas sobre a vida escolar, o trabalho docente e, sobretudo, o tipo de formação humana-colonizadora e alienadora ou emancipatória.” (p. 19).

Ainda nesse sentido e reforçando a compreensão de que esse processo não é endógeno em relação à configuração brasileira, Albuquerque e cols. (2008) informam que na América latina, de modo geral, a formação e o trabalho dos profissionais de saúde, vem sendo “decisivamente impactados pela reorganização dos sistemas de saúde, pelas pressões para a reforma da universidade e pelo processo de reforma e descentralização político-administrativa do Estado.” (p. 357).

A partir da década de 1990, as demandas por formação profissional em saúde ocorrem num contexto marcado por mudanças com a implantação das políticas de ajustes neoliberais no Brasil. Em tempo de exacerbação dos princípios do neoliberalismo, o trabalhador sofre com a precarização, terceirização e perda de direitos trabalhistas. As políticas sociais nesse momento são formuladas para “compensar a intensificação da exploração” (BEHRING, 2017, p. 13).

Desta feita, corroborando com o estudo de Lima (2010), entendemos que as mudanças instaladas no modelo neoliberal adotado no Brasil no início dos anos de 1990, apresentam em sua investidura a adoção de práticas privatistas, políticas públicas focalizadas e excludentes, com critérios de inclusão cada vez mais seletivos, repercutindo nos rumos do SUS.

Dentro desse contexto, o trabalhador da saúde também padece com esses rebatimentos em seus processos de trabalho e formativo, constituindo campos sempre marcados por contradições, conforme exemplificam Giroux e Figueiredo (2020).

Ao mesmo tempo, que o neoliberalismo avança fortemente contra os princípios do Estado de bem-estar social e penetra com violência na organização das escolas, nas práticas político-pedagógicas e até mesmo nos métodos de ensino-aprendizagem, a sociedade, os professores, os estudantes, os grupos alternativos, os coletivos difusos e os movimentos sociais lutam contra a implantação do fascismo neoliberal e contra a naturalização da linguagem de ódio e da violência concreta e simbólica que é dia após dia assumido pelo discurso oficial autoritário (p. 2).

Destacamos a importância de contextualizar historicamente o processo de exacerbação das políticas neoliberais em nosso país e como essas vão tratar as políticas públicas nas áreas específicas de saúde e educação. Visto que, mesmo existindo a Resolução do Ministério da Saúde n.º 569/2017¹, que reafirma a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos trabalhadores da área da saúde e ainda registra o perfil desejado para os profissionais de saúde, essa formação vem sendo atravessada por esses rebatimentos (BRASIL, 2017).

Acreditamos que a formação para a atuação em saúde deve, antes de tudo, contemplar as especificidades do sistema de saúde vigente no país, a atenção integral através da construção de um sistema regionalizado e hierarquizado eficiente, baseado na utilização de referência e contrarreferência, bem como o trabalho desenvolvido em equipe (FIGUEIREDO & ORRILO, 2020).

Refletir sobre o processo de trabalho em saúde requer ainda a clara compreensão das intenções existentes nessa especificidade do fazer de cada um, que tem como finalidade o “cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde” (MERY & FRANCO, 2009, p. 431). Esses mesmos autores, ainda alertam para o fato de compreendermos que cada trabalho possui sua própria sapiência, o que os difere uns dos outros. A junção dos conhecimentos, que agregam cada especialidade com seus saberes

¹“(…) as DCN devem expressar a formação de um profissional apto a atuar para a integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional. O preceito da integralidade aponta para a interdisciplinaridade, enquanto integração de diferentes campos de conhecimentos; para a interprofissionalidade, ocasião em que há intensa interação entre diferentes núcleos profissionais; e para a intersetorialidade, envolvimento de diferentes setores da sociedade no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde.” (BRASIL, 2017, s/n.).

específicos, visam proporcionar a intervenção sobre o processo de trabalho em saúde e valorizar o papel das relações intersubjetivas no cotidiano do fazer/pensar saúde.

Nesse sentido, o trabalho em saúde, quando baseado na Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 como uma política transversal a toda rede SUS, apresenta como pressuposto a superação das barreiras dos diversos saberes, que ocupam a produção da saúde. O processo de humanização, proposto nessa política, se assenta nas relações sociais e se constrói junto à realidade vivenciada. Conforme a PNH:

A Humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. E aqui vale ressaltar que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para “resolver” um problema, mas à produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes (BRASIL, 2004, p. 08).

Considerando uma das diretrizes da PNH, a clínica ampliada parece ser um indicativo de busca de melhorias para a assistência à saúde. Segundo a política:

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia (BRASIL, 2013, p. 10).

De acordo com Pinheiro (2009), o cuidado em saúde é uma ação integral ao usuário do sistema de saúde, garantido acesso às práticas terapêuticas, permitindo a participação dos usuários nas decisões sobre seu tratamento, buscando um atendimento que acolha e atenda as demandas com resolutividade e qualidade.

Pelaez e Rebelo (2015) contribuem para esse entendimento, quando apontam que o “desafio de efetivar a abordagem multidisciplinar e construir um modelo assistencial sob outras bases, bem como a proposta de organizar a atenção com base no vínculo, está presente também no cotidiano” (p. 19). Concordando com as autoras, reconhecemos que essa vinculação entre pacientes e profissionais de saúde, depende de diversos fatores, que ultrapassam a questão de disponibilidade dos profissionais de saúde somente e são atravessadas por um número de variantes enormes, e dentre elas, a questão da formação dos profissionais para atuar em equipes multiprofissionais.

O Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), órgão normatizador e de referência nacional na atenção em alta complexidade em ortopedia, traumatologia e

reabilitação, instituído como órgão prestador de serviços de alta complexidade pelo Ministério da Saúde na portaria GM/MS n.º 880/2013, tendo como finalidade prestar assistência aos usuários do SUS com afecções do sistema musculoesquelético. Trouxe em 2006, em seu Plano Diretor, a proposta de constituição de clínica ampliada, cuja finalidade é compor equipe com diferentes profissionais, organizados por linhas de cuidado especializado, desenvolvendo assim um modelo de atendimento denominado de Centro de Atendimento Especializado – CAE (BRASIL, 2006).

A forma de organização da atenção em saúde no INTO seguindo o modelo de CAE tem por objetivo fortalecer o SUS e avançar nos entraves verificados na operacionalização da política de saúde brasileira no cotidiano dos serviços de saúde, qual seja: a fragmentação dos processos de trabalho e a fragilidade do trabalho em equipe, observados no cotidiano (PELAEZ & REBELO, 2015).

Considerando a experiência profissional vivenciada ao longo de mais de uma década no INTO, tanto na composição como assistente social do CAE, como na gestão de uma divisão do instituto, a reflexão sobre este espaço dos centros de atendimento tem sido constante no fazer profissional. Entendendo esse modelo de atenção como um espaço de troca de saberes e experiências entre os profissionais, e entre os profissionais e os usuários, o presente trabalho pretende analisar essa forma de atuação como um diferencial para a construção de uma formação qualificada para a equipe de saúde.

Para compreendermos melhor o tema abordado dividimos este trabalho em três partes. Na primeira abordamos a polissemia do termo humanização e seu resgate histórico. Também discutimos sobre a criação da PNH e sua implementação enquanto prática transversal à rede SUS e sobre seu dispositivo de clínica ampliada. Não descontextualizado do período de crise do capital e da exacerbação da política neoliberal no Brasil, no que refere à política pública de saúde, bem como seus rebatimentos especificamente nas práticas de saúde no país.

Na segunda etapa discutiremos sobre a história do INTO e a criação do CAE baseado em um dos dispositivos da PNH, sendo o da clínica ampliada. Discutimos ainda sobre como esse modelo de atendimento funciona como um espaço de formação dos profissionais de saúde perpassando pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Na terceira etapa apresentamos os caminhos percorridos na realização desse estudo à metodologia utilizada na sua construção. Em seguida é apresentada a análise dos dados coletados na pesquisa realizada com os profissionais de saúde sobre o modelo de

atenção do CAE e a sua potencialidade como espaço de qualificação e formação utilizando o referencial teórico contido neste capítulo. Na sequência realizamos o resultado e a análise dos questionários respondidos pelos profissionais de saúde, que atuam nos CAE, iniciando pelo perfil e seguindo com as respostas classificatórias e posteriormente, as abertas.

Nessa organização teórico metodológica, concluímos o texto deste estudo com as considerações finais. Onde foram estabelecidas as relações entre as partes do projeto, de modo que as análises realizadas pudessem contribuir para a construção de subsídios para futuros estudos sobre essa temática, uma vez que identificamos a necessidade de maior aprofundamento efetivo nas discussões acerca do espaço de atuação na saúde.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar a potencialidade da qualificação profissional em saúde, no modelo de equipe multiprofissional, realizada no INTO, a partir das experiências vividas nos Centros de Atendimento Especializados (CAE).

2.2. Objetivos Específicos

- Discutir o conceito de clínica ampliada a partir da política de humanização do SUS;
- Descrever o processo de trabalho, na forma de equipe multiprofissional, dos Centros de Atendimento Especializados (CAE) em Traumatologia e Ortopedia desenvolvidos no INTO, a partir do conceito de clínica ampliada;
- Investigar o processo de trabalho da equipe multiprofissional existente nos Centros de Atendimento Especializados (CAE).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Humanização e Clínica Ampliada.

Ao pensar no conceito de humanização na saúde, esse não está vinculado ao caráter filantrópico ou de ações voluntárias, mas a oferta de um atendimento de qualidade articulado com acolhimento e uso de tecnologia, além da melhoria do ambiente de cuidado, das condições de trabalho para seus profissionais e usuários. De acordo com Deslandes (2006) a humanização tem sido associada,

à produção e gestão de cuidados em saúde como: integralidade, satisfação do usuário, necessidades de saúde, qualidade da assistência, gestão participativa, protagonismo dos sujeitos e a intersubjetividade envolvida no processo de atenção (p. 15).

A mesma autora demonstra que essa discussão sobre humanização não é recente e tem como referência histórica a produção teórica da sociologia médica norte-americana, sendo o marco histórico a década de 1970, com a realização do simpósio americano intitulado *Humanizing Health Care*. Neste encontro se buscou “conceituar o que seria humanização ou desumanização do cuidado em saúde e as possíveis maneiras de implementar cuidados humanizados” (DESLANDES, 2006, p. 35). Esse movimento surge em resposta às reflexões de décadas anteriores a respeito da desumanização do cuidado em saúde e do papel do médico e do paciente. O cuidado em saúde, antes de tudo, era atrelado a construção de um saber médico superior ao saber do sujeito em adoecimento, como se esse fosse o detentor do “não-saber”.

Ainda nesse resgate histórico, segundo Fortes (2004) a humanização da saúde tem fundamento na Declaração Universal de Direitos Humanos, afirmando que todos os seres humanos nascem livres e iguais, além de dotados de razão e consciência e devem agir com fraternidade. A discussão do tema estava relacionada a luta pelos direitos dos pacientes e seu protagonismo no processo de construção de um cuidado em saúde que desse conta das suas reais necessidades e não somente para atender a critérios técnicos implementados a sua revelia e que impactavam diretamente no seu tratamento.

Além desse marco, o mesmo autor destaca, como importantes acontecimentos para o fortalecimento do conceito de humanização, a primeira declaração de direitos dos pacientes no Hospital Mont Sinai, promulgada nos Estados Unidos, em 1972, e ainda o lançamento da Carta dos Direitos dos Pacientes, lançada pela Associação Americana de Hospitais, em 1973.

Nesse mesmo período, foi ressaltada a importância da declaração de Alma-Ata, resultado da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, que reafirmou a saúde como estado de bem-estar físico, mental e social (FORTES, 2004).

Em relação às bases filosóficas, para a necessidade de pensar a humanização, frente à perspectiva do materialismo crítico, foi observada uma tênue influência no ano de 1975, por meio do médico e professor de medicina preventiva H. Jack Geiger. O professor articulou três causas explicativas para a desumanização, sendo elas: a ordem social; a racionalidade científica e tecnológica; e a subcultura médica com a forma de organização da profissão médica. Diante dessas causas explicativas, Geiger destacou a conexão da ordem social e a relação entre médico e paciente, além da influência da lógica cultural e ideológica dominantes nas práticas no sistema de saúde (DESLANDES, 2006).

Tornava-se emergente pensar sobre o papel do paciente dentro da construção da proposta de cuidado. O discurso do saber soberano do profissional de saúde, em especial o médico, colocava o sujeito em processo de adoecimento à margem das decisões que eram tomadas tecnicamente sobre seu processo de cuidado e que, muitas vezes, não atendiam as reais necessidades desse sujeito. O foco nos processos preventivos e de um “olhar” que abrangesse o todo complexo que é o humano é perdido, e opta-se por uma compartimentalização das partes adoecidas. Assim, a cultura da especialização por áreas do corpo foram ganhando força na formação médica.

Seguindo nessa perspectiva crítica, Castro (2018), apresentou a relação entre a crise global de 1970, especialmente a crise do 'Estado de Bem Estar Social, como um processo histórico social da ordem burguesa e o discurso da humanização. A implementação do modelo japonês ou Toyotismo na organização do trabalho e da gestão trouxe para o debate os temas da qualidade e da humanização. Essa nova forma de organização da produção capitalista trouxe transformações no âmbito das relações sociais de produção e reprodução do capital. Na área da saúde, o termo humanização foi incorporado na perspectiva de melhoria de qualidade do cuidado. Desta feita, a autora afirma que:

A humanização na área incorpora diretrizes do debate da qualidade, advindo da reestruturação do capital, a partir dos anos de 1970, e suas novas formas de controle da subjetividade do trabalhador, difundindo uma cultura e ideologia subjetivista, que foca na responsabilização do trabalhador e dos usuários e na adesão aos novos modelos de gestão (CASTRO, 2018, p. 163).

O modelo de produção capitalista baseado no Toyotismo passa a ser flexível e desencadeia um processo que tem como proposta o trabalhador polivalente, a incorporação da informática e a robótica na produção, a flexibilização da remuneração e dos contratos de trabalho, racionalização de custos, implementando a terceirização e restringindo a negociação com sindicatos (SOUZA & MATIAS, 2019). Essa lógica de mundialização do capital e da financeirização conduz a ampliação da exploração do trabalho e a radicalização das desigualdades.

Apresentando assim a lógica desumanizadora do capital, diante disso se faz necessária um discurso ideológico para encobrir essa realidade trazendo os valores humanistas, de solidariedade, de direitos humanos, de respeito à vida, entre outros. Desta maneira, o discurso da humanização é difundido para que os valores da sociedade burguesa não sejam questionados.

Neste momento percebemos então uma complexificação do “conceito” de humanização, pois o mesmo passa a ser utilizado em diversas frentes de justificativa, tanto no que se refere às propostas de cuidado, quanto a gestão/organização dos serviços de saúde, assim como no que se refere a um processo mais amplo de valorização de princípios sociais que constituem a base da sociedade burguesa.

Aprofundando essa discussão, ainda no marco histórico, Deslandes (2006) vai destacar a autora Howard (1975), que apresentou um modelo identificando onze práticas produtoras de desumanização nos cuidados em saúde. Posteriormente, essas práticas foram agrupadas, por se tratarem de fenômenos da mesma ordem, ficando assim: “‘tratar pessoas como coisa’, vê-las ‘como problemas’ e tratá-las de forma objetiva e distanciada são consequências evidentes de uma racionalidade científica específica.” Este modelo demonstra como a medicina construiu seu objeto e sua identidade enquanto prática social justificada em nome de uma tecnificação do trabalho de cuidar (GOOD, 1994, apud DESLANDES 2006, p. 39).

Do ponto de vista teórico, o debate da organização da assistência à saúde sob o viés da humanização não é recente e também conta com a influência da antropologia, das leituras feministas, da psicologia, da filosofia, entre tantos outros. Demonstrando assim ser um campo de debate interdisciplinar, onde é necessário o respeito a todas as categorias profissionais e o reconhecimento de que o trabalho de cada um depende do outro, e que todos são importantes para a melhoria da assistência (DESLANDES, 2006).

No Brasil, a discussão sobre humanização no campo da saúde está ligada ao próprio processo de construção do SUS. Como já discutido anteriormente, o processo de

formação do SUS foi resultado do Movimento de Reforma Sanitária, cujo objetivo era modificar valores na sociedade brasileira, tendo na saúde sua base de mudança (PASCHE, et al.,2011).

Esse movimento influenciou o processo constituinte e assim, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, definiu a saúde como direitos de todos e dever do Estado, tendo como princípios a universalidade do acesso, integralidade da rede de cuidado e equidade das ofertas em saúde (BRASIL, 1988). Esses princípios, que norteiam desde então a construção da política de saúde do país, revisitam a importância de questões no campo de conceitual da humanização, como, por exemplo, a integralidade do cuidado.

O advento da criação do SUS trouxe para o Brasil, uma nova perspectiva para a prestação de serviços de saúde. As garantias advindas com a Constituição de 1988 se materializam em leis, entre elas destacamos a lei n.º 8080/1990 e a lei n.º 8142/1990, que trouxeram alguns princípios que vão ao encontro do conceito de humanização da atenção à saúde. Dentre os vários temas abordados nesta legislação, ressaltamos as que se referem à preservação da autonomia do usuário, a igualdade da assistência sem preconceitos ou privilégios e o direito à informação dos sujeitos sobre sua saúde, estes estão intimamente ligados aos princípios da humanização em saúde (FORTES, 2004).

Esse aparato legal trouxe para o cotidiano dos brasileiros a possibilidade de superação do entendimento anterior vigente, no qual a concepção de saúde estava vinculada a ausência de doença e o acesso à saúde estava vinculado à caridade e a questão previdenciária, e não ao direito. Como demonstra Paim (2008):

O sistema de saúde brasileiro, formado ao longo do século XX, teve como marca a dicotomia entre saúde pública e assistência médico-hospitalar. De um lado, as campanhas sanitárias e, de outro, a filantropia, a medicina liberal, a medicina previdenciária e, posteriormente as empresas médicas. Antes de 1930, não havia o reconhecimento de direitos sociais no Brasil (p. 94).

Outros autores, como Matos (2014), defendem que o SUS e suas leis de regulamentação “apontam para uma concepção ampliada de saúde, e para uma rede de serviços pública, estatal e com acesso universal” (p. 27). Todavia, isso se constitui em um processo ainda em construção, mesmo reconhecendo que já caminhamos bastante em relação aos antecedentes históricos nacionais existentes até então.

Apesar dos avanços com o advento do SUS e das leis orgânicas da saúde, ainda existem entraves a sua efetivação. O direito de saúde, foi marcado, no momento da sua consolidação, pela reestruturação do capitalismo e do ajustamento do estado com base na

proposta do neoliberalismo, que determina uma diminuição de investimento e uma redução das responsabilidades do Estado (BEHRING & BOSCHETTI, 2006). Os ataques proporcionados pelos governos neoliberais de última ordem as políticas públicas, em especial as que se relacionam a seguridade social, dificultaram enormemente a incorporação de preceitos do SUS e da humanização no cotidiano dos serviços de saúde.

De modo geral, a discussão do tema humanização se fortaleceu no ano de 1992, de acordo com Castro (2018), vinculada a temática de qualidade, tendo como marco o primeiro seminário sobre acreditação hospitalar promovido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em Brasília, que apresentou o manual de acreditação de hospitais. Um dos desdobramentos desse seminário, foi o lançamento do Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde, lançado em 1994, pelo Ministério da Saúde. A autora destaca que:

os autores tratam a qualidade na saúde a partir de uma lógica mercadológica, em nível individual, não incorporando as contradições e demandas dos usuários. A concepção de qualidade a ser defendida é vinculada diretamente ao atendimento dos interesses da população em detrimento da perspectiva que a vincula à eficiência econômica, a metas produtivistas e indicadores de mercado (p. 47).

Entendendo que a melhor concepção de qualidade a ser considerada e defendida se constitui numa vinculação com as necessidades da população atendida em detrimento da questão econômica e produtivista próprias do sistema capitalista. Claramente vemos um reducionismo da discussão mais ampla sobre a oferta do cuidado em saúde, para o plano das necessidades do mercado em saúde.

Ainda nesta discussão sobre qualidade e humanização, a IX Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1992, retoma essa temática. A humanização foi então apresentada no caderno de textos da IX Conferência Nacional de Saúde através do modelo “Em defesa da vida” para o SUS. Os autores desta proposta defendiam um modelo de atenção à saúde que aplicasse na realidade prática os princípios do SUS e servisse de base para pensar o debate sobre humanização. Apresentavam como foco a relação entre instituição e usuário implementando medidas como acolhimento, produção de vínculo entre equipe de saúde e usuário visando humanizar relações (CASTRO, 2018).

Esse debate teve continuidade na XI Conferência Nacional de Saúde de 2000, cujo título era “Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, novamente o tema da humanização é apresentando procurando

influenciar a agenda da política de saúde da época (PASSOS & BENEVIDES, 2005b). Nesse contexto, fica evidenciado que o tema da humanização veio ao longo dos anos assumindo relevância no cenário de implantação e desenvolvimento do SUS, tanto que passou a ser tratado como uma política pública.

Fica evidente, também, o papel das Conferências Nacionais de Saúde como um espaço de avaliação da situação de saúde do Brasil e de formulação de propostas para as políticas públicas do setor saúde. As Conferências Nacionais de Saúde são realizadas a cada quatro anos e caracterizam-se por um momento de mobilização e diálogo com a sociedade brasileira a acerca de suas necessidades de saúde (BRASIL, 2023).

Seguindo essas discussões do tema nas Conferências Nacionais de Saúde, o Ministério da Saúde, em 2001, lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Esse programa foi criado para responder à demanda da população que questionava a qualidade do atendimento nos serviços de saúde.

Assim, o PNHAH propõe:

um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições (BRASIL, 2001, p. 07).

Apesar da implementação do PNHAH, é importante ressaltar que a mesma não considerava os problemas estruturais decorrentes da política neoliberal e dos processos de contrarreforma do Estado implementados nos anos 1990 no Brasil. Essa se manifesta no discurso e nas ações de desmonte das políticas públicas e dos direitos sociais. Nos estudos de Behring (2018), a contrarreforma apresenta seu primeiro momento no Brasil em 1995 com o Governo Fernando Henrique Cardoso e a implementação do Plano Real. O documento que orientou a reforma do Estado brasileiro foi o Plano Diretor da Reforma do Estado (1995), que visou reformatar o Estado brasileiro à lógica do capital, o que engendrou um ajuste fiscal duradouro. Este ajuste implicou em uma forte destruição dos avanços, mesmo que iniciais, dos direitos sociais e trabalhista no país. O Estado se tornou forte para conduzir as ações direcionadas a expansão do mercado, e passou a ignorar o conceito constitucional de seguridade social (BEHRING, 2018).

Assim, a PNHAH, não apresentou essa visão macro e estrutural do neoliberalismo e da contrarreforma do Estado, propondo que as falhas do atendimento e as más condições de trabalho são problemas institucionais, de comunicação e de gestão. Não articulando a

desresponsabilização do Estado com as necessidades básicas da população (CONCEIÇÃO, 2009).

Além do PNHAH, outros programas no escopo conceitual da humanização foram propostos pelo Ministério da Saúde, como a Carta ao Usuário (1999), o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (1999), o Programa de Acreditação Hospitalar (2001), o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000), dentre outros. Essas ações demonstram a tênue relação que vai se estabelecer entre humanização e qualidade voltada para a atenção ao usuário (PASSOS & BENEVIDES, 2005b).

A Carta do Usuário do SUS apresentava seis princípios básicos de cidadania no atendimento em saúde, entre esses merece destaque, o princípio que todo usuário tem o direito de atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação (BRASIL, 2007). Refletindo sobre os princípios, destacados nesse documento elementos que proporcione o protagonismo dos sujeitos em seus tratamentos de saúde.

Podemos observar, também, que no manual do Programa de Acreditação Hospitalar, o objetivo do programa era garantir a melhoria da qualidade da gestão e da assistência prestada pelos hospitais. Utilizando o incremento da eficiência e eficácia na gestão para assegurar uma assistência melhor e mais humanizada aos usuários do serviço. (BRASIL, 2002) Todavia essa discussão foi muito atravessada por uma lógica mercadológica produtivista, deslocando, muitas vezes, as ações para o campo da culpabilização dos sujeitos (profissionais de saúde e usuários) como responsáveis para ineficiência do sistema. Não observamos que questões estruturantes do modelo de produção neoliberal tenham sido elencadas e colocadas como determinantes na avaliação desses processos, esvaziando, por vezes, as discussões sobre as possibilidades reais de busca de eficiência e humanização da assistência.

Tivemos também o Programa Humanização no Pré-natal e Nascimento, cujo objetivo era assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000). Esse programa, assim como os outros apresentados, careceu de um processo de aprofundamento de questões fundamentais para a compreensão das limitações para sua efetiva melhoria na oferta de cuidado. Todo esse processo acabou por contribuir para um tratamento superficial de questões determinantes para a melhoria real dos processos de cuidados baseados no conceito de humanização em saúde.

Desta feita, buscando ampliar as discussões levantadas tanto no PNHAH quanto nos outros programas, a PNH foi instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde. A PNH foi um avanço qualitativo em relação a PNHAH, considerando os trabalhadores, os usuários e os gestores, sinalizando para uma mudança no modelo de atenção e gestão da saúde, buscando avançar em direção à qualificação do SUS. Como política pública, a PNH, foi construída para enfrentar e superar os desafios colocados pela população brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde (CONCEIÇÃO, 2009).

A PNH tem como objetivo contribuir para efetivação dos princípios do SUS no cotidiano do trabalho, produzindo mudanças nos processos de gestão e cuidado. Essa política foi pensada para ser operacionalizada de maneira transversal em toda rede SUS. Assim,

como política, a humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre diferentes profissionais, entre diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS (BRASIL, 2004, p. 07).

Desta forma, a referida política busca um modelo de troca de saberes entre os sujeitos que constituem o SUS, envolvendo os profissionais e os usuários, através do acolhimento e fomentando o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado. Nessa perspectiva, o destaque se dá para a compreensão de que o cuidado em saúde é composto por um conjunto de entes envolvidos no processo. As relações constituídas se baseiam em uma horizontalidade, tendo como ator principal desse processo o usuário do serviço de saúde (BRASIL, 2004).

Assim, como debatido ao longo deste capítulo, o conceito de humanização não é simples, por envolver fatores multidimensionais e subjetivos. Podendo ser considerado um processo que se encontra em constante transformação, sofrendo influência do contexto em que se insere. (ALBUQUERQUE et al., 2020). Desta feita, defendemos que pensar o processo de humanização nas relações de saúde, envolve, antes de tudo, um profundo conhecimento das relações, que se desenvolvem nos equipamentos de saúde, mas também no contexto social nos quais os indivíduos componentes dessa relação se encontram.

Souza e Mendes (2009), discorrem que o termo humanização tem “caráter polissêmico” cujas concepções são variadas e divergentes, o que gerou desde o nascimento da política certa polêmica no uso do termo, sobre tudo qual o sentido que esse

assumiria no escopo da política. A discussão dos autores remete que o termo, mesmo aparecendo em diferentes contextos, está geralmente vinculado a melhoria de qualidade da atenção a população atendida, e mais recentemente incluiu também a melhoria das condições de trabalho para a equipe de saúde. Porém, as concepções voltadas aos aspectos assistencialistas, assim como aquelas vinculadas ao humanismo cristão, como piedade e caridade, fizeram com que as aspirações da PNH fossem questionadas. Assim, esse modo de entender o termo humanização não interessa a PNH ao contrário se antagoniza à PNH e as conquistas do SUS.

Ainda nesta discussão sobre o termo, temos alguns autores brasileiros discutindo o processo de humanização articulando o uso de tecnologias com a escuta e diálogo, comprometidos com o bem-estar dos atores envolvidos. E outros, tendo como base o pensamento de Foucault, refletindo a humanização como uma política pública e sua relação com o Estado e o poder (DESLANDES, 2006).

Benevides e Passos (2005a) indicam que a política de humanização apresenta uma relação com o tema do Estado Moderno, retomando as teses de Foucault, para melhor compreender a representatividade deste estado e a concepção de homem que sustenta a proposta de humanização na saúde.

Para Minayo (2006), a humanização do setor saúde pressupõe o aporte da ciência e da tecnologia, e ainda da sensibilização das pessoas. Esse movimento significa a instituição do cuidado e a valorização das relações intersubjetivas, baseadas no reconhecimento da importância de todos os envolvidos no processo.

O campo de disputa teórica na compreensão do sentido da humanização na saúde passa por constantes processos de mudanças. Contudo, no campo prático da realidade social, esses embates teóricos acabam por enriquecer a diversidade de olhares para o tema da humanização, e em boa medida, trazer para o cotidiano das unidades de saúde a reflexão dessa temática (BRASIL, 2004).

Para além das questões teóricas, a PNH tem como prioridades quatro marcas específicas a serem alcançadas:

1) a redução das filas e do tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; 2) O usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial; 3) As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS; 4) As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2004 p. 10).

Como um conjunto de estratégias e ações para melhorar a qualidade na atenção e gestão do SUS, a Política de Humanização é construída a partir de princípios norteadores e diretrizes específicas por níveis de atenção. Essa abordagem contribui para a organização dos serviços e para a compreensão de que a PNH não é um processo aparte dentro do sistema de saúde, mas antes de tudo parte fundamental para a melhoria desse na totalidade.

É importante destacar, que a estrutura da PNH apresenta princípios e marcas a serem alcançadas. Porém, não podemos esquecer do contexto no qual essa foi implementada, onde há um baixo aporte de recursos financeiros nas políticas públicas com a contrarreforma do estado e demais problemas nos quais o SUS estava inserido e determinam a produção de saúde e de seus sujeitos (CONCEIÇÃO, 2009).

São elencados cinco princípios norteadores dessa política, são eles: a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, estímulo à produção de saúde e a produção de sujeitos, fortalecimento do trabalho em equipes multiprofissionais, atuação em rede, utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços de gestão (BRASIL, 2004).

Visto que o INTO, cenário do estudo em tela, é órgão normatizador e de referência nacional na atenção em alta complexidade em ortopedia, traumatologia e reabilitação, instituído pelo Ministério da Saúde na portaria GM/MS n.º 880/2013, tendo como finalidade prestar assistência aos usuários do SUS, com afecções do sistema musculoesquelético. Sendo uma unidade de saúde especializada, destacamos as diretrizes específicas da PNH para este nível de atenção, sendo:

garantia de agenda extraordinária em função do risco e necessidades do paciente, estabelecer critérios de acesso, otimizar o atendimento ao usuário articulando a agenda multiprofissional, definir protocolos clínicos (BRASIL, 2004).

Essas diretrizes foram pensadas como orientações gerais para viabilizar a PNH na instituição, sendo expressão de métodos de inclusão, a clínica ampliada, a co-gestão, o acolhimento, a valorização do trabalhador, a defesa dos direitos dos usuários, o fomento das grupidades, coletivos e redes e a construção da memória do SUS. Todo esse marco conceitual teria que ser considerado na construção de uma proposta factível de humanização na assistência em saúde (BRASIL, 2010).

Quando se pensa em clínica, podemos remeter a imagem de um conjunto de consultórios, com o atendimento de um profissional médico, prescrevendo exames e medicamentos para comprovar ou tratar determinada doença, apresentando como foco a enfermidade e os aspectos biológicos. E ainda a prática de medicina a beira leito do paciente. Diferente dessas imagens, a proposta da clínica ampliada é que a prática não seja centralizada na doença, e sim na compreensão ampliada do processo de saúde-doença. Buscando integrar uma abordagem multiprofissional, possibilitando um atendimento eficaz para o complexo trabalho em saúde (BRASIL, 2009.).

Neste presente estudo apresentaremos como a experiência de clínica ampliada, à luz da política de humanização, pode ser um espaço para a formação em saúde. A clínica ampliada tem como proposta qualificar o modo de fazer saúde,

(...) ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado (BRASIL, 2010, s/n).

Assim, a clínica ampliada como dispositivo da PNH busca a produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção em saúde. A clínica tem como foco o usuário, a doença, a família e o contexto. Tendo como objetivo aumentar a autonomia desses atores utilizando como meio de trabalho a integração de equipe multiprofissional e os usuários, para a elaboração de um projeto terapêutico conforme cada caso apresentado, ampliando assim a intervenção sobre o processo de saúde-doença.

O modelo pesquisado no presente trabalho, foi apresentada no INTO em 2006, no Plano Diretor institucional, com a proposta de constituição de clínica ampliada, cuja finalidade era compor equipe com diferentes profissionais, organizados por linhas de cuidado especializado, desenvolvendo assim um modelo de atendimento denominado de CAE (BRASIL, 2006).

O conceito de saúde afirmado nesta perspectiva de cuidado ultrapassa as ações curativas, incorporando uma visão ampliada que abarcam fatores determinantes e condicionantes como: educação, cultura, alimentação, habitação, dentre outras necessidades humanas. Seria, antes de tudo, o entendimento da saúde, como fenômeno social, resultante da interação de uma multiplicidade de fatores. No entanto, construir práticas profissionais nesse sentido, requer uma constante atenção, visto que essas relações são atravessadas por questões de poder e saber próprios a cada profissão e constituem um tensionamento nas instituições prestadoras de serviço de saúde (CAMPOS et al., 2009).

A clínica ampliada tem como proposta a criação de uma equipe de referência e apoio matricial. Essa equipe facilita a criação de vínculo entre os profissionais e os usuários, buscando produzir a corresponsabilização entre os profissionais, equipe e usuários. Diante disso, a proposta da humanização supõe o equilíbrio maior entre os trabalhadores e os usuários, e o apoio matricial é importante para troca de saberes e construção de experiências para ambos os envolvidos. Com base na política,

as Equipes de Referência e Apoio Matricial surgiram como arranjo de organização e de gestão dos serviços de saúde como forma de superar a racionalidade gerencial tradicionalmente verticalizada, compartimentalizada e produtora de processo de trabalho fragmentado e alienante para o trabalhador (BRASIL, 2009, p. 32).

Existem modalidades para a operacionalização dessa forma de atendimento na clínica ampliada, dentre elas se destacam duas: o atendimento conjunto e a discussão de casos para formulação de projetos terapêuticos. O atendimento acontece com os sujeitos envolvidos na ação com a intenção de trocar saberes e práticas. As discussões de casos que acontecem na prática desses atendimentos servirão de base para a formulação de projetos terapêuticos singulares.

O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar (BRASIL, 2009, p. 39).

Como política transversal, a PNH tem o papel articulador, facilitando a integração dos processos e ações entre as áreas. A implantação dessa proposta de clínica somente será possível mediante um esforço do profissional envolvido diante do caso. Para essa atuação é necessária certa autonomia que assegure ao profissional uma motivação para criar um padrão para compor essa forma de produção em saúde (CAMPOS & AMARAL, 2007).

A ampliação da clínica tem como característica um esforço para envolver os trabalhadores e os usuários no processo de construção e reestruturação de uma prática que visa superar o modelo biomédico. Assim, incorporando saberes provenientes de outras áreas como a saúde coletiva, a psicologia, as ciências sociais e políticas, o planejamento e gestão (CAMPOS & AMARAL, 2007).

No modelo de atendimento de clínica ampliado realizado no INTO, a equipe mínima que integra o CAE é composta por quatro categorias profissionais, sendo elas: médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo. Essas categorias atuam em conjunto em busca do conceito ampliado de saúde, abarcando os diversos saberes buscando um atendimento qualificado ao usuário do serviço.

As diretrizes da PNH são favoráveis para melhoria do SUS, através delas os profissionais, médicos e não médicos podem reconhecer a importância de reformar a clínica e a cultura para a abertura de outras estruturas disciplinares. Considerando os apontamentos de Campos e Amaral (2007), a adoção de práticas simples pode facilitar o trânsito da clínica tradicional para a ampliada.

Dito isso, para a humanização alcançar êxito é preciso que barreiras dos diferentes núcleos do saber sejam ultrapassadas. O confronto de ideias, o planejamento de ações, os mecanismos de decisões, o modo como os processos acontecem devem convergir para a construção de trocas solidárias. Busca, assim, a superação de um modelo de saber construído de modo vertical, centrado na figura de um profissional detentor de todo o conhecimento necessário para atender as mais diversas necessidades expressas no momento do processo de adoecimento.

Neste sentido busca-se incorporar o entendimento de que todos os saberes são, em suas especificidades, importantes para a construção de uma intervenção onde as necessidades de saúde dos sujeitos sejam o ponto mais importante do trabalho e onde esse é o cidadão seja o protagonista da construção de seu plano de cuidado (BRASIL, 2004).

3.2. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia e o modelo de Centro de Atendimento Especializado como potencial de formação para o trabalho em saúde.

A história do INTO iniciou-se em 1943 com a inauguração do Hospital Central dos Acidentados do Loyd Brasileiro, criado para atender os segurados da companhia de navegação de mesmo nome. Em 1973, o então hospital foi desativado e incorporado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para prestar atendimento em traumatologia e ortopedia, quando passou a se chamar Hospital de Traumatologia-Ortopedia (HTO), sob a coordenação de uma equipe do Hospital Federal de Bonsucesso. O HTO ainda foi estadualizado em 1991, só retornando a esfera federal em 1993, quando voltou a ser subordinado ao Ministério da Saúde (INTO, 2019).

Em 1994 o hospital recebeu condição de instituto, após o reconhecimento como referência nacional na assistência, no ensino, na pesquisa, na prevenção e na articulação de políticas públicas em traumatologia, ortopedia e reabilitação, sendo então chamado de INTO conforme Portaria GM/MS n.º 1.820 de 31 de outubro de 1994, publicada em edição do Diário Oficial da União de 01 de novembro de 1994 (INTO, 2019).

Destacamos, também, a Portaria MS/SAS n.º 90, de 27 de março de 2009, na qual a Secretaria de Atenção à Saúde, expressa com o objetivo de proporcionar aos gestores nas ações referente a atenção em traumatologia e ortopedia as competências da atenção, definindo o que compete as Unidades de Assistência em Traumatologia e Ortopedia e aos Centros de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade. O INTO se insere então como Centro de Referência, ou seja, por Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade entende-se, hospital especializado em Traumatologia e Ortopedia que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS na Política de Traumatologia e Ortopedia e possua ainda, residência médica na especialidade, estrutura de pesquisa e ensino organizada, subsidie os gestores locais do SUS sobre o tema e participe do desenvolvimento e capacitação profissional em parceria com o gestor local do SUS (BRASIL, 2009).

No ano de 2011, buscando atender a demanda crescente de pacientes por tratamento cirúrgico ortopédico, efetivou-se a mudança de sede para o atual prédio do instituto localizado na Avenida Brasil, no Rio de Janeiro/RJ, que proporcionou a ampliação de sua estrutura física e da capacidade operacional maior à antiga sede, o que possibilitou o aumento da produção institucional.

O INTO encontra-se ligado ao Ministério da Saúde através da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Além de desenvolver ações de assistência aos usuários do SUS, o instituto também presta assessoria na formulação de políticas públicas e na orientação de projetos e programas em âmbito nacional, bem como desenvolve ações de ensino e pesquisa. Dito isto, o instituto apresenta como missão: “promover ações como instituto de referência do SUS na assistência, no ensino, na pesquisa, na prevenção e na formulação de políticas públicas em traumatologia, ortopedia e reabilitação.” (INTO, 2009).

O nosocômio em questão obteve ao longo dos anos certificações de qualidade pela *Joint Commission International* (JCI) nos anos de 2006, 2009, 2012 e 2016 por meio de serviços prestados pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Em 2019, o reconhecimento com outros dois certificados, o NBR ISO 9001: 2015 (Norma Técnica ABNT) – Sistema de Gestão da Qualidade, auditado pela COOPE/UFRJ, recebendo o troféu ouro, e ainda, o Selo de Certificação de Qualidade do Conselho Federal de Enfermagem (ZOTTI, 2020).

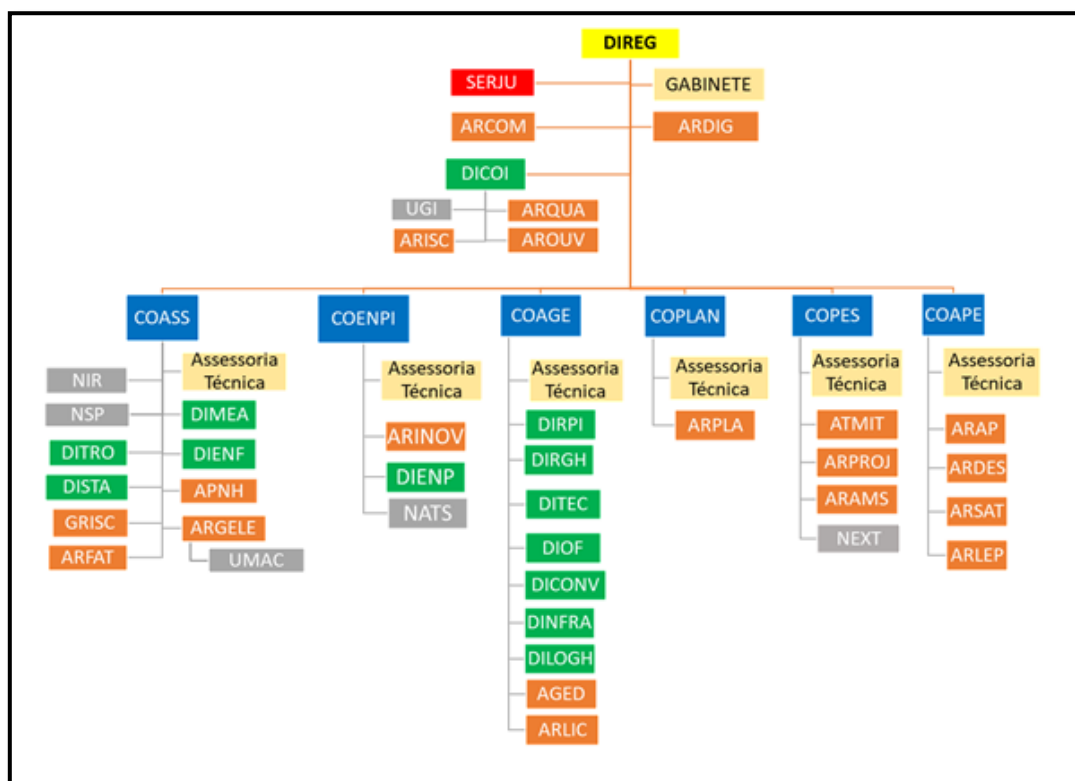
A instituição vem num processo de busca por melhoria da gestão implementando dispositivos gerenciais como colegiado assistencial, colegiado administrativo, colegiado diretor, oficina de planejamento, reunião com áreas estratégicas para definição de indicadores de qualidade e desempenho. Desde 2006, com a tentativa de ampliar a participação dos usuários e do controle social, foi criado o Conselho de Gestão Participativa (ALMEIDA, 2011).

Nesse sentido, construíram-se também dispositivos coletivos buscando a melhoria do atendimento prestado por meio das comissões assistenciais, tais como: Comissão Permanente de Revisão de Prontuário Médico, Comissão de Formulários, Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Adicional de Plantão Hospitalar, Comissão de Prevenção e Controle de Quedas entre outras.

O INTO se organiza mediante um organograma composto em seu topo pela Direção, seguido por seis coordenações: a Assistencial; a de Projetos Especiais; a de Ensino, Pesquisa e Inovação; a de Planejamento; a de Administração Geral; e a de Administração de Pessoas. Nas coordenações temos as Divisões e logo abaixo as áreas.

Na figura 1 podemos ver o organograma da estrutura organizacional do INTO.

Figura 1 – Estrutura organizacional formal do INTO.



Fonte: <https://www.into.saude.gov.br/institucional/equipe>

A instituição é uma unidade de saúde essencialmente cirúrgica, tendo a ortopedia como seu objeto. A porta de entrada para os usuários acontece mediante três formas: Sistema de Regulação Estadual (SER) para os pacientes residentes no estado do Rio de Janeiro, pelo Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) para os pacientes de outros estados da federação; e via transferência hospitalar para o Trauma Referenciado, um projeto através do qual o instituto recebe pacientes vítimas de traumas ortopédicos oriundos de outras unidades hospitalares do Estado do Rio de Janeiro.

Após a regulação através do SER ou do CNRAC, o paciente ao chegar no INTO é avaliado pelo médico ortopedista para ser inserido na fila de espera conforme o procedimento cirúrgico proposto. É importante ressaltar que antes de ser inserido nos sistemas de regulação os usuários passam por gargalos do sistema de saúde para conseguir o atendimento com especialista e após sua inserção na fila de cirurgias no INTO, dependendo do procedimento, permanecem alguns anos aguardando pela cirurgia.

Diante dessa difícil realidade do SUS, que reflete na população usuária em relação ao acesso para o atendimento ao INTO e ao tempo de espera por uma cirurgia ortopédica, nos remetem a discussão de Matos (2014). O autor, sinaliza que as políticas sociais

preconizadas na constituição federal brasileira foram implementadas ao longo do processo de contrarreforma do Estado, portanto o sistema de saúde vem enfrentando desafios para sua implementação. Esse autor alerta que o SUS “... é uma estratégia inconclusa. É uma conquista diante daquilo que existia antes, mas encontra-se léguas de distância do que propõe o movimento sanitário” (p. 35).

Ainda sobre esse tema, Zotti (2020), chama a atenção sobre outro aspecto da “inconclusão” da implantação do SUS no que se refere à demanda por procedimentos ortopédicos de média e alta complexidade. Essa autora aponta que a busca por assistência ortopédica é crescente, devido a fatores como: o envelhecimento populacional, que apresenta uma mudança de perfil epidemiológico com o aumento das doenças osteo degenerativas; aumento da ocorrência de acidentes de trânsito, principalmente de motocicleta; ineficiência da rede de ortopedia e traumatologia, que dificulta o encaminhamento de demandas de média complexidade; além de demandas de pacientes de outro estado da federação, que não possuem rede de atendimento para esses procedimentos, entre outras (ZOTTI, 2020).

Seguindo esses fatores de perfil epidemiológico, podemos observar que a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento populacional, como demonstra os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) publicada em 2019. De 2012 a 2018, a população com 60 anos ou mais cresceu 18%. Esse envelhecimento populacional apresenta impactos para as políticas de saúde, que demandará por oferta de serviços que abarque as necessidades dessa população. A atenção à saúde do idoso passa necessitar de especialidades como: geriatria; ortopedia; cardiologia; entre outras, além da implementação de cuidados domiciliar, orientação nutricional, fisioterapeuta, calendário específico de imunização entre outras (PNAD, 2019).

Em relação ao processo de urbanização das grandes metrópoles e a necessidade de locomoção de maneira rápida, sem o pleno funcionamento do sistema de transporte público de massa como ônibus, trem e metrô, faz com que uma grande parte da população escolha pelo uso de transporte individual como motocicletas e carros. Além desse fator, ainda tivemos com o advento da pandemia por covid, um aumento da demanda por serviços de entregas rápidas através do uso de aplicativos de entrega, que se tornou a oportunidade de renda para muitos brasileiros naquele momento e que se manteve até os dias atuais. Refletindo um pouco sobre essa questão de acidentes de trânsito, destacamos que de acordo com PNAD, em 2019, entre as pessoas que se envolveram em acidente de

trânsito com lesão, 60,6% receberam algum tipo de assistência de saúde devido ao acidente, enquanto 14,9% tiveram seqüela física permanente em decorrência do acidente esses dados rebatem diretamente na assistência à saúde (PNAD, 2019).

Corroborando com o explicitado, Buss e Pellegrini (2007) vão definir os determinantes sociais como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (p. 78). Embora, atualmente, já exista um avanço em relação à importância dos determinantes sociais para a saúde, essa foi uma discussão construída ao longo de anos. O conflito entre a visão biológica e social do processo de saúde-doença estiveram e continuam em debate.

Apesar dos avanços trazidos pela Lei n.º 8080/1990, na qual a saúde já é definida como resultado de determinantes e condicionantes, como 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, desde a sua implementação, essa política vem sofrendo ataques pela contrarreforma promovida pela política neoliberal, que reflete em todos esses determinantes e condicionantes.

A qualidade da assistência à saúde ofertada pelo SUS tem sido reflexo dessa ofensiva neoliberal. Consoante o preconizado pelo sistema, cada nível de atenção deve funcionar articulado à toda rede de serviço, porém sabemos que se uma das pontas do sistema apresentar fragilidades toda a rede assistencial terá reflexo. É esse reflexo que a população vem sofrendo ao procurar o atendimento em ortopedia desde a atenção primária até chegar a alta complexidade.

Assim, a demanda por procedimentos ortopédicos cresce a cada dia, enquanto a oferta desse serviço pela rede SUS não acompanha essas solicitações, causando um acúmulo crescente por assistência em detrimento da baixa oferta. Desta feita, a fila por cirurgias ortopédicas tem seu tempo de espera alongado. O impacto é sentido pelos usuários do sistema de saúde e segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em convênio com o Ministério da Saúde, o problema nos ossos e articulações são os principais motivos de afastamento do trabalho, sendo relatado por 25,1% da população. Demonstrando assim, que o adoecimento da população causa rebatimentos não apenas na política de saúde, mas também na previdência social e na assistência social (IBGE, 2019).

Inseridos em cenário de avanço da ofensiva neoliberal no país, e na crescente questão epidemiológica referente ao aumento da demanda ortopédica no país, ainda

vivenciamos uma realidade política e econômica pautada na perspectiva de ajuste, com a contenção dos gastos públicos e da redução da oferta de serviços. Destaco as palavras de Lima (2010) para essa reflexão:

A globalização neoliberal se caracteriza pela violenta reconcentração de capital mediante a privatização do patrimônio público, barateamento da força de trabalho e subsídios ao capital, levando o sistema financeiro a ocupar um lugar hegemônico no processo de acumulação. Do ponto de vista social, assiste-se à privatização do financiamento e da produção dos serviços, à precarização das políticas públicas, com o corte dos gastos sociais, à concentração dos investimentos nos grupos mais carentes e à descentralização para o nível local. Essas mudanças se fizeram paulatinamente e interferiram nos rumos do SUS (p. 279-280).

No campo da saúde essas mudanças interferem nos rumos da assistência prestada ao usuário do SUS. Principalmente no que se refere à alta e média complexidade, que incorporam procedimentos altamente específicos, que demandam uma equipe extremamente qualificada e apresentam o uso de tecnologia avançada que proporciona aumento de custo nas internações, medicações e materiais. Sendo assim, o instituto em questão sofre com os rebatimentos diretos do desfinanciamento do SUS, como a falta de recursos humanos e materiais para a realização dos procedimentos necessários para a plena recuperação dos usuários.

De acordo com Bravo e cols. (2020), sob a ótica do neoliberalismo existem três projetos em disputa na política de saúde brasileira: o “Projeto de Reforma Sanitária” construído a partir de lutas sociais no início da década de 1970, que defendia a saúde em seu conceito ampliado e como direito universal garantido por políticas públicas; o segundo o “Projeto Privatista” que surge na época da ditadura civil militar em meados de 1964 e tem sua lógica orientada pelas regras do mercado e pela busca do lucro, e o terceiro a “Reforma Sanitária Flexibilizada”, que adquire características próprias devido ao contexto de implementação do SUS diante da contra-reforma do estado brasileiro e o crescente desfinanciamento da política de saúde (p. 193 e 194).

A contrarreforma do estado brasileiro apresenta uma receita privatizadora da política de saúde, que difere e vai contra a proposta do movimento sanitário e ainda do SUS constitucional regulamentado pelas leis orgânicas da saúde. Apesar do crescimento advindo com o SUS, a sua implementação como sistema público universal não se

consolidou, criando um distanciamento entre o SUS preconizado em leis e a prática social do sistema vigente (BRAVO, 2001).

Nesta mesma perspectiva, Soares (2019) traz suas contribuições sobre o processo de contrarreforma do estado e seu papel na política de saúde, afirmando que:

a contrarreforma do Estado no Brasil responde a necessidades do capitalismo contemporâneo e vem se caracterizando como ofensiva ao conjunto dos direitos e políticas sociais desde a década de 1990. Suas particularidades no âmbito da saúde pública anunciam que, em meio à estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), a racionalidade burguesa vem instrumentalizando a política de saúde para fins e interesses privados corporativos por dentro e por fora do sistema (SOARES, 2019, p. 02).

O avanço do neoliberalismo e da contrarreforma na saúde veio se desenvolvendo ao longo dos anos. Durante os governos de Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff, ainda existia uma certa defesa do SUS e do direito à saúde, porém seu desfinanciamento, sua abertura para uma gestão cada vez mais vinculada à iniciativa privada e a expansão do mercado privado de saúde estavam acontecendo por dentro do sistema (BRAVO et al, 2020).

Com a entrada de Michel Temer na presidência do país, evidencia-se de forma acelerada o desmonte do Estado brasileiro, principalmente após a aprovação da Emenda Constitucional n.º 95/2016, que congelou os recursos orçamentários para as políticas sociais, inclusive a saúde. Na mesma toada houve a desconstrução da saúde como direito e o claro apoio à iniciativa privada, com a proposta dos chamados plano de saúde acessíveis (BRAVO et al., 2020).

O Governo Bolsonaro só reservou quatro páginas da proposta de governo para a saúde e nessas só uma citação sobre o SUS. Ficando evidente que a política de saúde não era o foco do seu governo. Durante seu mandato ainda fomos acometidos pela pandemia de coronavírus, caracterizando que saúde não era efetivamente uma política de Governo.

De acordo com Morosini e cols. (2020):

A pandemia encontra o SUS debilitado pelo processo histórico de crescimento limitado, conciliando interesses públicos e privados, num cenário em que se destacam a insuficiência e a distribuição inadequada de leitos hospitalares, as dificuldades de acesso à atenção especializada e o reforço recente à focalização da Atenção Básica, voltada para a população mais empobrecida (p. 99).

Desde a sua criação, o SUS cresceu e se desenvolveu. Por outro lado, com esse cenário de corte de gasto orçamentários, a viabilidade da existência de um sistema universal e integral ficou comprometido. O ataque sofrido as políticas públicas nos últimos anos, vem tornando cada vez mais difícil o processo de solidificação do SUS como uma política de estado, deixando aos dessabores das propostas de governo da hora.

Dentro do universo de desafios para seu processo de consolidação como política pública, no que se refere à organização do SUS para a oferta de serviços em ortopedia, foi instituída, por meio da portaria SAS/MS n.º 221, de 15 de fevereiro de 2005, a Política Nacional de Alta Complexidade em Ortopedia e Traumatologia. Essa política considera a necessidade de garantir o atendimento integral em traumato-ortopedia aos usuários do SUS, constituindo uma rede de serviços regionalizados e hierarquizados, com base na universalidade e na integralidade.

Apesar da criação desta política, atualmente ainda temos muitos gargalos no atendimento em ortopedia no país. Podemos atribuir isso a falta de uma rede de hospitais especializados, principalmente no que tange os procedimentos cirúrgicos ortopédicos de alta complexidade. Como exemplo, podemos apresentar o caso do INTO, uma vez que o referido instituto sofre com a demanda excessiva e com as longas filas de espera nas quais seus pacientes aguardam para realização de procedimentos por tempo excessivo, bem aquém do minimamente aceitável para uma cirurgia eletiva ortopédica. Em matéria vinculada em jornal de grande circulação, foi enfatizado que “O instituto em tela, referência nacional em alta complexidade em ortopedia e traumatologia, apresenta uma fila de espera por cirurgia com cerca de 7 mil pacientes.” (CARDOSO, 2022), sem, contudo, apresentar fatores que podem instrumentalizar os seus leitores para uma análise mais aprofundada das questões que envolvem essas longas filas de espera.

O Estado do Rio de Janeiro apresenta uma ampla rede de hospitais, reflexo do período em que o mesmo era a capital do país. No entanto, a oferta dos serviços de alta e média complexidade em traumatologia e ortopedia é concentrada no INTO. Essa instituição sozinha realiza mais cirurgias ortopédicas que todos os outros hospitais públicos do Estado. Mesmos sendo registrado nos últimos anos a tentativa de ampliar a oferta de serviços dessa natureza por parte do estado com a construção de instituições hospitalares especializadas em traumatologia e ortopedia, não podemos observar ainda um reflexo na fila de espera do INTO (BRASIL,2022).

Mesmo inserido no cenário anteriormente descrito, o Instituto vem prezando por um atendimento de qualidade baseado no modelo de assistência hospitalar organizada por

CAE instituído em linha de cuidado por especialidades ortopédicas, essa organização teve início no Plano Diretor de 2006, que apresentou esse modelo como uma proposta baseada no dispositivo de Clínica Ampliada. Essa forma de assistência ao paciente, apesar das mudanças institucionais, vem sendo mantida até os dias atuais.

Atualmente existem 12 (doze) CAE em funcionamento, sendo eles: os Centros de Cirurgias das Dismetrias; de Joelho; do Pé e Tornozelo; de Quadril; de Crânio-Maxilofacial; da Mão e do Ombro e Cotovelo; além dos Centros Ortopédicos da Criança e do Adolescente; de Oncologia Ortopédica; de Trauma Ortopédico; de Doenças da Coluna Vertebral; o Centro de Microcirurgia Reconstructiva; e o de Cirurgia Plástica Reparadora.

A forma de organização de CAE por especialidades clínicas e cirúrgicas estão atreladas as especificidades, na qual a área médica se distribui no interior da organização hospitalar. Assim, este modelo acabou sendo o possível no momento histórico de sua criação e vem ao longo do tempo norteando a organização da linha de cuidado institucional.

O CAE é composto por no mínimo quatro categorias profissionais, a saber: médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo. Dadas às especificidades de cada centro, podemos encontrar em sua composição outras categorias profissionais de saúde, como: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista e farmacêutico. Isso corrobora para o entendimento que cada Centro possui especificidades na construção de sua linha de cuidado, bem como na sua organização (PELAEZ & REBELO, 2015).

Como colocado por Dias e cols. (2016) a atuação em equipes de atenção especializada pode configurar-se em espaços de avaliação compartilhada sobre as necessidades e desejos do usuário. E ainda, como uma possibilidade da oferta de serviços, que de fato atendam às necessidades dos cidadãos, assim como campo de ações integradas dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, busca-se a promoção de uma visão mais ampla e integrada do cuidado com a saúde. Nessa perspectiva desloca-se a centralidade da doença para a saúde, aceita-se que para superar o adoecimento o cidadão necessite de uma intervenção, que ultrapasse o saber alocado por somente uma categoria profissional. Nesse sentido, a valorização da interdisciplinaridade, da troca de saberes entre diferentes áreas do conhecimento e do reconhecimento da importância do trabalho em equipe multiprofissional na promoção da saúde torna-se fundamental (DIAS et al.,2016).

Esse modelo de atendimento preconizado pelo INTO, por meio da construção do CAE, apresenta como objetivo desenvolver estratégias diferentes das ações pautadas no modelo médico-hegemônico, buscando práticas direcionadas ao conceito ampliado de saúde, onde o usuário seja estimulado a ser também responsável pelo seu cuidado e onde passe a entender a saúde como multifatorial (PELAEZ & REBELLO, 2015).

Estes centros especializados realizam o atendimento ao usuário em alguns momentos principais, assim estruturados: atendimento ambulatorial de pré-internação e pós-operatório; acompanhamento dos pacientes durante período de internação; mediante reuniões clínicas; reuniões de equipe multiprofissional; e “round” – visita aos leitos pela equipe multiprofissional. Porém, assim como a composição das equipes, cada centro possui uma característica e esse atendimento pode ser estruturado de forma diferenciada, mas mantendo esta essência em sua composição.

Desta feita, a assistência prestada está consoante com o preconizado na PNH, que apresenta como objetivo qualificar práticas de gestão e de assistência à saúde. O modelo do CAE se encaixa como dispositivo de clínica ampliada, quando utiliza como meio de trabalho a integração de equipe multiprofissional, ampliando a atuação sobre o processo de saúde doença, entendendo esse processo como multifatorial. Esse tipo de modelo de atenção visa superar a fragmentação de saberes e das ações em saúde, assim enfrentando as possíveis faltas de eficiência da assistência ao usuário, contribuindo para a construção do cuidar na perspectiva da integralidade, demandando a colaboração e o trabalho conjunto de diferentes profissões, bem como a produção de uma prática comum que valorize a participação ativa no usuário no seu próprio cuidado (BRASIL,2010a).

O CAE tem um papel fundamental tanto na melhoria da assistência ao usuário, como na disseminação de saberes entre esses e os profissionais e entre os próprios profissionais que compõe a equipe, sendo assim percebido não apenas como espaço de trabalho, mas ainda como um ambiente que contribui para a formação dos seus profissionais. Esse espaço de trabalho cria a possibilidade de aprendizagem a partir do momento que se realiza uma reflexão sobre a realidade social e a construção de ações diante das demandas apresentadas pelos usuários aos profissionais no cotidiano assistencial (BRASIL,2010a).

Esse movimento de trocas de saberes destaca a necessidade de uma formação em saúde, que vá além da especialização em uma única disciplina, buscando uma abordagem mais abrangente do cuidado. Isso implica em uma maior integração entre os

conhecimentos teóricos e práticos, permitindo uma melhor compreensão dos processos de adoecimento e de promoção da saúde (MACHADO,2015).

Além disso, ao promover essa visão integradora, coloca em foco a formação em saúde que busca romper com a fragmentação do conhecimento e com a hierarquia entre as diferentes áreas. Isso permite a construção de um diálogo mais igualitário entre os profissionais de saúde, favorecendo a troca de experiências, saberes e práticas (MACHADO, 2015).

Nesse sentido, compreender as buscas de superação das formações profissionais pensadas somente a partir de suas trajetórias disciplinares, balizadas por questões intrínsecas a saberes fechados em seus campos de atuações, muitas vezes não contemplam a complexidade e a integralidade do cuidado em saúde. Como apresentado por Machado (2015) “... é necessário pensar e incentivar a elaboração de metodologias de ensino que incluam mecanismos que visem formar profissionais para o exercício dessas práticas que estejam mais de acordo com as necessidades da população” (p. 301). Nesse sentido, ao estimular a interdisciplinaridade e os deslocamentos entre áreas de conhecimento, os processos de formação em saúde contribuem para uma abordagem mais integrada, humanizada e efetiva para o cuidado com a saúde dos usuários do SUS.

Essa perspectiva vem se construindo desde a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que já colocava em destaque a importância da formação dos profissionais de saúde de modo integrado a realidade da oferta dos serviços. Assim, Educação Continuada e a Educação Permanente em Saúde (EPS), a época, vão se basear em vivências educativas que visam à construção de espaços coletivos, repletos de diálogos, que vão ocorrer no cotidiano do trabalho em saúde por aqueles envolvidos no processo do cuidar e de ser cuidado. Objetivando refletir e avaliar a qualidade da assistência produzida, na perspectiva de transformação do processo de trabalho (CECCIM, 2005).

Ao longo do processo de construção do SUS foram pensadas diversas ações para afinar a formação dos profissionais de saúde e as necessidades do SUS e da população. O próprio texto constitucional atribui ao SUS a responsabilidade pela qualificação da mão-de-obra para atuação nos serviços de saúde. Assim como, posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde, que definiu como atribuição da União a formulação e execução da política de formação de recursos humanos para a saúde (FONSÊCA & JUNQUEIRA, 2014).

Nesse sentido, as palavras de Vasconcelos e Baltar (2014), acrescentam que a formação dos profissionais de saúde para atuarem no SUS precisa estar de acordo com o preconizado por essa política, visto que:

Um profissional que não conhece o SUS – seus princípios, suas referências ético-políticas, sua lógica, seus objetivos e estratégias e de onde ele resulta, o movimento de Reforma Sanitária – não tem condições de realizar uma prática mediada por ele, como está assegurado, ainda, na Constituição Federal de 1988 (p. 262).

Assim, os profissionais de saúde não podem e não devem ficar apartado das questões centrais debatidas na área de saúde. A despolitização inscrita nesse momento de neoliberalismo reduz o usuário da saúde a um consumidor e não ao cidadão de direitos. Se a formação do profissional de saúde não defender a saúde como política pública e universal, essa refletirá na prática cotidiana do mesmo e no trato com os usuários do serviço (VASCONCELOS & BALTAR, 2014).

Figueiredo e Orrillo (2020) também apresentam contribuições neste sentido, debatendo que o próprio do modo de produção capitalista, passa a difundir um modelo tecnicista da formação universitária, priorizando ainda a formação biomédica em detrimento à formação humana e social, assim a ensino de graduação tem cada vez mais formado profissionais de saúde na lógica especializada e fragmentada do cuidado em saúde. Desta feita, “os cursos promovem poucas atividades interdisciplinares e não preparam adequadamente os profissionais para o trabalho em equipe” (p. 04). Ressaltamos que o papel da universidade não é apenas formar um profissional técnico, mas estimular o pensamento crítico e o conhecimento, para que assim compreendam a realidade social e como ela é produzida e transformada.

Diante do exposto, o processo de formação da força de trabalho para atender as necessidades do SUS é uma tarefa complexa, visto que as questões envolvidas no processo saúde-doença são entremeadas por uma quantidade de determinantes que vão agir, direta e indiretamente, sobre o resultado desse processo formativo, articulando as diferentes profissões, no sentido de agregar diferentes saberes e competências, enriquecendo o cuidado e possibilitando uma visão mais abrangente da situação de saúde do usuário. Isso permite uma melhor compreensão das questões de saúde apresentadas pelo usuário e a elaboração de estratégias mais adequadas para o seu cuidado. Todavia, não se pode pensar a construção desse processo descontextualizado do momento atual, onde as inflexões sofridas na organização do trabalho no SUS sofrem todos os

rebatimentos possíveis do projeto de desmonte das políticas públicas, em especial ao que se refere à saúde e a educação.

Sobre esse tema, vale o esclarecimento de Silva (2016), quando trata sobre a questão do trabalho e formação em saúde, dizendo que:

(...) exigem uma série de meios para sua realização, sejam recursos humanos qualificados, meios físicos, materiais de consumo, tempo, mobilidade etc. Em se tratando de políticas sociais públicas, aqui particularmente tratada a perspectiva “trabalho em saúde”, é importante destacar que a dimensão econômica concretizada no perfil de financiamento, cria, dificulta ou impossibilita as condições objetivas e necessárias para a prática cotidiana desse tipo de trabalho (p. 99).

Entendo a complexidade dessa construção destacamos como um marco para a política de educação dos profissionais de saúde a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003. Essa,

possibilitou a institucionalização da política de educação na saúde e o estabelecimento de iniciativas relacionadas a reorientação da formação profissional, com ênfase na abordagem integral do processo de saúde-doença, na valorização da Atenção Básica e na integração entre as instituições de ensino superior, serviços de saúde e comunidade com a finalidade de propiciar o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2018, p. 09).

A criação da SGTES trouxe avanços para a formação dos profissionais de saúde, mesmo apresentando ainda diversos desafios. A criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS, instituída em 2004 através da portaria GM/MS n.º 198/2004, foi uma das ações do Ministério da Saúde com o objetivo de promover o “desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento das carências e necessidades do sistema nacional de saúde” (BRASIL, 2018, p. 09).

O tema da EPS assumida pelo Ministério da Saúde se configura como “a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2018, p. 10). A adoção da Educação Permanente em Saúde como política pública é fundamental para fortalecer o SUS e buscar garantir uma formação de qualidade para os profissionais da saúde, com foco nas necessidades de saúde dos usuários.

Nesse sentido, Ceccim (2005), esclarece que a Educação Permanente em Saúde está relacionada à interação entre segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde. Dentre os elementos para subsidiar essa discussão estão os

componentes do quadrilátero da formação para educação o permanente, são eles: a) a análise da educação dos profissionais de saúde, b) a análise das práticas de atenção à saúde, c) a análise da gestão setorial e d) a análise da organização social. Isso significa que as atividades de formação devem abordar não apenas aspectos técnicos e científicos, mas também aspectos relacionados à gestão dos serviços de saúde e à participação dos usuários e trabalhadores no planejamento e na avaliação das políticas de saúde no SUS.

Esses elementos, pensados de forma crítica, possibilitam o cruzamento dos conhecimentos dos saberes formais com os saberes operados na realidade, além da inclusão da tecnologia, tornando o cotidiano um lugar de problematização e desconforto, que permite a prática da Educação Permanente em Saúde. A adoção dessa política pública é fundamental para o desenvolvimento dos trabalhadores na área da saúde. Ela traz em si uma proposta pedagógica que busca a formação contínua dos profissionais, atualizando seus conhecimentos e habilidades de acordo com as demandas que emergem do cotidiano. Isso significa que as atividades de formação devem considerar as particularidades de cada região e de cada grupo social, buscando formas adequadas de abordar as questões de saúde e promover a equidade no acesso aos serviços e cuidados. Assim como, também vão incorporando os novos saberes e avanços científicos que propiciem uma melhoria dos cuidados ofertados no âmbito do SUS (CECCIM, 2005).

Neste sentido, Machado (2015) traz a retomada da importância dos escritos de Paulo Freire (1996) sobre a questão da autonomia e da intercessão entre saúde e educação e de como o processo educativo, o ensino e o trabalho em saúde “... estão associados e em construção, interagindo com o meio físico, social e cultural, considerando as subjetividades, as realidades e os valores dos sujeitos envolvidos nesse processo.” (p. 295).

Aqui vale destacar a conceituação de espaços formais e não-formais de construção de aprendizagem. Os elementos apontados por Gohn (2006) sobre onde os processos de aprendizagem podem ocorrer fora dos espaços historicamente reconhecidos como lugar de formação, afirma que essa aprendizagem pode ocorrer nos mais diversos espaços. Importante para esse estudo é a ideia de que “... a educação não-formal é aquela que se aprende no mundo da vida”, via os processos de compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivos cotidianas” (p. 28).

Outro aspecto importante tratado neste estudo é que auxiliam na sustentação de nossa pesquisa é o fato da autora alegar que o processo de aprendizagem nesses espaços não-formais, “...o grande educador é o “outro”, aquele com quem interagimos ou nos

integramos” (GOHN, 2006, p. 29). Essa afirmação coloca o cotidiano de trabalho desenvolvido no CAE como esse espaço privilegiado de ensino-aprendizagem para o trabalho em saúde.

Ainda sobre a temática da construção de percursos formativos nas profissões de saúde, Jaeger (2023) acrescenta elementos importantes a serem considerados para que seja viabilizada a formação, a atenção, a participação e a gestão do SUS, de acordo com as demandas das pessoas, dos coletivos e das redes de relações que constituem territórios de vida. Se faz necessário uma educação e trabalho na saúde perfilados com os princípios e diretrizes do SUS, com a valorização concreta de trabalhadoras e trabalhadores, com a gestão democrática e participativa, com a educação permanente em saúde, com o trabalho em equipe multiprofissional sob uma práxis interprofissional, reconhecendo a importância da construção das práticas cuidadoras, devendo-se pensar em serviços que favoreçam o acolhimento de usuários e a ampliação da resolutividade às necessidades sociais e clínicas em saúde, que “desprecarizem” emprego e relações de trabalho, que criem postos de emprego, sua interiorização e ampla identificação com arranjos locais.

Desse modo, é imprescindível reconhecermos a urgência de incorporar mudanças nos processos de ensino e aprendizagem dos cursos da área da saúde. Devemos adotar uma mentalidade que consiga compreender a complexidade das políticas de saúde e educação, reconhecendo que nosso objetivo não é apenas informar sobre saúde, mas sim transformar os conhecimentos existentes em busca do desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade tanto individual quanto coletiva no cuidado com a saúde (DIAS et al., 2016).

Apesar de ter sido criado e estruturado como um modelo de assistência ao paciente, o CAE no INTO, pode ser considerado como espaço frutífero para as práticas de Educação Permanente em Saúde, como já apontado anteriormente. Sendo um exemplo de atenção no qual se discute e reflete sobre a prática profissional vigente, que possa ser ainda um local para problematizar essa prática e tornar o trabalho em equipe cada vez mais próximo ao conceito de atenção integral e humanizada ao usuário, tendo como uma das bases fundamentais para a formação em saúde no exercício permanente do diálogo. Isso envolve a criação de um ambiente aberto e acolhedor, onde os profissionais se sintam confortáveis para compartilhar ideias, questionar e debater diferentes pontos de vista.

O diálogo permite a construção conjunta de conhecimento e contribui para o desenvolvimento de práticas transformadoras que fortaleçam o caráter pedagógico do CAE possibilitando a transformação do fazer profissional no seu cotidiano, construindo

a reflexão e avaliação do cuidado em saúde trabalhados em conjunto (profissionais de saúde, gestores e usuários dos serviços) para alcançar objetivos comuns. Essas parcerias podem envolver a colaboração em diferentes etapas do processo de cuidado.

Desta feita, comungamos do entendimento de que o exercício da Educação Permanente em Saúde é complexo e busca-se a ruptura da atenção pautada no modelo biomédico e das práticas verticalizadas. Buscando a integração do trabalho em equipe multiprofissional em um processo que envolve a troca de experiências e saberes, o respeito à diversidade, a cooperação na construção de uma assistência à saúde baseado no exercício permanente do diálogo. Esses elementos contribuem para a criação de um ambiente de trabalho colaborativo e eficiente, capaz de alcançar resultados significativos para usuários do sistema de saúde, bem como para a consolidação do próprio SUS enquanto política pública, colocando como parte do processo do cuidado a defesa da política pública de saúde, do SUS e do compromisso ético político com a formação e o trabalho em saúde.

4 METODOLOGIA

A proposta deste estudo teve suas bases no modelo qualitativo, revestindo-se de caráter exploratório e fundamentado na concepção histórico crítico e dialética. Segundo Minayo e cols. (2002), utilizando-se dessa metodologia, o pesquisador trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que implica em enxergar as relações de maneira mais aprofundada e não, simplesmente, sobre variáveis preestabelecidas. A utilização dessa metodologia requer do pesquisador abertura para observar o objeto de estudo de modo a compreendê-lo inserido no real.

O processo metodológico foi composto pelo procedimento de revisão bibliográfica e documental, base de sustentação da investigação científica. Como instrumento complementar, de percepção dos trabalhadores, aplicamos um questionário composto de perguntas fechadas e abertas, que mesmo diante de uma abordagem com contornos mais restritos, abriu espaço à interpretação e possibilitou a identificação de significados e sentidos subjetivos e, por fim, organizamos e analisamos os dados coletados na pesquisa.

O cenário que realizamos o estudo foi o INTO, um hospital da rede federal do SUS, localizado no Rio de Janeiro, onde a atuação é atenção em alta complexidade, com foco no cuidado ao paciente com patologias ortopédicas.

Os dados para a realização dessa pesquisa foram coletados junto aos profissionais que desenvolvem seu trabalho diretamente nos CAE. Após a submissão e autorização da realização da pesquisa por parte Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do INTO, os participantes foram convidados e esclarecidos a concordar com a realização dessa pesquisa, através da assinatura do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE), conforme preconiza a Resolução CNS n.º 510/16 para pesquisas com seres humanos.

O número total de participantes para a pesquisa era de sessenta e seis profissionais que compõem os 03 CAE com o maior número de usuários em fila de espera, sendo Doenças da Coluna Vertebral, Joelho e Quadril. Fundamentalmente, a pesquisa estava focada nas categorias profissionais que compõe a equipe mínima do CAE, composta pelo médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo.

A disposição dos profissionais é assim definida:

- a) Centro de Atendimento Especializado de Doenças da Coluna Vertebral: dez médicos ortopedistas, dois enfermeiros, dois assistentes sociais e dois psicólogos.
- b) Centro de Atendimento Especializado de Joelho: dezessete médicos ortopedistas, quatro enfermeiros, quatro assistentes sociais e dois psicólogos.
- c) Centro de Atendimento Especializado de Quadril: doze médicos ortopedistas, três enfermeiros, quatro assistentes sociais e três psicólogos.

Após a aprovação da pesquisa pelos CEP EPSJV e CEP INTO sob o CAAE n.º 64939322.9.0000.5241, teve início etapa da pesquisa de campo.

A partir da coleta das informações realizamos uma sistematização com os dados obtidos, definindo aspectos que caracterizam não apenas a percepção dos profissionais em relação à importância dos CAE, mas também aspectos relacionados ao trabalho multiprofissional e a importância do processo de capacitação permanente em serviço.

O questionário foi composto de perguntas fechadas e abertas. As questões abertas forma agrupadas, conforme as respostas e analisadas utilizando a técnica de análise de conteúdo e relacionando as inferências teóricas que compõem o escopo teórico que sustenta esse estudo. Elas também contribuíram para uma melhor construção da caracterização do cenário no qual se desenvolve o trabalho.

As perguntas abertas foram analisadas, após agrupamento de sentido, utilizando a técnica de análise de conteúdo. Conforme indica Cavalcante e cols. (2014),

(...) a análise de conteúdo se constitui de várias técnicas onde se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. Desta forma, a técnica é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não) permitindo a realização de inferência de conhecimentos (p. 14).

Minayo e cols. (2002) chamam a atenção para três obstáculos que possam interferir numa análise eficiente, quais sejam: a ilusão do pesquisador em acreditar que as conclusões sejam óbvias; o fato de o pesquisador se envolver demasiadamente com os métodos e técnicas a ponto de esquecer os significados presentes nos dados; e a dificuldade que o pesquisador possa ter em articular teoria e prática.

Portanto, a proposta de análise da pesquisa pretendeu enfatizar os sentidos e significados dos sujeitos pesquisados e, assim, criaram possibilidades para a pesquisadora, sob a luz dos referenciais teóricos, realizar inferências e interpretações que vão sustentar o processo de análise.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório fundamentado na concepção crítica e dialética. A pesquisa de campo foi realizada por meio da aplicação de questionário direcionada para os profissionais de saúde que compõe a equipe mínima (médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo), que atuam nos CAE de Doenças da Coluna Vertebral, Joelho e Quadril do INTO.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um questionário composto por perguntas fechadas para obter o perfil desse profissional, outras de natureza classificatórias para os mesmos avaliarem o trabalho multiprofissional e por questões abertas para que eles pudessem discorrer sobre o assunto proposto.

Em março de 2023 foram realizadas três apresentações que abordavam o tema e o objetivo da pesquisa nas reuniões dos respectivos CAE: Joelho, Doenças da Coluna Vertebral e Quadril. Após as reuniões foram obtidos os e-mails dos profissionais que se interessaram em participar da pesquisa para o envio do questionário e da via do RCLE. Neste mesmo mês, iniciamos o envio do e-mail convite, do RCLE e do link do questionário criado através do Formulário Google[®]. Como recebemos poucas respostas nesse primeiro momento, fizemos uma nova rodada com os possíveis participantes e reforçamos, no mês de abril, o convite enviado anteriormente por e-mail. A partir daí passamos a acompanhar diariamente os retornos das respostas e mesmo se mantendo ainda com poucos participantes, resolvemos estender o prazo para retorno até o final de maio.

O universo de profissionais que compõe estes 3 CAE, entre enfermeiros, médicos, assistentes sociais e psicólogos, somam 65 pessoas. Dentro deste universo, não foi possível o contato com aproximadamente 10% dos profissionais, ou por falhas de comunicação, ou ausência de contato. Assim, o tempo de aplicação do questionário foi realizado em um período de 3 (três), entre março e maio de 2023. Ao final da data limite para obtenção das respostas, atingimos um total de 30 profissionais participantes da pesquisa.

Do total de participantes da pesquisa, todas as categorias que compõe a equipe mínima dos CAE foram contempladas, agrupados da seguinte forma: do CAE de Doenças da Coluna Vertebral responderam ao questionário 8 médicos, 1 enfermeira, 2 assistentes sociais e 1 psicóloga; do CAE Joelho obtivemos as respostas de 2 médicos, 3 enfermeiras, 4 assistentes sociais e 1 psicóloga; e do CAE Quadril tivemos o total de 3 médicos, 4 assistentes sociais e 1 psicólogo participando.

Como algumas categorias profissionais obtivemos a resposta de apenas um profissional por CAE, para garantir o sigilo utilizaremos na transcrição das considerações dos profissionais o código “participante”, seguindo do número sequencial de acordo com a ordem das respostas recebidas.

Assim, os dados coletados foram analisados no período de julho a agosto de 2023 e o processamento das respostas dos participantes seguiu as orientações do tipo de pesquisa qualitativa, com análise por meio de categorias.

De acordo com Minayo (2012), a análise dos dados na pesquisa qualitativa é uma das etapas da investigação, mas todas elas supõem a presença e o acompanhamento do pesquisador, discorrendo que a análise e o trato dos dados devem seguir;

O percurso analítico e sistemático, portanto, tem o sentido de tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria-prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade (p. 626).

Porém, antes mesmo de iniciar o processo de análises dos dados obtidos, empreendi uma revisão bibliográfica direcionada a identificação de categorias de análises em pesquisas, que tiveram como objeto de estudo questões que se relacionassem ao meu objeto. Em seguida, iniciamos o destaque das categorias de análise presentes nos questionários, realizando a separação e organização do material coletado, assim como uma leitura inicial das respostas. Após essa análise preliminar, as respostas dos participantes foram exaustivamente lidas, para que pudéssemos nos apropriar dos dados apresentados, compreendê-los e interpretá-los. Foram feitas separações e recortes das respostas dos participantes, para construir unidades de registros, que tivessem vinculação ao tema estudado (MINAYO, 2012).

De posse das considerações dos participantes da pesquisa, foram identificadas três categorias de análise, separadas em blocos temáticos, não considerando nenhuma distinção de categoria profissional e completude da resposta, a saber: integralidade em saúde, trabalho em equipe multiprofissional e formação profissional para atuação em equipe multiprofissional.

Os resultados estão apresentados seguindo a seguinte cadeia lógica: inicialmente apresentamos o perfil construído com base nas informações prestadas pelos participantes da pesquisa; em seguida trazemos as perguntas classificatórias que apresentam de forma escalonada a percepção dos profissionais de saúde, sobre os eixos temáticos componentes

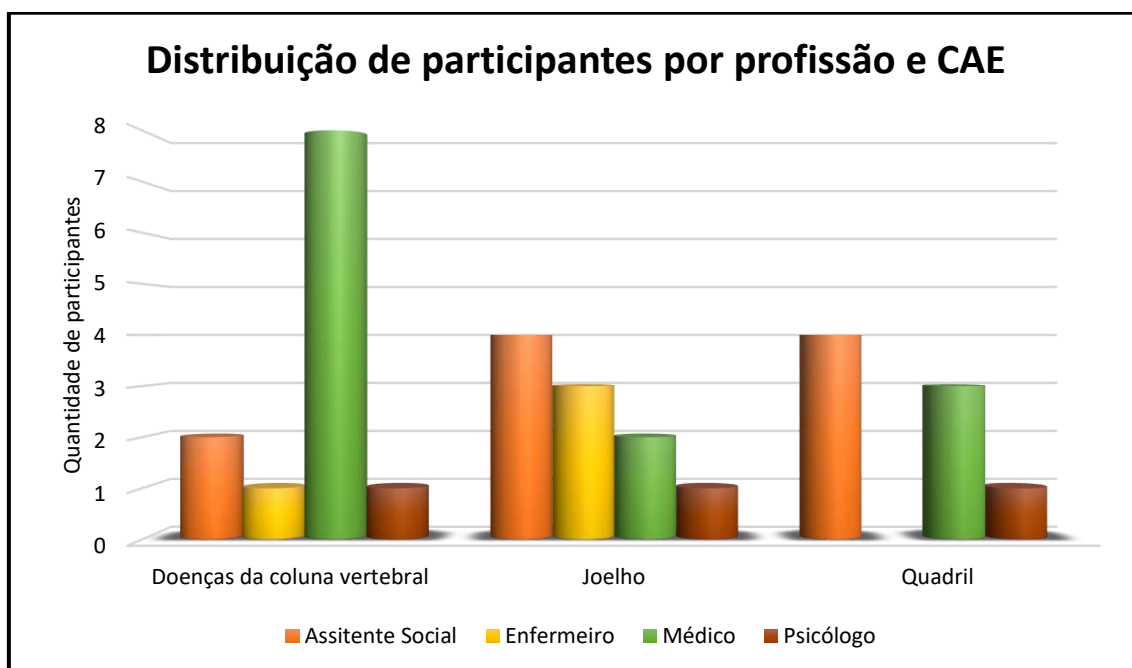
da pesquisa; e por fim, fizemos as análises das categorias emergentes das concepções dos participantes sobre o tema.

A primeira etapa do questionário era formada por perguntas fechadas para caracterização do profissional de saúde participante da pesquisa. Em relação às categorias profissionais obtivemos a participação de 13 médicos, 4 enfermeiros, 10 assistentes sociais e 3 psicólogos. Sobre a lotação do participante por CAE a maioria dos participantes está lotado no CAE de Doenças de Coluna Vertebral.

Destaco que, enquanto assistente social do INTO, atuei durante muitos anos no CAE de Doenças da Coluna Vertebral, sendo esse um possível indicativo de maior participação da equipe multiprofissional na pesquisa. Assim como, sendo uma profissional assistente social do instituto, isto também se tornou um possível indicativo a participação integral das assistentes sociais lotadas nos CAE escolhidos para a realização da pesquisa.

Na figura 2 é possível ver a distribuição de profissionais, de acordo com suas respectivas categorias de formação, com os respectivos CAE aos quais atuam.

Figura 2 – Distribuição dos participantes de pesquisa por categoria profissional e CAE.



Fonte: a autora.

Considerando o tempo de formação da graduação dos profissionais que atuam nos CAE 43,3% possui entre 15 a 20 anos de formados, 36,6% tem mais de 20 anos de formados, 16,6% entre 10 e 15 anos e 3,3% entre 5 e 10 anos. Destacamos que a maior

parcela dos participantes teve seu processo de formação ao final da década de 1990 e início do ano 2000.

Sobre a atuação na equipe multiprofissional no modelo de atendimento do CAE 46,6% dos participantes atuam dessa forma há mais de 12 anos, o que podemos destacar aqui, é como esse modelo tem se mantido com uma equipe de referência ao longo dos anos.

Esse dado promove uma reflexão acerca da fixação dos profissionais em determinadas funções dentro do Instituto. Assim como, mesmo com os desafios e precariedades, ao qual o trabalho no SUS é submetido ao longo dos seus anos de implantação, o INTO mantém a estruturação mínima da lógica de cuidado ofertada em CAE.

Essa organização, de fato, se consolidou ao longo dos anos como eixo estruturante da atenção ao usuário do SUS, com reconhecimento tanto no próprio instituto quanto por outros serviços. Hoje, somos visitados por outras instituições e por profissionais, que reconhecem que, esse modelo assistencial desenvolvido pelo INTO é um modelo a ser seguido para o cuidado em saúde e em especial na área de traumatologia e ortopedia.

Nas perguntas classificatórias, indagamos se o trabalho multiprofissional realizado no INTO era satisfatório, grande parte dos profissionais (46,6%) responderam com nota 4 sendo 5 a nota máxima. E em relação à nota máxima, 26,6% deram esse conceito ao trabalho desenvolvido, apontando assim que a maioria dos entrevistados avalia positivamente esse trabalho.

A importância da discussão sobre a inserção do trabalho multiprofissional, como lógica de cuidado prioritária no INTO passou por processos de fortalecimento e de desmobilização ao longo do seu percurso de implantação. No entanto, podemos perceber no cotidiano institucional, bem como nas reflexões dos participantes da pesquisa, que a prática do trabalho em saúde em equipes multiprofissionais se sustenta de modo legítimo entre os profissionais de saúde da instituição.

Mesmo não surgindo de modo sistemático, podemos observar que a temática do trabalho em equipe multiprofissional permeia o cotidiano assistencial e emerge como questão em diversos momentos do campo da prática em saúde. Aqui não estamos falando de elaborações teóricas sobre os limites dos saberes disciplinares, dos campos de práticas de cada categoria profissional ou do nível de interação entre esses saberes, mas sim da construção da intervenção coletiva necessária para responder determinada questão emergente da realidade (FURTADO, 2007).

O trabalho em equipe multiprofissional adquire assim um reconhecimento e legitimação entre os próprios trabalhadores. Mesmo que o modelo tenha sido introduzido por um dispositivo de gestão, em uma dinâmica de “cima para baixo” o encontro proporcionou reverberações positivas entre os profissionais de saúde que compõem o corpo funcional do INTO. Isso não imuniza esse modelo a questionamentos e períodos de desmobilização desse formato de organização do cuidado, no entanto, podemos observar que mesmo sujeito a esse processo de “sazonalidade” na sua organização, os profissionais reconhecem sua importância.

Em relação à qualidade da formação profissional desses participantes para atuarem em equipe multiprofissional, 46,6% deram o valor máximo a essa pergunta, demonstrando que consideram que a sua formação contribuiu para atuarem em equipe multiprofissional.

A questão da formação para atuação em equipes multiprofissionais ainda é um ponto muito controverso nos espaços formais de ensino em saúde. Mesmo sendo reconhecido como o modo mais eficaz para atuação em saúde, o trabalho multiprofissional não surge como uma disciplina nos espaços de formação, mas como um eixo transversal as organizações disciplinares. Como apontado por Figueiredo e Orrillo (2020), a formação do profissional de saúde para garantir um cuidado integral precisa também “aprender a trabalhar em equipe, compreendendo que equipe não é só um conjunto de pessoas relacionadas no processo de cuidado” (p. 24).

Aqui fazemos um apontamento oportuno trazido por Baptista (2021), quando refletindo sobre o processo de cuidado em saúde e a formação necessária para esse exercício, diz que “(...) a formação em saúde não é a formação de um pensamento técnico e neutro, mas de um conjunto de ferramentas e dispositivos que podem ser acionados no processo de cuidado relacional.” (p. 115) Essa mesma autora ainda acrescenta a importância de que nesse contexto, também é necessário pensar no cuidado de quem cuida, onde “(...) o trabalhador da saúde precisa encontrar um espaço de dignidade para exercer seu ofício, precisa ser respeitado e ter a oportunidade de se colocar em reflexão no tempo condizente com o cuidado” (p. 115).

Seguindo com esse pensamento, Machado (2015) apresenta que a questão da formação em saúde na atualidade deve considerar um conjunto de determinantes, que permitam o domínio da técnica e a capacidade de agir politicamente. Pensada desta forma, como esclarece a autora, essa formação poderá contribuir para uma prática profissional

sintonizada com os princípios e diretrizes do SUS, de modo a fortalecê-lo “nos marcos dos direitos sociais e da atenção integral à saúde com equidade e universalidade” (p. 295).

Ampliando ainda mais as relações que envolvem o processo formativo em saúde, Machado (2015) aponta a necessidade de articulação da formação desses profissionais, colocando como fundamental a articulação entre as políticas de educação, saúde, ciência, tecnologia e inovação em saúde como forma de rompimento com a prática de políticas isoladas. Esse alerta, feito pela autora, corrobora para o entendimento que a qualidade do ensino em saúde não pode ser pautada somente em fatores técnicos. Mas que proporcione uma ampliação da capacidade de articulação entre esses e os mais diversos fatores que compõem a necessidade formativa para intervenção na realidade em saúde.

Ultrapassando a discussão do processo de formação nos espaços formais de ensino em saúde, é importante considerar também o papel desempenhado pela Educação Permanente desenvolvida nas próprias instituições. Esse lugar, formalmente reconhecido como um ambiente de formação, contribui para a construção do percurso formativo em saúde, contribuindo com a:

atualização cotidiana das práticas, segundo os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis que contribuem para a construção de relações e processos que emergem do interior das equipes, com seus agentes e práticas organizacionais, interinstitucionais e intersetoriais (MACHADO, 2015, p. 302).

A compreensão existente de todos esses fatores na construção do processo de formação dos profissionais de saúde, traz consigo a necessidade de empreender uma revisão nos percursos formativos nos espaços formais de ensino, bem como revisar as ações desenvolvida nas instituições de saúde.

Dutra (2021) acrescenta um aspecto importante a ser considerado quando se trata da formação em saúde nos espaços de atuação profissional. Ela discute a colaboração como uma ação essencial para se pensar a atuação profissional. Explica que este, se constitui como o intuito dos profissionais da saúde em trabalharem conjuntamente, “a partir de objetivos maiores compartilhados, mas sem perder seus próprios interesses e certo grau de autonomia e independência.” (p. 183). Entendemos que hoje, temos essa colaboração, como eixo norteador entre os profissionais que desenvolvem seu trabalho nos Centros de Atenção Especializado do instituto.

Considerando a atuação no CAE na perspectiva do conceito ampliado de saúde, 36,6% aplicaram nota 4 para essa forma de atuação e 33,3% aplicaram a nota máxima.

Compreendendo que os profissionais reconhecem que a forma de atuação nesse modelo de atendimento está consoante com o preconizado no conceito ampliado de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) na segunda metade do século XX propõe uma definição mais abrangente da saúde, como o “completo bem-estar físico, mental e social” essa concepção tinha por propósito superar o conceito de saúde vinculado apenas aos aspectos biológicos, dominante na especialidade médica. Assim, o conceito ampliado de saúde teve destaque. No Brasil, essa perspectiva ampla da saúde esteve presente no próprio movimento de reforma sanitária e posteriormente nas legislações do SUS, considerando os determinantes e condicionantes sociais na saúde.

O trabalho realizado no CAE vai ao encontro desse conceito de saúde a partir do entendimento do usuário, não apenas como a parte do corpo em adoecimento, mas como um todo, visando o atendimento integral a suas questões, considerando seus aspectos biopsicossociais. Caminhando juntos nesse sentido, entendemos que a construção da formação para o trabalho em saúde exige uma prestação de cuidados de modo acessível, contínuo e abrangente, necessitando assim de novas formas de organização do “fazer” em saúde (DUTRA, 2021).

Ainda perguntamos nesse processo classificatório se a equipe percebe que o INTO apresenta interesse em manter esse modelo de atendimento e a maioria dos profissionais (40%) responderam com nota máxima. Assim, os participantes manifestaram que no seu entendimento esse trabalho é consolidado no instituto e a instituição tem interesse na sua manutenção.

Durante o período pandêmico no qual esse modelo de atendimento ficou suspenso para responder à emergência pública em saúde, observamos como os profissionais apontavam a ausência do trabalho realizado pelo CAE e como a falta desse impactava na construção do processo de cuidado durante as internações. Em alguns momentos, tivemos receio de como seria a retomada do trabalho e como isso se daria, uma vez que todo o modelo organizativo, até então posto, tinha sido adaptado para a oferta de cuidado em outro formato. No segundo semestre de 2021, ainda com algumas dificuldades e adequações necessárias ao momento, o modelo de atuação realizado no CAE foi retomado.

Conjecturando que nos anos de Governo de Michel Temer e de Jair Bolsonaro a contrarreforma do estado foi implementada em ritmo acelerado, com a proposta de um projeto privatista das políticas sociais, dentre elas a de saúde, tivemos rebatimentos com o corte de recursos financeiros repassado ao instituto em tela. Além disso, como proposta

de Governo de Jair Bolsonaro para a saúde estava o “choque de gestão” nos hospitais e institutos federais sob a alegação da falta de eficiência destes (BRAVO et al., 2020). Então, o foco na produtividade ficou evidente nesse governo, principalmente para o INTO, diante da fila de espera de pacientes por procedimento ortopédico no país.

A derrota do Bolsonaro e a posse do presidente Lula em 2023 sinaliza para a uma retomada das lutas sociais em defesa das políticas públicas e de afirmação do SUS público e de qualidade. Percebemos que o INTO, em consonância com a retomada do protagonismo dessas pautas, se fortaleceu novamente para a continuidade do seu formato de atendimento baseado no cuidado multiprofissional e no conceito ampliado de saúde, ainda que permaneça essa cobrança pelo aumento de produção cirúrgica.

Sobre o modelo do CAE como um espaço de formação e aprendizado, os profissionais, em sua maioria (40%) responderam com nota 4 e 36,6% aplicaram a nota máxima, assim a maior parcela dos participantes entende que o CAE é também um espaço de formação profissional.

Apesar do modelo do CAE ter como foco a atenção em saúde, ele se tornou também um espaço de formação e aprendizagem para seus participantes. Assim, o CAE remete a educação permanente a partir do momento que se apresenta como um espaço de aprendizagem no trabalho, onde as trocas de saberes acontecem no cotidiano das reuniões e atendimentos no espaço de trabalho do instituto (BRASIL, 2018). Dito isto, com as respostas a essa questão ficou evidenciado que esse formato de atenção se mostrou para os profissionais como uma estratégia para a formação e aprendizagem.

Em relação à etapa do questionário de perguntas abertas, foram organizados 5 itens com o objetivo de levar os participantes a discorrerem sobre a temática. Percorrendo os assuntos referentes ao modelo de atendimento multiprofissional e o incentivo da instituição para a manutenção do mesmo, assim como o processo formativo para atuar neste formato e a reflexão deste como um espaço de formação e qualificação profissional.

Seguindo com a análise dos resultados da coleta de dados, apresentaremos as categorias emergentes das perguntas abertas, de modo que ao final, possamos compreender, de modo articulado, como esses conceitos se interrelacionam, mesmo que para fins de melhor compreensão do texto, venham apresentados separadamente.

➤ **Integralidade em saúde.**

Esta é uma das categorias apuradas no questionário, estando presente mais fortemente na primeira pergunta, que teve em vista entender como o trabalho no modelo

de CAE, que foi instituído pelo INTO em 2006, diferencia o atendimento ao usuário. Nessa pergunta buscamos compreender se o profissional entende esse espaço como um diferencial para a qualidade do atendimento prestado. Dentre as respostas destacamos três falas:

“objetiva olhar para o paciente como um todo, em suas múltiplas determinações sociais e não apenas a sua doença, proporcionando, assim, uma atenção integral.” (Participante 10).

“O trabalho permite o atendimento ao paciente no sentido da integralidade e da sua consideração como sujeito inserido na totalidade das relações sociais.” (Participante 16).

“O trabalho nesse modelo proporciona um atendimento integral ao paciente.” (Participante 19).

As considerações vão ao encontro do entendimento da integralidade em saúde. A integralidade da assistência, como princípio do SUS, é entendida legalmente como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). Mas existem outros sentidos para sobre integralidade em saúde, Mattos (2006) defende que o conceito de integralidade é polissêmico, apresentando pelo menos três sentidos: o primeiro como atributos da boa prática profissional, o segundo como modo de organizar os serviços de saúde e o terceiro vinculado as respostas governamentais aos problemas específicos da saúde. A semelhança entre esses sentidos é a recusa pelo reducionismo tanto, na prática, quanto na organização, como também na política de saúde.

Diante do exposto, o modelo de atenção do CAE busca um atendimento integral ao usuário. Oferecendo uma prática de saúde em equipe multiprofissional utilizando como estratégia a clínica ampliada, vislumbrando a participação do usuário nas decisões sobre sua saúde e entendendo que a saúde tem como fatores condicionantes e determinantes as condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, educação, acesso a bens e serviços entre outros.

Ainda nessa temática, encontramos duas respostas que vão focar no conceito ampliado de saúde, indo ao encontro do preconizado pelo SUS e pela PNH.

“Diversifica fornecendo a oportunidade do paciente receber um atendimento multiprofissional, voltado para os mais diversos olhares profissionais, preconizando assim, o conceito de saúde não como ausência de doença, mas sim como um estado completo de bem-estar físico, mental e social.” (Participante 05).

“(…) a equipe multiprofissional permite que aconteça o fundamental para um atendimento de qualidade ao paciente, em que não só o aspecto médico - ortopédico é levado em conta, mas também os aspectos emocionais, sociais e espirituais (...)” (Participante 24).

O entendimento da integralidade como uma prática que não reduz o usuário ao seu problema biológico, mas que o considera como um todo, vislumbra proporcionar uma oferta do cuidado que implica os sujeitos. Correlacionado com a perspectiva que seria da organização das práticas, o modelo de atendimento pesquisado almeja a horizontalidade das ações. Assim, entendemos que a integralidade requer a compreensão de uma construção coletiva entre os sujeitos implicados no processo (MATTOS, 2006).

Ainda sobre integralidade, Peduzzi (2009) apresentou contribuições refletindo sobre a ideia de equipe de saúde atuando com o respaldo na atenção integral ao paciente, considerando os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação. Desta forma, a equipe de saúde “precisa de integração para assegurar a integralidade da atenção à saúde”, não adianta apenas a coexistência de profissionais para um atendimento integral ao usuário. Essa equipe precisa construir um trabalho coletivo com a interação dos profissionais de diferentes áreas, articulando através da comunicação as ações e saberes (p. 275).

Sobre a questão da construção do trabalho em equipe na área de saúde, congregando diversos autores que estudam esse tema, Dutra (2021) coloca ainda a importância de que esse trabalho seja tido como processo que visa um fim comum, que seja, a melhor oferta do cuidado em saúde considerando as necessidades específicas dos usuários dos serviços. Para tal, concordamos que essa relação deve se basear em alguns elementos, como a reciprocidade na comunicação e interação social, a qual pode aparecer nas equipes, de diferentes formas, variando conforme o grau de interação que essa tenha alcançado (PEDUZZI et al., 2020; CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Continuando na primeira pergunta aberta da pesquisa, as respostas demonstram que a equipe que atua nos CAE compreende o entendimento do trabalho realizado e o motivo pelo qual estão atuando ao longo dos anos nesse modelo. Em outra resposta também ficou claro que existem dificuldades para que esse modelo aconteça conforme o

preconizados nas políticas públicas e nas diretrizes do instituto. Destacamos uma resposta.

“Atuação multiprofissional, favorece o atendimento salutar do paciente e suas demandas. Porém gostaria que o atendimento fosse multidisciplinar com maior engajamento de todos os profissionais.” (Participante 17).

A implementação da proposta de clínica ampliada prevê que a participação dos profissionais é parte fundamental para o sucesso da prática, mas não apenas isso. É preciso investimento em formação para a compreensão da complexidade que permeia o SUS e a construção de práticas coletivas (BRASIL, 2010). Diante do exposto, refletir ainda sobre como esses trabalhadores, considerados sujeitos da mudança, estão sendo vistos e cuidados. As condições de trabalho, as cobranças por produtividade, a falta de profissionais, falta de incentivo financeiro faz com que o profissional fique sobrecarregado diante da demanda desse modelo de atendimento.

Apesar dos avanços em relação à clínica ampliada e a sua construção no instituto, não podemos deixar de lembrar a conjuntura de desmonte do estado que estamos vivendo. Com a redução de orçamento para os próximos quatro anos, com a clara remissão do estado nas políticas sociais para o repasse dos recursos financeiros para o pagamento da dívida pública. O reflexo dessa contrarreforma rebate nos trabalhadores com a redução de direitos e a super exploração (BEHRING et al., 2020). Ao encontro disso temos uma equipe de saúde cansada e desmotivada, abatida por uma pandemia na qual esteve atuando com as limitações impostas e muitas vezes em condição precária.

➤ **Trabalho em equipe multiprofissional.**

A segunda categoria apurada, que relaciona o trabalho em equipe multiprofissional, foi observada em duas questões específicas. Sendo a terceira questão relacionada a necessidade da formação do profissional para atuar na clínica ampliada e na questão de número 4, que aborda sobre o incentivo da instituição na atuação do modelo do CAE.

Na terceira pergunta aberta da pesquisa, visamos compreender o que o profissional considerava necessário em sua formação para atuar com base na clínica ampliada e na PNH. Dentre as reflexões dos participantes ficou clara a necessidade do maior entendimento sobre a política de saúde brasileira. Destacamos que poucos profissionais fizeram referência a PNH ou mesmo a clínica ampliada enquanto dispositivo desta

política. Dentre os participantes que fizeram alusão a PNH, destacamos duas respostas para análise.

“O conhecimento sobre o Sus e seus princípios; a compreensão da concepção ampliada da saúde e do necessário envolvimento de vários trabalhadores e usuárias/os no processo saúde-doença; o entendimento de usuárias/os como sujeitos de direitos e conhecedor da sua situação de saúde e realidade de vida e trabalho; o conhecimento sobre a política de humanização.” (participante 16).

“O incentivo que os profissionais conheçam a política de humanização, que valorizem a troca de saberes.” (Participante 29).

Podemos considerar, diante da ausência dessa temática na resposta dos profissionais, que a PNH foi muito difundida no final dos anos 1990 e início dos anos 2000, como transversal a toda rede SUS, com seus princípios e diretrizes. Porém, ao passar dos anos foi se perdendo enquanto proposta de mudança no modelo de atenção e de gestão. No Instituto, onde se realizou esse estudo, os seus dispositivos permanecem em prática, mas não sendo vinculados a política, mas como se o mesmo fosse um modelo próprio do INTO. Assim, o CAE como dispositivo de clínica ampliada, implementado com: equipe multidisciplinar de referência, projetos terapêuticos integrados e protocolos de atendimento. E ainda, com dispositivos de gestão como colegiados assistenciais, se apresentam como organização do instituto e perdem ao longo do tempo a sua vinculação com os dispositivos da política que o fizeram existir (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Mas, foi com base na PNH que o instituto em 2006 criou seu plano diretor e implementou seus dispositivos. Sabemos que a PNH, não pode ser pensada isoladamente e que precisa ser compreendida por meio de direitos já garantidos nas duas leis orgânicas da saúde e antes de tudo na Constituição Federal de 1988. Essas legislações já visavam a garantia da saúde como direito de acesso universal, equânime e integral.

Como discorre Conceição (2009), a PNH não se materializa como foi pensada devido ao processo de desresponsabilização do estado brasileiro, enquanto política ela não poderia desconsiderar essa realidade que atinge a política de saúde e que persegue e dificulta a implementação do SUS como pensando no movimento de reforma sanitária. Assim, a PNH se apresentou com ganhos pontuais, com as mudanças de postura nas instituições e pelos seus profissionais, mais do que uma mudança estrutural aprofundada sobre os determinantes da saúde.

Ainda referente a terceira pergunta, destacamos algumas falas sobre o trabalho em equipe multiprofissional. Essa categoria foi destacada ao longo das respostas dos participantes, como observado também nas considerações selecionadas para a análise referente à integralidade em saúde. Nesse sentido, às reflexões revisitaram a importância dessa forma de atendimento tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde.

“Respeitar o limite da sua área de formação, sem extrapolar ou invadir competências. Entender que a equipe multiprofissional abrange o atendimento do paciente por diversas categorias profissionais cada uma usando as suas ferramentas em prol do paciente.” (participante 18).

“Considero importante o estímulo sobre trabalho em equipe, o respeito e valorização de diferentes saberes e o conhecimento sobre o SUS.” (participante 01).

Destacamos, que o trabalho em equipe pode ser considerado um componente estratégico para a atuação cada vez mais complexa na saúde, como esclarecem os escritos de Campos e Domitti (2007) que apontam que o desenvolvimento desse trabalho em equipe é “ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.” (p. 400).

Podemos assim dizer que, buscar desenvolver o “fazer em saúde” dessa maneira, contribui para uma melhoria da oferta de cuidados no sistema, como posto por Peduzzi (2020), que atribui a esse modelo de trabalho o potencial de pode produzir melhores resultados ao atendimento ao usuário e uma maior satisfação do profissional de saúde.

A fala do participante 18 apresentou a questão do limite entre um saber e o receio de ultrapassar o saber do outro, importante observar que o trabalho em equipe se constitui como a articulação de diversas áreas considerando sua interdependência e complementaridade, através da ação e do diálogo (PEDUZZI, 2020). Esse modelo de trabalho, não exclui as diferenças técnicas dos profissionais envolvidos, “nem o desigual valor social dos trabalhos especializados das diversas profissões” (p. 01) assim as contradições do mundo do trabalho estão presentes e podem limitar essa forma de atendimento. Portanto, para o trabalho em equipe multiprofissional ser propositivo é necessária a prática colaborativa entre a equipe.

Nesse sentido, consideramos que o modelo de atendimento do INTO em equipe multiprofissional se constitui então em uma forma de prestação da atenção à saúde que se constrói através da intervenção no processo saúde-doença, na perspectiva múltipla e

participativa, resultado de uma interação entre os sujeitos envolvidos no processo que produzem as ações em saúde. Assim como, apontamos que a produção do trabalho em saúde, pautado nesse modelo, pode produzir, além de maior eficiência e eficácia do trabalho em seus níveis de assistência e gestão, também contribuir para a construção da autonomia do usuário (MATTA & MOROSINI, 2009; CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Desta feita, destacamos que a compreensão do trabalho em equipe multiprofissional, tem como pressuposto a superação da fragmentação dos saberes e da visão biomédica individualista. Que esse requer o pensamento voltado para o coletivo e para a busca da integralidade na atenção. Importante destacar que esse modelo é também espaço de tensões entre a autonomia do saber técnico e o diálogo, fazendo com que a comunicação seja uma peça fundamental para o bom desenvolvimento desse. Como enfatizam Campos e Domitti (2007), quando de modo sintético apontam que “o funcionamento dialógico e integrado da equipe de referência pressupõe tomá-la como um espaço coletivo, que discute casos clínicos, sanitários ou de gestão, e participa da vida da organização.” (p. 401).

Na penúltima pergunta obtivemos os questionamentos relacionados a postura da instituição diante da implementação desse modelo de atenção. Percebemos que uma parcela dos entrevistados não percebe o incentivo do instituto para a manutenção desse modelo. Como nas quatro respostas a seguir.

“Não acho que há incentivo, mas sim imposição” (Participante 01).

“É uma obrigatoriedade na forma de trabalho no Instituto, mas o incentivo institucional ainda é bastante embrionário, com quase nenhuma discussão sobre a sua importância no atendimento ao paciente e organização dos CAE.” (Participante 08).

“No atual momento considero que há pouco incentivo ao trabalho nos CAE em si. O que houve foi o estabelecimento do trabalho desta forma para cumprir um direcionamento legislativo (Política de Humanização do SUS).” (Participante 12).

“Acho que pode melhorar, com a política de valorização salarial de todos, além de incentivar o incremento de salário de acordo com a pós graduação, como acontece em Ciência e tecnologia” (participante 23).

Nessas considerações dos participantes percebemos, como discutido anteriormente, que a opção pela organização do trabalho na configuração de CAE ocorreu como uma determinação institucional de forma “de cima para baixo”, a partir da

constituição do plano diretor do INTO em 2006. E ainda atualmente alguns profissionais atuantes nessas equipes remetem a esse modelo como imposto pela gestão institucional. Porém, se o modelo se mantém até hoje de forma consolidada, supõe a cooperação da equipe para sua manutenção.

Nesse sentido, a adoção desse modelo, foi algo que foi orientado de modo geral como modelo assistencial no SUS nos anos 2000, a partir da adoção da PNH. Esse formato objetivava ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários do SUS. Com a adoção de uma atenção em saúde longitudinal como a adotada na atenção básica, no trabalho desenvolvido em policlínicas e hospitais, como o caso do INTO em alta complexidade em traumatologia e ortopedia (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Quando verificamos na fala dos participantes que há pouco incentivo nesse modelo de atendimento e uma dificuldade na implementação de uma política de valorização do profissional, remetemos a própria gestão de pessoal. Sobre a gestão de recursos humanos no SUS podemos destacar a criação da SGTES e as Normas Operacionais Básicas de Recursos Humanos para os SUS em 2002 e em 2005. Além desses avanços, destacamos ainda a criação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, mediante a publicação da Resolução CNS n.º 331, de 4 de junho de 2003. Durante o Governo de Jair Bolsonaro essa mesa teve suas atividades paralisadas, refletindo o desinteresse do então governo em negociar as necessidades dos trabalhadores de saúde. Temas como precarização do trabalho, baixos salários, déficit de recursos humanos, entre outros, são tratados nessa mesa. Com a eleição do presidente Lula em 2023, através da Resolução CNS n.º 708/23 se reinstalou essa mesa de negociação.

O retorno desse espaço de negociação com os trabalhadores da saúde apresentou alguns ganhos como aumento do salário do profissional de saúde e de auxílio alimentação. Conforme o portal da câmara dos deputados, a Medida Provisória n.º 1170/23, determinou um reajuste linear de 9% para todos os servidores federais civis, incluindo aposentados e pensionistas e o aumento do auxílio-alimentação, posteriormente essa medida foi aprovada com a lei n.º 14.673, de 14 de setembro de 2023 (BRASIL, 2023).

Observamos ainda na resposta dos participantes que o profissional percebe uma cobrança excessiva por produtividade que pode vir a se sobrepôr a qualidade do atendimento e a utilização deste como uma referência assistencial ao usuário. Destacamos as seguintes falas:

“Eu considero que o trabalho desenvolvido pelos CAE tem perdido espaço na dinâmica cotidiana da instituição. O único incentivo que identifico se refere a manutenção do atendimento pré-operatório multiprofissional no ambulatório, parte importante para o cômputo e alcance das metas institucionais.” (Participante16).

“Não vejo incentivo, pensando em equipe multiprofissional. Vejo cobranças, para que o serviço alcance metas de produtividade.” (participante 27).

Lembramos que o INTO tem sua história marcada por grandes dificuldades com o gerenciamento da fila de espera que ocasionam uma demora excessiva na realização do atendimento das demandas da população usuária dos serviços prestados no instituto. Apresentando certo receio por parte da população no que se refere a essa demora, uma vez que a grande mídia televisiva veicula com frequência reportagens, que focam nesse aspecto de modo parciais e pouco elucidativas quanto a oferta dos serviços nessa unidade de alta complexidade e como o sistema de oferta de procedimentos em traumatologia e ortopedia são ofertados no estado do Rio de Janeiro sem refletir sobre o motivo macro para que essa instituição seja sobrecarregada.

Diante da conjuntura que vivemos de cortes de verbas para políticas públicas, dentre elas a saúde, fica o desafio de fazer cumprir os lemas da reforma sanitária. Em sua maioria as reportagens são estratégias para criticar o SUS não buscando o seu aprimoramento, mas para defender o “modelo privado de gestão” (MATOS, 2014).

Desta feita, a cobrança por produtividade vem através da implementação da lógica de mercado no SUS, na qual hoje os profissionais e as instituições de saúde possuem metas de desempenho as serem alcançadas que rebatem na remuneração salarial e nas cobranças ministeriais. A lei n.º 11.784, de 22 de setembro de 2008, instituiu a Gratificação de Desempenho do Plano Geral de Cargos do Poder Executivo – GDPGPE I em função dos resultados obtidos na avaliação de desempenho individual e em função dos resultados obtidos na avaliação de desempenho institucional. Portanto, é compatível a fala dos profissionais quando destacam a pressão por produtividade e alcance de metas.

➤ **Formação profissional para atuação em equipe multiprofissional.**

Assim como no item anterior, esta categoria também foi observada em outras duas questões, estando visível nas perguntas de número 2 e 5. Na questão 2 aborda a formação do profissional para atuação em equipe multiprofissional e na 5ª questão como o entrevistado compreende o trabalho frente ao processo de formação continuada.

Na segunda questão trouxemos a discussão do processo formativo do profissional de saúde para a atuação no CAE. Dentre os participantes, 53% informam que durante seu processo formativo tiveram base para atuar em equipe multiprofissional. Alguns profissionais destacaram a residência como espaço de formação para essa atuação. Apresentamos três respostas com essa perspectiva:

“Minha experiência como residente me forneceu subsídios para o trabalho em equipe.” (Participante 01).

“Sim, além da formação acadêmica, a residência me deu subsídio para iniciar meus trabalhos com equipe multifuncional...” (Participante 17).

“Desde a graduação fui incluído em modelo de trabalho multiprofissional, inicialmente nos postos de saúde (...) Posteriormente durante a residência pude colocar em prática o trabalho em equipe e quando ingressei no CAE coluna, inicialmente como residente, me identifiquei e me adaptei muito bem a forma de trabalho.” (Participante 15).

A residência como experiência de trabalho multiprofissional teve destaque nas respostas dos participantes. No Brasil, a residência médica surge em 1944 vinculada ao departamento de ortopedia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, mas, somente em 1981 foi promulgada a lei n.º 6932/81 “instituinte a residência médica como ensino de pós-graduação sob forma de especialização e caracterizada como treinamento em serviço” (SILVA, 2016, p. 123). Nesse retrospecto histórico, Silva (2016), destaca ainda a iniciativa pioneira na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul que em meados de 1970 criou no campo da atenção básica o que foi considerada a primeira residência multiprofissional do Brasil.

Continuando nesse processo histórico, nos anos 2000 tivemos o financiamento pelo Ministério da Saúde de Residências em Saúde da Família, e a criação da SGTES apresentando a Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia de formação para o SUS. Além desses marcos, foram aprovadas as Normas Operacionais Básicas de Recursos Humanos para os SUS em 2002 e em 2005, e ainda a PNEPS em 2004. Diante

desse avanços, identifica-se uma ampla discussão sobre a formação dos profissionais de saúde para a atuação no SUS. Assim, em 2005 foi promulgada a lei n.º 11.129/2005 instituindo a Residência em Área Profissional de Saúde, nos moldes de pós-graduação lato sensu, voltada para educação em serviço, com funcionamento e organização compartilhados com o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (SILVA, 2016).

O reconhecimento da formação ao nível de residência eleva a importância desse tipo de pós-graduação na contribuição para a naturalização do trabalho em equipe na área de saúde. A experiência de profissionais atuando conjuntamente nas residências em área de saúde atribui, desde o início ao profissional de saúde residente, a importância da atuação pautada no trabalho em equipe.

Ainda sobre esse tema, vale destacar que o processo formativo nesses formatos de cursos, propõem uma forma diferente de correlacionar os problemas que atravessam a relação saúde-doença, considerando os determinantes sociais que influenciam nesse processo. Valoriza nesse processo formativo a competência de reconhecer os saberes da equipe e os construídos nessas. Bem como, estar aberto as trocas de experiências dos profissionais que as compõem e o exercício de liderança respeitosa. Sendo assim, a residência, pode, realmente, ser capaz de promover mudanças no campo da prática profissional, que podem levar a uma nova forma de trabalho (DUTRA, 2021).

Retomando as respostas ao questionário, podemos correlacionar a importância dessa experiência de ensino em serviço para a formação dos profissionais de saúde com a importância dada ao trabalho em equipe no cotidiano dos serviços junto aos profissionais de saúde, trazem as reflexões diante das práticas de saúde no SUS. Desta maneira, a residência se apresenta como uma etapa importante da formação, considerando que os profissionais que tiveram essa formação em saúde valorizem a atuação em equipes multiprofissionais e o papel da educação permanente em saúde como formas de fortalecer os princípios e diretrizes do SUS.

Outra questão levantada na pesquisa, foi o processo formativo dos profissionais de saúde que compõem a equipe mínima do CAE ficou evidente em algumas respostas as carências da formação. Apesar, de não ser nosso objetivo principal discorrer sobre a formação por categoria, refletimos sobre algumas dessas falas.

“Não, a formação se concentra na parte técnica e o desenvolvimento do trabalho multiprofissional se dá com a prática pós-formação.” (Participante 11).

“A minha graduação em Psicologia e a minha especialização em Psicologia Clínica apenas tangenciaram de forma superficial o trabalho na Saúde Pública e em equipes multiprofissionais.” (Participante 24).

“Não, voltada para médico centralizador das condutas.” (Participante 25).

De acordo com Figueiredo e Orrillo (2020), no Brasil a formação em educação superior sempre teve um caráter excludente para grande parte da população, tanto pela forma de acesso ao nível superior como pela adoção de um currículo tradicional. A consequência da adoção desse currículo, focado no mercado e na formação técnica, em detrimento da formação crítica, política e humanizada, são percebidos pelos egressos dos cursos apresentarem, por exemplo, dificuldades para atuar em equipe, e ainda na sociedade enquanto cidadão.

O processo de implantação do neoliberalismo e a globalização, fizeram crescer as exigências por profissionais super capacitados. Foi nesse contexto, que se aprova a Lei de Diretrizes e Base da Educação – LDB (1996) que trata da reforma do ensino superior no Brasil. Essa lei, define que o profissional de saúde deve ter uma formação generalista, humanista e crítico-reflexiva para atuar em todos os níveis de atenção à saúde. Ainda nos dias atuais, a graduação em saúde não tem apresentando esse tipo de formação, permanecendo um formato focado na ideologia dominante do mercado na perspectiva de lucro e nos espaços individuais e privados de cuidado em saúde, em detrimento do conhecimento do SUS. Dito isto, a formação acadêmica dos profissionais de saúde não corresponde a necessidade da população atendida no SUS (FIGUEIREDO & ORRILLO, 2020).

Quando refletimos sobre as repostas dos participantes 11, 24 e 25 em relação a sua graduação percebemos as lacunas da formação superior na área de saúde, principalmente no que tange o sistema de saúde vigente no país, a universalidade, a integralidade, a hierarquização e ainda o trabalho em equipe. Destacamos, também, a questão da centralidade no modelo biomédico em detrimento ao conceito ampliado de saúde.

Na última questão apresentada solicitamos que os participantes discorressem de que forma o trabalho realizado no CAE contribui para a qualificação do profissional de saúde. Nas respostas, 21 profissionais responderam positivamente ao questionamento. Separamos algumas considerações para refletirmos.

“Sim. Quando há a integração da equipe, cada um contribuindo com seu saber, há trocas, refletimos sobre os rumos de nossa intervenção. Proporciona não apenas um crescimento na atenção ao usuário, mas no trabalho em equipe, na formação de estagiários/aperfeiçoandos/residentes, isso amplia a qualidade do trabalho e da formação dos profissionais de saúde.” (Participante 14).

“Sim, porque proporciona um olhar ampliado sobre o paciente e uma aprendizagem única que se experimenta nessas relações com os outros profissionais.” (Participante 19).

“Sim. Quando essas atividades realmente acontecem, acredito que é uma oportunidade dos profissionais ampliarem os seus conhecimentos sobre os demais saberes buscando uma forma de trabalho que leve em consideração o paciente como um todo biopsicossocial.” (Participante 20).

“Sim. Ao interagir no mesmo momento com outras categorias profissionais, em que outros aspectos do adoecimento (dimensões clínicas, ortopédica, emocional, social, etc.), tratamento, diagnóstico, prognóstico, dentre outros, são tratados, permite o aprendizado destes outros aspectos e suas inter-relações.” (Participante 24).

“Sim. Pelo conhecimento discutido em grupo, fornecendo com isso uma fonte de saberes aos quais pode ser geradora de interesse científico.” (Participante 27).

Os participantes da pesquisa reiteram o espaço do CAE como um local de aprendizagem e qualificação profissional, e a troca de conhecimento aparece nas suas respostas do questionário com frequência. Assim, como já apresentado anteriormente, a integração da equipe, por meio de uma relação de troca entre múltiplas intervenções técnicas, apresenta a reflexão das ações e da prática, e pode ser considerado um modelo frutífero para a formação profissional, como preconizado inclusive pela PNEPS. De acordo com Chinelli et al (2013), o cotidiano profissional é uma instância privilegiada para superar as contradições que caracterizam o campo do trabalho e da educação no SUS.

O CAE pode ser percebido como um espaço não formal de educação de acordo com Gohn (2006), a categoria “educação não formal” está em construção, mas podemos defini-la como aquela que se aprende “via os processos de compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivos cotidianas” (p. 28). O educador desse espaço é aquele com o qual estamos integrados e interagindo. E diferente da educação formal, o local que acontece essa interação é aquele no qual o grupo se

encontra. Retomando a realidade do trabalho executado no INTO, esse espaço seria o CAE e seus educadores, a equipe de saúde.

Assim, o trabalho e a formação profissional na saúde devem caminhar em conjunto para a consolidação dos conceitos debatidos e defendidos no processo de reforma sanitária. A valorização e o reconhecimento dos trabalhadores do SUS são necessários para a prestação de uma assistência digna à população. Nesta análise, quando falamos de qualificação para o trabalho, este conceito é entendido como resultante de lutas sociais por melhores condições de vida e trabalho, ultrapassando o individualismo e possibilitando vislumbrar um projeto emancipatório. Este conceito foi construído histórica e socialmente, na perspectiva de ultrapassar a concepção que se refere apenas ao posto de trabalho (CHINELLI et al., 2013).

A fala que o participante 19 apresenta, remete a importância desse espaço como o lugar de ampliação do olhar sobre o paciente e uma aprendizagem única. Essa afirmação encontra ancoragem na colocação de Dutra (2021), por quando argumenta que o trabalho em equipe, pode beneficiar os seguintes resultados: “satisfação do paciente, satisfação no trabalho, processo de recrutamento e retenção de pessoal e segurança do paciente.” (apud MORGAN & MCKINLAY, 2021, p. 187).

Desta feita, corroboramos com os participantes da pesquisa na compreensão do CAE como espaço de qualificação profissional em saúde, no modelo de equipe multiprofissional, onde o trabalho desenvolvido considere a busca da integralidade, envolvendo além dos profissionais de saúde, o próprio usuário do sistema, sua família e a comunidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos essa seção, fazendo referência a uma passagem de uma obra do educador pernambucano Paulo Freire (1989) onde o mesmo reconhece que estamos em constante processo de aprendizagem. Diz ele que “ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.” (FREIRE, 1989, p. 89) e é nesse sentido que chegamos as considerações finais dessa pesquisa, que apontou a importância da construção do saber realizado no espaço de trabalho, de modo a proporcionar uma experiência formativa para os profissionais que o exercem e uma busca da melhoria do cuidado ofertado para o paciente.

Esse estudo buscou trazer à luz a potencialidade da qualificação profissional em saúde, no modelo de equipe multiprofissional, realizada no INTO, a partir das experiências vividas nos Centros de Atendimentos Especializados (CAE). Ao refletimos sobre esse tema na metade do ano de 2021, estávamos passando pelo momento de emergência sanitária por conta da Covid.19, e não sabíamos como seria o futuro deste modelo de atendimento.

A pesquisa demonstrou que apesar das dificuldades encontradas durante a pandemia, no qual o atendimento utilizado no modelo de CAE ficou suspenso e foi retomando gradualmente conforme as liberações das restrições sanitárias, este ainda se mantém como lógica de cuidado prioritária no INTO. Os profissionais participantes da pesquisa que atuam nas equipes multiprofissionais que compõe o CAE demonstraram que apesar dos momentos de suspensão e retomada, esse trabalho se mantém legítimo tanto para os profissionais quanto para instituição.

Refletimos também sobre a humanização na saúde e o dispositivo de clínica ampliada, como diretriz da política de humanização, e de como esses podem se constituir, em espaços não-formais de formação em saúde. Ao longo da discussão, examinamos o modelo do CAE como um espaço de formação para o trabalho em saúde, considerando a discussão de espaço não - formal de educação, e ainda remetendo a perspectiva da PNEPS na qual possibilitam o cruzamento dos conhecimentos dos saberes formais com os saberes operados na realidade. Sendo um local para problematizar a prática em saúde e tornar o trabalho em equipe cada vez mais próximo ao conceito de atenção integral e humanizada ao usuário.

Assim como encontramos no processo de trabalho em equipe o reconhecimento de um espaço potente de saberes, que se sobressai no cotidiano laborativo das equipes de

saúde. Entender a potência desse lugar na instituição de saúde, que ainda passa revés em virtude da soberania do saber médico nesse espaço, traz alguma esperança de que esse movimento é possível e urgente, cheio de potencialidades para a busca de um cuidado em saúde onde, de fato, o usuário do sistema de saúde seja protagonista.

Os achados dessa pesquisa corroboraram para podermos afirmar que o trabalho desenvolvido nos CAE se constitui como forma de qualificação profissional diante da troca de saberes entre os profissionais de saúde envolvidos, reconhecendo a importância individual e coletiva, bem como a circularidade dos processos que envolvem o fazer em saúde, com especial destaque para o reconhecimento que esse tipo de trabalho tem dentro da instituição cenário desse estudo.

Em relação ao INTO, mesmo inserido num cenário de dificuldade com o corte de verba e déficit de recursos humanos, essa instituição sozinha realiza mais cirurgias ortopédicas que todos os outros hospitais públicos do Estado. O Instituto vem prezando por um atendimento de qualidade baseado no modelo de assistência hospitalar organizada por CAE.

Em relação à política de saúde, como preconizada pelo Movimento de Reforma Sanitária e pelas legislações vigentes, ainda temos muito a caminhar. Apesar das diversas propostas para melhoria como a PNH e a PNEPS, ambas debatidas neste trabalho, diante dos cortes de recurso financeiro para as políticas públicas e dentre elas para a saúde com a implementação da política neoliberal em nosso país fica difícil implementar o SUS universal.

A partir da realidade apreendida neste estudo, reforça-se o quanto é necessário ampliar o acesso e pensar a formação dos profissionais de saúde. A formação realizada atualmente é focada no mercado e na formação técnica, em detrimento da formação crítica, política e humanizada, assim os egressos dos cursos apresentam dificuldades para atuar em equipe, e ainda na sociedade enquanto cidadão.

O processo de construção do SUS já apresentava ações para afinar a formação dos profissionais de saúde e as necessidades do SUS e da população. O próprio texto constitucional atribui ao SUS a responsabilidade pela qualificação da mão-de-obra para atuação nos serviços de saúde. Assim, a formação dos profissionais de saúde para atuarem no SUS precisa estar de acordo com o preconizado por essa política, para realizar uma prática mediada por ele, como está assegurado, ainda, na Constituição Federal de 1988.

Portanto, concluímos acreditando que precisaríamos ampliar a busca por elementos que fortaleçam os achados dessa dissertação, mas reconhecendo que as análises

realizadas, até o momento, contribuíram para a construção de subsídios para futuros estudos sobre essa temática, uma vez que identificamos que precisamos aprofundar os achados até esse momento de modo mais efetivo, bem como buscar elementos em outros espaços de saúde, de forma que as discussões acerca desse assunto possam ser percebidos nos mais diversos níveis de atuação em saúde.

REFERÊNCIA

ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva); CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde); ABRES (Associação Brasileira de Economia da Saúde); REDE UNIDA (Associação Rede Unida); AMPASA (Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde). O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Rio de Janeiro, Brasil; 2006. Disponível em:

<<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20070306142552.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2020.

ALBUQUERQUE, E. S.; COSTA, M. T.; VASCONCELOS, I. P. S. e SOUZA E. L.; A **Política Nacional de Humanização e a formação dos profissionais de saúde**. Saúde Coletiva, n59, 2020. Disponível em:

<<https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1059/1245>>. Acesso em: 13 jul.2022.

ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P. ; REZENDE, C. H. A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R. M. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 32, n. 3, 2008, p. 356-362.

ALMEIDA, K. F. de, Por uma Tecnologia de cuidado integral ao paciente da fila de espera de artroplastia total primária de joelho do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

BAPTISTA, T. W. de F. **A Formação dos Trabalhadores para o SUS que Queremos**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Olhares sobre educação [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. – 1. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/olhares_sobre_educacao_1ed.pdf Acesso em: 07 set. 2023.

BEHRING, E. R. **A dívida e o calvário do Fundo Público**. Revista Advir, Rio de Janeiro: ASDUERJ, n. 36, 2017.

BEHRING, E.R. **Neoliberalismo, ajuste fiscal permanente e contrarreformas no Brasil da redemocratização**, v. 1 n. 1 (2018): Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Disponível em:

<<https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22081>> Acesso em: 03 abr. 2023.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BEHRING, E.R., CISLAGHI, J.F., SOUZA G. **Ultraneoliberalismo e bolsonarismo: impactos sobre o orçamento público e a política social** In: BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C.; FREIRE, S.M.F. (Org.). Políticas sociais e ultraneoliberalismo. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E., **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 10. p. 561-57, 2005 (a). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Dtq6TH5LdJbfDPDwSxSmy6G/>>. Acesso em 09 jul. 2022.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E., **Humanização na Saúde: um novo modismo?** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 09, n.17, p. 389-406, 2005 (b). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/qgwhN4TZKY5K3LkPfVRbRQK/>>. Acesso em 02 ago. 2022.

BRANDÃO, L. C. **Os movimentos sociais e a Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988:** entre a política institucional e a participação popular. 2011. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 24 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Regulamenta a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 24 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 24 mar. 2022.

BRASIL, **Lei nº 11.784, de 22 de setembro de 2008.** Plano Geral de Cargos do Poder Executivo – PGPE. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11784.htm, Acesso em 20 ago. 2023.

BRASIL, **Lei 14.673, de 14 de setembro de 2023.** Altera a remuneração de servidores e de empregados públicos do Poder Executivo federal; e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14673.htm Acesso em 20 ago.2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Clínica Ampliada. Dicas em Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Março, 2010. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html>. Acesso em: 09 jul.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS. Clínica ampliada e compartilhada.** Brasília, DF. 2009. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em 09 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília, DF, 2010. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em 09 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf. Acesso em: 10 mai.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização**. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão de todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução MS/CNS n° 569, de 8 dezembro de 2017**. Reafirmar a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos (as) trabalhadores (as) da área da saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2017. Disponível em:

<<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS n.º 331, de 4 de junho de 2003**. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/mnnp-sus/legislacao/resolucao-331-de-4-de-novembro-de-2003-cns-mesa_permanente/view Acesso em 20 ago.2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS n.º 708 de 23 mar 2023**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3083-resolucao-n-708-de-13-de-marco-de-2024> Acesso em 20 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia. **Plano Diretor do Instituto Nacional de Traumatologia – Ortopedia**. Maio, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia. **Caderno de Enfermagem em Ortopedia**. Vol. 02, maio, 2009. Disponível em: <https://www.into.saude.gov.br/images/pdf/ensino/publicacoes/CadernoEnfermagem/cadernoenfermagem_v_2.pdf>. Acesso em 09 jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**, Brasília, DF, 2001. Disponível em:

<<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em 14 jul.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar / Secretaria de Assistência à Saúde. – 3. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**, Brasília, DF, 2002. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf> Acesso em 15 jul.2023.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, **Relatório de Gestão Integrado 2021**, Rio de Janeiro, 2022, Disponível em: <https://www.into.saude.gov.br/images/pdf/auditoria/RG-2021-completo-finalizado.pdf> Acesso em 15 ago. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria nº 569 de 01 de Junho de 2000**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html> Acesso em 20 mai. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Portaria nº 90 de 27 de Março de 2009**. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0090_27_03_2009.html> Acesso em 10 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf> Acesso em 20 Mai. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia** – Amanhã vai ser outro dia. 17º Conferência Nacional de Saúde

Documento Orientador, Brasília. DF, 2023. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/images/17cns/Documentos/17-CNS-Documento-Orientador.pdf>> Acesso em 15 jul.2023.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de**

Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu

fortalecimento? /Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1 ed. Ver. – Brasília, MS, 2018. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf Acesso em 01 ago. 2023.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº880 de 16 de maio de 2013**. Define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Traumatológico-ortopédicos de Média Complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) 16 maio 2013.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**, In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2001, Disponível em

<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_InesBravo.pdf> Acesso em 07 Jun. 2023.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. de. **A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências**. SER Social, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. DOI: 10.26512/ Ser Social.v22i46.25630. Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. > Acesso em: 2 jul. 2023.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis [online]. 2007, vol. 17, n. 1, p. 77-93. ISSN 0103-7331. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 28 jul. 2023.

CAMPOS, G. W. S; **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**.

Saúde Paidéia, São Paulo, Ed. Hucitec, 2002. Disponível em: <<https://www.pucsp.br/prosaude/>

[br/prosaude/](https://www.pucsp.br/prosaude/)

[downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf](https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf) Acesso em 13 jul. 2022>. Acesso em: 13 jul. 2022.

CAMPOS, G.W.S e AMARAL, M.A. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, p. 849-859, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/NmPK5MRmgpvw6zwwzQ865pBS/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 13 jul. 2022.

CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em Saúde.** *Revista Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 (2): 399 – 407, fev., 2007.

CASTRO, M. M. C.; **Humanização em Saúde. Intencionalidade Política e Fundamentação Teórica,** Rio de Janeiro, Editora Lumens Juris, 2018.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface, Botucaturu: Unesp, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 02 ago. 2023.

CHINELLI, F.; VIEIRA, M; DELUIZ, N. “**Conceito de qualificação e a formação para o trabalho em Saúde**”. In: MOROSINI et alli (org.). *Trabalhadores técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS.* Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/1231.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2022.

CHINELLI, F.; VIEIRA, M. **Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS.** *Ciência & Saúde Coletiva*. V.18. p. 1591-1600, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/8rqwHq7s76jjw5NGCSgbYWF/?lang=pt>>. Acesso em: 06 ago. 2022.

CONCEIÇÃO, T. S. **A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares,** *SER Social*, Brasília, v.11, n.25, p. 194-220, 2009, <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12732/11134> Acesso em 28 fev.2023.

DESLANDES, S.F., comp. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42086/2/deslandes-9788575413296.pdf>>. Acesso em 09 jul. 2022.

DIAS, I. M. A. V.; BATISTA, S. H. S. S.; FIGUEIREDO, L. R. U.; BATISTA, N. A. B. **EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E FORMAÇÃO EM SAÚDE: pontes e diálogos.** In UCHÔA-FIGUEIREDO, Lúcia R. *et al* (org.) *In Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde* [recurso eletrônico] / – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2016. 459 p. : il. – (Série Vivências em Educação na Saúde) Disponível em : <<https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Livro-Percursos->

Interprofissionais-formacao-em-servicos-no-Programa-Residencia-Multiprofissional-em-Atencao-a-Saude.pdf> Acesso em 02 ago. 2023.

DUTRA, E. de B.; LEMOS, A. S. P.; GUIZARDI, F. L. **Trabalho em equipe para a construção de práticas colaborativas em saúde.** In: GUIZARD, F. L. (org.) Em Mar Aberto: colaborações e mediações tecnológicas na Educação Permanente em Saúde. 1ª. Ed. Porto Alegre, 2021. pp. 183 – 210

FIGUEIREDO, G. O.; ORRILLO, Y. A. D. **Currículo, política e ideologia:** estudos críticos na educação superior em saúde. Trab. Educ. Saúde, v. 18, supl. 1, 2020.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/tes/a/N7QC9BGzyxdh5V7j7rbQJjR/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 4 abr. 2021.

FONSÊCA, G. S. e JUNQUEIRA S. R., **Programa de Educação pelo Trabalho para saúde: Ressignificando a formação dos profissionais de saúde,** Ed. Appris, 2014

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/icse/a/MYwt3zYHQJ6Tw45zY4kjFp/?format=pdf&lang=pt>>

Acesso em 02 Ago. 2023.

FORTES, A. C. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde.** Saúde e Sociedade, V.13, n 03, p. 30-35, 2004. Disponível em:

<<https://www.scielo.br>

[/j/sausoc/a/8GZ4zMCW6FhzZZw7CzdtF4n/?lang=pt](https://www.scielo.br/j/sausoc/a/8GZ4zMCW6FhzZZw7CzdtF4n/?lang=pt)>. Acesso em 09 jul.2022.

FREIRE, P. A importância do ato de ler. São Paulo: Cortez, 1989.

FRIGOTTO, G. Novos fetiches da pseudoteoria do capital humano no contexto do capitalismo tardio. In: ANDRADE, J.; PAIVA, L. G. (Org.). **As Políticas Públicas para a Educação no Brasil Contemporâneo:** limites e contradições. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2011. Disponível em: <<https://oebiear.files.wordpress.com/2015/03/as-polc3adticas-pc3babolicas-para-a-educac3a7c3a3o-no-brasil-contemporc3a2neo-limites-e-contradic3a7c3b5es.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2022.

FURTADO, J. P. **Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões.** Interface - Comunic., Saúde, Educ. v.11, n.22, p. 239-5, mai/ago 2007. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/240973210_Equipes_de_referencia_arranjo_institucional_para_potencializar_a_colaboracao_entre_disciplinas_e_profissoes Acesso em 01 ago. 2023.

GIROUX, H. A.; FIGUEIREDO, G. O. **Por uma práxis radical na luta em defesa da democracia:** desafios contemporâneos para a formação política e a educação crítica no século XXI. Práxis Educativa, v.15, 2020, p. 01-25. Disponível em:

<[https://revistas2.uepg.br/](https://revistas2.uepg.br/index.php/praxiseducativa/article/view/14787/209209213303)

[index.php/praxiseducativa/article/view/14787/209209213303](https://revistas2.uepg.br/index.php/praxiseducativa/article/view/14787/209209213303)>. Acesso em: 14 jan.

2022.

GOHN, M. da G. **Educação Não Formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas,** Ensaio: aval.pol. públ. Educ, v14, n50, p. 27-38, 206. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ensaio/a/s5xg9Zy7sWHxV5H54GYydfQ/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em 05 jul. 2023.

JAEGER, M. L.; CECCIM, R. B.; OLIVEIRA, P. V. B. (org.). **Educação e trabalho na saúde sob participação social organizada e disseminada: a acumulação das conferências livres nacionais 2022-2023**. 1 a. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2023. 100 p. (Série Participação Social e Políticas Públicas, v.15). Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/07/Livro-Educacao-e-Saude.pdf> Acesso em: 01 ago. 2023.

LIMA, J. C. F. A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? In: FIDELIS, C. P. ; FALLEIROS, I. (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; BAPTISTA, T. W. de F. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal**. Cad. Saúde Pública, v.33, supl.2, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJKCCZW8qQdvz/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 17 jan. 2022.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. **Gestão, Trabalho e Educação em Saúde: perspectivas teórico-metodológicas**. In BATISTA, T. W. de F. (org.) Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2015 p. 239-322.

MATTA, G. C., MOROSINI, M.V. G. Atenção à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2ª ed., ver. ampl., Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MATOS, M.C.; No Rastro dos acontecimentos: a Política de Saúde no Brasil. In: **Política de Saúde Hoje: Interfaces e Desafios no Trabalho do Assistente Social**; (Orgs). DUARTE, J.O., ALMEIDA, C.C.L., MONNERAT, G. L., SOUZA, R. G. de. São Paulo; Editora Papel Social; 2014.

MATTOS, R. Os Sentidos da integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, r. & Mattos, R.(Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MERY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2ª ed., ver. ampl., Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MINAYO, M. C. (org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21ª ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2002.

MINAYO, M.C.S. Prefácio. **Sobre humanismo e a humanização**. In: DESLANDES, S.F., comp. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42086/2/deslandes-9788575413296.pdf>>. Acesso em 09 jul. 2022.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. In: **Ciência e Saúde Coletiva** 17 (3), Mar.2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/?lang=pt> Acesso em: 18 ago.2023

- MOROSINI, M. V. G.C., CHINELLI, F., CARNEIRO, C.C.G. Coronavírus e crise socio sanitária: a radicalização da precarização do trabalho no SUS, Silva, Letícia Batista **Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral** / Organizado por Letícia Batista Silva e André Vianna Dantas. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. 245 p.
- PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: Avanços, Limites e Perspectivas In: **Estado Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**, Org. MATTA, G.C., e LIMA, J. C. F. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, EPSJV, 2008.
- PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, p.4541-4548, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hcgHbs6rBMNdsSww7PFbfhz/abstract/?lang=pt> . Acesso em 19 abr. 2023.
- PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, v. 35, n. 1, 2001, p. 103-9.
- PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe** In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, Isabel Brasil Pereira e Julio Cesar França Lima - 2 ed. re. amp. , - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.
- PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M. da.; SOUZA, H. S. de.; **Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional**. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, p. e0024678, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/#> Acesso em: 20 ago. 2023.
- PELAEZ, E. J.; REBELO, D. R. S. **Avaliação do Processo de Trabalho nos Centros de Atenção Especializada de Cirurgia do Joelho e de Cirurgia Crânio Maxilo-Facial do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad**. Curso de Especialização em Avaliação em Saúde. Rio de Janeiro, EAD/ENSP/FIOCRUZ, 2015.
- PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F.(Org.).**Dicionário de educação profissional em saúde**. 2ª ed., ver. ampl., Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.
- ROMERO, L. C. P. Definições de perfis ideológicos-partidários para estudos de produção normativa em saúde no Brasil pós-1988 (2014). SILVA, J. A. A.; ALVES, S. M. C. (Org.). **Escritos da Saúde Coletiva**: coleção de estudos do doutor Luiz Carlos P. Romero. Brasília: Prodisa/Fiocruz Brasília, 2021.
- SILVA, L. B. da. **Trabalho em saúde e residência multiprofissional: problematizações Marxistas**. 2016. 246 f. Tese (doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. Disponível em: www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/15901/1/Tese%20-%20Leticia%20Batista%20da%20Silva.pdf Acesso em: 01 ago. 2023.
- SOARES, R. C. **A Contrarreforma na Política de Saúde e o Serviço Social: Impactos, desafios e estratégias em tempos de neoliberalismo ortodoxo**. Anais do 7º Encontro Internacional de Política Social e 14º Encontro Nacional de Política Social ISSN 2175-098X, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/25152> Acesso em 19 abr.2023.

SOUZA, R.M.; MATIAS, M. T. F. P. ; **Cooperativas de autogestão: formas de controle capitalistas contemporâneas**, Anais 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2019, Disponível em:
<<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/819>> Acesso em 19 abr. 2023.

SOUZA, L.A.P. , MENDES, V.L.F. **O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH), Interface, comunicação saúde e educação**, v.13; supl.; p. 681-688, 2009. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/icse/a/QF9BP4QGyZgqpHCJTXRkdGb/?lang=pt>> Acesso em 28 fev.2023.

TEIXEIRA, L. H. S. F. **A política de saúde pública no Brasil: avanços, retrocessos e a criação do SUS. 2021**. Monografia (Bacharel em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidades Católica de Goiás, Goiânia, 2021.

VASCONCELOS, A. M.; BALTAR, J. F., **Universidade e Saúde: formação profissional para o SUS?** In: Política de Saúde Hoje: Interfaces & Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais. Org. Marco José de Oliveira Duarte et al. 1 ed., Campinas, SP: Papel Social, 2014.

ZOTTI, S., **Judicialização de Procedimentos Cirúrgicos em Ortopedia no âmbito do SUS: Um estudo de caso do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia**. Dissertação de Mestrado Profissional em Avaliação de Tecnologia em Saúde, Instituto Nacional de Cardiologia INC, Rio de Janeiro, 2020.

Dados estatístico / Reportagem

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. **PNAD 2019**: Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Agência IBGE Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017> Acesso em 15 ago. 2023.

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. **PNS 2019**: Apenas 54,6% dos adultos utilizavam cinto no banco de trás do carro em 2019. Agência IBGE Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/30659-apenas-54-6-dos-adultos-utilizavam-cinto-no-banco-de-tras-do-carro-em-2019> Acesso em 15 ago.2023.

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. **PNS 2019**: Sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública. Agência IBGE Notícias, set., 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-va-o-a-rede-publica> Acesso em: 18 ago.2023

CARDOSO, M. Fila para cirurgia no Into já passa de 7,5 mil pessoas: ‘É desesperador, a gente é tratado igual a bicho’, diz paciente. Mai.2022 Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2022/05/03/fila-para-cirurgia-no-into-e-desesperador-a-gente-e-tratado-igual-a-bicho-diz-paciente.ghtml> Acesso em 18 ago.2023.

SOUZA, M. D. de. Orçamento da Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por conta da Emenda do Teto de Gastos. Brasil de Fato, São Paulo, SP, 21 fev.2020. Disponível em:

<https://www.brasildefato.com.br/2020/02/21/orcamento-da-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-conta-da-emenda-do-teto-de-gastos> Acesso em: 19 ago.2023.

APÊNDICE 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA
JAMILHADDAD

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Prezada Dr(a) Germana Bahr venho por meio deste solicitar a autorização desta instituição para realização da pesquisa intitulada Equipe Multiprofissional em Saúde: uma reflexão dos Centros de Atendimento Especializados em Traumatologia e Ortopedia como qualificação para o trabalho em saúde, sob minha responsabilidade.

A pesquisa será realizada no âmbito do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad e tem como objetivo analisar a potencialidade da qualificação profissional em saúde, no modelo de equipe multiprofissional, realizada no INTO, a partir das experiências vividas nos Centros de Atendimento Especializados (CAEs) e prevê a seguinte etapa metodológica no âmbito desta instituição, aplicação de questionário em formato digital com os profissionais dos CAEs Coluna, Joelho e Quadril.

Informo também, que o projeto de pesquisa será avaliado pelo Comitê de Ética da EPSJV/Fiocruz e do INTO, e que a pesquisa só será iniciada após a sua aprovação por este comitê.

natália matins motta

Pesquisador Responsável

Declaro estar de acordo com a realização da pesquisa no âmbito desta instituição, desde que aprovada pelo comitê de ética.

Rio de Janeiro, 20 / 02 / 2022

Germana Lyra Bahr
Responsável legal pela instituição

Assinatura / Carimbo

DR. GERMANA LYRA BAHR
DIRETORA/INTO/MS
Matricula 250223
Portaria 1445 de 29/06/2021

Avenida Brasil, 500 - Cep: 20940-070 - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 55 (21) 2134-5000
Internet : <http://www.into.saude.gov.br>

APÊNDICE 2



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa Equipe Multiprofissional em Saúde: uma reflexão dos Centros de Atendimento Especializado em Traumatologia e Ortopedia como qualificação para o trabalho em saúde, a qual é realizada no âmbito do Trabalho de Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio – EPSVJ/FIOCRUZ. O objetivo dessa pesquisa é analisar a potencialidade da qualificação profissional em saúde, no modelo de equipe multiprofissional, realizada no INTO, a partir das experiências vividas nos Centros de Atendimento Especializado (CAEs).

Considerando a experiência profissional vivenciada ao longo de mais de uma década no INTO, a reflexão sobre este espaço dos Centros de Atendimento Especializado como um potencial para a formação do profissional de saúde tem sido constante no fazer profissional. O CAE tem como proposta o trabalho em equipe multiprofissional na atuação em saúde visando desenvolver estratégias diferentes das ações pautadas no modelo médico-hegemônico, de modo a vislumbrar práticas direcionadas ao conceito ampliado de saúde.

O método adotado é a inclusão dos profissionais de saúde do INTO, que estão lotados nos CAEs de Doenças da Coluna Vertebral, Doenças do Joelho e Doenças do Quadril. Para isso, todos os participantes da pesquisa serão convidados, inicialmente, através do e-mail institucional, de forma individual, a participarem da pesquisa, sendo apresentado tanto o objetivo da pesquisa quanto os riscos associados.

A sua participação consistirá em responder a um questionário on-line, que será disponibilizado através de um link enviado pelo e-mail institucional, a ser respondido após o seu aceite em participar desta pesquisa e assinatura do RCLE. O questionário é composto por perguntas abertas e fechadas. O tempo de resposta testado para este questionário não ultrapassou 15 minutos.

As respostas ao questionário podem ser preenchidas a qualquer momento, fora do horário de trabalho sem prejuízo para sua atividade laborativa. É importante destacar que o aspecto do sigilo total é uma dificuldade, considerando o perfil dos trabalhadores e o número de CAEs que serão estudados, o que pode haver a possibilidade de identificação do participante, mesmo sendo resguardado o sigilo de sua identificação por parte da pesquisadora.

Rubricas: Participante _____

Pesquisador: _____

Página 1 de 3



Para tentar mitigar esse risco, os dados serão manuseados somente pela equipe de pesquisa, de modo a dificultar o risco da quebra de sigilo. Quando os dados forem publicados, serão omitidos toda e qualquer relação com os pesquisados e os dados divulgados.

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, sendo que nesse estudo os riscos relacionados à sua participação são considerados baixos e não há qualquer dano de ordem física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural. Em caso de possível constrangimento por conta de alguma questão, está garantida a plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Será garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Já em relação aos benefícios, sua contribuição será fundamental para a sistematização da prática profissional executada no interior do INTO e que, também, poderá servir de inspiração para outros espaços no âmbito assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esclarecemos, ainda, que não haverá qualquer custo ao participante dessa pesquisa, tampouco haverá qualquer remuneração para participação e o questionário poderá ser respondido onde e quando melhor lhe convier, respeitado o período de coleta de dados desse estudo, que será informado no corpo do e-mail no momento do envio do RCLE.

A pesquisadora ainda indica que, segundo a normas vigentes, compete a ela manter todos os dados, em meio físico ou digital, sob sua responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

Esta pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa e todos os envolvidos que aceitarem participar irão registrar no RCLE. Todo participante de pesquisa tem direito à indenização em caso de danos decorrentes do estudo, conforme preconiza a Resolução CNS nº 510/2016 e a Lei 10.406 de 2002.

Ao final desta pesquisa, os resultados serão tornados públicos, de forma que todos os participantes possam ter acesso, bem como será realizada uma devolutiva ao espaço institucional que será divulgada possibilitando a aproximação dos interessados pelo tema. Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Em caso de dúvida sobre qualquer aspecto desse estudo, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, através do contato presente no final deste documento, ou com um dos Comitês de Ética em Pesquisa responsáveis por avaliar este projeto, que tem seus contatos apresentados no final do documento.

Rubricas: Participante _____

Pesquisador: _____

Página 2 de 3



O Comitê de Ética é a instância responsável por examinar os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos, zelando pela proteção à dignidade, autonomia e direitos dos participantes.

Seu aceite:

Declaro que concordo em participar da pesquisa ()

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

[Nome do participante]

[Nome do pesquisador responsável]

Contatos institucionais do pesquisador(a) responsável:

Natalia Martins Motta

e-mail: nmartins@into.saude.gov.br

Telefone: (21) 976477171 / (21) 21345003

Endereço: Avenida Brasil nº 500, 8º andar, Área de Serviço Social, São Cristóvão

Rio de Janeiro/RJ. CEP: 20940-070

Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz

Avenida Brasil, 4365 – Térreo – Manguinhos

Rio de Janeiro/RJ– CEP: 21040-360

Tel.: (21) 3865-9809

E-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Site: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pesquisa/comite-de-etica-em-pesquisa>

Comitê de Ética em Pesquisa do INTO/MS

Avenida Brasil nº 500, 9º andar, sala nº 4 – São Cristóvão

Rio de Janeiro/RJ. CEP: 20940-070

Tel.: (21) 2134-5000/(21) 2134-5061

E-mail: cep.into@into.saude.gov.br

APÊNDICE 3**Questionário de Pesquisa****I. Identificação do participante da pesquisa (e-mail institucional):**

1. Você está participando desta pesquisa através de que contato?

a) E-mail _____

2. Qual o seu CAE de atuação

a) Coluna

b) Joelho

c) Quadril

II. Perfil profissional

1. Marque a sua formação profissional

a) Médico(a) Ortopedista

b) Enfermeiro(a)

c) Assistente Social

d) Psicólogo(a)

e) Outros _____

2. Tempo de formação

a) Menos de 5 anos

b) Entre 5 e 10 anos

c) Entre 10 e 15 anos

d) Entre 15 e 20 anos

e) Mais de 20 anos

3. Há quanto tempo você atua trabalhando no modelo do CAE no INTO

a) A menos de 3 anos

b) Entre 3 e 6 anos

c) Entre 6 e nove anos

d) Entre 9 e 12 anos

e) Acima de 12 anos

III. Questões de avaliação geral (classificação nível de 1 a 5, considerando o nível 5 o mais satisfatório)

1. Como você classifica o trabalho em equipe multiprofissional realizado no INTO
2. De que forma você classifica sua formação para atuar no modelo de trabalho multiprofissional.
3. Como você classifica a atuação no CAE na perspectiva do conceito ampliado de saúde preconizado pela OMS, como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”
4. Como você classifica o interesse do INTO em manter as atividades realizadas pelo CAE
5. Como você classifica o CAE como um espaço atuante na formação dos profissionais

IV. Questões de ampla resposta

1. O trabalho no modelo de CAE foi instituído pelo INTO em 2006, com o objetivo de humanizar e melhorar a qualidade do atendimento dos pacientes. De que forma este tipo de trabalho diversifica o atendimento do paciente.
2. No modelo de trabalho com equipes multiprofissionais é comum haver divergências em função dos diversos saberes. Você considera que sua formação lhe deu base para atuar neste modelo de atendimento ao paciente? Explique de que forma.
3. A clínica ampliada como dispositivo da Política Nacional de Humanização preconiza um atendimento que integra a equipe de saúde, na busca de um cuidado de acordo com cada caso, criando vínculo com o paciente. O que você considera ser necessário que os profissionais de saúde tenham em sua formação para atuar com base na clínica ampliada
4. O INTO apresenta como lema a humanização e a qualidade. Além, da defesa de alguns valores e princípios como: foco no paciente, qualidade e segurança, inovação, trabalho em equipe, geração e disseminação do conhecimento. Como você considera que o INTO incentiva o trabalho desenvolvido pelo CAE?

5. O CAE realiza atendimento aos pacientes em ambulatório, sessão clínica, visita multiprofissional em enfermarias e entre outras ações. Você considera que o trabalho realizado contribui para a ampliação da qualificação dos profissionais de saúde? De que forma?