

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

Nathany Caleiro Marchezan; Paola Machado Maier

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA E TERAPIA
OCUPACIONAL SOBRE A ATUAÇÃO EM EQUIPE**

Santa Maria, RS
2018

Nathany CaleiroMarchezan; Paola Machado Maier

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA E TERAPIA
OCUPACIONAL SOBRE A ATUAÇÃO EM EQUIPE**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de
Terapia Ocupacional, na área da Saúde do
Trabalhador da Universidade Federal de Santa Maria
(UFSM), como requisito parcial para obtenção do
grau de **Bacharel em Terapia Ocupacional**.

Orientadora: Profa. M^a. Aline Sarturi Ponte

Santa Maria, RS.

2018

Nathany Caleiro Marchezan; Paola Machado Maier.

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE FISIOTERÁPIA E TERAPIA
OCUPACIONAL SOBRE A ATUAÇÃO EM EQUIPE**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de
Terapia Ocupacional, na área da Saúde do
Trabalhador da Universidade Federal de Santa Maria
(UFSM), como requisito parcial para obtenção do
grau de **Bacharel em Terapia Ocupacional**.

Aprovado em, 11 de julho de 2018:


Aline Sarturi Ponte, M^a. (UFSM)
(Presidente/Orientador)


Bianca Gonçalves de Carrasco Bassi, M^a. (UFSM)


Mithielle de Araujo Machado, M^a.

Santa Maria, RS.
2018

O Desafio da Interprofissionalidade: Percepção dos Profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional sobre a Atuação em Equipe no Rio Grande do Sul

The Challenge of Interprofessionality: Perception of Physical Therapy and Occupational Therapy Professionals on Teamwork in Rio Grande do Sul

Resumo: Introdução: Atualmente há grande relevância de compreender a percepção sobre atuação em equipe entre os profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Objetivo: Este estudo tem por objetivo compreender a percepção dos profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional quanto à atuação em equipe. Método: É de caráter descritivo, exploratório, metodologia mista – qualitativa e quantitativa. Os dados quantitativos foram analisados descritivamente pelo *software Statistica 9.1* e os dados qualitativos foram analisados pela Análise de Conteúdo (BARDIN, 2009). Resultados: a amostra foi de 161 profissionais formados, sendo 131 (81,4%) Fisioterapeutas e 30 (18,6%) Terapeutas Ocupacionais, credenciados ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO-5. Os dados foram organizados em três categorias, a primeira apresenta a caracterização dos profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a segunda categoria discute a atuação em equipe e a terceira categoria apresenta a atuação em equipe e paciente. Para a organização das duas últimas categorias foram selecionadas as falas de maior relevância obtidas através do Questionário Eletrônico. Considerações Finais: através desse estudo, observou-se a dificuldade de compreensão por parte dos profissionais em relação aos termos multiprofissional e interprofissional e de como aplica-los na prática de atuação em equipe. Sendo assim, é possível concluir que há necessidade de um ensino em saúde que propicie a formação de profissionais comprometidos com a integralidade, atores ativos no processo de melhoria da resolutividade do sistema de saúde.

Palavras-Chave: Terapia Ocupacional; Fisioterapia; Equipe.

Abstract: Introduction: Currently there is great interest on understanding the professional views of physical therapists and occupational therapists on joint efforts between the two areas of expertise. Objective: This study aims to comprehend the physiotherapists and occupational therapists' perception of joint efforts between these professionals. Methods: This work is of a descriptive and exploratory nature, employing a mixed methodology – both qualitative and quantitative. Quantitative data were analyzed using *Statistica 9.1* software and qualitative data were analyzed by Content Analysis (BARDIN, 2009). Results: 161 professionals were sampled, 131 (81,4%) of these Physiotherapists and 30 (18,6%) Occupational therapists, all of

them affiliated to the Physiotherapy and Occupational therapy Regional Council – CREFITO-5. The data were organized in three categories, the first presents the characterization of the professionals of Physical Therapy and Occupational Therapy, the second category discusses the performance in team and the third category presents the performance in team and patient. For the organization of the last two categories were selected the most relevant statements obtained through the Electronic Questionnaire. Final considerations: in this work it became evident some misconceptions of part of the professionals sampled about the terms Multiprofessional and Interprofessional and how to correctly apply these concepts on joint efforts between the two areas of expertise. Therefore, it is possible to conclude that exists a current necessity in Health Sciences to provide an undergraduate education that enables the formation of professionals committed to integrality and that actively contribute to the process of improvement of our healthcare system.

Keywords: Occupational therapy; Physical therapy; Joint efforts.

INTRODUÇÃO

Este estudo foi desenvolvido com o intuito de conhecer a realidade sobre a atuação em equipe entre os profissionais de Terapia Ocupacional e Fisioterapia no estado Rio Grande do Sul, RS, buscando compreender como ocorrem estas atuações em equipe nos serviços e como as mesmas são compostas e se estruturam.

Em 1948 o conceito de saúde foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade” (BRASIL, 2009, pág. 4). Esta conceituação de saúde aparentemente inacessível, apresenta uma estreita relação com as condições de desenvolvimento humano e social, associando à saúde a qualidade de vida das populações. Sendo assim, os determinantes não são somente biológicos e genéticos, estes também são sociais, econômicos e ambientais. Deste modo, a saúde constitui-se de uma produção social, cultural, familiares, crenças e experiências políticas, influenciada pelas condições de vida, são elas as dimensões social, biológica e ético-política (CAPAZZOLO et al., 2014).

A busca por um cuidado integral, ou seja, que não contemple somente os processos de adoecimento, mas todas as dimensões da vida exigem dos serviços de saúde a constituição de equipes de atenção à saúde, pois “uma especialidade não conseguiria cuidar de todos os

âmbitos da vida isoladamente necessitando da atenção de mais de um profissional para garantir o cuidado integral [...]” (FERIGOLLO; KESSLER, 2017, p. 148).

A atuação em equipe é uma estratégia na atenção em saúde cada vez mais utilizada nos serviços de saúde, esta também é uma proposta oficial do Ministério da Saúde e Educação (MUNARI; MOTA, 2006). As equipes são um conjunto de pessoas que têm uma vinculação entre si, para a realização de tarefas/trabalhos compartilhados entre os mesmos, que do seu conjunto coletivo alcançam os objetivos comuns pretendidos (SOUZA; HAMANN, 2009). Deste modo, as equipes caracterizam-se como organizações mais criativas e eficientes na resolução de problemas, produzem mais e com maior qualidade, desenvolvem maior autonomia e são mais motivados (DUARTE, 2011).

O trabalho em equipe vai além de uma conceituação técnica em que cada área profissional tem um conjunto de atribuições, tarefas/atividade. Trabalhar em equipe constitui a vinculação de procedimentos distintos de trabalhos envolvidos, estabelecendo acordos quanto aos objetivos e resultados a alcançar coletivamente.

As equipes de atenção à saúde podem caracterizar-se como multiprofissionais ou interprofissionais. As equipes multiprofissionais possuem profissionais de diferentes áreas, porém não necessariamente atuam em conjunto, ou seja, de forma interprofissional a fim de potencializar os atendimentos visto que em sua grande maioria são multifatoriais.

As práticas das equipes interprofissionais estão relacionadas a forma como se desenvolve e articula o trabalho entre os profissionais, onde os mesmo permitem-se realizar um trabalho integrado e colaborativo que agregam na atuação da equipe, ampliando a compreensão e trocas de saberes, seguindo os moldes da interdisciplinaridade.

Os conceitos apresentados tem se tornado parte da prática cotidiana dos profissionais de saúde, nos mais diversos campos de atuação e serviços de atenção à saúde. Sendo assim torna-se relevante compreender a percepção dos profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional quanto à atuação em equipe de forma que possa identificar a importância, traçar o perfil dos profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional atuantes no Rio Grande do Sul e identificar as instituições onde ocorre atuação em equipe entre Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, sendo estes objetivos deste estudo.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como descritivo exploratório com uma metodologia mista, ou seja, qualitativa e quantitativa. Para atingir seu propósito este foi realizado com

profissionais de Terapia Ocupacional e Fisioterapia credenciados ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região – CREFITO-5, RS.

Para a realização deste estudo as pesquisadoras contaram com o apoio do CREFITO-5. O questionário eletrônico de coleta de dados foi organizado através da plataforma virtual – *Google Forms*, e continha perguntas abertas e fechadas. Foi encaminhando pelo CREFITO-5 via e-mail para os profissionais credenciados. Ao receber o e-mail os participantes acessaram primeiramente um link com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, ao final do documento os participantes tinham um espaço para que este assinale as opções “concordo em participar desta pesquisa” ou “não concordo em participar desta pesquisa”, ao concordar com a pesquisa o participante era remetido diretamente ao questionário, caso não concordassem a página era automaticamente encerrada. A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio a junho de 2018.

Para a análise dos dados qualitativos utilizou-se a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2009). Já os dados quantitativos foram analisados através de análise descritiva com o auxílio do *Software Statistica 9*.

Este estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, registrado sob o número CAEE 86689718.3.0000.5346 e parecer 2.592.390.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a apresentação dos dados, estes foram organizados em três categorias, a primeira apresenta a caracterização dos profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a segunda categoria discute a atuação em equipe e a terceira categoria apresenta a atuação em equipe e paciente. Para a organização das duas últimas categorias foram selecionadas as falas de maior relevância obtidas através do Questionário Eletrônico.

Categoria 1 - Caracterização dos profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

A partir de dados de maio de 2018, o CREFITO-5 conta com 13.397 Fisioterapeutas e 872 Terapeutas Ocupacionais, totalizando 14.269 profissionais credenciados ao conselho (CREFITO, 2018), este total de profissionais foi convidado a participar deste estudo. Participaram deste, 161 profissionais, sendo 131 (81,4%) Fisioterapeutas e 30 (18,6%) Terapeutas Ocupacionais. A diferença no número de profissionais apresentada entre as profissões pode ser justificada pelo número de Instituições de Ensino Superior – IES na região

Sul do Brasil, segundo um estudo realizado por Silva (2016), existem cadastrados no e-MEC 10 cursos de Terapia Ocupacional e 85 cursos de Fisioterapia, este levantamento compreende os Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Quanto ao sexo 142 (88,2%) profissionais são do sexo feminino e 19 (11,8%) do sexo masculino (Tabela 1). A prevalência do gênero feminino em cursos da área da saúde também foi encontrada em outros estudos (SANTOS; LEITE, 2006, HADDAD et al, 2009). A média de idade 34,03 anos, sendo a idade mínima de 22 anos e a máxima de 58 anos de idade, não se encontrou estudo na literatura nacional e internacional que discutisse a média de idade de profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Tabela 1 – Caracterização dos Profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	142	88,2%
Masculino	19	11,8%
Profissão		
Fisioterapeutas	131	81,4%
Terapeutas Ocupacionais	30	18,6%

Fonte: elaborada pelas autoras.

Das áreas de atuação apresentadas na tabela 2, 40 (18,5%) não especificaram a área de atuação. Dos locais de serviço 23 (13,6%) profissionais atuam em hospitais, 20 (10,4%) são autônomos ou atuam em clínicas (Tabela 2). A média de tempo de trabalho dos participantes foi de 9,4 anos, sendo o tempo mínimo de 1 ano e o máximo de 33 anos.

Tabela 2 – Apresentação das áreas de atuação e serviços que atuam os Profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Área de atuação	Frequência (n)	Percentual (%)
Acupuntura	3	2,1%
Ambulatório de Grandes Incapacitados e Terapia da Mão	1	1,1%
Cardiorrespiratória	3	2,1%
Desportiva e Traumatologia-ortopedia	1	1,1%
Docência e Planejamento em saúde	5	2,7%
Educação	1	1,1%
Especialista em Osteopatia	1	1,1%
Ergonomia e saúde do trabalhador	5	2,7%
Fisioterapia aquática	2	1,4%
Geral	16	9,5%
Geriatria e Gerontologia	7	4,5%
Gestão da saúde	2	1,4%
Hospitalar	8	5,9%
Neurologia	17	11,1%
Ortopedia	7	4,5%
Oncologia	1	1,1%
Não especificaram a área de atuação	40	18,5%

Pediatria	3	2,1%
Pilates e estética	3	2,1%
Postural	2	1,4%
Reabilitação intelectual, física e autismo	3	2,1%
Saúde Mental	8	5,1%
Saúde Pública	3	2,1%
Traumatologia	6	4,3%
Traumato-Ortopedia	6	4,3%
Traumato, Ortopedia, Neurologia	3	2,1%
Terapia intensiva	3	2,1%
Vigilância em saúde	1	1,1%
Serviços		
Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD	1	1%
Associação Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE	9	6,3%
Autônomo	20	10,4%
APAE e Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	2	1,7%
Clínica	20	10,4%
Consultório	10	6,2%
Domiciliar	14	8,1%
Domiciliar e Studio de Pilates	1	1%
Empresa privada	3	2,1%
Hospital	23	13,6%
Não especificou	20	10,4%
Prefeitura Municipal	11	6,2%
Pós-Graduação	1	1%
Residencial Geriátrico	2	1,7%
Secretaria Estadual de Saúde	3	2,7%
Studio de Pilates	2	1,7%
Universidade pública	9	6,3%
Universidade privada	10	9,2%

Fonte: elaborada pelas autoras.

Neste estudo pode-se observar que 62 (39,1%) profissionais participantes estão concentrados na região metropolitana do Estado (Tabela 3). Esta região do Estado conta com um total de 5.292 Fisioterapeutas e 375 Terapeutas Ocupacionais (CREFITO, 2018).

Tabela 3: Região de Atuação.

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
Região Central	28	16,3%
Região Metropolitana	62	39,1%
Região Nordeste	10	5,3%
Região Noroeste	15	9,1%
Região Sudeste	10	5,3%
Região Sudoeste	11	7,4%
Não especificado	25	10,1%

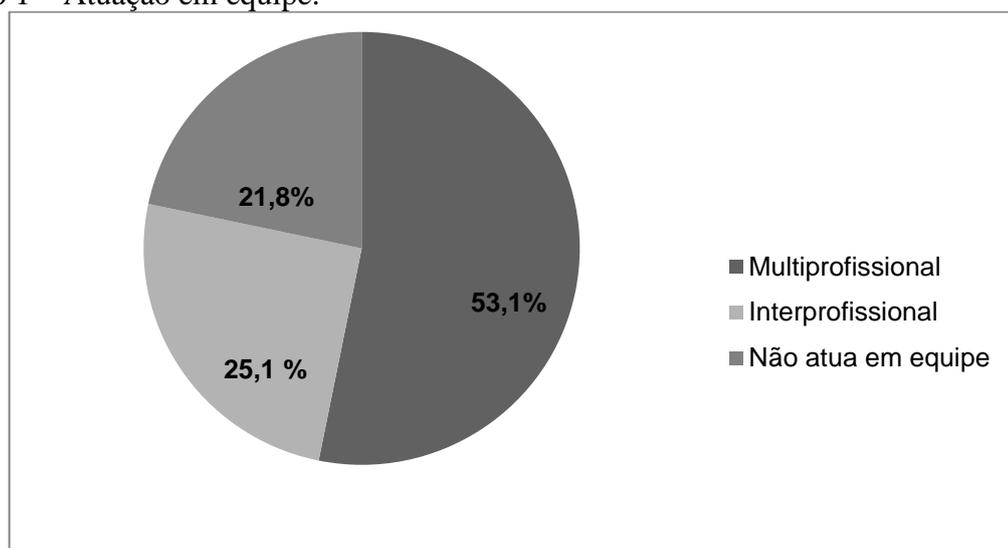
Fonte: elaborada pelas autoras.

Durante o estudo pode-se observar que 53,1% atuam em equipe multiprofissional, 25,1% atuam em equipe interprofissional e 21,8% responderam que atualmente não atuam em equipe (Gráfico 1). A partir dos dados analisados e as carências de atenção à saúde que

vivenciamos diariamente nos serviços, não é difícil constatar a existência de lacunas e fragilidades na atenção à saúde, estreitamente ligadas ao processo de formação dos profissionais. Segundo Feuwerkwer e Ceccim (2004), autores intensamente dedicados ao estudo da formação em saúde na atualidade e defensores de uma saúde implicada com a sociedade, os profissionais da área da saúde têm apresentado uma formação profissional em desacordo com o ideário do SUS, o que vêm atentando as Universidades e Instituições Formadoras e chamando-as à responsabilidade de mudanças em seu processo de formação.

“Para que a integração teoria-prática aconteça de maneira efetiva, é necessário que todos os envolvidos na formação (docentes, alunos e profissionais do serviço) entendam e vivam a horizontalização dos saberes, cada um desenvolvendo seus trabalhos de modo a articular conhecimentos complementares, desenvolver as habilidades técnicas e políticas, visando atender as necessidades da população, sempre refletindo sobre suas práticas e avaliando todo o processo.” (CHIESA, et al, 2007)

Gráfico 1 – Atuação em equipe.



Fonte: elaborada pelas autoras.

Essas e outras transformações que envolvem o processo de formação e de trabalho estão imbuídas no intuito de que o profissional esteja cada vez mais implicado em uma formação crítica, capaz de produzir significado, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social e prestar a devida atenção humana e de qualidade (FEUERWERKER, 2002).

Neste sentido, as disciplinas compartilhadas pelos cursos da área da saúde poderiam ser otimizadas, refletindo na ampliação da possibilidade de favorecer a convivência e o trabalho em equipe multiprofissional/inter, considerados fatores indispensáveis para o alcance da integralidade da atenção. A resolução 569 de 08 de Dezembro de 2017 trás os Princípios

Gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde. no Art. 3º Inciso V:

As DCN devem expressar a formação de um profissional apto a atuar para a integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional. O preceito da integralidade aponta também para a interdisciplinaridade – enquanto integração de diferentes campos de conhecimentos; para a interprofissionalidade – ocasião em que há intensa interação entre diferentes núcleos profissionais; e para a intersetorialidade – envolvimento de diferentes setores da sociedade no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde. A integralidade, sustentada por essas premissas, demanda em sua essência (re)situar os usuários na centralidade do processo de produção dos serviços de saúde.

Segundo Merhy e Franco

“A integralidade é uma diretriz que se organiza acionada por certos projetos terapêuticos que requisitam recursos para a assistência aos usuários, e aí forma-se o encontro entre o mundo das necessidades com os agenciamentos coletivos que operam sobre os trabalhadores certos modos de produzir o cuidado” (2012, p. 155).

Pinheiro, et al, trás que do ponto de vista jurídico- institucional, a integralidade é definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de complexidade do sistema.(...) Assim integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Deve haver algum grau de integralidade “focalizada”, mesmo que não seja suficiente, quando uma equipe, em um serviço de saúde, por meio de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde (MERHY; CECILIO, 2003).

De acordo com o gráfico acima é possível verificar, a compreensão e forma de atuar de alguns profissionais, em relação aos dois termos, equipe multi/interprofissional, possibilitando uma maior clareza do tipo de atuação que é vivenciado na prática das equipes atualmente. Desse modo, os dados coletados parecem evidenciar que o não entendimento da importância da atuação em equipe, acarreta em 25,1% dos profissionais não atuantes em equipe e conseqüentemente gerando cuidados incompletos e muitas vezes ineficazes, impossibilitando um trabalho integrativo, trazendo implicações para as ações interdisciplinares nos serviços. Pois um trabalho multi/interprofissional favorece a melhor interação entre os trabalhadores em equipes e o estabelecimento de corresponsabilidade entre os atores envolvidos no ato de cuidar.

Categoria 2 – Atuação em equipe

O trabalho em equipe vem sendo muito debatido em todas as áreas de formação em saúde. Segundo Garcia (2006), no Brasil, durante a década de 90, obteve-se no ensino e na criação de novas diretrizes curriculares, as quais propõem a formação de profissionais flexíveis com conhecimentos mais abrangentes e interdisciplinares, e um sistema de saúde e currículos calcados na multiprofissionalidade, embasados nas necessidades e demandas sociais, onde a necessidade analisar e repensar possíveis espaços e formas de integração entre as diferentes profissões da saúde e entre as instituições de ensino e de assistência, bem como os aspectos que propiciam a manutenção da hegemonia do modelo hospitalocêntrico e biomédico.

Observa-se que em algumas Instituições de Ensino Superior onde são ofertados os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional as discussões limitam-se, em alguns casos, somente ao conceito de atuação interprofissional e multiprofissional em discussões teóricas de disciplinas, quando estas são compartilhadas. Mas estas ainda não são suficientes para que os acadêmicos vivenciem a prática destes conceitos durante o processo de formação, deste modo, a falta de acesso a estas experiências poderá gerar carência de experimentações práticas no decorrer deste, resultando em algumas dificuldades em construir articulações profissionais e trocas de conhecimento e de práticas em equipe.

De acordo com a análise das respostas dos profissionais no decorrer do estudo sobre a prática de intervenção em equipe, identificou-se falas de como ocorrem estas práticas e em quais os serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Sul, RS. Nas falas abaixo, observa-se que existe uma dificuldade por parte dos profissionais em compreender o significado do termo multiprofissional e conseguir diferencia-lo do termo interprofissional e em aplica-lo na sua prática de atuação.

“A atuação em equipe é maravilhosa desde que todos entendam o que significa multiprofissionalidade!” [...] (resposta 8).

[...] “No entanto, quando o trabalho em equipe realmente funciona, sinto que ocorre um crescimento profissional enorme para o grupo e principalmente uma grande melhora dos pacientes. Acredito que os novos profissionais possam ser estimulados quanto ao trabalho em grupo, variando desde trabalhos coletivos, até mesmo, na tomada de decisão clínica compartilhada” (resposta 69).

“A equipe trabalha em um mesmo local, ainda, não tem o sentido de trabalho interdisciplinar” (resposta 50).

Outra problemática do trabalho em equipe identificada nas falas dos profissionais é a hierarquia que parece existir entre a equipe, onde compromete a troca de conhecimentos e a qualidade dos atendimentos multi e interprofissionais.

“O grande problema pontua apenas na relação com os médicos, que poderia ser mais centrada na equipe do que no individualismo” [...] (resposta 9).

Consagradamente o profissional médico ocupa a posição de poder na equipe de saúde, de acordo com Villa, et al, 2015 apud Costa e Martins (2011) afirmam que o conhecimento específico dos médicos garante, tradicionalmente, legitimidade para exercer o controle sobre os demais membros da equipe e usuários. Dessa maneira, torna-se relevante desvelar as relações de poder-saber presentes no trabalho da ESF, visando a uma maior integração entre os trabalhadores que permita a realização de uma assistência de melhor qualidade.

[...] “Possui hierarquia, onde poucas vezes os profissionais não médicos, tem sua opinião respeitada e aceita” (resposta 23).

“O trabalho em equipe deve ser uma via de mão dupla, onde as trocas deveriam ser feita pelos profissionais, sem medo de perder o paciente ou o conhecimento” (resposta 10).

[...] “quando a atuação em equipe é EFETIVADA, ela sempre apresenta muitas POTENCIALIDADES” [...] (resposta 91).

Dessa maneira, torna-se relevante desvelar as relações de poder-saber presentes no trabalho, visando a uma maior integração entre os trabalhadores que permita a realização de uma assistência de melhor qualidade. (Villa, et al, 2015), pois as relações hierárquicas e as formas de trabalho verticais não beneficiam e prejudicam a qualidade do serviço adoecendo a equipe, tornando a fragilizada e conseqüentemente influência na qualidade do trabalho em conjunto.

Categoria 3 – Atuação em equipe e paciente

A origem do trabalho em equipe cujo compromisso é a geração de dispositivos renovados para o trabalho, sendo necessário que cada profissional se familiarize com as outras áreas, de modo legitimado e em relações horizontais. Requer humildade e disponibilidade, num movimento de reconhecimento de dificuldades insolúveis e de posições diferentes em relação a um mesmo objeto (TRIBARRY, 2003).

A atuação em equipe é de grande importância tanto para os profissionais quanto para os usuários, segundo Pinheiro, a integralidade existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e na renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que tem em suas concepções a idéia-força de considerar o usuário

como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades. (SILVA, et al, 2003) Como afirmam as falas abaixo:

“Acredito que uma abordagem de cuidado efetivo se dá mediante uma equipe inter e multidisciplinar a fim de olhar o sujeito em sua integralidade[...]” (resposta 11).

“[...] um olhar ampliado favorece pacientes e profissionais. Porém, é bastante difícil a concretização, por dificuldades e recursos limitados” (resposta 12).

“Fundamental, pois a troca de experiências e informações entre colegas e diferentes áreas enriquece o tratamento do paciente” (resposta 28).

“Eu acho fundamental para o atendimento de forma humanizada e resolutiva, sem trabalho em equipe o indivíduo acaba sendo tratado como um quebra cabeças com peças em falta, ou seja, nunca fica atendido por inteiro e assim o atendimento fica prejudicado” (resposta 70).

“[...] compartilhar os atendimentos, ampliando a visão de que o usuário, em suas múltiplas necessidades, responde melhor aos tratamentos quando acolhido por uma equipe [...]” (resposta 84).

“[...] Muitas vezes as ações interdisciplinares fazem a diferença no projeto terapêutico, no vínculo, escuta e no repensar de intervenções. O olhar multiprofissional possibilita trocas que trazem benefícios para os pacientes atendidos, e para cada profissional envolvido no processo, capacitando-nos coletivamente” (resposta 92).

A partir dos resultados podemos verificar que há necessidade dos profissionais reverem seu entendimento sobre os conceitos multi e inter profissional, passando a deixar de serem vistos como uma forma de divisão de responsabilidades á fim de ser um processo contínuo que permita a ver o usuário como um todo, possibilitando a criação de vínculo e minimizar riscos, pois somente a partir destes, será possível construir junto com equipe e usuários um trabalho de forma horizontal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Durante a coleta de dados foi possível identificar a falta de adesão por parte dos profissionais na pesquisa, visto que foram obtidas somente 161 respostas do total de 14.269 profissionais cadastrados no CREFITO – 5 impossibilitando um resultado mais amplo conforme a realidade sobre a forma de atuação.

De acordo com as informações levantadas, certamente um novo modelo de assistência à saúde, fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS, requer profissionais com competência técnica e ética, capazes de compreender que, ao acompanhamento em equipe há uma relação de reciprocidade, de interação que pode ajudar no diálogo entre diferentes contextos, desde que haja uma intersubjetividade presente nos sujeitos.

Para tanto, mostra-se necessário um ensino em saúde que propicie a formação de profissionais comprometidos com a integralidade, atores ativos no processo de melhoria da resolutividade do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- CAPAZZOLO, A. A, et al. *Narrativas na formação comum de profissionais de saúde*. *Trab. Educ. Saúde*. 2014;12(2):443-56.
- FERIGOLLO J.P, KESSLER. Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional – prática interdisciplinar nos distúrbios da comunicação humana. *Rev. CEFAC*. 2017 Mar-Abr; 19(2):147-158.
- FEUERWERKER, Laura. C. Macruz. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, set.-out, 2004*.
- FEUERWERKER. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; *Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002*.
- GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.
- HADDAD, A. E. et al formação de profissionais de saúde no brasil: uma análise de 1991 a 2008. *Rev. Saúde Pública, 2009*.
- M.A.A, GARCIA, et al. Interdisciplinaridade e Integralidade no ensino em saúde. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 15(6):473-485, nov./dez., 2006*.
- MERHY E,E,, FRANCO T,B. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus Actas Saude Colet*. 2012.
- MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *Campinas: Unicamp, 2003*.
- MUNARI, D. B.; MOTA, K. A. M. B. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. *Rev Eletron Enferm, v. 8, n. 1, p. 150-161, 2006*.

SANTOS, C. E.; LEITE, M. M. J. O Perfil do aluno ingressante em uma universidade particular da cidade de São Paulo. *Rev. Brasileira Enfermagem*, 2006.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência Saúde Coletiva*, 2009, v. 14, Supl1, p. 1325-35, 2009.

TRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicol Refl Crit.*, v. 16, n. 3, p. 483-90, 2003.

VILLA, E. A, et al. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. *SAÚDE DEBATE* / Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 1044-1052, OUT-DEZ 2015.

SILVA, E. B. A formação de profissionais no cuidado terapêutico de sujeitos com lesões neurológicas. *Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana)* - Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, 2016.

SILVA, J.P.V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F.R.S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. *Saúde em Debate*, v.27, n.65, p.234-42, 2003.

BRASIL. Organização Mundial de Saúde. Gerência de Produtos Derivados do Tabaco – GPDTA / ANVISA. A Anvisa na redução à exposição involuntária à fumaça do tabaco. Organização Mundial de Saúde, 2009. Disponível em: <controle.tabaco@anvisa.gov.br>, acesso em: 10/06/2018.

CREFITO. Por tipo de registro. 2018. Disponível em: <<http://www.crefito5.org.br/estatisticas/por-tipo-de-registro/>>. Acessado em 23 de junho de 2018.

DUARTE, A. Por que as equipes não funcionam. 2011. [Citado em: 2012 maio 12.] Disponível em: <http://www.gpportal.com.br/2011/10/por-que-as-equipes-nao-funcionam_22.html>. Acesso em: 10/06/2018.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017.
Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>>. Acesso em:
16/07/2018