

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ANNA BEATRIZ BARBOSA DE AGUIAR

INTERPROFISSIONALIDADE NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

JOÃO PESSOA – PB

2022

ANNA BEATRIZ BARBOSA DE AGUIAR

INTERPROFISSIONALIDADE NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como requisito avaliativo parcial à obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social, sob a orientação da Professora Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva.

JOÃO PESSOA

2022

ANNA BEATRIZ BARBOSA DE AGUIAR

INTERPROFISSIONALIDADE NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social, do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva (orientadora)

Universidade Federal da Paraíba

Profa. Dra. Danielle Viana Lugo Pereira (examinadora)

Universidade Federal da Paraíba

Profa. Dra. Ana Lúcia Batista Aurino (examinadora)

Universidade Federal da Paraíba

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A282i Aguiar, Anna Beatriz Barbosa de.
Interprofissionalidade na área da saúde pública
brasileira. / Anna Beatriz Barbosa de Aguiar. - João
Pessoa, 2022.
50 f. : il.

Orientadora: Maria das Graças Miranda Ferreira.
TCC (Graduação) - Universidade Federal da
Paraíba/Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes,
2022.

1. Política Nacional de Saúde. 2. Atenção integral à
saúde. 3. Interprofissionalidade. 4. Determinantes
sociais da saúde. I. Silva, Maria das Graças Miranda
Ferreira da. II. Título.

UFPB/CCHLA

CDU 364.2

Dedico este trabalho a minha amada família, e especialmente, à minha amada avó Cilene (in memoriam), por todo amor que usou quando me construiu em quem sou.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, eu quero agradecer a Deus por tanta generosidade e esperança que Ele depositou em mim, em cada processo de construção desse trabalho. Sua Misericórdia nunca me deixou desistir, mesmo quando esse era o único caminho que eu conseguia enxergar na minha imperfeição. Meu Pai, muito obrigada!

Agradeço à minha avó, Cilene Sousa Silva (*in memorian*), por cada palavra de apoio, de amor e carinho que marcaram todo o caminho da minha vida. A sua gentileza ainda é viva em mim e mesmo quando eu não tinha idade para entender seu amor expresso nas ações do dia-a-dia, ela nunca cessou em fazer eu me sentir amada. Hoje eu entendo. Relembrando tantas conversas que tivemos sobre ela me ver “formada”, expresso minha eterna gratidão a quem me formou primeiro, antes de qualquer imposição de grau. É uma honra poder ser sua neta. Obrigada, *Voinha*!

Aos meus pais, José Neto e Adriana Karla, pelo amor, incentivo e apoio incondicional, por me ensinar os valores e princípios que tornam a nossa família única, por todos os **inúmeros** momentos de diversão que sempre guardarei com amor e alegria, por todos os puxões de orelha quando necessitei e por todos os conselhos (que nem sempre foram seguidos), mas me fizeram aprender, de toda maneira. Agradeço por todo amor que os dois têm por mim, pelo nosso companheirismo e amizade, por todas as vezes que aceitaram as minhas decisões e confiaram em mim. Agradeço por terem me dado Maria Paula, que é a luz dos nossos dias e alegria da nossa casa. Sempre guardarei comigo a força, a coragem e o coração gigante que cada um carrega no peito. Eles três são minha fortaleza e preciso deixar registrado aqui o quanto os amo, incondicionalmente. A conclusão desse curso é uma conquista nossa. Que Deus me conceda a graça deixá-los orgulhosos, em cada dia da minha vida.

A toda a minha família, os que convivem mais de perto e os que convivem à distância. Não seria justo nomear, então agradeço por cada palavra de incentivo que ouvi durante esses anos e por todo apoio demonstrado nas minhas faltas. Sou muito feliz em poder tê-los como meus.

A Kézia Costa, que carrega em sua essência o amor de Deus expresso em cada uma de suas atitudes. Que nunca me deixou desistir, nem desanimar, enxugou minhas lágrimas e soube me ajudar a encontrar o caminho certo. Obrigada por todas as suas considerações, por me ouvir devanear sobre minhas ideias para o trabalho, por todos os cafés que me mantiveram acordada, por nunca ter me dito **nunca** e por todas as coisas que só nós sabemos. Eu não teria conseguido sem você.

Às minhas amigas, Adriana Falcão, Anna Coeli, e especialmente, à Ananda Ayres, que compartilhou comigo cada segundo dessa montanha russa, nos momentos bons e nos nem tão bons assim. Nós trilhamos nosso caminho juntas e, mesmo tão diferentes, não consigo imaginar outra pessoa para poder compartilhar desse momento. Esse trabalho é nosso, amiga!

A minha orientadora, Maria das Graças Miranda Ferreira, que foi crucial em todos os momentos da construção desse trabalho. Tenho certeza que, com ela, aprendi muito mais do que consta neste estudo. Agradeço por todas as contribuições, todos os encontros, toda a paciência e empatia que demonstrou durante todos esses longos anos. Nunca saberei bem como agradecer por tanto, professora. Muito obrigada! Agradeço também às professoras Ana Lúcia Aurino e Danielle Lugo, por aceitarem participar da minha banca com tanta generosidade e por todas as contribuições tão valiosas que me ajudarão a trilhar um melhor caminho como estudante e profissional.

A todos que, direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão do meu trabalho, à Universidade Federal da Paraíba, à Thatiana Nogueira, à Profª. Patrícia Barreto, a todos que lutam por uma saúde pública e de qualidade e, especialmente, a Pedro Alberto, que sempre serviu de inspiração para mim, em tantos contextos diferentes. Agradeço por toda a ajuda, por toda atenção que dedicou a mim e ao meu trabalho, e por ter me dito, em uma manhã quente e empoeirada, o que deixo aqui para todos os estudantes desiludidos que possam chegar a ler este trabalho:

“Não desanime não, que a vida é bonita!”

RESUMO

Este estudo foi realizado com o objetivo de analisar a interprofissionalidade na área da saúde pública brasileira, considerando a sua contribuição para uma atenção integral à saúde com mais excelência. A pesquisa buscou discutir sobre a importância da interprofissionalidade nas práticas profissionais no campo da saúde pública, baseando-se na hipótese de que se a interprofissionalidade for adotada no atendimento da saúde pública brasileira, poderá proporcionar às/aos usuárias/os um acompanhamento integral com mais qualidade, por envolver e articular profissionais de diversas e distintas áreas de conhecimento em vista de atingir objetivos comuns, com práticas interligadas, que buscam a integralidade da atenção, que trarão resultados mais completos e mais satisfatórios, por aproximarem-se da perspectiva de totalidade. Este estudo também refletiu sobre os determinantes sociais da saúde, por entender que ter boa saúde significa também ter boa qualidade de vida, e isso implica em acessar bens, serviços e políticas públicas como direitos sociais, e o não acesso pode gerar adoecimento. Dentro dos aspectos metodológicos a pesquisa se caracterizou como sendo do tipo teórica, embasada na dimensão bibliográfica e documental, bem como, é uma pesquisa predominantemente qualitativa; e adotou o método do materialismo histórico-dialético por compreender o indivíduo inserido no seu contexto econômico, político e social, considerando, portanto, sua perspectiva de totalidade, além de considerar a historicidade e as contradições da vida em sociedade. Os resultados mostram que a política de saúde teve grandes avanços com as lutas da sociedade civil no processo de conquista pela Reforma Sanitária, que almejou e defendeu uma saúde pública, gratuita, de qualidade e de acesso universal, mas que, ainda é preciso efetivar muito dessas conquistas já garantidas na Constituição Federal de 1988, devido aos obstáculos postos pelo Estado Neoliberal, que valoriza o setor privado e não o público e se contrapõe ao projeto dessa reforma sanitária. Outro resultado revelou que, ainda necessitamos promover, cada vez mais, a inclusão da interprofissionalidade no decurso dos exercícios das categorias profissionais nos espaços de atendimento na área da saúde pública brasileira, para uma ampliada concretização de uma atenção integral de excelência. Atenção esta que contemple a pessoa em sua condição física/biológica, emocional/mental, social, econômica, cultural/esportiva/lazer, familiar, comunitária, espiritual, política, ou seja, se traduz em observar se a pessoa usufrui de trabalho e renda suficientes para exercer cidadania, segurança alimentar e nutricional, habitação adequada, se tem ou teve oportunidade de um bom nível de educação escolar/acadêmica, enfim, se vivencia direitos de cidadão e cidadã, pois esse conjunto de realizações da vida humana, se experienciados de forma precária ou não, reflete diretamente na saúde de cada um e cada uma, provocando níveis diferenciados de saúde. Também se constatou a necessidade de mais educação voltada para a interprofissionalidade.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde. Atenção Integral à Saúde. Interprofissionalidade. Determinantes sociais da saúde.

ABSTRACT

This study was carried out with the aim of analyzing interprofessionality in the area of Brazilian public health, considering its contribution to comprehensive health care with more excellence. The research sought to discuss the importance of interprofessionality in professional practices in the field of public health, based on the hypothesis that if interprofessionality is adopted in Brazilian public health care, it will be able to provide users with comprehensive monitoring with more quality, by involving and articulating professionals from diverse and different areas of knowledge in order to achieve common goals, with interconnected practices, which seek comprehensive care, which will bring more complete and more satisfactory results, as they approach the perspective of totality. This study also reflected on the social determinants of health, understanding that having good health also means having a good quality of life, and this implies accessing goods, services and public policies as social rights, and not having access can lead to illness. Within the methodological aspects, the research was characterized as being of the theoretical type, based on the bibliographical and documental dimension, as well as, it is a predominantly qualitative research; and adopted the method of historical-dialectical materialism to understand the individual inserted in his economic, political and social context, considering, therefore, his perspective of totality, in addition to considering the historicity and contradictions of life in society. The results show that health policy made great advances with the struggles of civil society in the process of conquering the Sanitary Reform, which aimed and defended public health, free of charge, with quality and universal access, but that much remains to be done of these achievements already guaranteed in the Federal Constitution of 1988, due to the obstacles posed by the Neoliberal State, which values the private sector and not the public and opposes the project of this health reform. Another result revealed that, we still need to promote, more and more, the inclusion of interprofessionality in the course of the exercises of the professional categories in the spaces of attendance in the area of the Brazilian public health, for a broader realization of an integral attention of excellence. Attention that contemplates the person in their physical/biological, emotional/mental, social, economic, cultural/sports/leisure, family, community, spiritual, political condition, that is, it translates into observing whether the person enjoys work and income enough to exercise citizenship, food and nutrition security, adequate housing, if you have or had the opportunity of a good level of school/academic education, in short, if you experience the rights of citizens, because this set of achievements of human life, if experienced in precarious or not, reflects directly on the health of each and every one, causing different levels of health. There was also a need for more education focused on interprofessionality.

Keywords: National Health Policy. Comprehensive Health Care. Interprofessionality. Social determinants of health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMI	Ambulatório de Medicina Integral
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDSS	Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde
CEPI-DSS	Centro de Estudos, Políticas e Informações sobre Determinantes Sociais da Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ECT	Eletroconvulsoterapia
EIP	Educação Interprofissional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFPA	Universidade Federal da Paraíba
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. ELEMENTOS HISTÓRICOS E ATUAIS DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	15
2.1 Reforma Sanitária e Constituição Federal de 1988 – dos Anos 1970 ao Surgimento do SUS	15
2.2 Política de saúde no contexto neoliberal: Dos anos 1990 ao contexto da pandemia da COVID – 19	19
3. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E A NECESSIDADE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO	28
4. INTERPROFISSIONALIDADE NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA E SEU PROCESSO EDUCATIVO	34
4.1 Aproximações Conceituais	34
4.2 Educação em Saúde e Interprofissionalidade	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	46

1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso trata-se de uma monografia, e tem como objetivo analisar a interprofissionalidade na área da saúde pública brasileira, considerando a sua contribuição para uma atenção integral à saúde com mais excelência.

A pesquisa buscou discutir sobre a importância da interprofissionalidade nas práticas profissionais no campo da saúde pública, baseando-se na **hipótese** de que se a interprofissionalidade for adotada no atendimento da saúde pública brasileira, poderá proporcionar às/aos usuárias/os um acompanhamento integral com mais qualidade, por envolver e articular profissionais de diversas e distintas áreas de conhecimentos em vista de atingir objetivos comuns, com práticas interligadas, que buscam a integralidade da atenção e que trarão resultados mais completos e mais satisfatórios, por se aproximarem da perspectiva de totalidade.

Este estudo também refletiu sobre os determinantes sociais da saúde, por entender que ter boa saúde significa também ter boa qualidade de vida, e isso implica em acessar bens, serviços e políticas públicas como direitos sociais, e o não acesso a tais direitos pode gerar adoecimento.

O interesse que motivou a escolha desta temática surgiu durante o curso de Serviço Social na Universidade Federal da Paraíba e manifestou-se na disciplina de “Política de Saúde no Brasil”, onde decorreu a aproximação com o tema da saúde pública brasileira. Junto às vivências da disciplina, surgiu a oportunidade da realização de um estágio curricular obrigatório no ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW, onde verificou-se a observação da prática dos assistentes sociais sob uma visão interprofissional e comprovou-se, então, a motivação para produzir o presente trabalho de conclusão de curso com esse tema.

O estudo problematizou sobre a interprofissionalidade e sua relevância na prática profissional no campo da saúde pública e traz à tona um crescente debate acerca da educação em interprofissionalidade e das práticas colaborativas na formação de diversos profissionais na área da saúde, e essas discussões passam a ser evidenciadas nesta proposta de trabalho.

A temática em tela é pertinente, atual e indispensável para a academia e para a sociedade, pois refletirá a importância do trabalho interprofissional na perspectiva de sua educação em saúde, apontando como direção um atendimento à saúde integral com excelência, considerando todas as necessidades do indivíduo, em todos os seus determinantes sociais, para fazer jus ao que está posto na Constituição Federal de 1988 e na Política Nacional de Saúde, no seu conceito ampliado de saúde.

Apresentaremos, brevemente, a trajetória histórica e atual da Política de Saúde brasileira e refletiremos sobre a interprofissionalidade na área da saúde pública, enfatizando a necessidade do seu processo educativo. Pretendemos conceituar categorias importantes para um melhor entendimento deste estudo, como interprofissionalidade, multidisciplinaridade, colaboração interprofissional, trabalho em equipe e suas diferenças, como também, apresentar a relevância dos determinantes sociais da saúde (DSS) para uma atuação profissional de qualidade. Discutiremos sobre a saúde no seu conceito ampliado, que considera todos esses determinantes sociais, previstos na Constituição Federal de 1988 (CF/1988), discorrendo acerca da política de saúde de atenção integral e sua importância.

Em síntese, pretendeu-se trazer ao debate a interprofissionalidade na área da saúde pública brasileira, refletir sobre os determinantes sociais e discutir sobre esta interprofissionalidade e sua relação com a atenção integral de qualidade à saúde da população, além de apresentarmos o processo de educação em saúde também na perspectiva da interprofissionalidade.

Dentro dos aspectos metodológicos, a pesquisa se caracterizou como sendo do tipo teórica, embasada na dimensão bibliográfica e documental, bem como, é uma pesquisa predominantemente qualitativa; e adotou o método do materialismo histórico-dialético por compreender o indivíduo inserido no seu contexto econômico, político e social, considerando, portanto, sua perspectiva de totalidade, além de considerar a historicidade e as contradições da vida em sociedade. Bem como, temos uma abordagem crítica de análise, utilizando -se da intenção de superação da aparência dos fatos para chegarmos à sua essência.

O trabalho encontra-se organizado em 5 partes que estão divididas da seguinte forma: na “INTRODUÇÃO”, apresentamos um panorama do que será produzido no decorrer do corpo deste trabalho, bem como a hipótese que rege o estudo e o

objetivo que desejamos alcançar, além da justificativa da sua importância para a sociedade e para a academia; e ainda relatamos sobre os aspectos metodológicos da pesquisa.

No capítulo que nomeamos de “ELEMENTOS HISTÓRICOS E ATUAIS DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA”, a reflexão aludirá quanto aos aspectos e elementos históricos que compuseram e ainda fazem parte da saúde pública do Brasil, desde a Reforma Sanitária e configuração da Política de Saúde, sua conjuntura em meio ao contexto neoliberal, até o cenário da pandemia da COVID – 19. Abordaremos os acontecimentos que precederam a Reforma Sanitária e a configuração da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e discutiremos sobre o surgimento do SUS e sua importância na sociedade brasileira.

Já no capítulo, intitulado “DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E A NECESSIDADE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO”, trataremos da relevância do estudo dos determinantes sociais da saúde para uma atuação voltada para a efetivação do direito à integralidade da saúde dos cidadãos(ãs).

No último capítulo, intitulado de “INTERPROFISSIONALIDADE NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA E SEU PROCESSO EDUCATIVO”, apresentaremos o processo educativo da interprofissionalidade na saúde pública brasileira, suas aproximações conceituais e a educação em saúde à luz da interprofissionalidade.

Por fim, temos as considerações finais acerca do estudo realizado, apresentando alguns resultados da pesquisa e apontando propostas para a sua efetivação.

Portanto, o estudo em questão perpassou pela observação sobre tipos de atuação profissional na atenção à saúde, como, multiprofissionalidade, trabalho em equipe, práticas colaborativas e interprofissionalidade, contudo, com foco nesta interprofissionalidade, e levando em consideração os determinantes sociais da saúde para responder às necessidades dos cidadãos(as). Essa discussão se faz urgente e imprescindível para uma atenção à saúde integral com mais qualidade, dos/as usuários/as. Pois, considerar a interprofissionalidade irá otimizar essa atenção integral e contribuirá para a efetividade do direito à saúde com excelência.

2. ELEMENTOS HISTÓRICOS E ATUAIS DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

2.1 Reforma Sanitária e Constituição Federal de 1988 – dos Anos 1970 ao

Surgimento do SUS

Desde o final da ditadura militar, em meados dos anos 1970, o Brasil sofria com o resultado das suas grandes e graves consequências, que respingaram nos âmbitos sociais, políticos e econômicos. Uma delas, foi a necessidade de reformulação e reorientação do seu sistema de saúde pública, de forma que conseguisse atender os seus usuários e suas novas demandas. No decurso da forte desarticulação da participação social, da censura, do autoritarismo e da violência, os movimentos sociais e sindicais foram essenciais para fomentar a criação de uma política nacional de saúde. Devido à falta de condições de saneamento e ao encarecimento do atendimento médico, o vigente modelo de assistência médica previdenciária apresentava-se insuficiente para as demandas existentes (FRANÇA, 1998, p. 92).

Como aponta França (1998), a atenção à saúde baseava-se no modelo previdenciário e tanto a área da saúde como a da previdência estavam juntas num mesmo ministério, onde apenas quem contribuía para a Previdência Social estava coberto dos serviços e da proteção estatal no âmbito da saúde. Além dos beneficiários do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a outra parte da população que possuía acesso aos atendimentos de saúde eram os que buscavam a medicina privada, excluindo assim, a maior parte da população e demonstrando que a realidade da proteção social e do atendimento à saúde era apenas para a parte empregada dos brasileiros. De acordo com Santos (1987), podemos destacar uma “cidadania regulada”, onde o cidadão só podia ser reconhecido como tal, se estivesse formalmente empregado. Podemos considerar essa como uma forma de classificação do Estado, em quem era cidadão (trabalhadores formais, com um emprego registrado em lei), e quem não era.

Os gastos crescentes com a saúde tornaram-se preocupantes para os sanitaristas, onde a forte aquisição de novas tecnologias na medicina e a má distribuição de recursos dificultava o acesso da população necessitada para os serviços (ACURCIO apud CEFOR, s.d.). A crise econômica e social que assolou a população brasileira nos anos 1980 serviu para a revisão desse antigo modelo excludente que priorizava apenas uma minoria da população que podia ser

contribuinte ou pagar pela atenção médica privada. Conforme Soares (2011), a política de saúde no Brasil se apresentou relacionada à classe trabalhadora no cenário do surgimento da classe operária, que reivindicou fervorosamente por melhorias de vida e sanitárias. Dessa forma, foi proposta uma reforma que visava uma redução de gastos e, conseqüentemente, uma redução de custos para os atendimentos médicos, com o objetivo de ampliá-los para a parte da população que não contribuía com a Previdência Social.

No ano de 1986, foi construído durante a 8ª Conferência Nacional da Saúde um projeto para a construção de uma Constituição Federal que buscou alinhar propostas para uma nova configuração de saúde pública, onde é formado o documento que fundamenta as mudanças e os principais parâmetros para a formulação de um modelo ou sistema de saúde amplo, universal, abrangente e eficaz. Tal documento, que culminou na Reforma Sanitária, foi construído a partir das lutas populares e sindicais que buscavam a democratização da saúde, e ajudou a configurar as noções de saúde pública tratadas pela Constituição Federal de 1988, apresentando a cidadania como um direito de todos. A Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi um marco de destaque para a política de saúde brasileira, pois os seus temas centrais permaneceram no eixo dos debates levantados acerca do bem-estar da população brasileira, como aponta Acurcio (2009) apud Cunha & Cunha (1998).

O movimento sanitaria surge, então, como um movimento democrático de diálogos e discussões, propondo uma descentralização dos gastos com a saúde, com a intenção de romper com o controle já existente do setor privado, assim como bem demonstrado por Acurcio (2009) apud Cunha & Cunha (1998), estender o atendimento à saúde para a população mais marginalizada, descentralizando o serviço hospitalar e dividindo os recursos para os cuidados básicos. Em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) surge como uma forma de ruptura do sistema hegemônico de assistência previdenciária, propondo contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde (BRASIL, 1987). Com o fortalecimento do SUDS e das Ações Integradas de Saúde (AIS), a democratização na saúde pública foi crescendo e se consolidando cada vez mais, mostrando ser um modelo eficaz e efetivo, quebrando com a primazia do sistema previdenciário.

Em 1988, a Constituição Federal Brasileira é promulgada, sendo um marco em todos os âmbitos sociais abarcados, especialmente na descentralização da saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) é criado e incluído no capítulo da Seguridade Social, juntamente com a Assistência Social e Previdência Social, revolucionando o conceito de assistência à saúde e traz três princípios básicos quando trata da viabilidade do sistema aos usuários. A saúde passou a ser considerada como um direito fundamental a todo cidadão de maneira que impulsionou a institucionalização da saúde pública no Brasil. De acordo com Fleury (2009, p.745):

A Constituição Federal de 1988 representa uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Inaugura-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. No modelo de seguridade social, busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamentos nos princípios da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais.

O movimento sanitaria se consolidou a partir do surgimento do SUS e novos grupos de poder passaram a encabeçar o sistema estatal (FRANÇA, 1998). O serviço que antes acontecia apenas para os beneficiários da previdência social, agora passa a ser universal e igualitário, e desde então, a saúde passa a fazer parte da Seguridade Social do país e se torna

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, art. 196).

Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o SUS obteve uma boa base para a sua criação. Os debates acerca da necessidade de uma saúde pública que abarcasse e atendesse a todos os cidadãos(ãs) brasileiros(as) surgiram e deram oportunidade para o seu surgimento. Junto à 8ª CNS, o SUDS, que era comandado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), também foi um forte aliado para a consolidação do SUS, já que possibilitou o fortalecimento do debate acerca da descentralização e universalização da saúde (ACURCIO, 2009 apud CUNHA & CUNHA, 1998).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser considerada como um direito fundamental a todo cidadão, o que impulsionou de maneira substancial a institucionalização da saúde pública no Brasil. Nesta perspectiva, a trajetória SUS tem um período de cerca de trinta anos. Este novo modelo revolucionou a assistência à saúde tendo em vista que até então esta era voltada para beneficiários/as ou segurados/as da previdência social, de forma que excluía a maior parte da população.

Diante da institucionalização do SUS e seu histórico de diálogos e discussões emergidos através da Reforma Sanitária, percebe-se que o Brasil passa por um processo de adaptações que permitem novas perspectivas ao sistema de saúde brasileiro, utilizando como ideários os princípios de Integralidade, Universalidade e Equidade. Seu principal objetivo, quando formulado, era de ser um modelo de saúde pública de baixo custo e alto impacto. As características centrais do SUS são a participação da comunidade, gratuidade, integralidade e a prioridade das atividades preventivas sem o prejuízo das atividades assistenciais. Também, o SUS traz o “financiamento público das três esferas de governo e participação da iniciativa lucrativa e filantrópica de modo auxiliar”. (LUCCHESI, 1996; ANDRADE, PONTES E MARTINS JÚNIOR, 2000 E ANDRADE 2001).

Apesar dos debates presentes durante a reforma sanitária e das intenções de ruptura com o modelo médico previdenciário, observamos que o SUS é fruto de disputas entre projetos antagônicos desde antes da Constituição Federal de 1988, e sua concretização ainda sofreu grandes impasses para suceder, devido ao modelo de saúde pública que já estava solidificado. Acreditamos que a persistência do sistema médico-assistencial prejudica e atrasa grande parte dos avanços que a reforma sanitária conseguiu alcançar, como o atendimento de saúde para todos da rede pública.

Faz-se necessário compreender o SUS e seus três princípios fundamentais: o princípio da universalidade, que confere o SUS para todos; o princípio da equidade, garantindo o SUS para quem mais precisa e; o da integralidade, atuando na prevenção, na promoção, no tratamento e na reabilitação da saúde dos usuários. Não obstante, uma das propostas da Reforma Sanitária foi regulamentada na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, promulgada apenas em 1990, onde entende que “Ao

compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, consequentemente, pela saúde” (CFESS, 2010, p. 18).

Assim, podemos pontuar a importância desse momento de mudança em relação à responsabilidade de promoção da saúde. Antes, o Estado prestava seus serviços apenas para a parte da população empregada formalmente, quem estivesse devidamente regulamentado no INPS. Fora esses casos, o cidadão partia para a atenção privada. A partir da CF/1988, podemos obter o Estado como responsável basilar na atenção à saúde. Agora, partindo da compreensão de que todos os cidadãos brasileiros estão aptos para receber tal atenção, e não somente os contribuintes da Previdência, nem apenas os que tinham poder para recorrer à assistência médica privada.

2.2 Política de saúde no contexto neoliberal: Dos anos 1990 ao contexto da pandemia da COVID – 19

A construção do programa de proteção e promoção da saúde proposta pelo SUS surge em um contexto de grandes mudanças, denominadas “reformas estruturais” com um forte caráter neoliberal. Para a sua consolidação, o SUS precisou contar com todo o empenho e esforço das lutas sindicais e dos movimentos sociais. Foi necessário um grande empenho para a consolidação de um sistema universal, gratuito, público e de qualidade. Essas reformas estruturais aconteceram no Brasil desde o início da década de 1990, à luz da falsa argumentação de que a Constituição Federal de 1988 impedia o país de participar dos processos de “modernização e abertura” (NORONHA e SOARES, 2001).

Uma onda conservadora no final dos anos de 1980 começou a prejudicar o fortalecimento e crescimento do SUS, com a eleição de Fernando Collor, para presidente, em 1989. A Reforma Sanitária progrediu simultaneamente com a Reforma do Estado, que possuía uma forte natureza liberal. Esse modelo democrático de saúde vai existir até os dias de hoje, mas agora ele vai competir e sofrer um grande impacto com a chegada de outro projeto de sociedade de saúde, que é o projeto de saúde da sociedade neoliberal. Esse viés neoliberal se encontra concomitante ao projeto de saúde da perspectiva democrática defendida pela

reforma sanitária e pela Constituição Federal de 1988 (NORONHA e SOARES, 2001).

Devido ao seu prisma ideológico-político, a onda conservadora no Brasil se torna mais fortalecida com a consolidação do neoliberalismo.

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 Sistema Único de Saúde (LIMA, 2010, p.279-280).

Na segunda metade dos anos 1990 a “Reforma do Estado” chega e se consolida, e então podemos observar uma crescente privatização das empresas estatais brasileiras, bem como a política de abertura da economia mais fortalecida e valorizada. Esse projeto privatista é orientado pelas regras do mercado, o que incide numa exploração da doença como fonte de lucros. De acordo com Noronha e Soares (2001), ela chega junto com o próprio neoliberalismo, com a diminuição de direitos da classe trabalhadora e a maior participação do mercado em todos os aspectos da vida social.

Além disso, a valorização da privatização acontece à luz da falsa premissa de que é uma alternativa para regular os desvios do Estado, que só poderiam ser remediados mediante os jogos de mercado. As medidas de estabilização da moeda também são uma forte característica da época, e os empregos informais e o desemprego estrutural crescem de forma alarmante. Podemos observar também, um enfraquecimento do movimento sindicalista e dos movimentos sociais, evidenciando cada vez mais as expressões do neoliberalismo (NORONHA e SOARES, 2001).

O projeto de política de saúde proposto pelos debates da CNS e da Reforma Sanitária agora sofrem um abalo e até algum retrocesso, posto que com a perspectiva neoliberal, o Estado assume agora o perfil neoliberal e surge uma nova proposta de modelo de saúde e de projeto de sociedade: a valorização daquilo que é privativo. Com a privatização das relações mercadológicas, o modelo de saúde que vai ser valorizado nesse contexto neoliberal é o da saúde privada.

Ocorreu, então, um apelo coletivo pelo consumo dos planos de saúde privados. Os usuários agora precisavam pagar para ter acesso a saúde,

diferentemente daquilo que é defendido e que está posto na Constituição, que é uma saúde gratuita, pública, de qualidade e de acesso universal para todos. Acreditamos que, durante esse contexto neoliberal, a política pública de saúde não obteve a sua devida valorização e a saúde privada ganhou força, adquirindo cada vez mais os atributos de uma saúde restrita apenas para aqueles que podiam pagar e totalmente contrária à perspectiva garantida na Constituição de 1988.

A partir disso, o Estado brasileiro passou por um movimento de “reforma”, mas compreendido por Oliveira (2011, p. 144) apud Behring (2003) como “contrarreforma”, tendo em vista que as supostas reformas representam “alterações regressivas nos direitos do mundo do trabalho. As contra-reformas, em geral, alteram os marcos legais – rebaixados – já alcançados em determinado momento pela luta de classes em um dado país” (OLIVEIRA, 2011 apud GRANEMANN, 2004, p. 144).

Durante a contrarreforma, constata-se uma falta de responsabilização do Estado quanto aos seus encargos no âmbito social e na saúde, onde a pobreza agrava os problemas já existentes e cria novos, evidenciando as desigualdades econômicas e sociais. Essa falta de responsabilidade do Estado em relação à saúde cresce ao mesmo tempo em que se fortalece um falso sentimento de “comunidade”, que acaba transferindo as atribuições que eram do Estado, agora para essas famílias, como aponta Noronha e Soares (2001). Entendemos, pois, que isso demonstra o abandono e a desresponsabilização do Estado.

Nesse sentido, a descentralização da execução dos serviços em saúde acontece de forma político-administrativa, aplicando a transferência de serviços, de responsabilidades, de poder e de recursos do âmbito federal, para as esferas estaduais e municipais, e em alguns casos, a um setor público não-estatal. Esse novo modelo transitório de saúde é considerado e valorizado, observando que o seu objetivo final é uma saúde pública de maior qualidade e planejada de maneira mais específica para cada região brasileira. A partir disso a diretriz de descentralização da Reforma Sanitária surge para auxiliar a saúde, que passa de um lugar condensado do ponto de vista político e administrativo, para uma esfera descentralizada onde o funcionamento da política de saúde agora depende de vários agentes fundamentais para sua execução.

Contudo, a descentralização tem seus aspectos negativos também, por exemplo, quando fica a critério dos municípios pobres e de pequeno porte (em termos populacionais), assumirem seus orçamentos públicos com recursos locais, estes, apesar de passarem a ter o ponto positivo da autonomia administrativa, precisam gerar recursos financeiros próprios para também gerar autonomia financeira. Entretanto, isso torna-se inviável em meio a realidade de pobreza dos municípios, que passam a requerer mais recursos da União e dos seus respectivos Estados, que nem sempre chegam a contento e ficam muito abaixo da real necessidade.

Portanto, pode-se afirmar que a descentralização per se não apenas é insuficiente para a concretização dos demais princípios do SUS, mas também que os seus avanços efetivos estão intimamente relacionados a outros aspectos relevantes para a consolidação do sistema, como: o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo, e a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos. (LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001, p. 272)

Diante dessa necessidade de descentralização na saúde, as Normas Operacionais Básicas (NOB) surgem como instrumentos alicerçados para a efetivação da diretriz de descentralização proposta pela Reforma Sanitária, e são estabelecidas na Constituição nas leis 8.080 e 8.142, de 1990. As NOBs são portarias do Ministério da Saúde, e foram cruciais para a descentralização do SUS, pois tratam diretamente sobre as divisões de responsabilidade, as relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para os estados e municípios. Contudo, apesar da sua importância e riqueza operacional para todos que se utilizam delas, as Normas Operacionais não tratam acerca das fontes de financiamento do SUS, nem da relação da saúde pública com a iniciativa empresarial privada e possuem “caráter transitório”, podendo ser editadas ou reescritas à medida em que as necessidades do SUS mudam (LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001, p. 273).

A partir disso, constatamos que a política nacional de saúde foi resultado das lutas da sociedade civil organizada, principalmente do Movimento pela Reforma Sanitária, que defendiam a democratização do acesso ao atendimento à saúde e essa como direito de todos; e podemos considerar essa realidade como conquistas muito importantes para a sociedade brasileira, sendo a maior delas o próprio SUS, inserido na Constituição Federal de 1988. Ao mesmo tempo, evidenciamos que essa política vai sofrer retrocessos quando o modelo de sociedade neoliberal surge,

impactando negativamente no outro modelo de sociedade e de saúde, proposto pela Reforma Sanitária. Esses dois modelos de saúde vão se contrapor, levando em consideração que são projetos antagônicos, e vão conviver até os dias de hoje.

A partir dos anos 2000, podemos observar os principais avanços do SUS na sua consolidação e implementação, como a unificação da gestão do Ministério da Saúde e o crescimento dos seus serviços em todo o território nacional (MACHADO C. V. *et al.*, 2011, p. 522). Contudo, ao passo das pequenas e árduas conquistas, algumas dificuldades se mostraram presentes ou se mantiveram com o passar do tempo. A restrição do financiamento das Políticas Sociais se mostrou uma grande barreira para os contextos sociais e, especialmente, para a saúde pública, que resultou em uma reforma na consolidação da Seguridade Social nos anos 2000. Outro obstáculo observado foi a dificuldade na gestão do trabalho e na formação dos profissionais de saúde, bem como no abastecimento nacional de insumos necessários para o uso dos profissionais no atendimento à população. No que tange o impasse existente com o modelo de saúde privada, todos esses pontos demonstram com clareza as condições adversas em que o SUS se encontrava, considerando a sua dependência no que diz respeito aos prestadores privados (MACHADO C. V. *et al.*, 2011, p. 522).

Como nos apresenta Reis e Paim (2018, p. 110), a referência de atendimento do SUS

ainda é centrada no modelo médico assistencial hospitalocêntrico, negligenciando os determinantes sociais e enfatizando a demanda espontânea. Entretanto, foram desenvolvidas algumas ações para qualificação desse componente, principalmente em relação à assistência farmacêutica, ao parto natural e ao combate da triplíce epidemia e à sífilis. Já a organização do SUS tem sido cada vez mais dependente do setor privado. Embora tenham sido desenvolvidas ações no que diz respeito à criação das redes e da regulação do SUS, persistiram pontos negativos, como o desabastecimento de insumos e vacinas. A organização e a regulação do SUS têm sofrido influência de grupos de interesses, enquanto as estruturas adotadas têm sido insuficientes para promover mudanças na gestão.

Durante os anos 2000, a saúde expressou quatro pontos de grande importância, sendo eles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Brasil Sorridente, o SAMU e a Farmácia Popular.

A ESF foi proveniente de governos anteriores e perpetuada durante a gestão do Presidente Lula. A estratégia consiste em direcionar o modelo de saúde pública para a atenção primária, contando com uma equipe multiprofissional, na intenção de

aprofundar, qualificar e expandir os bons resultados na atenção à saúde, fundamentada em uma postura humanizada e socializada da promoção à saúde, e aplica uma abordagem mais ampla e completa no bem-estar da comunidade (MACHADO, C. V. *et al.*, 2011, p. 523). O Programa Brasil Sorridente busca propagar os cuidados em saúde bucal e, quando vinculado às equipes de saúde da família em 2001, recebe uma atenção maior por parte da agenda prioritária do governo federal. O Brasil Sorridente é uma referência no âmbito da saúde bucal brasileira, que lutava por seu espaço e valorização desde a Reforma Sanitária, e buscava a viabilidade de executar suas “ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dentária” (MACHADO, C. V. *et al.*, 2011, p. 524).

Em 2003, um grande marco na história da política nacional de saúde do Brasil foi a implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, o SAMU. Esse serviço surge com o objetivo de proporcionar um atendimento médico pré-hospitalar, em situações de urgência e emergência e conta com a regulamentação e parte do seu financiamento provenientes do governo federal. Pode-se constatar que, em 2009, o SAMU já abarcava mais da metade da população brasileira (MACHADO, C. V. *et al.*, 2011, p. 525).

Um ano depois, em 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) é criado, através da Lei nº 10.858, e tem como propósito “a ampliação do acesso da população aos medicamentos básicos e essenciais, diminuindo, assim, o impacto do preço dos remédios no orçamento familiar” (BRASIL, 2005, p. 7).

Além disso, a PFPB representa um marco norteador na história da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), favorecendo o alcance da população brasileira àqueles medicamentos de cunho essencial. Essas quatro políticas foram extremamente importantes para a implementação do SUS, e em especial, na área de atenção primária à saúde, tendo em vista a sua ótima adesão da população e eficácia comprovadas. O fato da ESF ter sido instaurada em meados dos anos 1990 e perpetuada durante o governo Lula até os dias atuais demonstra a importância e a necessidade que os programas e políticas possuem em terem continuidade.

Dada a sua solidez e continuidade, pode-se dizer que a Saúde da Família tem-se configurado mais como uma política de Estado do que de um governo específico, ainda que as estratégias de expansão e de qualificação da política possam variar entre os governos federal, estaduais e municipais. (MACHADO, C. V. *et al.*, 2011, p. 528)

Em 2011, com o governo de Dilma Rousseff, podemos observar um forte interesse em continuidade com o trabalho do antigo presidente Lula. Entre tantos avanços nas áreas sociais e econômicas, podemos destacar os progressos alcançados na área da saúde, sendo eles

[...] o processo de descentralização dos serviços de saúde para os municípios, ampliação do acesso aos cuidados de saúde, cobertura universal da vacinação e assistência pré-natal, além da expansão de recursos humanos e tecnologias em saúde. (REIS, C. R., PAIM, J. S., 2018, p. 103)

Outro marco governamental deste mandato foi a criação do Programa Mais Médicos e a ampliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), na intenção de aumentar a cobertura nacional de atendimento na saúde.

Em 2016, quando Michel Temer assumiu a presidência do Brasil, podemos nos deparar com um dos maiores retrocessos da história do Sistema Único de Saúde brasileiro, onde o SUS acaba sendo debilitado na sua base financeira, sendo assim, submetido ao mercado e fortalecido para o projeto privatista. O seu caráter universal da saúde, como sendo um direito social e de responsabilidade do Estado sofre grandes ameaças por parte do viés neoliberal do governo em questão (BRAVO e PELAEZ, 2020).

Com seu caráter privatista, o governo de Michel Temer demonstra o congelamento de recursos orçamentários para as Políticas Sociais por 20 anos, atestando com clareza a falta de compromisso do governo com as Políticas Sociais, bem como os cortes orçamentários na política de saúde, especificamente. Como forma de “conserto” do SUS, baseando-se na falsa premissa de que o sistema não possui capacidade de atender toda a população da forma necessária por falta de financiamento e que o Brasil não consegue sustentar os direitos da Constituição Federal, o ministro da saúde Ricardo Barros (entrou no ministério em maio de 2016, até abril de 2018) propõe “planos de saúde populares” ou “acessíveis”, como forma de melhorar e desafogar o sistema público de saúde brasileiro. Esses “planos acessíveis” são planos privados de saúde e foram pilares na sua gestão.

Outro aspecto presente no modelo de governo Temer foram os retrocessos na política de saúde mental, o congelamento dos gastos pela Emenda Constitucional 95/2016, que resultou na perda de recursos para o SUS, e a articulação com o setor privado, com a Coalizão Saúde, em 2017, que propõe uma articulação entre os setores públicos e privados numa rede integrada, em uma

agenda para transformar o sistema de saúde, divulgado em 2017. Este documento foi elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, formado por representantes da cadeia produtiva do setor saúde e que tem como objetivo enfrentar e construir um novo sistema de saúde para o Brasil. (BRAVO *et al.* 2018, p. 16)

Fica claro que quando tratamos de desmonte e regresso no processo de consolidação do SUS, o governo de Michel Temer nos apresentou o início do retrocesso e o governo de Jair Bolsonaro intensifica e aprofunda todas essas contrarreformas. Com a norma técnica nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, o governo federal manifesta com naturalidade o seu interesse na abertura e reabertura de leitos de hospitais psiquiátricos, reduz a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e encoraja a prescrição e a realização da eletroconvulsoterapia (ECT), bem como libera a compra dos aparelhos necessários para essa prática, como aponta Brasa (2019), prática esta extremamente desumanizada e combatida pelos movimentos antimanicomiais.

Bolsonaro é um forte apoiador do sistema neoliberal e privatista, explicitando seu ideário quando organizou o desmonte do programa “Mais Médicos”, que supria a necessidade de médicos nas cidades do interior e na periferia. Durante o período da pandemia do vírus da Covid-19, ele e seus apoiadores não cessaram em demonstrar seu descontentamento com os protocolos sanitários mais básicos, como o distanciamento social e a utilização das máscaras de proteção. Sua postura foi inversamente proporcional a todas as recomendações dos profissionais de saúde, que trabalharam de forma incessante e sem limites durante todo esse período. Acreditamos que a demora na negociação das vacinas e sua postura de aversão à seriedade da pandemia acaba sendo um dos motivos para o atraso da adesão da vacinação por parte da população que compactua com sua ideologia. Para se ter ideia das consequências das escolhas e ações do referido governo, em julho de 2022, uma pesquisa realizada pela Sou Ciência, grupo de pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), constatou que 37% das pessoas que declararam não ter tomado a vacina contra a Covid-19, ou estavam com o ciclo vacinal incompleto, eram eleitores de Bolsonaro (UNIFESP, s.d.).

Dentre muitas consequências e sequelas deixadas pela pandemia da Covid-19, o contexto sócio-histórico atual não se resume apenas ao que tange a saúde física, devido a crise sanitária, mas também a condição social e econômica de subsistência da população brasileira. Nesse sentido, retomamos o debate acerca do

conceito ampliado de saúde, que considera a indispensabilidade nas tomadas de decisões dos determinantes sociais de saúde. Tais determinantes são todas as instâncias da vida humana que funcionam como condicionadores dos níveis de saúde, são elas: sociais, econômicas, culturais, políticas, espirituais, psicológicas/mentais, biofisiológicas, familiares, comunitárias. E todas estas instâncias se desdobram em acessar ou não educação de qualidade, esporte, lazer, artes, habitação adequada, trabalho e renda dignos para uma vida de bem estar satisfatório, alimentação e nutrição apropriadas, saneamento, higiene pessoal e coletiva, e outras.

3. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E A NECESSIDADE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO

Ainda que, por muito tempo, o eixo da saúde estivesse voltado apenas para os fatores biológicos e médicos, durante o século XX houve uma crescente tensão entre estes determinantes e sua relação com os determinantes sociais, como também acerca da saúde e do processo de pesquisas em saúde. Com a criação da primeira escola de saúde pública na Universidade Johns Hopkins, em 1916, nos Estados Unidos da América, o debate transitava sobre a metodologia de pesquisa mais assertiva, ponderando entre as pesquisas “no laboratório, com o estudo biológico dos organismos infecciosos, ou nas casas, nas fábricas e nos campos, buscando conhecer as condições de vida e os hábitos de seus hospedeiros” (BUSS, P. M., FILHO, A. P., 2007, p. 79), levando em consideração que as competências médicas tornaram-se insuficientes para responder aos problemas de saúde da população. Esse novo modelo de estudos em saúde pública serviu para a criação da primeira escola de saúde pública no Brasil, a Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo, em 1918.

Em 1945, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), após a segunda guerra mundial, já existia uma observação para a necessidade de um órgão que tratasse especialmente das questões da saúde mundial. Diante disso, em abril de 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi criada, servindo como um marco mundial no debate da viabilização do direito à saúde para todos os indivíduos (OMS, s.d.).

Apesar dos crescentes avanços no âmbito da descentralização da saúde assentada na orientação médica, a partir da década de 1950 verifica-se um enfraquecimento do enfoque amplo da saúde devido a erradicação da varíola, gerando um maior estímulo para o combate de doenças singulares através da perspectiva do tratamento e cura, sem nenhuma perspectiva que fugisse do ponto de vista biomédico. Nos anos 1980, esse modelo de saúde médico-assistencialista é evidenciado mais uma vez, a partir do viés liberal da saúde privada. Só em março de 2005, com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde pela OMS (CDSS-OMS), os determinantes sociais voltaram ao plano da notoriedade, retomando assim, o debate da saúde pública à luz dos determinantes sociais da saúde (DSS) na agenda global (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) os determinantes sociais consistem em “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2008, p. 20). Ao mesmo tempo, Krieger (2001) apresenta uma definição mais interventiva, onde determina os DSS como fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais interferem na saúde e que, iminentemente, podem ser convertidos a partir de condutas apoiadas em informação. Já para Buss e Pellegrini Filho (2007), o conceito dos determinantes sociais da saúde corresponde ao princípio de que a condição de saúde dos indivíduos está diretamente associada às suas circunstâncias de trabalho e de vida, e esta é a compreensão de DSS considerada para o presente trabalho.

A criação da CDSS-OMS surge na intenção de desenvolver um olhar atento à influência dos determinantes sociais na vida da população, bem como encontrar soluções para as desigualdades causadas pelos DSS e sua interferência na saúde dos indivíduos. Conforme Buss e Pellegrini Filho (2007), o campo das pesquisas têm explorado consideravelmente seus estudos no que tange a relação acerca da forma pela qual se estabelece uma sociedade, e de que maneira essa forma influencia a saúde da população. Os objetivos da CNDSS consistem, sumariamente, em viabilizar a identificação das iniquidades em saúde geradas a partir da sua relação com os DSS, da mesma maneira que pretende produzir indicadores que subsidiem as ações direcionadas para o enfraquecimento de tais iniquidades (COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2008, p. 17).

O Brasil foi o primeiro país a criar sua própria comissão, em março de 2006, com a criação da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais (CNDSS). Em seguida, foi instituído o Centro de Estudos, Políticas e Informações sobre Determinantes Sociais da Saúde (CEPI-DSS), em agosto de 2009, que está vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A CNDSS foi criada a partir de um decreto presidencial, com mandato de dois anos, e foi formada por 17 lideranças de diversos setores da sociedade. À vista disso, constatamos a importância da diversidade de vários atores

sociais na construção de um estudo em saúde, tendo em vista que a saúde é um bem universal.

Em sua gênese, a CNDSS possui três compromissos que direcionam a sua prática, sendo eles o compromisso com a ação, com a equidade e com a evidência, como apontam Buss e Pellegrini Filho (2007). O primeiro diz respeito às ações da Comissão em relação ao enfrentamento das desigualdades provenientes dos DSS; já o segundo, aborda a relevância e a necessidade do fomento da equidade na saúde, objetivando assim, possibilitar o direito universal à saúde e; enfim, o terceiro compromisso discorre sobre o comprometimento da Comissão com as evidências científicas, que fundamentam todas as ações de combate às desigualdades geradas pelos DSS. Observando o segundo compromisso da CNDSS, afirmamos a necessidade de começar a descortinar a necessidade de uma atenção integral na saúde.

Afirmamos que existe uma necessidade em considerar a ciência médica em consonância a uma ciência social, da mesma forma que a saúde em uma essência multidimensional, observado as condições sociais que a afetam e os fatores que impactam de maneira determinante a saúde da população. De acordo com Carrapato, Correia e Garcia, (2017), verifica-se um desafio quando se trata da análise dos determinantes sociais da saúde, que consiste em apontar a influência que cada determinante possui no estado da saúde dos indivíduos e seu efeito nocivo em sua saúde.

Os DSS buscam influenciar na promoção da equidade em saúde, atuando na elaboração de políticas públicas que priorizem a saúde como direito, e considerem as necessidades dos grupos sociais como esfera fundamental para as formas de justiça, “interagindo com as expectativas dos diversos modos de vida dos diferentes grupos sociais” (VIEIRA-DA-SILVA e ALMEIDA FILHO, 2009, p. 223).

Dentre muitas das suas faces, os determinantes sociais da saúde podem ser biológicos, econômicos, sociais, ambientais e de estilos de vida. Segundo a OMS, os **determinantes ambientais** possuem maior destaque, pois determinam 25% da saúde da população. Os determinantes físicos como o ambiente natural, as mudanças climáticas e alguns agentes químicos, físicos e biológicos impactam a saúde. Como aponta Carrapato, Correia e Garcia (2017), a relação entre a capacidade dos determinantes ambientais, dentre eles a poluição do ar, água, terra,

alimentos e riscos globais como a destruição da camada de ozônio e as alterações climáticas influenciam as populações e seu desenvolvimento socioeconômico, e consequentemente, sua condição de saúde à curto, médio e longo prazo.

Os efeitos do aquecimento global sobre a saúde, considera Gatrel (2002, p. 11-12), dar-se-ão a longo prazo, ao contrário de efeitos decorrentes de episódios climáticos extremos que se dão a curto e curtíssimo prazo. Neste particular, é preciso notar que há uma interação direta entre os impactos de fenômenos de ordem natural e as condições socioeconômicas-tecnológicas das diversas sociedades humanas; aquelas menos aquinhoadas encontram-se mais expostas aos riscos e são, portanto, mais vulneráveis que aquelas dos países ricos e desenvolvidos (MENDONÇA, F., 2015, apud Gatrel, 2002, p. 211).

Em relação aos **determinantes econômicos**, a privação material, os comportamentos, ligados à saúde, que dependem do rendimento, a falta de proteção social e o desemprego são fatores que colaboram com o aumento das desigualdades no setor da saúde (CARRAPATO, P., CORREIA, P., GARCIA, B., 2017, p. 681). O acesso a atividades físicas e boas escolhas alimentares impactam na saúde do indivíduo, pois comportamentos saudáveis são apontados de grande efeito na saúde.

No que concerne aos **determinantes sociais**, a saúde dos indivíduos, de modo geral, está vinculada às suas condições de vida e condições de trabalho. A privação do direito à habitação, às amenidades básicas e a falta de acesso a serviços de saúde acessíveis e de qualidade decentes fazem parte de alguns aspectos pertinentes no cenário da saúde da população. Outras características de determinantes sociais podem ser a falta de apoio social e de inclusão, o baixo acesso à cultura e a insegurança alimentar. As pesquisas sobre iniquidades em saúde são desenvolvidas para tentar compreender as desigualdades de saúde entre os diferentes grupos populacionais, e combatê-las com êxito, como aponta Carrapato, Correia e Garcia (2017).

Trazendo agora o debate acerca dos DSS no SUS, apesar de todos os seus avanços que melhoraram o atendimento à saúde da população brasileira, faz-se necessário destacar que existem alguns desafios a serem enfrentados. Com o início do seu funcionamento e do desenvolvimento da saúde pública universal, cria-se um paradigma onde o médico é a única figura central, dominante e capaz de possibilitar a reabilitação da saúde. Acreditamos que, no senso comum, compreendeu-se que a saúde é, apenas, a ausência da doença, e outros aspectos da realidade humana foram ignorados como partes essenciais de uma vida saudável.

Todavia, o conceito de saúde foi mudando conforme a realidade social demonstrava que não cabe apenas a falta da doença, mas que elementos como a saúde psicológica, o bem estar socioeconômico, e a vida em ambientes salubres também são essenciais para a efetivação do bem estar humano, aproximando-se assim, do conceito de qualidade de vida. Como explica ALVES, C.; CARVALHO, R.; ARAÚJO, R. (2007, p. 3),

com a ampliação do conceito saúde evoluindo de um padrão organicista para uma visão holística, houve também uma alteração no processo de trabalho na área de saúde. Notadamente este passou a deslocar o saber fundado na atuação médica - puramente organicista - para um saber mais sistêmico e coletivo, onde vários aspectos do indivíduo passam a ser considerados no processo saúde-doença, criando espaço para atuação de outros profissionais que buscam o restabelecimento do indivíduo como um todo.

Assim sendo, observamos que a inserção de outras competências na política de saúde pública brasileira acontece na intenção de assegurar a garantia do direito universal, igual e integral a todos os usuários, observando como as condições sociais, econômicas e históricas também influenciam na saúde.

A integralidade consiste em um dos princípios básicos do SUS, estabelecido na CF/88. Para a promoção da saúde ser realizada de forma eficaz e integral, faz-se necessário agir a partir da concepção de que a saúde não é apenas a ausência da doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social, como exemplifica a Organização Mundial da Saúde (1945), e a integralidade surge para realizar uma articulação entre os mecanismos socioassistenciais em conjunto com os da saúde pública. Fugindo do modelo de saúde fundamentado apenas na perspectiva biomédica, a atenção integral à saúde, também conhecida como atenção ampliada, surge para amparar a prática dos profissionais de saúde, levando em conta os princípios, os comportamentos e os conhecimentos culturais que afetam as práticas de saúde de maneira direta (SILVA E ENGSTROM, 2020). Faz-se necessária a observação dos contextos da comunidade e das singularidades de cada usuário, para o fomento da saúde orientada nas práticas de atenção integral.

Levando em conta a complexidade dos vários e diversos DSS, afirmamos que a perspectiva de trabalhar a interprofissionalidade na atenção à saúde se torna uma exigência essencial, devido ser esta capaz de corresponder a essa complexidade, por ser uma práxis também complexa, com características que se aproximam da

perspectiva de totalidade, pois ao proporcionar a interrelação e interação entre profissionais de áreas de conhecimentos diferentes, com objetivos comuns e sob uma coordenação com orientações teórico-metodológicas também comuns, em um nível de comunicação articulada e sintonizada, promoverá um grau de resultados mais amplos, completos e satisfatórios no que diz respeito ao atendimento à saúde integral, tornando-a qualitativamente melhor.

4. INTERPROFISSIONALIDADE NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA E SEU PROCESSO EDUCATIVO

4.1 Aproximações Conceituais

O debate acerca da proposta de trabalho em equipe entra em evidência nos anos 1990, com o crescente questionamento e, conseqüentemente, debate a respeito dos modelos e da organização da atenção à saúde. Não obstante, também inicia-se a discussão no que se refere à necessidade de uma educação interprofissional, estabelecendo uma crítica na formação uniprofissional (PEDUZZI E AGRELI, 2018). Analisando a multiplicidade de elementos que caracterizam a política de saúde pública brasileira e suas diversas nuances de atuação profissional no atendimento à saúde, compreendemos que faz-se necessário o debate acerca da interprofissionalidade, que pretende viabilizar a garantia de acesso integral aos atendimentos de saúde pública de qualidade.

Ao compreender os DSS e sua influência na saúde da população, acreditamos que é fundamental o estudo acerca da interprofissionalidade e sua influência na otimização da integralidade do atendimento.

Analisando os estudos de Peduzzi e Agreli (2018), faz-se necessário observar que existe uma inegável carência de estudos que abordem a complexidade da interprofissionalidade na saúde, como também há uma diferença em relação às equipes integradas de trabalho e as práticas profissionais colaborativas. Agreli (2017) apud Reeves (2010) et al. apresenta uma crítica à falta de pesquisas que abordem o ponto de vista sociológico na reflexão quanto ao trabalho interprofissional.

A primeira é caracterizada por equipes diferentes que trabalham de forma integrada, objetivando, em suas ações, garantir a melhoria da qualidade e do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Já a segunda, caracteriza-se por grupos de trabalho do mesmo serviço que cooperam entre si, da mesma maneira que com outros grupos de outros serviços. À vista disso, encontra-se a interprofissionalidade que, para Barr & Low, “envolve membros de duas ou mais profissões com competências complementares em práticas colaborativas, visando objetivos comuns” (2013, p.7).

Observa-se, também, uma falha conceitual quanto aos estudos da interprofissionalidade, que acaba por prejudicar o seu desenvolvimento no âmbito

das pesquisas e, conseqüentemente, na prática dos profissionais de saúde (PEDUZZI e AGRELI, 2018, p. 1526). Muitas vezes, observa-se a prática da multiprofissionalidade nos serviços de atenção à saúde, e confunde-se com o trabalho na perspectiva interprofissional. Para avançarmos na discussão, faz-se necessário conceituar a multiprofissionalidade e a interprofissionalidade, para analisarmos suas diferenças.

Dessa maneira, para compreendermos o trabalho multiprofissional, analisamos o estudo de Marina Peduzzi (2001), onde ela apresenta que a multiprofissionalidade diz respeito ao trabalho em equipe caracterizado por diferentes intervenções de diversos profissionais, que baseiam suas ações através da comunicação mútua. Observamos que a prática profissional sob a perspectiva multiprofissional é orientada pelo diálogo entre profissionais especializados, médicos ou não-médicos, mas que apenas convivem entre si (PEDUZZI, 2001, p. 108). Acreditamos que o diálogo não torna-se suficiente para fazer parte das tomadas de decisão, nem os profissionais atuam com um objetivo comum. A prática profissional, na multiprofissionalidade, pode ser fracionada, tendo em vista que esta baseia-se na junção de diferentes saberes especializados, onde cada especialista tem a sua atuação de forma independente do resto da equipe de trabalho (ARAÚJO *et al.* 2017, p. 602).

Passamos, pois, a adotar o panorama de análise de Reeves *et al.* (2010) para a assimilação do que compete o estudo da interprofissionalidade na saúde, e categorizar o trabalho em equipe, a colaboração interprofissional e a prática colaborativa interprofissional, como nos apresenta Peduzzi (2018) apud Agreli (2017). Dessa maneira, podemos observar que a “colaboração interprofissional” engloba a “prática colaborativa interprofissional” e o “trabalho em equipe interprofissional”. Apesar de serem similares nos seus termos, cada conceito trata de uma área diferente da interprofissionalidade na saúde, ainda que todos os modelos possuam a atenção centrada no paciente.



Figura 1. Relação entre colaboração profissional, prática interprofissional colaborativa e trabalho em equipe.

Fonte: Adaptação e tradução de Morgan, Pullon e McKinlay e Reeves et al, 2010, p. 57.

A **colaboração interprofissional** é um conceito multidimensional, que se configura quando profissionais de áreas diversas, apesar de terem o objetivo em comum de garantir o atendimento à saúde da maneira mais adequada, ainda trabalham orientados por seus próprios interesses, buscando sua independência entre os outros profissionais. Suas ações são mais flexíveis, as trocas de conhecimento entre as profissões e sua dependência entre si são minimizadas.

Em contrapartida na **prática colaborativa interprofissional**, a responsabilidade é compartilhada entre os profissionais, é levada em consideração as características de cada paciente e comunidade, na sua singularidade.

A PIC [Prática Interprofissional Colaborativa] é definida como aquela que ocorre quando profissionais de saúde, de diferentes áreas, prestam serviços com base na integralidade da saúde. Isso envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta

qualidade em todos os níveis da rede de serviços[...]. É preconizada pela OMS como possibilidade de otimizar os serviços de saúde, fortalecer os sistemas de saúde e incitar melhorias de resultados na assistência à saúde (AGRELI, 2017, p. 28).

Os usuários fazem parte de seu processo de tratamento, não apenas como espectador nas tomadas de decisão, mas como membro ativo desse modelo de atenção. Isso só é possível de acontecer graças à valorização da inclusão do indivíduo em todo esse sistema, da mesma maneira que as relações de poder, a rivalidade e a competitividade que pudessem surgir, são desestimuladas.

Já no **trabalho em equipe**, podemos observar o campo de maior profundidade quando se trata do trabalho interprofissional no campo da saúde pública. O trabalho em equipe acontece a partir do objetivo mútuo entre profissionais que fazem parte da área da saúde, que se comprometem e se organizam de forma integrada, compartilhando responsabilidades através da interdependência. Esse caráter também abarca o compromisso de todos os profissionais em fazer um trabalho de atenção à saúde com excelência empenhados em avaliar de maneira crítica a atuação da equipe e de cada profissional na sua individualidade, encaminhando-se para a melhor conduta que cada demanda específica exige. Como aponta Peduzzi e Agreli (2018), as decisões para as ações de combate às necessidades de saúde dos cidadãos(as) são realizadas de maneira integrada, com o compartilhamento de valores em comum. O trabalho em equipe inclina-se a responder às demandas “de cuidados imprevisíveis, urgentes e de maior complexidade” (PEDUZZI e AGRELI, 2018, p. 1526-1527). Ele também é alcançado através da comunicação assertiva entre profissionais, visando um ambiente seguro onde cada membro da equipe possa sentir-se confortável em realizar suas colocações, sejam elas em concordância ou discordância, no qual todos compartilham do sentimento de pertença à equipe e interagem nas discussões e nas tomadas de decisões. Essa valorização da comunicação feita de maneira justa e eficiente também são úteis para prevenir possíveis erros e desgastes que possam prejudicar a rede de atendimento, e além do mais, torna-se a porta de entrada para promover inovações no campo de trabalho.

As equipes interprofissionais devem se adequar dentre esses três modelos supracitados a fim de corresponder da melhor forma às necessidades da população. As propostas de trabalho colaborativo encontraram um terreno fértil na Atenção Primária à Saúde (APS) para o seu crescimento e desenvolvimento, tendo em vista

que a APS é um dos melhores (alguns autores, inclusive, consideram como o melhor) sistemas para o combate dos problemas de saúde e para a promoção do direito à saúde na sua integralidade, bem como na sua eficiência no âmbito da saúde preventiva. Peduzzi (2018) afirma que a ação profissional adequada à circunstância devida saindo dos muros de práticas amparadas apenas pelo trabalho em equipe e abordando os outros modelos de interprofissionalidade, tornam-se mais efetivos.

A mudança de foco das profissões e serviços para o foco nas necessidades de saúde das pessoas, portanto, para ACP, é descrita como componente de mudança do modelo de atenção, com potencial para imprimir maior racionalidade aos custos dos sistemas de saúde e melhorar a qualidade dos cuidados à saúde. (AGRELI, 2017, p. 29).

Com a interprofissionalidade, podemos constatar uma diminuição na fragmentação de atendimento aos usuários. Ela é uma peça fundamental para responder às necessidades de saúde dos usuários, onde cada profissional encontra, na equipe, o melhor caminho para o atendimento integral no SUS.

4.2 Educação em Saúde e Interprofissionalidade

Devido ao processo de construção e consolidação do SUS, a política de saúde brasileira tem a integralidade como um de seus pilares para a efetivação do direito à saúde de qualidade, que abarca a necessidade de um atendimento multidimensional e coletivo, considerando os fatores sociais, econômicos e políticos.

Nessa direção a EIP, em suas bases teóricas e metodológicas, complementam e fortalecem os ideários do SUS e fornece subsídios para a construção de um projeto novo de sociedade, a partir da concepção ampliada de saúde (COSTA, 2016, p. 197).

Ao compreender o conceito de saúde ampliada, nota-se que, durante a sua trajetória, a Educação Interprofissional (EIP) esteve presente em diferentes momentos da consolidação do SUS, mesmo que estivesse com outras perspectivas. No entanto, o sistema de educação em saúde no Brasil ainda possui longos passos para serem dados quando discutimos a formação de profissionais voltada para o trabalho em equipe (COSTA, 2016, p 197).

Na área da educação em saúde, ainda não se investe de maneira suficiente nessa perspectiva da EIP na saúde. Pois, a interprofissionalidade é um avanço para a vida em sociedade na área da saúde, mas que ainda demanda uma valorização mais ampla e concreta. Percebe-se que, na perspectiva de saúde integral, cada

agente precisa trabalhar com todos os profissionais e abarcar ali, as distintas singularidades que cada pessoa compreende. Os indivíduos são vistos na sua integralidade e cada cidadão(a) demanda da atenção à saúde em todas as áreas que lhe competem. A interprofissionalidade chega para proporcionar a prática profissional colaborativa, onde toda a equipe irá intervir com o mesmo objetivo, contribuindo para a perspectiva da atenção integral à saúde e trazendo ainda mais qualidade para os serviços de saúde (COSTA, 2016, p. 197).

O atendimento integral à saúde dos usuários geralmente não acontece com apenas um profissional, ou com uma equipe que apenas esteja convivendo no mesmo ambiente sem interação articulada e responsabilidades comuns. Compreendemos e afirmamos que as práticas colaborativas interprofissionais são imprescindíveis para alcançar a qualidade na atenção integral à saúde, e para isso, assimila-se a imprescindibilidade de uma formação e qualificação profissional voltadas para a interprofissionalidade, que rompa com o atual modelo de educação em saúde marcado pela divisão, independência de cada área e fragmentação no atendimento.

A interprofissionalidade busca a melhoria da qualidade no atendimento à saúde através de um trabalho em equipe eficaz, e suas práticas colaborativas minimizam os custos do SUS e garantem uma resposta integral às demandas da saúde da população. Quanto ao que toca a EIP, observamos a necessidade de envolver os futuros profissionais em uma compreensão de totalidade, que ultrapasse toda visão de mundo estreita, compartimentada e isolada.

Estudos apontam que a educação amparada pela formação interprofissional é capaz de favorecer a atenção à saúde de maneira ampla e universal. Apesar disso, ainda existe um grande desafio quando se trata da educação guiada pelas práticas colaborativas, tendo em vista que, como aponta Costa (2016, p. 198), “os profissionais continuam sendo formados separadamente, para no futuro trabalharem juntos”, o que incide em uma contradição com consequências evitáveis na capacidade de uma boa atenção à saúde pelo SUS.

A estrutura do ensino superior apresenta-se como uma barreira nesse processo de avanços da EIP, de maneira que cada área de formação tem sua estrutura própria, o que amplia a separação e prejudica a interação entre os futuros profissionais da área da saúde. Além das barreiras setoriais e físicas, Costa (2016)

apresenta a barreira cultural ainda mais evidente nesse contexto sócio-político onde cada formação específica e singular cria a identidade profissional durante esse tempo de aprendizado, o que faz ser mais difícil a interação e integração profissionais no futuro. O desafio da EIP é formar, separadamente, profissionais para trabalharem juntos no futuro, com o desígnio de se tornar a base para um trabalho que atenda às diversas demandas da sociedade contemporânea.

Algumas instituições já conseguem tomar medidas que marcham para o avanço da educação interprofissional em saúde, criando novas grades curriculares que abordem a interprofissionalidade da forma que lhes é cabível. Temos como exemplos

a adoção de disciplinas comuns aos diferentes cursos da área da saúde, desenho de currículos interprofissionais, [...] e a adoção da interprofissionalidade no âmbito das residências multiprofissionais. São todas iniciativas importantes, muitas delas frutos das atuais políticas, e que podem se constituir como potente espaço de fortalecimento da EIP no Brasil (COSTA, 2016, p. 198).

A interprofissionalidade na saúde ainda é um processo em construção, e é preciso firmar ainda mais e efetivar essa perspectiva de formação interprofissional dentro da educação em saúde e da vida em sociedade. Quando comparada a multiprofissionalidade, observamos que a interprofissionalidade vai além, avança e aperfeiçoa o nível de atenção. Torna-se um trabalho ainda mais integralizado, com uma coordenação em comum, com objetivos comuns e com mais trocas de saberes e experiências entre os profissionais, e não somente uma convivência entre si. Conseguimos perceber com certa frequência a existência da multiprofissionalidade na maioria dos espaços de atendimento à saúde, mas afirmamos a necessidade do aprofundamento das práticas profissionais, saindo da multiprofissionalidade e alcançando a interprofissionalidade.

A política de saúde do Brasil precisa continuar se renovando e buscar romper com o paradigma de atenção à saúde extremamente especialista e fragmentado, que ainda se faz presente de modo hegemônico. Nesse sentido, faz-se necessário investir mais na educação interprofissional por esta aperfeiçoar a integralidade no atendimento, pois considera o todo e propõe a interrelação orgânica entre os diferentes profissionais, a troca de ideias e a colaboração de cada membro da equipe com suas diferentes perspectivas a favor de um objetivo comum, efetivando a

articulação de ações e a visão de contexto no trato da saúde, que gera resultados mais completos e satisfatórios.

A consolidação da educação interprofissional só poderá suceder a partir da disposição de cada profissional (formador ou em formação) em fazer parte de um contexto interdependente, que almeja o mesmo objetivo de promoção da saúde pública brasileira. O desafio de fortalecer a iniciativa da EIP está posto para todos os agentes de todos os cenários da política de saúde nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao compreender a Política da Saúde como um marco no campo dos direitos sociais, evidenciamos a importância de sua efetivação, de forma que todos os cidadãos possam ter acesso a um atendimento de qualidade, gratuito, universal e que respeite todas as diferenças, diagnosticando e tratando com cuidado competente, humanizado, colaborativo, articulado e com atenção integral. Todo o conhecimento e toda a teoria absorvida no âmbito acadêmico, pelos profissionais ligados a área da saúde, precisam transformar-se em trabalho e comprometimento social com a saúde contemplada em sua integralidade e, portanto, considerem o bem estar físico, emocional e social da população.

É preciso estimular a autonomia do cidadão e o seu protagonismo como indivíduo de direito à saúde pública de qualidade e exigir a prioridade do Estado no provimento da proteção social à população, por meio das políticas públicas sociais, e, nesse contexto, no provimento da política de saúde pública, para que seja efetivada com excelência em todos os seus níveis de complexidade (atenção) e em todos os territórios do Brasil, com valorização dos recursos financeiros, humanos, materiais, de modo que sejam satisfatórios para atender as imensas necessidades próprias de um Sistema Universal de Saúde, bem como, a valorização da participação da sociedade civil nos processos decisórios desse Sistema.

Dito isso, este estudo serviu como mais uma contribuição de conhecimento social valioso em torno da política de saúde pública brasileira, que discutiu as dificuldades existentes em realizar a promoção da saúde em tempos de retrocessos com a ascensão do neoliberalismo e de suas práticas de saúde privatistas.

Almejamos que estas reflexões sirvam para motivar a prática, realizando uma troca de informações e conhecimentos teóricos e metodológicos presentes no campo da interdisciplinaridade, possibilitando assim, a prática do trabalho colaborativo vivido na interprofissionalidade. As decisões das ações precisam ser orientadas e pensadas para responder às necessidades de atenção à saúde que os usuários apresentam em seus determinantes sociais, utilizando as competências e o conhecimento que cada área dispõe, mas também lapidando cada iniciativa do corpo de profissionais que trabalham em equipe, com o mesmo objetivo.

Através da pesquisa bibliográfica e documental, objetivou-se a contribuição do presente estudo para a academia e para a sociedade como um todo, compartilhando os aspectos teórico-metodológicos da prática interprofissional, e da valorização dos determinantes sociais da saúde como base para a orientação das tomadas de decisão, objetivando alcançar uma qualidade melhor no atendimento às necessidades da saúde pública brasileira que precisa de atenção integral com mais excelência. E essa necessidade de atenção integral é o que exige, fundamentalmente, um atendimento interprofissional para com cada cidadã e cidadão.

Apesar de ainda possuir avanços a serem alcançados, sempre enfatizaremos a necessidade da defesa do SUS, tendo em vista a sua abrangência e a necessidade de sua existência para a garantia de uma vida digna a todos os cidadãos e cidadãs brasileiros.

Vale salientar que o direito à saúde no seu conceito ampliado, previsto na Constituição Brasileira de 1988, depende do acesso da população a todos os bens e serviços públicos, do acesso à segurança de trabalho e renda satisfatórias, do acesso à segurança alimentar e nutricional, segurança de moradia digna e do acesso a todas as Políticas Públicas ofertadas com qualidade. Compete ao Estado a articulação destas políticas no cotidiano do povo, para que este tenha qualidade na totalidade da sua vida física/biológica, emocional/mental, social, econômica, cultural/lazer/esporte, familiar, comunitária, espiritual e política. Portanto, devido a toda essa complexa realidade, a atenção interprofissional na saúde torna-se uma imensa necessidade, pois ela permite ampliar, articular, integralizar e aperfeiçoar a qualidade dessa atenção, para que a saúde seja, de fato, sinônimo de qualidade de vida, e não apenas ausência de doenças.

A colaboração interprofissional ainda precisa ser apropriada por todos os profissionais da saúde, bem como compreendida pela própria sociedade usuária dos serviços de saúde. Faz-se necessário manifestar o quanto a interprofissionalidade é importante para saúde e para a vida da sociedade como um todo, Apesar dos grandes avanços em relação a interprofissionalidade e a educação interprofissional na saúde, a população ainda não se apropriou de maneira devida à essa nova modalidade de atenção à saúde, e somado a isso, nem todos os profissionais estão abertos para esse novo modelo de atendimento focado numa perspectiva ampla e

articulada, ou sequer compreendem de maneira clara como se organiza uma atuação profissional amparada pela prática interprofissional colaborativa. Esse processo ainda está no decurso do avanço e da efetivação, e ainda é preciso desenvolver, cada vez mais, a inclusão da interprofissionalidade no trajeto da efetivação do atendimento integral, gratuito e de qualidade à saúde da população brasileira.

Há também a necessidade de mais educação voltada para a interprofissionalidade na atenção à saúde, e com isso, amplie-se a percepção da sua enorme importância e possibilite uma construção de uma cultura nessa perspectiva.

Em síntese, os resultados mostraram que a política de saúde teve grandes avanços com as lutas da sociedade civil no processo de conquista pela Reforma Sanitária, que almejou e defendeu uma saúde pública, gratuita, de qualidade e de acesso universal, mas que, ainda é preciso efetivar muito dessas conquistas já garantidas na Constituição Federal de 1988, devido aos obstáculos postos pelo Estado Neoliberal, que valoriza o setor privado e não o público e se contrapõe ao projeto da referida reforma sanitária.

Outro resultado revelou que ainda necessitamos promover, cada vez mais, a inclusão da interprofissionalidade no decurso dos exercícios das categorias profissionais nos espaços de atendimento na área da saúde pública brasileira, para uma ampliada concretização de uma atenção integral de excelência. Para a sua efetivação, esta atenção necessita contemplar a pessoa em sua condição física/biológica, emocional/mental, social, econômica, cultural/esportiva/lazer, familiar, comunitária, espiritual, política, como mencionado anteriormente, ou seja, se traduz em observar se a pessoa usufrui de trabalho e renda suficientes para exercer cidadania, segurança alimentar e nutricional, habitação adequada, se tem ou teve oportunidade de um bom nível de educação escolar/acadêmica, enfim, se vivencia direitos de cidadão e cidadã, pois esse conjunto de realizações da vida humana, se experienciados de forma precária ou não, reflete diretamente na saúde de cada um e cada uma, provocando níveis diferenciados de saúde. Também se constatou a necessidade de mais educação voltada para a interprofissionalidade.

A hipótese de estudo apresentada no início deste trabalho, afirmava que: se a interprofissionalidade for adotada no atendimento da saúde pública brasileira, poderá proporcionar às/aos usuárias/os um acompanhamento integral com mais

qualidade, por envolver e articular profissionais de diversas e distintas áreas de conhecimentos em vistas de atingir objetivos comuns, com práticas interligadas e que buscam a integralidade da atenção, que trarão resultados mais completos e mais satisfatórios, por se aproximarem da perspectiva de totalidade.

Essa realidade é totalmente possível, pois já são efetivadas em alguns espaços, porém necessitam de uma orientação comum por meio de uma coordenação que promova a articulação e unidade do processo, que trabalhe com métodos e metodologias também comuns, que favoreçam a troca de saberes entre profissionais de áreas distintas com um mesmo alvo para ser atingido. Conclui-se, portanto, que a hipótese de estudo foi confirmada.

Em meio a este cenário, constatamos a fundamental necessidade de formação continuada que oriente didaticamente, em termos teóricos e metodológicos, a aplicabilidade da interprofissionalidade em todos os níveis de atenção na área da saúde pública brasileira.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de Assis. **Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil**. In: GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO - GHC. Capacitação e atualização para o SUS. 2 ed. Porto Alegre: CIES, outubro de 2009.

AGRELI, Heloíse Fernandes, Peduzzi, Marina e Silva, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2016, v. 20, n. 59, pp. 905-916. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>>. Acesso em: 5 dez. 2022.

AGRELI, Heloíse Fernandes. **Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde** [tese]. São Paulo, SP: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

ALVES, Carmen Silva; CARVALHO, Rafael Nicolau; ARAÚJO, Roberta Cristina Xavier Silva. **POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL**: Programa Saúde da Família como elemento de debate para o assistente social. III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, Maranhão, 30 ago. 2007. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoA/9a87e13879691cab6133%20Rafael_Nicolau_%20Carvalho.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

ARAÚJO, Thaise Anataly Maria de et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2017, v. 21, n. 62 pp. 601-613. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>>. Acesso em: 17 dez. 2022.

BARR, H.; LOW, H. **Introdução à Educação Interprofissional**. Fareham: CAIPE, 2013. Disponível em <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intro_eip_po.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Portaria n. 48, de 11 de fevereiro de 1999**. Diário Oficial da União, 17 de fevereiro de 1999. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0048_11_02_1999.html>. Acesso em: 17 jun. 2021.

_____, Presidência da República. **Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm>. Acesso em: 19 jun. 2021.

_____. **Decreto nº 94.657, de 20 de Julho de 1987.** Câmara dos Deputados, 21 de julho de 1987. Disponível em:
<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 17 out. 2022.

_____, Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90:** avanços e limites. Elaborado por Barjas Negri. Brasília: DF, 2002. Disponível em
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/a_politica_de_saude.pdf> Acesso em: 27 de out. 2022.

_____, Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família (ESF).** Disponível em:
<<https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>> Acesso em: 25 nov. 2022.

_____, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Programa Farmácia Popular do Brasil:** manual básico. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROGRAMA_FARMACIA_POPULAR.pdf> Acesso em: 25 nov. 2022.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 6–23, 2018. DOI: 10.18315/argumentum.v10i1.19139. Disponível em:
<<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139>>. Acesso em: 11 dez. 2022.

_____; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. 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: 18 out. 2022.

BUSS, Paulo Marchiori e Pellegrini Filho, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2007, v. 17, n. 1, pp. 77-93. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>>. Acesso em: 2 dez. 2022.

CARRAPATO, Pedro, Correia, Pedro e Garcia, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade** [online]. 2017, v. 26, n. 3, pp. 676-689. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>>. Acesso em: 3 dez. 2022

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política Social na Política de Saúde.** Brasília, 2010. Disponível em
<http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuario_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

COSTA, Marcelo Viana da. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2016, v. 20,

n. 56, pp. 197-198. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>>. Acesso em: 5 dez. 2022.

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da e Ciosak, Suely Itsuko. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2010, v. 44, n. 2, pp. 437-444. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200028>>. Acesso em: 5 dez. 2022.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. **Eqüidade na legislação**: um princípio do sistema de saúde brasileiro?. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2000, v. 5, n. 2, pp 443-463. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200016>>. Acesso em: 4 dez. 2022.

EBSERH, Hospital Universitário Lauro Wanderley, HULW-UFPB. **Missão, Visão e Valores**. Disponível em <<http://www2.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb/missao-visao-e-valores>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

_____, Hospital Universitário Lauro Wanderley, HULW-UFPB. **Nossa História**. Disponível em <<http://www2.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb/nossa-historia>>. Acesso em: 17 mar. 2020

FLEURY, Sonia. **Reforma sanitária brasileira**: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.3, pp.743-752. ISSN 1413-8123. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/10.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2021

FRANÇA, S. B. **A presença do Estado no setor saúde no Brasil**. *Revista Do Serviço Público*, 49(3), p. 83-98. Disponível em <<https://doi.org/10.21874/rsp.v49i3.372>>. Acesso em 17 out. 2022.

GONZALEZ, Virgínia Valiate. **A trajetória da Comissão Nacional sobre determinantes sociais da saúde**. 2015. 97 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

KALICHMAN, Artur Olhovetchi e Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Integralidade e tecnologias de atenção à saúde**: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2016, v. 32, n. 8. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>>. Acesso em: 5 dez. 2022.

KRIEGER N. **A Glossary for social epidemiology**. *J. Epidemiology Community Health*, 2001, n. 55, p. 693-700.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de e MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2001, v. 6, n. 2, pp.

269-291. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>>. Acesso em: 27 out. 2022.

LIMA, J. C. F. **A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000**: na contramão da história? In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Orgs.). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPJSV, 2010. p. 277-310.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria e NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2011, v. 27, n. 3, pp. 521-532. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300012>>. Acesso em: 25 nov. 2022

MATOS, Maurílio Castro de. O neofacismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19. IN: **Humanidades & Inovação**: Política de saúde e lutas sociais em tempo de pandemia da Covid-19. Palmas, v. 8. n 35. Fev. 2021. Disponível em: <<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5340>> Acesso em: 1 dez. 2022.

NORONHA, José Carvalho de e Soares, Laura Tavares. **A política de saúde no Brasil nos anos 90**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2001, v. 6, n. 2, pp. 445-450. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200013>>. Acesso: em 19 nov. 2022.

OLIVEIRA, Rodrigo Ferreira. A contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. **Revista Urutágua** - Acadêmica multidisciplinar - DCS/UEM. 2011. n. 24. Disponível em: <<https://www.novaconcursos.com.br/blog/pdf/contrarreforma.pdf>> Acesso em: 11 dez. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Sobre a OMS**. [s.d.] Disponível em: <<https://www.who.int/pt/about>> Acesso em: 4 nov. 2022.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde**: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública [online]. 2001, v. 35, n. 1, pp. 103-109. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>>. Acesso em: 5 dez. 2022.

_____ e AGRELI, Heloise Fernandes. **Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2018, v. 22, n. Supl 2, pp. 1525-1534. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>>. Acesso em: 6 dez. 2022.

REEVES S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. **Interprofessional teamwork for health and social care**. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2010

REFORMA PSIQUIÁTRICA, NOTA TÉCNICA 11/2019 E CFP: novos retrocessos em vista? **Brasa**: Brasil Saúde e Ação. Cooperar para incluir. 2019. Disponível em: <<https://brasa.org.br/reforma-psiQUIATRICA-nota-tecnica-11-2019-e-cfp-novos-retroces-sos-em-vista/>> Acesso em: 04 nov. 2022.

REIS, Camila Ramos. PAIM, Jairnilson Silva. **A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016)**. Rio de Janeiro, N. 58, P. 101-114, JUL 2018.

Disponível em:

<<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf>> Acesso em: 25 nov. 2022.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje**: impactos e demandas ao serviço social. 2011. 209 f. Tese – (doutorado em serviço social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

UNIFESP. Adesão à vacina tem classe, raça e gênero. IN: **Sou_Ciência**. [s.d.]

Disponível em: <https://souciencia.unifesp.br/images/PDfs/Noticia_Vacina.pdf>

Acesso em: 4 dez. 2022.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria e Almeida Filho, Naomar de. **Eqüidade em saúde**: uma análise crítica de conceitos. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2009, v. 25, suppl 2, pp. s217-s226. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>>. Acesso em: 4 dez. 2022.