

A interdisciplinaridade e a integralidade no Sistema Único de Saúde: um olhar sobre os sentidos e significados do trabalho multiprofissional no cuidado de usuários com indicação de transplante cardíaco

Mariana Camargo Tumonis Oliveira¹ (Orcid: 0009-0003-6137-4348) (marictoliveira@gmail.com)

Roseni Pinheiro¹ (Orcid: 0000-0001-8745-9209) (rosenip0@gmail.com)

¹ Instituto de Medicina Social Hélio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Resumo: O transplante cardíaco configura-se como uma proposta terapêutica para a insuficiência cardíaca avançada, após esgotadas todas as possibilidades de um tratamento conservador. A complexidade tecnológica do processo justifica a atuação de uma equipe multiprofissional especializada, que iniciará o acompanhamento dos usuários tão logo que indicada a necessidade de sua realização. A partir dos princípios epistemológicos e ético-políticos da interdisciplinaridade e da integralidade, este artigo se propõe a analisar a relevância do trabalho interdisciplinar na construção das linhas de cuidado para a realização do transplante cardíaco. Parte-se do pressuposto de que o êxito do procedimento envolve, para além das técnicas profissionais, o reconhecimento da ideia de centralidade do usuário durante todo o acompanhamento. Neste sentido, cabe à equipe interdisciplinar identificar as intersubjetividades e necessidades de saúde de cada usuário como condição para a garantia do cuidado integral. Como proposta metodológica oriunda da abordagem qualitativa, adotou-se a revisão integrativa, que, por meio da pesquisa bibliográfica e documental, buscará analisar os sentidos e significados atribuídos à temática do trabalho multiprofissional no cuidado em diferentes produções da Saúde Coletiva.

► **Palavras-chave:** Integralidade. Equipe de Assistência ao Usuário. Cuidado. Transplante de Coração.

Recebido em: 20/08/2024

Revisado em: 21/03/2025

Aprovado em: 09/04/2025

Todos os dados da pesquisa estão disponíveis neste texto

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312025350408pt>

Editora responsável: Jane Russo

Pareceristas: Bruno Stelet e Márcia Alves

Introdução

A temática proposta neste artigo é fruto da experiência profissional da primeira autora como assistente social de uma equipe interdisciplinar,¹ que atua no acompanhamento de usuários com indicativo de transplante cardíaco. Trata-se de um estudo descritivo que se propõe, por meio da consideração de aspectos relevantes da vivência profissional em um hospital universitário, contribuir com a discussão acerca da importância do trabalho interprofissional e da ideia de centralidade do usuário na definição de uma linha de cuidado.

O transplante cardíaco (TxC) configura-se como uma condição terapêutica para usuários com insuficiência cardíaca avançada e refratária ao tratamento otimizado, com estimativa de prognóstico adverso. A indicação do TxC deve contemplar a relação risco-benefício individual e as implicações éticas, tantos dos profissionais envolvidos quanto dos usuários, já que os órgãos são recursos escassos e que devem ser ofertados, preferencialmente, para aqueles com maior probabilidade de vida no longo prazo (Bacal *et al.*, 2018).

Os usuários candidatos a um TxC são, obrigatoriamente, submetidos a uma extensa avaliação clínica, com a intenção de confirmar sua indicação para a cirurgia, identificar possíveis comorbidades que possam contraindicá-la e prepará-los para a realização do procedimento e cuidados no pós-operatório. Ressalta-se o acompanhamento, sistemático e periódico, da equipe multiprofissional durante todo esse processo.

Dissertar acerca do trabalho em equipe implica reconhecer, de acordo com as análises de Silva e Mendes (2013), que a simples inserção de diferentes áreas de saber em um serviço de saúde não é suficiente para a garantia de práticas interdisciplinares. Neste sentido, evidencia-se a importância de uma relação dialética entre as partes, em que as especialidades possuam uma ligação recíproca, indispensáveis para a compreensão do sentido da vida daqueles que acompanham (Pereira, 2014).

Ainda segundo Silva e Mendes (2013), pode-se afirmar que a interdisciplinaridade se constrói a partir de um nível avançado de trocas e de cooperação entre as áreas, permitindo a realização de mediações entre saberes e competências. Destacam que a atenção interdisciplinar pode ser potencializada por meio da constituição de equipes de referência, que além da garantia do vínculo com os usuários, ficariam responsáveis pela formulação dos projetos terapêuticos e pela realização do apoio especializado, quando necessário.

Por meio deste artigo, objetiva-se refletir acerca do potencial das práticas interdisciplinares no cuidado de usuários com indicativo de TxC, entendendo-as como indispensáveis para a superação de ações fragmentadas e compartimentalizadas, focadas apenas em condutas biomédicas. Sob a ótica da integralidade, as análises são centradas na perspectiva do cuidado integral, que implica também reconhecer a ideia da centralidade do usuário na definição das condutas.

Compreende-se a ideia de centralidade do usuário, para fins deste estudo, como uma condição para o efetivo cuidado integral. Neste sentido, reconhece-se que as interações democráticas na saúde e a elaboração de respostas qualificadas para as demandas apresentadas somente serão possíveis quando houver a garantia da inclusão do usuário na tomada de decisão (Pinheiro; Junior, 2009).

Ao discorrer sobre a integralidade do cuidado, em especial sobre a centralidade do usuário durante todo o seu acompanhamento, propõe-se considerar o conceito de determinação social da saúde. Segundo Souza (2020), trata-se de entender a saúde para além da seara biológica, o que implica a identificação da relação indissociável entre aspectos biológicos e sociais no processo saúde-doença.

A reflexão acerca do conceito de determinação social da saúde, como referencial para este estudo, compreende-o como um movimento dialético, marcado pela construção de complexos processos históricos que são desvelados de modo diferenciado por cada sujeito. Neste sentido, reforça-se a importância da superação de leituras positivistas, em que a realidade seja encarada como socialmente determinada e as possibilidades de mudanças sejam descartadas (Minayo, 2021).

O estudo acerca da ideia de centralidade do usuário nas práticas em saúde não tem por intuito questionar as práticas biomédicas e o uso de tecnologias para a cura de diagnósticos. Objetiva-se refletir sobre o aprimoramento dessas práticas, o que incita pensar em relações horizontais de cuidado, com um atendimento mais humanizado, com uma melhor escuta e respeitando a história de vida de cada sujeito atendido.

No tocante ao TxC, a gravidade dos casos clínicos e a imediatividade da realização do transplante por ora tendem a dificultar o planejamento do cuidado. No entanto, ressalta-se que, tão importante quanto o manejo técnico da equipe, é a clareza acerca das necessidades de saúde de um potencial receptor de órgão, já que estas também podem provocar rebatimentos indesejáveis para o resultado final.

Neste sentido, garantir que os usuários sejam reconhecidos, em sua totalidade, como sujeitos e principais partícipes durante todo o acompanhamento tende a facilitar

o processo reflexivo, as tomadas de decisões, a continuidade dos encaminhamentos propostos e o êxito na realização do procedimento. Protocolos clínicos, apesar de indispensáveis na definição de um possível receptor de um órgão, não são capazes de traduzir a experiência de adoecimento vivenciada por cada sujeito.

Bellato *et al.* (2011), ao afirmarem que o processo de adoecer tensiona o querer viver presente no cotidiano dos indivíduos, ressalta que o adoecimento se retrata como uma experiência única e individual. Neste sentido, reforça a necessidade de que os profissionais entendam as pessoas para além da condição de portadores de agravos, o que está condicionado à compreensão de como a doença é experienciada no conjunto dos fatos da vida.

Para Belatto *et al.* (2011),

[...] e se nós, profissionais, pensamos em “mudanças de estilo de vida” frente a um agravo à saúde, esta compreensão da experiência do adoecimento, instaurando-se no cotidiano das pessoas, nos obriga a pensar este dia a dia de forma mais complexa, apontando algumas direções, dentre elas, para os afetamentos que se instituem nesse lugar, os rearranjos que a doença impõe e as possibilidades de as pessoas conviverem com tudo isto (p. 179).

A relevância deste estudo está na apresentação do potencial da atuação interdisciplinar em um contexto tão adverso, marcado pela restrição dos direitos sociais e pela dificuldade de efetivação de uma política de saúde pública e universal. O estudo sobre a interdisciplinaridade tende a reforçá-la como uma possibilidade de atendimento, em caráter integral, às demandas apresentadas pelos usuários do sistema de saúde.

Percurso metodológico

Segundo Minayo (2012), a metodologia consiste no caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, devendo dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado e capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática. Para a referida autora, “a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade)” (Minayo, 2012, p. 14).

As análises apresentadas neste artigo decorrem da elaboração de uma dissertação de mestrado, ainda em construção, cujo objetivo principal é analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura científica em Saúde Coletiva, as evidências

acerca do trabalho interdisciplinar e a noção de centralidade do usuário, quando discutido o cuidado integral prestado aos candidatos a um TxC.

As análises de Souza, Silva e Carvalho (2010) afirmam que a revisão integrativa é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Destacam que, por meio dessa revisão, é possível determinar o conhecimento atual sobre uma temática específica, o que permite, além da construção de políticas e procedimentos, desenvolver um pensamento crítico a respeito das práticas diárias desenvolvidas.

Por meio de uma abordagem qualitativa, serão apresentados neste artigo resultados iniciais acerca do estado da arte sobre os sentidos e significados atribuídos à temática do trabalho multiprofissional, quando discutido o cuidado na Saúde Coletiva e em especial a usuários com indicação de TxC. A discussão apresentada decorre da análise de produções técnicas, literaturas científicas e legislações, que versam sobre a temática, datadas entre os anos de 2010 e 2024.

As bibliografias utilizadas consistem em documentos físicos e naquelas disponíveis em bases de dados como a Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações – BDTD, SCOPUS Preview, Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Portal da CAPES e a Rede Sirius, com pesquisa de documentos nos idiomas português, inglês e espanhol. Como critério de inclusão, foram utilizadas apenas publicações de acesso aberto.

Ademais, foram analisadas três Portarias, quatro Legislações e um Provimento, considerados indispensáveis para a compreensão das diretrizes para a organização e o desenvolvimento dos serviços de saúde e do programa de doação de órgãos e tecidos em território nacional. O intuito com a escolha desses documentos foi identificar se o trabalho interdisciplinar é descrito de modo formal, como um atributo indispensável para o cuidado.

Para a identificação das bibliografias, foram utilizadas palavras-chave, combinadas com operadores booleanos, e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) predefinidos. Dentre eles, doação de órgãos e tecidos; transplante de órgãos; transplante de coração; Sistema Único de Saúde; Integralidade; Equipe de Assistência ao Paciente. A seleção das publicações ocorreu, inicialmente, por meio da identificação das palavras-chave e da leitura dos resumos, sendo excluídas aquelas que se referiam ao público infantojuvenil e as que não responderam à pergunta norteadora.

Utilizou-se a técnica da análise de conteúdo para o tratamento do material selecionado. Segundo Bardin (1977), os objetivos dessa técnica correspondem à ultrapassagem da incerteza e ao enriquecimento da leitura, no sentido de alcançar inferências que se aproximem ou possam contrapor a hipótese inicial.

A organização do estudo seguiu as etapas de pré-análise, com a definição do conjunto dos documentos e publicações, a exploração do material, com a administração das decisões já tomadas na fase inicial, e o tratamento dos resultados efetivamente (Bardin, 1977). Para a codificação e a sistematização da discussão apresentada neste artigo, optou-se pela classificação de duas categorias principais: definições acerca do trabalho multiprofissional e o cuidado centrado no usuário.

Ressalta-se que, por não se tratar de uma pesquisa que envolva seres humanos, por meio do manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos, foi dispensada sua apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Discussão

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que, sob a perspectiva da integração de práticas especializadas, se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação entre os múltiplos agentes envolvidos. Reforça que a análise do trabalho em equipe multiprofissional fundamenta-se em parte no legado teórico da saúde coletiva, ao considerar as contradições presentes na divisão social do trabalho e sua contínua reprodução das desigualdades sociais.

Segundo Peduzzi e colaboradores (2020), as equipes de saúde são equipes de trabalho. Além de necessários, são trabalhos que se constituem como componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade, tanto das necessidades de saúde, que requerem uma abordagem ampliada e contextualizada, como da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde em rede.

Afirmam que, para além de melhorar a satisfação no trabalho por parte dos profissionais, o trabalho em equipe também tem o potencial de produzir melhores resultados na atenção à saúde de usuários, famílias e comunidades. Neste sentido, ressaltam que se espera que os profissionais adotem atitudes reflexivas argumentativas, mediante a cooperação, com foco nas necessidades apresentadas, considerando a

construção de acordos interprofissionais e do espaço de protagonismo do usuário nas relações de cuidado (Peduzzi *et al.*, 2020).

Os desafios para a implementação do trabalho interdisciplinar

Dissertar acerca do trabalho interdisciplinar em um ambiente hospitalar requer a compreensão de algumas dificuldades para sua efetivação. Dentre elas, aponta-se a necessidade de superação do modelo hospitalocêntrico² e do ideário de supremacia médica frente às demais categorias profissionais. Demanda-se, ainda, uma intervenção qualificada em um cenário de escassez de recursos, déficit de profissionais, rotinas exaustivas e sobrecarga de trabalho. Por fim, exige-se o compromisso profissional com as prerrogativas da Reforma Sanitária e em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o intuito de fundamentar as reflexões, propõe-se uma breve contextualização sobre a política de saúde no Brasil, ao considerar que sua trajetória marcada por orientações contencionistas e de caráter não universal repercutem sobre as diretrizes para a organização das ações e serviços, bem como nas relações de trabalho dos profissionais da saúde.

Inicialmente destinada àqueles não inseridos no mercado de trabalho, a saúde pública passa a ganhar um maior investimento estatal a partir do desenvolvimento do capitalismo, do crescimento do desemprego estrutural e consequentemente do fortalecimento da pressão popular. Data da década de 1970, a introdução dos ideários do Projeto de Reforma Sanitária na Saúde.

Em contraposição ao Projeto Privatista³, Bravo (2007) ressalta que

[...] o Projeto de Reforma Sanitária tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde (BRAVO, 2007, p. 101).

O ideário da Reforma Sanitária está pautado na extensão dos serviços de saúde a todos os brasileiros e na busca por melhoria nas condições de vida da população. Defende-se um conceito ampliado de saúde e o desenvolvimento de ações que vão além de práticas curativas. A intervenção sobre os condicionantes da saúde torna-se essencial para a melhoria da qualidade de vida da população e a redução de possíveis agravos.

A mobilização dos profissionais de saúde, em conjunto com os usuários dos serviços, teve importante representatividade na Assembleia Constituinte e posterior promulgação da Constituição Federal de 1988. A partir da Constituição, a saúde passa a integrar a seguridade social, sendo reconhecida como direito de todos e dever do Estado.

Inegáveis avanços foram obtidos para a política de saúde com a Carta Magna de 1988. No entanto, a ofensiva neoliberal, característica da década de 1990, tem impedido a plena efetivação desta norma. Sob um argumento de crise fiscal⁴ e necessidade de reestruturação do Estado, observa-se um desfinanciamento da proteção social e o repasse de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas. Segundo Netto (1993), configura-se um Estado mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital.

De acordo com o Plano Diretor da Reforma do Estado (Brasil, 1995), a reforma deve ser entendida dentro de um contexto de redefinição do papel estatal, que deixa de ser o responsável pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. O receituário neoliberal provocou a degradação dos serviços públicos e o corte dos gastos sociais. Com isso, as políticas assumem um caráter paternalista, compensatório e focalizado sobre os grupos socialmente vulneráveis.

Dentro dessa nova lógica imposta pelo neoliberalismo, observa-se a destruição dos aparatos de proteção social e consequentemente a destituição dos direitos sociais. Serviços passam a ser privatizados, enquanto políticas sociais focalizadas e pontuais passam a ser oferecidas para os segmentos mais pauperizados e impossibilitados de participar da dinâmica do mercado. De fato, muitos cidadãos permanecem excluídos do sistema de proteção social.

Na rotina hospitalar, as narrativas dos usuários durante os atendimentos refletem a condição de vulnerabilidade e negativa de acesso aos direitos sociais básicos. A falta de moradia, o analfabetismo, a insegurança alimentar, o indeferimento de benefícios assistenciais e previdenciários, dentre outros apontamentos, têm sido recorrentes nos relatos dos usuários atendidos. Neste sentido, ressalta-se que a atenção aos condicionantes, em especial aos socioeconômicos, precisam ser considerados quando pensado o cuidado em saúde.

Silva e Bicudo (2022), ao discutirem a crítica da doença como um fenômeno biológico e individual, remontam suas análises a um movimento da medicina social

latino-americana, iniciado na década de 1960, marcado por importantes reflexões acerca das limitações médicas para a garantia de melhores condições de vida para seus usuários. Neste cenário, passa-se a reconhecer que o processo saúde-doença é construído socialmente e que sua compreensão requer sua vinculação com o modo de produção capitalista e seus rebatimentos na dinâmica social dos sujeitos.

Neste sentido, apresentam o conceito de determinação social da saúde, definindo-o como

[...] uma concepção que compreende o processo saúde-doença como um processo dialético, sendo no modo de produção capitalista, uma expressão de contradição e desigualdade. E, nesse sentido, entende como implicados estruturalmente os aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais. Desse modo, adoecer, assim como o acesso à saúde (compreendida em sentido amplo) e também as formas de morrer são expressões individuais e coletivas (Silva e Bicudo, 2022, p. 120-121).

A partir do momento em que se reconhece que o processo de adoecimento não se restringe aos aspectos biológicos, incita-se a consideração das particularidades e das diferenças socioculturais para a definição das práticas de cuidado (Gerhardt; Ruiz, 2014). A crítica ao modelo biomédico envolve sua compreensão como um sistema cultural hegemônico centrado na necessidade de responder cientificamente aos processos fisiológicos da doença.

As análises de Sayd (2006) afirmam que a medicina sempre foi considerada uma profissão de excelência e que, desde os primórdios da sociabilidade humana, os médicos se destacavam pelos cuidados com os sofredores. Legitimados pelo Estado e pela sociedade, eram detentores de um saber avançado, do monopólio da prática terapêutica e do direito de se autocontrolarem por meio de seu Código e Conselhos de Ética. Mudanças no padrão do trabalho médico passaram a ocorrer a partir da incorporação tecnológica e da democratização do acesso para o cuidado em saúde.

Para Sayd (2006), originada principalmente em decorrência do desenvolvimento de novas tecnologias, observa-se um movimento de desprofissionalização relativa, onde

[...] a tradição de autonomia, em que o médico tinha liberdade de decisão técnica mudou suas características; agora ele toma decisões com colegas e ao lado da equipe de saúde, pois não domina mais o conjunto completo de técnicas disponíveis para o suporte dos pacientes e está limitado pelos custos, seja restrito pelo orçamento do SUS ou pelos cálculos das operadoras de seguro saúde. Seu saber é menos esotérico, compartilhado que está entre especialistas e novos profissionais de saúde (nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros especializados, por exemplo). O monopólio do cuidado sobre o doente tornou-se por consequência, atributo de grupos, não mais do profissional individual (p. 13).

Nesse cenário, evidencia-se o potencial das equipes interdisciplinares na problematização das políticas intersetoriais vigentes, o que implica na definição de estratégias conjuntas para a efetivação do cuidado. Atentar para a formação e manutenção desse trabalho em equipe exige reconhecer o comprometimento dos profissionais envolvidos com a garantia da prestação de um serviço a partir da ótica da integralidade.

As análises de Iamamoto (p. 149, 2008) apontam que “a leitura da seguridade passa a ser efetuada segundo os parâmetros empresariais do custo/benefício, da eficácia/inoperância, da produtividade/rentabilidade”. Em um ambiente hospitalar, mesmo naqueles considerados públicos, estas orientações podem desencadear em ações desumanizadas, não centradas nas reais necessidades dos usuários.

Atrelado a isso, observam-se profissionais não satisfeitos com as frágeis relações trabalhistas, obrigados a acumularem mais de um vínculo para a garantia de seu sustento. Evidencia-se a sobrecarga de trabalho, seja pelo aumento no número de demandas por serviços de saúde ou pela redução do número de profissionais na equipe. Destaca-se também, em especial nos hospitais universitários, uma grande rotatividade dos profissionais, o que dificulta a efetivação do trabalho por uma mesma equipe.

Apesar dos impasses, salienta-se a importância do trabalho interdisciplinar para a garantia do cuidado longitudinal. Desvelar a realidade vivenciada em busca da superação do imobilismo e da impotência diante do atual subfinanciamento da saúde e do corte de gastos com as políticas sociais apresenta-se como uma direção para a garantia de práticas de cuidado centradas no usuário, na afirmação de direitos e na defesa intransigente do SUS.

Considerações conceituais acerca da integralidade do cuidado, linhas de cuidado e a participação do usuário

As análises de Pinheiro e Guizardi (2013) afirmam que a integralidade das ações de saúde, definida como um dispositivo jurídico para a organização da assistência no SUS, permanece como um objetivo de difícil apreensão e operacionalização. Evidenciam que a concretização de um sistema integral, para além de sua organização técnica, requer a construção de práticas eficazes de cuidado e atenção.

Parte-se do pressuposto, segundo Tavares, Rocha e Castro (2018), que o cuidado em saúde

[...] está relacionado tanto com um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o êxito nos tratamentos quanto com um espaço relacional que vai além do saber científico tecnológico. Em seu sentido mais amplo, coloca-se as práticas de saúde como uma dimensão da integralidade em saúde, incorporando além das competências e tarefas técnicas, o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos (p. 88).

Nessa perspectiva, as linhas de cuidado deverão ser definidas a partir das necessidades em saúde de cada usuário, que incluem a urgência de boas condições de vida, a garantia de acesso às tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, a importância da preservação de vínculo com um profissional e com as equipes de saúde e a defesa de sua autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (Pinheiro *et al.*, 2013).

A identificação das necessidades de saúde implica reconhecê-las como individuais, o que reforça a necessidade de uma relação de confiança entre usuários e profissionais de saúde e de uma escuta ativa das demandas apresentadas. Diferenciar demandas de necessidades de saúde significa perceber a essência das solicitações, o que propiciará melhor organização das ações profissionais no sentido do cuidado integral (Cecílio, 2006).

Ressalta-se que, segundo Cecílio (2006),

[...] a demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras (p. 120).

Ayres (2004) destaca a importância de repensarmos as práticas de saúde, redimensionando a perspectiva do cuidado para além das respostas imediatas e do êxito técnico. O alcance deste objetivo requer uma relação humanizada, marcada pela “permeabilidade do técnico ao não técnico, o diálogo entre essas dimensões interligadas” (p. 22). Além disso, aponta o acolhimento como um recurso fundamental para esta finalidade.

Para Gerhardt e Ruiz (2014), dar visibilidade a outras práticas hegemônicas de cuidado não significa excluir a prática biomédica, mas ir além desta cultura do cuidado para se abrir ao cuidado na cultura, respeitando as diversidades e o pluralismo terapêutico, valorizando a totalidade de sentidos e se abrindo para o encontro em um movimento que depende do diálogo, da palavra e da escuta.

Desvelar este novo conceito de cuidado, entendendo-o na perspectiva da integralidade e como objetivo do trabalho interdisciplinar, implica reconhecer a centralidade e o itinerário terapêutico de cada sujeito envolvido, condições indispensáveis para a organização dos serviços, a oferta de tecnologias e as definições das linhas de cuidado. Segundo Pinheiro e seus colaboradores (2016), os itinerários enfatizam

[...] a perspectiva do usuário e seus arranjos organizativos ao longo das experiências de adoecimento, o que nos permite entender como ele escolhe, avalia – e mais, se adere ou não aos tratamentos prescritos, em suas redes sociais, que podem incluir ou não as redes de serviço (p. 18).

Discutir a centralidade dos usuários frente à tomada de decisões sobre as definições de sua linha de cuidado é primordial para assegurar a integralidade do cuidado na garantia do direito humano à saúde no SUS. Pinheiro (2013) ressalta que, em um contexto de direitos, a integralidade do cuidado inclui necessariamente a análise das escolhas acerca dos meios e formas dos sujeitos se cuidarem e serem cuidados.

No tocante ao cuidado dispensado aos usuários com indicação de TxC, a atuação da equipe interdisciplinar exige uma conduta particular no sentido de orientá-los acerca de todas as etapas até a realização do procedimento cirúrgico e a necessidade de organização para o pós-operatório. A participação do usuário é ativa a todo tempo e suas decisões devem ser sempre consideradas, incluindo o desejo de não transplantar.

O cuidado interdisciplinar aos candidatos a um transplante cardíaco

As doenças cardiovasculares podem ser entendidas como doenças crônicas, relacionadas a múltiplas causas e caracterizadas por um início gradual, com prognóstico e duração incerta. Além disso, a depender da agudização da doença, podem provocar sucessivas internações e o uso de tecnologias específicas para o cuidado contínuo. Exigem mudanças no estilo de vida e podem gerar incapacidades (Brasil, 2013).

A compreensão acerca dessa definição permite reconhecer a diversidade de histórias de vida que chegarão para o acompanhamento da equipe interdisciplinar que trabalha na perspectiva da realização do TxC. Apesar de todos os usuários terem a indicação do procedimento, o agravo da doença e suas condições biológicas para a cirurgia ditarão a imediatividade de sua listagem, o que implicará no tempo de organização das práticas da equipe de saúde para o seu acompanhamento.

Na busca de um cuidado integral, independentemente do tempo a ser trabalhado com o usuário, destaca-se o desafio de garantir que ele reconheça nos profissionais que o acompanham uma equipe de referência, na qual encontre a liberdade para se colocar a qualquer tempo. Isso envolve, como reforçado anteriormente, o acolhimento desde o primeiro contato, uma escuta ativa e responsável, a preocupação com o uso da linguagem e o respeito à sua autonomia.

A complexidade de um transplante cardíaco, quando considerados o risco de letalidade e as possíveis comorbidades advindas do procedimento, justificam a preocupação com os protocolos para o êxito técnico do transplante. Porém, não inviabiliza o potencial da equipe interdisciplinar em garantir que o sujeito seja reconhecido para além de um corpo físico a ser transplantado, o que implica considerar, inclusive, que cabe a ele decidir pela realização ou não do procedimento.

A construção do vínculo entre o usuário e a equipe interdisciplinar é imprescindível para que a confiança no potencial da terapêutica indicada seja fortalecida. É preciso ter clareza que os usuários se encontram fragilizados e temerosos diante do risco iminente de morte, seja por complicações pós-transplante ou como consequência da decisão de não transplantar. Neste sentido, garantir o acolhimento dos usuários é condição para que eles identifiquem seus profissionais de referência e tenham a liberdade para se colocar durante todo o acompanhamento. Destaca-se que esse acolhimento também envolve sua rede de apoio e referências para o cuidado.

Respeitada a autonomia dos usuários, serão eles os responsáveis pela definição de sua rede de apoio e cuidado. Essas indicações não serão necessariamente de pessoas com laços consanguíneos, sendo muitas relações construídas por meio do afeto e da solidariedade. Ressalta-se que, diante da falta de uma referência para o cuidado, caberá à equipe de saúde esgotar todas as possibilidades de suporte, incluindo a rede de saúde no território de origem, e avaliar a viabilidade da realização do procedimento.

Quando nos referimos ao conceito de família, Sarti (2008) destaca que uma das dificuldades colocadas pelos profissionais na atuação com famílias é romper com o modelo idealizado e naturalizado acerca dessa instituição, o que exige um estranhamento às referências pessoais. Neste sentido, reforça a compreensão de que cada família terá uma versão para a sua história, o que requer uma abertura para a escuta, a fim de localizar os pontos de vulnerabilidade e os recursos disponíveis.

Outro aspecto relevante para o êxito da linha de cuidado é a necessidade de reorganização do usuário e sua rede de apoio para a adaptação e continuidade do

tratamento no pós-transplante. Pensar em condições ideais para a realização do procedimento implica problematizá-las e, por vezes, reconhecer que o idealizado não será atingido, principalmente quando o público-alvo das orientações são usuários do SUS.

Neste sentido, compreender as intersubjetividades de cada usuário, por mais desafiador que pareça, tende a propiciar uma melhor organização do cuidado pela equipe de saúde. Por meio da garantia de relações horizontais e com o uso apropriado da linguagem, objetiva-se superar o imobilismo diante das dificuldades, a partir da identificação de recursos e estratégias contra as condições que poderiam inviabilizar a realização do procedimento.

Considerações finais

O êxito do trabalho interdisciplinar está condicionado à capacidade de articulação entre profissionais de distintas especialidades para um propósito comum. O acompanhamento de usuários com indicação de TxC exige, para além de validar as condicionalidades previstas para a realização do procedimento, garantir que o sujeito e sua rede de apoio tenham clareza de todo o processo e tenham suas decisões ouvidas e acatadas a qualquer momento de sua linha de cuidado, que deve ser construída em conjunto com os profissionais de saúde.

Neste sentido, reforça-se o trabalho coletivo a ser realizado pela equipe interprofissional, por meio de uma relação recíproca entre intervenções técnicas e a interação entre os agentes envolvidos. Sob a ótica dos usuários em acompanhamento, ganham destaque o acolhimento e a vinculação com a equipe a partir de uma relação horizontal. Somente uma atuação conjunta proporcionará a integralidade do cuidado e a definição de práticas necessárias para cada sujeito.

Evidencia-se, ainda, a necessidade de sistematização das ações desenvolvidas e de avaliações periódicas sobre as rotinas de trabalho, como condição para o fortalecimento da equipe interdisciplinar e o destaque para a relevância de sua atuação. Resultados positivos, bem como os desafios a serem enfrentados para a garantia da qualidade do trabalho profissional, poderão ser identificados, principalmente, por meio dos relatos dos usuários atendidos.

As análises de Pinheiro, Ferla e Junior (2007) ressaltam que priorizar a integralidade nas políticas de saúde exige a compreensão de dois movimentos recíprocos presentes

nos processos organizacionais: o enfrentamento de obstáculos e a implementação de inovações e a relação entre estes e a sociedade. Nessa lógica, aos profissionais de saúde cabe a acolhida aos sujeitos, considerando suas condições e necessidades de saúde, marcadas por um alto nível de subjetividade, imprevisibilidade e complexidade.

Diante dos desafios impostos, se considerarmos um contexto de intensa desigualdade social e a fragilidade de interação entre os equipamentos intersetoriais, destaca-se o empenho da equipe interprofissional no sentido de garantir que os acompanhamentos ocorram de forma sistemática e que as estratégias de enfrentamento de possíveis dificuldades possam ser contornadas coletivamente e de modo inclusivo.

Buscou-se, por meio das reflexões apresentadas neste artigo, discorrer acerca da relevância do trabalho interdisciplinar como um atributo indispensável para o cuidado em saúde. É notória a necessidade de avançarmos nesse debate, o que compreende maior discussão sobre os significados atribuídos ao trabalho em equipe e sua potencialidade na garantia da assistência integral aos usuários dos serviços.

É indispensável que os profissionais de saúde se reconheçam como partícipes do processo de cuidado. Para além do manejo técnico voltado para as demandas fisiológicas, observa-se como um desafio a compreensão de que o cuidado precisa estar centrado no usuário acompanhado e que apenas o trabalho em equipe, respeitadas as especificidades, permitirá um consenso entre os profissionais e a organização conjunta de uma melhor proposta terapêutica.

Propostas para o fomento deste debate incluem a avaliação dos currículos e a possibilidade de inclusão da temática na formação dos profissionais de saúde, além do incentivo à educação permanente. Identificar as possibilidades e os desafios para a implementação do trabalho em equipe requer a escuta dos envolvidos, o que implica a realização de mais estudos qualitativos baseados em entrevistas com os profissionais e seus usuários.

No tocante à gestão das ações e serviços vinculados à política de saúde, compreende-se que o investimento na revisão das legislações, na capacitação profissional e na validação da opinião popular tende a facilitar a avaliação dos serviços ofertados e o impacto do trabalho em equipe nestes espaços. Destaca-se a importância de identificá-lo como uma prática resolutiva e essencial para a garantia da integralidade do cuidado em saúde.⁵

Referências

- AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez 2004.
- BACAL, F. *et al.* 3º Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 111, n. 2, p. 230-289, 2018
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa Edições, 70, 225, 1977.
- BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S. de; MUFATO, L. F.; MUSQUIM, C. dos A. Mediação e mediadores nos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em Mato Grosso. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidades em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. p. 177-183.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.
- BRASIL. Ministério da Administração e da Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Estado*. Brasília: 1995.
- BRASIL. Casa Civil. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Lei nº 14.722, de 8 de novembro de 2023. Institui a Política Nacional de Conscientização e Incentivo à Doação e ao Transplante de Órgãos e Tecidos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 09 nov. 2023, p. 1.
- BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 mar. 2001, p. 6.
- BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 05 fev. 1997, p. 2191.
- BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055.
- BRASIL. Poder Judiciário. Conselho Nacional de Justiça. *Provimento n. 164*, de 27 de março de 2024. Altera o Código Nacional de Normas da Corregedoria Nacional de Justiça do Conselho Nacional de Justiça – Foro Extrajudicial (CNN/CN/CNJ – Extra), instituído pelo Provimento n. 149, de 30 de agosto de 2023, para dispor sobre a Autorização Eletrônica de Doação de Órgãos, Tecidos e Partes do Corpo Humano – AEDO. DJe/CNJ n. 64/2024, de 4 de abril de 2024, p. 17-19 (republicação).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 736, de 12 de julho de 2021. Concede autorização e renovação de autorização a estabelecimentos e equipes de saúde para retirada e transplante órgãos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jul. 2021, p. 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.600*, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Brasília, DF, 21 de outubro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.559*, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF, 01 de agosto de 2008.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. *et al.* (orgs) *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo, Cortez, 2007.

CECILIO, L. C. de O. As Necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 117-130.

GERHARDT, T. E.; RUIZ, E. N. F. Itinerários terapêuticos: dispositivo revelador da cultura do cuidado e do cuidado na e da cultura. In: PINHEIRO, R. *et al.* (Orgs.). *Cultura do Cuidado e o cuidado na cultura: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no MERCOSUL*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/ABRASCO, 2014, p. 255-270.

IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital, financeiro, trabalho e questão social*. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MINAYO, M. C. de S. Determinação social, não! Por quê? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 12, p. e00010721, 2021.

MINAYO, M. C. de S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 32. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 9-29.

NETTO, J. P. *Crise do socialismo e ofensiva neoliberal*. São Paulo, Cortez, 1993.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M. da; SOUZA, H. S. de. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. educ. saúde*, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, P. A. A intersetorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T. de; SOUZA, R. G. de (orgs). *A intersetorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

PINHEIRO, R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidades em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. p. 51-66.

PINHEIRO, R.; GERHARDT, T. E.; RUIZ, E. N. F.; SILVA JUNIOR, A. G. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, T. E. *et al.* (orgs.). *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F. R. S.; GOMES, R. da S. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R. *et al.* (orgs.). *Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação* – Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/ABRASCO, 2013, p. 33-54.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2013.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JUNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 343-349, 2007.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R. MARTINS, P. H. (orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. 376 p.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. *Família: redes, laços e políticas públicas*. 4. Ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudo Especiais – PUC/SP, 2008. p. 21-36.

SAYD, J. D. *Ser médico: uma perspectiva histórica*. Rio de Janeiro: UER/IMS, 2006. 21 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 220)

SILVA, L. B.; BICUDO, V. Determinantes Sociais e Determinação Social do Processo Saúde-Doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: SANTOS, T. V. C. dos; SILVA, L. B.; MACHADO, T. O. *Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises*. 1. ed. Rio de Janeiro: Mórula, 2022.

SILVA, L. B.; MENDES, A. G. Serviço Social, Saúde e Interdisciplinaridade: algumas questões para o debate. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (orgs.). *Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre prática profissional*. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

SOUZA, D. de O. O caráter ontológico da determinação social da saúde. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 137, p. 174-191, jan/abr. 2020.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* (São Paulo), v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010. Disponível em: <<https://journal.einstein.br/pt-br/article/revisao-integrativa-o-que-e-e-como-fazer/>> Acesso em: 18 maio 2024.

TAVARES, M. de F. L.; ROCHA, R. M. da; CASTRO, A. M. de. O Cuidado: uma reflexão crítica à luz dos princípios e valores da promoção da saúde. In: SÁ, M. de C.; TAVARES, M. de F. L.; SETA, M. H. *Organização do cuidado e práticas em saúde*: abordagens, pesquisas e experiências de ensino. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

Notas

¹ Trata-se de uma equipe interdisciplinar formada por uma médica cardiologista, duas enfermeiras, uma psicóloga e uma assistente social. A equipe constituiu-se em outubro de 2021 e, desde então, tem acompanhado todos os usuários com indicação de transplante no Hospital. Ressalta-se a participação de outros especialistas no processo, sendo acionados a depender das demandas e aqueles responsáveis pelo procedimento propriamente dito.

² O modelo hospitalocêntrico baseia-se nos cuidados da saúde em hospitais, quando a doença já se encontra instalada. Este modelo de organização dos serviços de saúde há tempos tem se mostrado ineficaz e incapaz de responder às necessidades populacionais no território brasileiro.

³ Segundo Bravo (2007), o Projeto Saúde vinculada ao Mercado ou Privatista tem como principais propostas o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, a ampliação da privatização, o estímulo ao seguro privado, a descentralização dos serviços ao nível local e a isenção de responsabilidade do poder central. Atualmente, com base nos estudos de Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), vivencia-se um terceiro projeto, identificado como Reforma Sanitária Flexibilizada. Pensado dentro do ideário do SUS possível, é marcado pelos novos modelos de gestão com a participação ativa das Organizações Sociais, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, das parcerias público-privadas e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares no provimento de serviços de saúde em substituição ao Estado.

⁴ Para Bresser Pereira (1995), a crise fiscal se define pela perda do crédito público e por poupança pública negativa.

⁵ M. C. T. Oliveira: concepção, análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação da versão final a ser publicada. R. Pinheiro: análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do conteúdo intelectual; aprovação da versão final a ser publicada. As autoras são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Abstract

Interdisciplinarity and Comprehensiveness in the Unified Health System: a look at the senses and meanings of multidisciplinary work in the care of users with indication for heart transplantation

Heart transplantation is a therapeutic option for advanced heart failure, after all conservative treatment options have been exhausted. The technological complexity of the process justifies the involvement of a specialized multidisciplinary team, which will begin monitoring users as soon as the need for the procedure is indicated. Based on the epistemological and ethical-political principles of interdisciplinarity and comprehensiveness, this article aims to analyze the relevance of interdisciplinary work in the construction of lines of care for heart transplantation. It is assumed that the success of the procedure involves, in addition to professional techniques, the recognition of the idea of the centrality of the user throughout the monitoring. In this sense, it is up to the interdisciplinary team to identify the intersubjectivities and health needs of each user as a condition for ensuring comprehensive care. As a methodological proposal arising from the qualitative approach, an integrative review was adopted, which, through bibliographic and documentary research, will seek to analyze the senses and meanings attributed to the theme of multidisciplinary work in care in different productions of Public Health.

► **Keywords:** Comprehensiveness. User Assistance Team. Care. Heart Transplant.