

## Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco

Team Work and Interdisciplinarity: Challenges facing the implementation of Comprehensive Outpatient Care for People with HIV/Aids in Pernambuco.

Maria Jucineide Lopes Borges<sup>1</sup>  
Aletheia Soares Sampaio<sup>1</sup>  
Idê Gomes Dantas Gurgel<sup>1</sup>

**Abstract** *The complexity of providing health-care to people with HIV/Aids requires investment in comprehensive action and care, constituting a challenge for the multidisciplinary work teams to build an interdisciplinary practice. This study sought to analyze comprehensive healthcare in the Specialized Assistance Services for HIV/Aids (SAE-HIV/Aids) in Recife, in the State of Pernambuco, starting with the process and organization of team work. This is a case study developed in three SAE-HIV/Aids units, based on a qualitative approach using different research techniques. The results show that SAE-HIV/Aids have complied with most of the Brazilian Health Ministry recommendations in terms of basic infrastructure, though none of them had a team of appropriate size. These services have shown signs of fragmentation and difficulty in establishing a systematic intersectorial and interdisciplinary practice, with failings in ensuring the reference and counter-reference flow. It was seen that there was little appreciation of the role of the manager as team leader. The need to perceive the user as a whole was identified, as well as for the team to work in a coordinated manner in order to ensure communicative and relational activities.*

**Key words** *Aids, Comprehensive healthcare, Outpatient care, Interdisciplinary health team*

**Resumo** *A complexidade da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids requer o investimento na integralidade das ações e do cuidado, lançando às equipes multiprofissionais o desafio da construção de uma prática interdisciplinar. Este estudo teve o objetivo de analisar a integralidade da atenção à saúde em Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE-HIV/Aids) de Recife/Pernambuco, a partir do processo e organização do trabalho em equipe. Trata-se de um estudo de caso desenvolvido em três unidades de SAE-HIV/Aids, com base em abordagem qualitativa, por meio de diferentes técnicas de investigação. Os resultados apontam que os SAE atendem a grande parte das recomendações do Ministério da Saúde, sobre a infraestrutura básica, mas nenhum serviço apresentava a constituição da equipe mínima satisfatória. Há o reconhecimento da fragmentação do trabalho em equipe e da dificuldade de sistematizar uma prática interdisciplinar e intersectorial, sendo apontadas falhas para garantir o fluxo de referência e contrarreferência. Identificou-se pouca valorização do papel do gerente como articulador da equipe; a necessidade de perceber o usuário como um todo; e de a equipe trabalhar de forma articulada, buscando a prática comunicativa e as atividades relacionais.*

**Palavras-chave** *Aids, Saúde integral, Assistência ambulatorial, Equipe interdisciplinar de saúde*

<sup>1</sup>Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. R. Professora Ângela Pinto 97/504/Bl. D, Torre. 50710-010 Recife Pernambuco. juciborges@hotmail.com

## Introdução

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é um objeto de estudo complexo, formado por condições simultâneas e seus efeitos sobre o indivíduo. Sua formulação, enquanto objeto de conhecimento e de intervenção, exige a participação de diferentes campos de saber, além de diversas dimensões da experiência humana<sup>1</sup>.

A importância do trabalho em equipe na assistência ambulatorial, como forma de responder à complexidade da Aids, assumiu destaque com a proposta de implantação dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV/Aids pelo Ministério da Saúde. Foram estabelecidos padrões mínimos de funcionamento quanto à estrutura do cuidado, incluindo, entre outros requisitos, a existência de uma equipe mínima, visando a oferta de uma assistência humanizada e de qualidade, baseada na integralidade da atenção à Pessoa Vivendo com HIV/Aids (PVHA)<sup>2,3</sup>.

A organização do trabalho em equipe ocorre a partir da necessidade de incluir tecnologias em saúde que levem em consideração a integralidade, a complexidade dos objetos de intervenção e a intersubjetividade. Estas permitem a produção de mudanças tecnológicas na assistência e no cuidado. Não basta os trabalhadores interagirem cordialmente ou compartilharem uma mesma situação de trabalho para constituírem uma equipe integrada. É necessário um investimento na articulação das ações, preservando as especificidades de cada componente da equipe. Esta atitude requer o reconhecimento do trabalho do outro, pressupondo uma concepção ampla do processo saúde-doença<sup>4</sup>.

A integralidade aponta para a ruptura de valores tradicionais na saúde, como hierarquia, distribuição de categorias profissionais e compartimentalização do saber. A proposição de mudança das práticas no SUS pressupõe um saber-fazer comum, que contribui para a superação da fragmentação no cotidiano dos serviços<sup>5</sup>. Não há integralidade onde não haja troca de conhecimentos. A interdisciplinaridade e a circulação do conhecimento são fundamentais para a construção de práticas integrais<sup>6</sup>.

A integralidade das ações na assistência a PVHA nos SAE depende de diferentes dimensões do trabalho em saúde como: a organização do trabalho, a interdisciplinaridade, a interação entre os sujeitos e a incorporação de novos saberes e práticas<sup>7</sup>. A interdisciplinaridade refere-se à solidariedade do conhecimento e à preocupação do profissional em contribuir com o seu conheci-

mento para resolver o problema<sup>8</sup>. Diferente da multidisciplinaridade, a qual evoca a justaposição dos recursos de várias disciplinas, sem exigir um trabalho de equipe e coordenado, a interdisciplinaridade não pode ser constituída pela simples adição de todas as especialidades. Deve fundamentar-se na negação e na superação das fronteiras disciplinares<sup>9</sup>.

A interdisciplinaridade é, portanto, referida enquanto proposta da saúde coletiva em resposta à complexidade dos processos saúde e doença. Tal proposta envolve questões de saber e poder das diversas disciplinas, sendo um obstáculo significativo, a experiência institucional fragmentada e departamentalizada comum aos profissionais<sup>10</sup>.

A complexidade da Aids coloca o desafio de buscar alternativas e novas tecnologias que respondam também às demandas sociais. A atuação dos SAE por meio de equipe multiprofissional é uma proposta inovadora, que aponta para a possível contribuição dos saberes e técnicas de várias disciplinas. Trata-se de um modelo em transição, um grande desafio posto aos gestores e profissionais que se debruçam sobre a assistência ambulatorial<sup>11</sup>.

As dificuldades vivenciadas por algumas equipes dos SAE, em se articularem de forma a oferecerem uma assistência integral e a desenvolverem um trabalho que vá além da multidisciplinaridade, são uma realidade para diversos serviços. Estas dificuldades contribuem para a fragmentação da assistência, tornando-a insuficiente para atender à complexidade da Aids.

Na perspectiva de aprofundar o conhecimento sobre esse problema, este estudo teve por objetivo analisar a integralidade da atenção à saúde em Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids localizados em Recife/Pernambuco, a partir do processo e organização do trabalho em equipe.

## Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo de caso desenvolvido com base na abordagem qualitativa, em três unidades de SAE-HIV/Aids da cidade do Recife. Para a definição das unidades estudadas considerou-se que a Região Metropolitana de Recife concentra 78,9% dos casos de Aids notificados no estado<sup>12</sup> e apresenta oito, dos 14 SAE de Pernambuco, entre esses, as maiores unidades de referência<sup>13</sup>.

Os serviços selecionados para o estudo incluíram: (a) dois serviços sob gestão estadual, sendo o primeiro deles considerado o maior e o mais antigo SAE-HIV/Aids do estado, funcionando há mais de vinte anos, e o segundo um dos menores

e de implantação mais recente, estando em funcionamento há quatro anos e meio; (b) um serviço sob gestão municipal (único no estado), implantado há dez anos.

O desenho do estudo foi estruturado a partir da combinação de diferentes técnicas de investigação: análise documental, observação de campo e entrevistas guiadas. Buscou-se a integração metodológica através da triangulação, a fim de possibilitar a aproximação e a compreensão do processo estudado a partir de ângulos diferentes, assim como a inclusão da perspectiva dos diversos atores que constituem os serviços.

A análise documental incluiu documentos publicados pelas três esferas governamentais<sup>23,3,12-25</sup> e considerou o período entre 2007 e 2010, após a implantação oficial do questionário Qualiaids, instrumento eletrônico, autoaplicável pelos serviços, desenvolvido para a avaliação e o monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS.

A observação de campo, desenvolvida no período de outubro de 2009 a fevereiro de 2010, compreendeu a observação direta dos diversos momentos da assistência (recepção, funcionamento da farmácia, sala de espera, atendimentos dos diversos profissionais, os psicólogos, os assistentes sociais, os enfermeiros e os médicos, e os momentos de trocas entre estes), utilizando-se um roteiro guia e registrando-se as impressões e as informações num diário de campo.

As entrevistas guiadas consideraram uma amostra do tipo intencional<sup>26</sup>, tendo como característica a flexibilidade em relação aos dados colhidos e ao número de informantes. A amostra final, obtida com a saturação das informações, constituiu-se por 35 sujeitos: os gerentes dos SAE-HIV/Aids estudados (03); 13 técnicos, representantes de cada categoria profissional envolvidos diretamente com a assistência e que fazem parte da equipe mínima proposta pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; o Coordenador Estadual do Programa de DST e Aids e o Coordenador Municipal do Programa de DST e Aids de Recife; e 17 usuários vinculados às unidades pesquisadas.

A inclusão da perspectiva do usuário nas entrevistas teve por objetivo contribuir para uma discussão interativa e intersubjetiva acerca do trabalho em equipe, tanto na construção, quanto na análise dos dados. Tal participação reiterou a percepção desse ator enquanto sujeito histórico, social e com capacidade para participar na tomada de decisões e assumir um papel pró-ativo no processo de produção do cuidado.

Os usuários incluídos estavam frequentando o SAE no período da coleta de dados, eram adultos, maiores de 18 anos e em condições clínicas e mentais de participar da entrevista. Todos concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado segundo as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido garantido o sigilo e o anonimato dos sujeitos.

As entrevistas foram gravadas em equipamento de áudio, mediante autorização contida no TCLE e posteriormente, transcritas e analisadas. Para a análise recorreu-se à técnica de condensação de significados<sup>27</sup> em que são construídas formulações a partir das expressões dos entrevistados. Nesse tipo de análise, as passagens da entrevista que se relacionam a uma questão específica do estudo são cotadas e condensadas num quadro constituído pelas unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos, na coluna da esquerda, e os temas centrais relacionados a estes, que são categorias conceituais, na coluna da direita, seguidos abaixo de ambas, pela descrição essencial da questão relacionada ao estudo.

A narrativa foi construída com a descrição e a interpretação dos dados, procurando estabelecer as relações e desenvolver possíveis explicações a partir do confronto com o referencial teórico, a fim de dar sentido aos achados.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz e revalidado pelo CEP do Hospital Otávio de Freitas.

## Resultados e discussão

No Brasil, o trabalho de todos os SAE-HIV/Aids é norteado pelas mesmas diretrizes nacionais e pelas diferentes necessidades e condições apresentadas em cada lugar. Existem ao longo do país, serviços com a mesma denominação, mas com arranjos organizacionais os mais diversos. Recife, como outros municípios brasileiros, é exemplo dessa heterogeneidade, observada na maneira como os três SAE incluídos neste estudo se organizam.

Os SAE estudados apresentam estrutura físico-funcional compatível com o que é preconizado nos documentos oficiais. No entanto, foram identificadas deficiências como a inexistência ou a designação de outra função ao espaço físico destinado à realização de atividades coletivas, in-

cluindo reuniões de equipe e atendimentos grupais aos usuários.

*Para fazer o grupo de adesão, a gente se deslocava para ir a outra sala, que a gente pedia emprestada e levava nosso material de recurso: muitas vezes a gente levou televisão, levou vídeo, levou tudo para lá (Técnico 11).*

Este foi um ponto comum entre os serviços, que fala a favor de um modelo de atenção que tem priorizado atendimentos individualizados e não favorece a interação em equipe. Pensar a estrutura apropriada para atender às necessidades do projeto technoassistencial dos SAE, inclui relacionar o espaço físico às atividades propostas, levando em consideração a importância da adaptação do ambiente para a otimização do funcionamento do serviço. Este aspecto pode favorecer a integralidade do cuidado à saúde e promover o bem estar dos usuários e da equipe de saúde.

No que se refere aos recursos humanos (RH), nenhum dos serviços, no período do trabalho de campo, apresentava a constituição da equipe mínima satisfatória. A escassez de profissionais e a impossibilidade de dedicação exclusiva ao SAE foram identificadas como dificuldades enfrentadas pelas equipes para a organização do processo de trabalho, como a sobrecarga de atendimentos e a impossibilidade de participação em atividades coletivas. A questão é apresentada nos seguintes trechos de entrevista:

*Tem alguns pacientes que a gente sabe da necessidade de voltar com quinze dias e não tem... Quando vai agendar é daqui a sessenta dias que tem um agendamento; aí você iniciou um tratamento hoje, você tem que reavaliar esse paciente, ver que reação adversa ele pode estar tendo. Pode ter reações até mais graves. [...] Aí o que é que a gente faz? Encaixe, encaixe, encaixe... (Técnico 9).*

*Como a gente tem uma situação de escassez de profissional, a gente não tem a oportunidade de fazer outro tipo de atividade, que também possa reunir grupos. A gente viu um pouco se destruindo, o nosso grupo de adesão (Gestor 3).*

Na opinião de gestores, o trabalho em equipe nos SAE atualmente é falho por falta de recursos humanos e por falta da “cultura” para introduzir e manter o trabalho em equipe interdisciplinar. Afirmaram que a visão da saúde ainda é fragmentada, que não há uma visão do todo, a qual possibilitaria a realização de uma ação mais ampliada.

Nos depoimentos realizados durante a observação de campo, usuários, profissionais e gestores entrevistados criticaram o trabalho desenvolvido, identificando as necessidades dos serviços, sinalizando a fragilidade da atual organiza-

ção do processo de trabalho e suas possíveis causas, assim como apontando algumas estratégias de enfrentamento.

A organização do trabalho pode contribuir para uma resposta mais ágil às questões trazidas pelos usuários e evitar problemas no cotidiano. Os usuários respondem de forma positiva à atenção recebida e à organização do serviço ou se ressentem dos transtornos causados pela falta de organização e pela incompletude da equipe de profissionais, como se observa nas seguintes falas:

*Eu gosto muito do atendimento daqui. Claro que como todo lugar tem suas deficiências. Não se há de negar. Mas, assim, o resultado final é muito bom (Usuário 2).*

*Precisamos de assistente social, de psicologia e também de outros serviços [...] Aqui a gente tem só infectologista. Se a gente quiser marcar uma outra especialidade é a maior dificuldade. [...] Eu acho que o serviço deveria ser mais completo, porque uma pessoa que vive com HIV/Aids, não precisa só de infectologista (Usuário 7).*

Os sujeitos do estudo afirmaram a importância da integralidade da assistência, abordando o assunto sob diferentes ângulos: destacaram a necessidade de o usuário ser visto como um todo; de a equipe trabalhar de forma articulada; e a necessidade de se criar uma estrutura ampliada de atendimento, incluindo os diversos níveis de complexidade da assistência. Consideraram que, apesar do atendimento por equipes multiprofissionais, o trabalho que vem sendo desenvolvido nos serviços é fragmentado.

A diversidade de ideias abordadas pelos entrevistados sobre o sentido da integralidade vai ao encontro da proposta de Ayres<sup>28</sup> em relação aos eixos que norteiam a compreensão desse princípio: o eixo das necessidades, que diz respeito à resposta às demandas de atenção à saúde; o eixo das articulações, que se refere aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares e intersetoriais; e o eixo das interações, que se refere às interações intersubjetivas que permeiam as práticas de cuidado.

Os profissionais afirmaram que são conscientes da necessidade das PVHA serem assistidas por vários campos disciplinares e concordaram que as necessidades dessa população vão muito além da assistência clínica e da medicação. Um profissional expressa o seguinte:

*Só que o paciente, não somente HIV, como qualquer outro, ele também não pode ser como quem está numa montagem de automóvel. [...] É tudo junto, entendeu? É um todo! Se tem uma coisa que médico que acompanha HIV, qualquer profissio-*

*nal tem que perceber, é que ele é constituído de corpo, mente e alma. Se ele não tiver essa visão ele não vai conduzir a coisa muito bem!* (Técnico 6).

Apesar da percepção verbalizada por usuários, profissionais e gestores sobre o valor das interações entre os profissionais e entre estes e os usuários, para a organização do serviço e para responder às necessidades das PVHA, observou-se que ainda há uma forte influência do modelo biomédico, o qual ainda é hegemônico, centrado na atividade médica e na execução de procedimentos. As equipes sentem-se direcionadas a manterem a hegemonia de um modelo que não atende às complexas demandas da população assistida nos SAE.

As atividades relacionais, propostas para irem de encontro ao atual modelo, visando atingir a real interdisciplinaridade e, conseqüentemente, a integralidade da assistência, não se concretizam pela grande dificuldade de operacionalização no cotidiano dos serviços, como pode ser observado no seguinte trecho de entrevista:

*Ela (integralidade) fica um pouco partida. Ela acontece. Ele (usuário) tem a assistência do médico, do psicólogo, do assistente social, do nutricionista, mas cada um do seu jeito. Poderia ser melhor se a gente trabalhasse junto. Assim, seria uma coisa mais integral. Seria o ideal. Mas até agora nós não conseguimos. Dentro desse modelo que a gente trabalha aqui, ainda não* (Técnico 1).

As equipes enfatizaram a necessidade de uma maior integração entre os profissionais, que favoreça o planejamento e a oferta de uma assistência mais ampliada. Consideram que, na maioria das vezes, o trabalho dos profissionais é realizado de forma paralela, não interdisciplinar, tratando-se de uma grande falha dos serviços.

Tais considerações concordam com a percepção de que, o fato de uma equipe multiprofissional compartilhar uma situação comum, com a mesma clientela e no mesmo espaço físico, não garante o direcionamento do trabalho em equipe no sentido da integralidade. As atividades podem ser realizadas de forma isolada e justaposta, sem articulação e comunicação. Faz-se necessário conectar os processos de trabalho dos diferentes profissionais, de forma que essa interação permita a construção de um projeto comum, no que se refere às necessidades de saúde dos usuários<sup>29,4</sup>.

Para Silva et al.<sup>30</sup>, uma estratégia para efetivar o trabalho em equipe é o planejamento de ações a partir da antevisão das demandas à rotina do serviço, favorecendo a construção de um processo de trabalho cooperativo entre os diversos profissionais, com suas diferentes formas de perceber o

usuário, contribuindo para a construção de um projeto de assistência às suas necessidades individuais. Trata-se de um processo diferente da interação profissional, onde o fluxo de encaminhamento se faz de forma rotineira, sem conexão com as necessidades específicas do usuário.

É necessário pensar no trabalho interdisciplinar e multiprofissional como estratégia alcançável e desejável, pois nenhum trabalhador sozinho consegue ter resolutividade suficiente para atender às demandas de sujeitos que sofrem. A comunicação é o denominador comum desse trabalho, pois favorece a articulação das ações e a integração dos saberes e viabiliza o desenvolvimento de ações conjuntas. Os espaços relacionais permitem momentos de fala e escuta, democratizando o processo de trabalho e formando redes e ações assistenciais onde um profissional encontra potência nos outros<sup>31-35</sup>. Alguns técnicos entrevistados ratificam o pensamento dos autores, como pode ser percebido no trecho de entrevista a seguir:

*Eu acho que o serviço tem muito a melhorar. Eu acho que a gente tem algumas coisas para mudar, para fazer melhor; e a gente precisa sentar e se reunir e conversar sobre isso. Eu acho que isso é uma falha grande [...] porque a gente sozinho não consegue trabalhar. Não consegue levar a coisa adiante* (Técnico 13).

Os mecanismos de articulação, que são estratégias que possibilitam a abertura de espaços de negociação e de reflexão, têm sido utilizados de forma parcial nos serviços estudados. Foram considerados como tais mecanismos: as reuniões de equipe; os encaminhamentos de usuários entre os profissionais; a avaliação, planejamento e monitoramento do trabalho; os treinamentos e supervisões; e também o gerenciamento, pela importância do papel exercido pelo gerente enquanto articulador das ações e do trabalho em equipe. Estes mecanismos favorecem a interação entre os profissionais e possibilitam a discussão sobre a dinâmica cotidiana do trabalho, contribuindo para a integralidade da assistência e a melhoria da qualidade dos serviços.

Apesar de os profissionais reconhecerem a importância das *reuniões de equipe*, atualmente nenhum dos serviços as realiza de forma sistemática, como pode ser evidenciado na seguinte fala:

*A gente não tem (reunião de equipe). Discute no dia a dia os casos surgidos. Foi uma coisa que a gente tentou fazer. [...] Se houvesse um momento para a gente discutir... É uma vontade fraca. Às vezes as pessoas estão tão envolvidas... Tinha que ter alguma coisa para dar uma sacudida* (Técnico 3).

Segundo o Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV e Aids, do Ministério da Saúde, o trabalho em equipe requer reuniões para a discussão e a reflexão sobre o acompanhamento dos usuários. Encontros sistemáticos, agendados de acordo com a demanda e a disponibilidade dos profissionais contribuem para que a equipe possa trabalhar de forma interdisciplinar e integrada<sup>16</sup>.

Os encaminhamentos entre os profissionais ocorrem rotineiramente, a partir da identificação das necessidades dos usuários. Variam de acordo com a integração da equipe e a organização do trabalho. Há profissionais que se mantêm mais isolados, enquanto para outros, as trocas fazem parte da rotina de trabalho, como se observa na seguinte fala:

*Muitas vezes eu to aqui, o médico bate, me chama e me apresenta paciente: 'Olhe esse aqui ta precisando. Eu precisava que você desse uma palavrinha com ele'. Funciona muito dessa forma. [...] Ou algumas vezes a gente pede também para eles (Técnico 1).*

A autonomia para realizar os encaminhamentos depende, entre outros fatores, da forma como a equipe se organiza e interage. Não deve haver predomínio de um profissional sobre o outro. Para tal, a equipe necessita conhecer as competências de cada profissional, os quais devem estar aptos para reconhecer as demandas dos usuários. À medida que a equipe consegue interagir e intensificar acordos, reduz-se a possibilidade do estabelecimento de conflitos<sup>17</sup>.

Os profissionais opinaram que o planejamento e avaliação das ações poderiam motivar a equipe. No entanto, afirmaram que não participam dessas atividades:

*As coisas já vêm prontas. [...] Às vezes a gente é comunicado, entra em acordo, 'concordo ou não!'; mas teve pouquíssimo isso. Planejamento para o ano próximo, essas coisas, não temos participação! (Técnico 10).*

A participação da equipe do SAE no planejamento das ações é recomendada pelos documentos oficiais como uma forma de aumentar o compromisso dos profissionais com o resultado dessas ações, diminuir a resistência a mudanças e estabelecer prioridades coerentes com os problemas identificados<sup>17</sup>.

Os profissionais referiram que participam de treinamentos promovidos pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e alguns cursos de aperfeiçoamento e atualização promovidos pela Coordenação Estadual e pela Municipal. Afirmaram que os próprios SAE não têm promovido

treinamentos e que a participação é sempre por iniciativa do profissional:

*É uma coisa muito, muito pessoal na verdade! Não é uma coisa que é disponibilizada pelo serviço [...] de que o serviço está oferecendo isso. [...] Nós participamos praticamente de todos os eventos que tem, relacionados à infectologia e HIV/Aids: congresso, curso promovido pela secretaria, mas isso é uma busca particular (Técnico 13).*

Ao se considerar que a fragmentação dos indivíduos em especialidades perpetua modelos de prática em saúde ultrapassados, interferindo na potencialidade de ofertar uma abordagem integral à saúde, percebe-se a importância dos serviços no processo de educação continuada dos profissionais que constituem as equipes. A possibilidade de mudanças dos conceitos e práticas voltadas à integralidade requer o compromisso dos vários atores envolvidos no processo de formação, pois o campo das práticas e o da formação profissional estão interligados<sup>36</sup>.

Quanto ao gerenciamento, as dificuldades relacionadas à gestão de pessoas - destacando-se a insuficiência de recursos humanos e as diferenças estabelecidas nos serviços entre as categorias profissionais - e a pouca autonomia dos serviços para a resolução de problemas - foram apontadas como limitações atualmente enfrentadas pelos gerentes.

A necessidade de um maior investimento por parte dos gerentes no papel de articulador do trabalho em equipe foi destacada na fala de um profissional:

*E ter um gerenciamento realmente, uma pessoa que venha gerenciar. [...] Quem ta ali para orientar, ta para articular, ta para ir numa unidade, ta para fazer um convênio, entre aspas, juntar um pneumologista com o neurologista. [...] No sentido de que, havendo aquele problema, haja a referência e a contrarreferência, haja integração (Técnico 6).*

A condução do trabalho pelo gestor deve criar condições para a definição de mecanismos de coordenação, para criação de um ambiente de confiança e de estabilidade para as equipes, além de estratégias para passar do trabalho individual ao trabalho em equipe. Pela complexidade dos problemas e pelas exigências específicas dos serviços de saúde, em termos de organização e de gestão, o tipo de gestão mais adequado é o consensual, colegiado. Essa gestão busca envolver os profissionais na tomada de decisão, estimulando o trabalho não por meio da imposição da autoridade, mas pela responsabilização<sup>17,37,38</sup>.

Em relação ao contato dos SAE com outros serviços, observou-se a necessidade de melhorar

a articulação com a rede de saúde, com outros setores e instituições da sociedade civil. Os SAE têm algumas parcerias e convênios com outras unidades de saúde, porém, muitas vezes, os contatos são estabelecidos a partir de relacionamentos pessoais, sem a oficialização necessária para garantir o estabelecimento do fluxo de referência e contrarreferência. Ainda mais incipiente tem sido a articulação com a rede de suporte social. Os contatos têm ocorrido de forma esporádica, a partir da identificação de necessidades individuais dos usuários. Os seguintes trechos de entrevistas referem-se a essas questões:

*A partir da demanda, a gente faz encaminhamento por escrito, ou mantém contato telefônico com outros colegas [...] Quando surge a necessidade a gente vai mantendo esse contato, mas não existe uma coisa oficializada (Técnico 12).*

*A questão da situação socioeconômica do usuário [...] e da falta de apoio que a gente tem de redes. De redes sociais, ONGs. [...] Nós às vezes precisamos assim, de um abrigo... Não tem. Paciente de rua. Conseguir que ele adira ao tratamento, sem ter onde morar é complicado [...] Nós não contamos com essa rede de apoio e isso atrapalha (Técnico 11).*

É necessário pensar numa integralidade ampliada, em rede, construída através de uma relação articulada, complementar, entre a potencialidade de cada serviço de saúde e os saberes e as práticas de outros serviços e setores. A integralidade do cuidado não se realiza em um único serviço. É uma responsabilidade da rede de serviços, a qual tem múltiplas entradas, múltiplos fluxos<sup>39</sup>.

O trabalho interdisciplinar e intersetorial é factível, mas é preciso investimento para sua efetivação no cotidiano dos serviços. A afirmação de Merhy e Franco<sup>40</sup> de que as mudanças nos processos produtivos ocorrem no cenário da produção de saúde, reitera o papel dos trabalhadores de saúde na concretização da integralidade do cuidado. Portanto, a formação desses profissionais, a sua compreensão sobre o modelo de atenção à saúde a ser implementado, assim como as condições oferecidas para que possam atender a essa expectativa, são pontos a serem priorizados.

## Conclusões

As ações desenvolvidas pelos SAE e o discurso dos atores que os compõem revelam consonâncias e divergências em relação ao modelo de atenção à saúde integral proposto para desenvolver formas de cuidado que respondam às amplas

necessidades das PVHA, através de uma equipe multiprofissional.

Os técnicos compreendem a importância do trabalho em equipe para garantir a integralidade. Entretanto, o processo de trabalho ainda está organizado de forma fragmentada, com fragilidade de articulações, seja no seio das equipes, seja na relação com outros serviços e setores. Há uma tendência a se seguir um modelo centrado na individualização das ações, dificultando o reconhecimento do usuário como sujeito de sua própria vida e corresponsável pelo seu tratamento.

Observam-se por parte dos profissionais frágeis movimentos de articulação, os quais não encontram ressonância na forma como o processo de trabalho está organizado. Não há espaços definidos para as atividades relacionais, fundamentais para a compreensão do modelo proposto e para a organização de um processo de trabalho que favoreça o cuidado integral.

Há pouca valorização do papel de articulador da equipe, que cabe ao gerente dos serviços. Esta importante função tem sido relegada a um segundo plano. Envolvido com outras atribuições, sejam administrativas ou assistenciais, os gerentes não têm conseguido incluir os mecanismos de articulação interna, e também externa, como parte do cotidiano dos serviços.

Diante da complexidade da atenção à saúde das PVHA, não há dúvidas sobre a importância de um trabalho interdisciplinar e intersetorial. Percebe-se que, isolados, profissionais, serviços de saúde e setores não respondem às necessidades apresentadas pelos usuários. Contudo, a dificuldade na implementação de um trabalho em rede tem feito parte do cotidiano dos serviços. As articulações e a definição de papéis e limites de atuação são desafios ostensivos a todos os atores envolvidos e exigem o empenho constante para que se possa efetivar alguma transformação.

Pensar em mudar a realidade encontrada hoje nos SAE implica em convidar usuários, profissionais e gestores a abandonarem o lugar de objetos e a ocuparem o lugar de sujeitos do cuidado: aos usuários, a transformação em sujeitos do seu tratamento e de sua vida; aos profissionais, a garantia de participação enquanto sujeitos da organização do processo de trabalho; e aos gestores, a adoção de uma postura inovadora, que propicie a conexão entre os diferentes protagonistas do cuidado e que permita a construção, pela equipe, de um projeto assistencial comum, voltado para a articulação das ações e para a valorização da prática comunicativa.

## Colaboradores

MJL Borges trabalhou na concepção, na análise, interpretação dos dados e redação do artigo. IGD Gurgel participou na análise, interpretação dos dados e na revisão crítica e redação final do artigo. A. S. Sampaio participou na análise, interpretação dos dados e na revisão crítica e redação final do artigo.

## Referências

1. Vilella W. A Aids como objeto complexo e desafiador, e a exigência de construção de um campo de saber interdisciplinar. In: Raxach JC, organizador. *Reflexões sobre assistência à Aids: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade*. Rio de Janeiro: ABIA; 2003. p. 26-30.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *A Assistência e as Alternativas - Serviço de Assistência Especializada (SAE)*. [acessado 2008 set 06]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ\\_anexo2.htm](http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_anexo2.htm).
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Alternativas Assistenciais à Aids no Brasil: as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviço de Assistência Especializada*. [acessado 2008 out 07]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/udtv/bolepide/alternativas.htm>
4. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); 2007. p. 161-177.
5. Bonaldi C, Gomes RF, Louzada APF, Pinheiro R. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: Experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); 2007. p. 53-72.
6. Matos RA. Integralidade e a formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: Pinheiro R, Matos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); 2003. p. 45-59.
7. Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Britto MTAS, Basso CR. Avaliação da Qualidade da Assistência no Programa de AIDS: Questões para a Investigação de Serviços em Saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):S310-S321.
8. Pinheiro R. A importância do SUS: o político, o social e as questões a superar. In: Raxach JC, organizador. *Reflexões sobre assistência à Aids: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira interdisciplinar de AIDS (ABIA); 2003. p. 59-61.
9. Japiassu H. *Interdisciplinaridade e Patologias do Saber*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
10. Minayo MCS, Gomez CMM. Díficeis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde. In: Goldenberg P, Gomes MHA, Marsiglia RMG, organizadores. *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-142.



11. Castanheira ERL. *Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/Aids em serviços públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP); 2002.
12. Pernambuco. Recife. Secretaria Estadual de Saúde. *Boletim informativo DST/Aids* 2007; 7 (1).
13. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. *Relação dos serviços de assistência especializada*: SAE de Pernambuco. Recife: Secretaria Estadual de Saúde; 2008.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids*. Brasília: PN-DST/Aids; 2007.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Sistema Qualiaids* [Texto na Internet]. [acessado 2008 dez 06]. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/qualiaids/default.asp>
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Manuais, n. 84).
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Qualiaids: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV*. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2008.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Avaliação da assistência ambulatorial aos adultos vivendo com HIV/Aids: Qualiaids Relatório 2007/2008*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2008.
20. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. *História do Hospital Correia Picanço*. Recife: Secretaria Estadual de Saúde; 2009.
21. Pernambuco. Recife. Secretaria Estadual de Saúde. *Boletim Informativo DST/AIDS* 2009; 9(1).
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política de Incentivo no âmbito do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais: Orientações para elaboração do Plano de Ações e Metas 2010*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2009. [acessado 2010 abr 11]. Disponível em: [www.aids.gov.br/...Pam/2010/Orientacoes\\_2010\\_Final.doc](http://www.aids.gov.br/...Pam/2010/Orientacoes_2010_Final.doc)
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Boletim epidemiológico AIDS e DST* 2010; 6(1).
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica*. Brasília, DF: 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids UNGASS – HIV/Aids: Resposta Brasileira 2008-2009: Relatório de Progresso do País*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2010.
26. Navarrete MLV, Silva MRF, Pérez ASM, Santos MJFS, Gallego MED, Lorenzo IV. *Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicada em saúde*. In: Cursos GRAAL 5. Recife: IMIP; 2009.
27. Kvale S. *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: Sage; 1996.
28. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade* 2009; 18(Supl. 2):11-23.
29. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanheira ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):221-242.
30. Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landronia MAS, Waldmana CCS, Ayres JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Rev Saude Publica* 2002; 36(Supl. 4):108-116.
31. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica* [online]. 2001 Fev [acessado 2009 jan 13];35(1):103-109. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en). doi: 10.1590/S0034-89102001000100016.
32. Camargo Júnior KR. Um Ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade. In: Pinheiro R, Matos RA, organizadores. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); 2003. p. 35-44.
33. Weinstein AL. Obstáculos e desafios da interdisciplinaridade: As integrações. In Raxach JC, organizadores. *Reflexões sobre assistência à Aids: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade*. Rio de Janeiro: ABIA; 2003. p. 32-33.
34. Pinheiro R, Luz MT. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In: Pinheiro R, Matos RA, organizadores. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); 2005. p. 7-34.
35. Franco TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro R; Matos RA, organizadores. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); 2006. p. 459-474.
36. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica* [online]. 2004 Set-Out [acessado 2010 jun 12];20(5):1400-1410. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf)
37. Dussault G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Rev Administração Pública* 1992; 26(Supl. 2):8-19.
38. Santana JP. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde (MS); 2001. p. 219-233.

39. Cecílio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Matos RA, organizadores. *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); 2001. p. 113-126.
40. Merhy EE, Franco TB. *Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde*. [Texto na internet] [acessado 2009 fev 07]. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos>

---

Artigo apresentado em 25/10/2009

Aprovado em 21/02/2010

Versão final apresentada em 15/03/2010