

(Im)Possibilidades de atuação interprofissional dos residentes multiprofissionais em contexto hospitalar

(Im)Possibilities to interprofessional acting of the multiprofessional residents in hospital context

Raíssa Rabelo Marques Rebouças¹
Universidade CEUMA, São Luís/MA

Andressa Alencar Gondim²
Joana Angelica Marques Pinheiro³
Hospital Carlos Alberto Studart Gomes – Hospital de Messejana, Fortaleza/CE

RESUMO

Neste trabalho abordaram-se os limites e possibilidades de atuação interprofissional da equipe de residentes multiprofissionais de uma residência integrada em saúde no contexto hospitalar. Realizou-se uma pesquisa participante, de abordagem qualitativa e natureza exploratória, cujos dados foram coletados mediante entrevistas aplicadas com os residentes do hospital de prática, versando sobre o cuidado ao paciente crítico cardiopulmonar. Organizaram-se os resultados coletados em três categorias, a saber: compreensão de multiprofissionalidade e interprofissionalidade; atuação dos residentes no contexto hospitalar; e estratégias para um cuidado integral. Os participantes da pesquisa relacionaram o conceito dos termos à importância da comunicação e troca de conhecimento entre os profissionais, consideraram que a divisão de trabalho no hospital interfere na atuação interprofissional e apontaram o trabalho conjunto, visão ampliada e embasamento científico como estratégias para um cuidado integral.

Palavras-chave: saúde pública; residência não médica; hospital.

ABSTRACT

In this work the limits and possibilities to interprofessional acting of multidisciplinary residents of residency multiprofessional in the hospital setting are discussed. A participatory, qualitative and exploratory approach research took place, with data collected through interviews conducted with the residents

¹ Psicóloga, Especialista na modalidade Residência Multiprofissional – ESP/CE, Mestre em Psicologia – UNIFOR, Doutoranda em Saúde Coletiva – UFMA. E-mail: raissarm@hotmail.com.

² Psicóloga, Mestre em Psicologia - UFC, Doutoranda em Psicologia – UFC. E-mail: andressagondim@gmail.com.

³ Fonoaudióloga, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente – UECE, Doutoranda em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem – UECE. E-mail: joangelica2@gmail.com.

of the practical hospital, which emphasizes the care of critically ill cardiopulmonary patients. The results collected were organized into three categories, namely: understanding of multiprofessionality and interprofessionality; activities of residents in the hospital setting; and strategies for integral care. The participants related the concept of the terms to the importance of communication and exchange of knowledge among professionals and considered that the division of labor in the hospital interferes in the interprofessional acting. Also pointed working together, expanded vision and scientific basis as strategies for integral care.

Keywords: public health; residency; nonmedical; hospital.

Introdução

Instituído a partir da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou mudanças no papel do Estado e introduziu alterações significativas no arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde brasileiro, fundamentando-se em um conjunto de diretrizes e princípios válidos para todo o território nacional. É composto pelo conjunto organizado e articulado de serviços e ações integrantes das organizações públicas de saúde das esferas municipal, estadual e federal, além dos serviços privados como complementares (Aguiar, 2011).

Os princípios filosóficos e organizativos do SUS foram originados no movimento social denominado Reforma Sanitária, que se estruturou no País durante os anos 1970 e início dos anos 1980, sugerindo mudanças no modelo médico assistencial privatista hegemônico na época. Nesse contexto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, representou um evento político-sanitário bastante significativo, visto que nela foram amplamente discutidas as bases doutrinárias para um novo sistema de saúde brasileiro. Buscou-se um conceito amplo de saúde que extrapolasse a visão meramente biologicista; a concretização da saúde como direito de cidadania e obrigação do Estado; e a instituição de um sistema pautado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade (Brasil, 2006). Seguindo tal proposta, “o SUS fundamenta-se em uma concepção ampla de direito à saúde e do papel do Estado na garantia

desse direito” (Aguiar, 2011, p. 44). Segundo Gerlack et al. (2010), várias estratégias foram criadas para que os princípios do SUS pudessem ser operacionalizados pelos serviços de saúde. Nesse sentido, as residências multiprofissionais em saúde articulam-se como um processo de formação de profissionais, instrumentalizando-os para o trabalho com a comunidade, principalmente no que se refere à conquista de direitos de cidadania. Almejam também cuidado e atenção integral, o que envolve uma concepção ampliada de saúde visando proporcionar o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias para uma assistência resolutiva e de qualidade à população (Barbosa et al, 2013).

Diante de tal cenário, a Residência Integrada em Saúde constitui modalidade de ensino que se caracteriza como educação para o trabalho, mediada pela aprendizagem em serviço. É amparada legalmente pela Portaria Interministerial MEC/MS nº1.077, de 12 de novembro de 2009, elaborada em parceria pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES) e a Secretaria de Estado de Saúde (Escola de Saúde Pública, 2013).

A Residência Integrada em Saúde (RIS) possui um programa de formação com ênfase nas seguintes áreas de atuação: Saúde da Família e Comunidade; Saúde Mental Coletiva; Saúde Coletiva. E na área hospitalar: Cancerologia; Neurologia e Neurocirurgia; Pediatria; Urgência e Emergência; Enfermagem Obstétrica; Neonatologia; Infectologia e Cardiopneumologia, na perspectiva da integralidade e da atenção em rede. De acordo com o regimento da RIS (Escola de Saúde Pública, 2013), seu objetivo consiste na interiorização da Educação Permanente Interprofissional em saúde por meio da qualificação de profissionais, com a finalidade de contribuir para a consolidação da carreira na saúde pública e de fortalecer as Redes do SUS. O curso tem duração mínima de dois anos, com carga horária de 60 horas semanais. A equipe de profissionais-residentes é composta por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, odontólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, enfermeiros, farmacêuticos e assistentes sociais.

O presente estudo tem como tema a atuação interprofissional dos residentes multiprofissionais em contexto hospitalar. O interesse por essa área de estudo surgiu em decorrência da prática neste programa de residência, com ênfase no cuidado ao paciente crítico cardiopulmonar no contexto hospitalar, a qual é sediada no Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes – Hospital de Messejana.

A proposta de educação interprofissional do programa de residência multiprofissional contempla o desafio dos profissionais de trabalhar em equipe para constituir uma prática voltada para a integralidade do cuidado em saúde. Como ressalta Pirolo (2008), o trabalho em saúde necessita buscar o comprometimento dos trabalhadores, na perspectiva de produzir cuidado integral. Nesse contexto, o conceito de atuação interprofissional ganha destaque por se tratar de elemento importante para a produção das ações de saúde, frente à complexidade do processo saúde-doença-cuidado.

Cabe ressaltar que o conceito de interprofissionalidade, foco deste trabalho, difere do de interdisciplinaridade. Esta última, segundo Gomes (1997), é o desenvolvimento de atitudes do indivíduo frente ao conhecimento, na medida em que desloca o conhecimento de um contexto para o outro, de um saber para outro saber, buscando, assim, compreender o saber e as vivências dos outros profissionais. Já a atuação interprofissional diz respeito à priorização do trabalho em equipe e do compromisso com a integralidade das ações, visando à transformação das práticas em saúde (Batista, Rossit & Batista, 2013).

O processo interdisciplinar visa, basicamente, ao desenvolvimento da comunicação entre diferentes saberes, entre diferentes profissionais, a fim de estabelecer uma ponte que viabilize tanto uma maior compreensão do saber do outro quanto do seu próprio saber. Nesse aspecto, como observa Gomes (1997): “[...] torna-se importante perceber as relações de transversalidade e complementariedade existentes entre os diferentes saberes e práticas. Nessa abordagem não se entende o interdisciplinar como sinônimo de trabalho de equipe, ou de consenso” (p. 35). Esse conceito está relacionado, portanto, ao campo do conhecimento.

A saúde constitui um cenário altamente propício e estimulador ao interdisciplinar em razão da complexidade e multidimensionalidade do seu contexto e congrega, em sua abrangência e especificidade, diversos saberes e práticas, em diferentes níveis, locais e momentos. Assim, o profissional de saúde, ao buscar trabalhar as diferenças e as singularidades das pessoas, saberes e dos fatos, gradativamente capacita-se, no próprio exercício do processo que vivencia. Porém, para que isso possa ocorrer é necessário que desenvolva maior consciência das intercorrências desse agir, tanto em sua formação quanto em sua prática, pois as duas se interligam (Gomes, 1997).

A formação em saúde se inscreve como um complexo processo que articula conhecer, aprender, fazer e produzir conhecimento e cuidar. Nesse sentido, a educação interprofissional constitui proposta de atuação na qual duas ou mais profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e as especificidades de cada uma com o objetivo de produzir melhoria na qualidade do cuidado ao paciente (Batista, Rossit & Batista, 2013).

A experiência da residência despertou interesse acerca das potencialidades e dos desafios na proposta de atuação interprofissional, sobretudo dos residentes que constituem a equipe multiprofissional no contexto hospitalar, cuja formação é orientada pelos princípios e diretrizes do SUS e implicações daí decorrentes. Diante disso, alguns questionamentos surgiram: qual a compreensão dos residentes multiprofissionais acerca do significado de multiprofissionalidade e interprofissionalidade? Como ocorre a inserção dos residentes enquanto equipe multiprofissional na instituição hospitalar? Quais as possibilidades e impossibilidades de atuação interprofissional na prática dos residentes multiprofissionais no contexto hospitalar?

Tais questionamentos suscitaram hipóteses sobre a valorização da dinâmica de uma residência multiprofissional dentro do contexto de uma instituição em que a assistência deve ser pautada em valores que priorizem a interprofissionalidade visando o benefício do usuário.

Este artigo objetiva compreender os limites e possibilidades de atuação interprofissional da equipe de residentes multiprofissionais da Residência Integrada em Saúde no contexto hospitalar. Mais detidamente, verificar a

compreensão dos residentes acerca do significado de multiprofissionalidade e interprofissionalidade, analisar sua inserção enquanto equipe multiprofissional na instituição hospitalar e identificar as estratégias utilizadas por eles para realizar cuidado integral em saúde no contexto hospitalar.

Método

Realizou-se uma pesquisa de campo, participante, de natureza exploratória, com abordagem qualitativa. Esta abordagem consiste, segundo Minayo (2014), em um conjunto de vertentes teórico-metodológicas que, superando dialeticamente modelos tradicionais, interessa-se em escutar os pontos de vista dos distintos atores sociais envolvidos, preocupando-se com desfechos "objetiváveis", mas, para além da mensuração, valorizando a compreensão dos complexos processos subjetivos e simbólicos subjacentes aos mesmos.

Os sujeitos da pesquisa consistem em residentes da ênfase Cardiopulmonar, do Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes – Hospital de Messejana, que em seu primeiro ano de formação, atuam na modalidade de rodízio nas seguintes linhas de cuidado: Pneumologia, Cardiologia e Pediatria, durante quatro meses, em cada. No segundo ano, passam pela Reabilitação Pulmonar, Reabilitação Cardíaca, Transplante Cardíaco, Transplante Pulmonar e pelo Centro Coronariano (Cecor), atuando por um mês nessas unidades. Ainda o durante o segundo ano, os residentes cursam as disciplinas Estágio eletivo, Estágio na atenção básica e Vivência de rede - experiências externas ao hospital que são requisitos para a conclusão do curso.

Há divisão dos residentes desta ênfase em equipe, organizada pela coordenação, com a finalidade de viabilizar a realização de atividades interprofissionais no hospital. Inicialmente, foram divididos em seis equipes, cada uma com três residentes; após redistribuição, no segundo ano passaram a existir três equipes, duas equipes com seis residentes e uma com cinco visto que uma residente saiu do programa.

Optou-se pela pesquisa participante pelo fato de a pesquisadora integrar o grupo de residentes, sujeitos da pesquisa. Minayo (2014) define a técnica de

observação participante como um processo pelo qual o pesquisador faz parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando-o e sendo por ele modificado.

Coletaram-se os dados por meio de entrevistas semiestruturadas aplicadas com base em um roteiro contendo perguntas norteadoras. As entrevistas foram gravadas mediante autorização dos participantes, obtida sob a prerrogativa de sigilo das informações por parte da pesquisadora, e transcritas para a análise de dados. Cabe citar que todo o material coletado foi posteriormente descartado.

A participação na pesquisa obedeceu aos seguintes critérios: ser residente da referido hospital, que se caracteriza como unidade terciária especializada no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares, dispondo de procedimentos de alta complexidade nessas áreas, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando em disponibilizar os dados coletados. Esse termo foi elaborado segundo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), garantindo o direito à informação, ao sigilo dos dados e à isenção de custos. Os participantes que manifestaram restrição em participar da pesquisa foram excluídos.

Selecionaram-se os sujeitos por conveniência, de acordo com a sua disponibilidade em participar. Do total de 17 residentes da primeira turma deste hospital entrevistaram-se sete, e um deles pediu, posteriormente, para sair da pesquisa, alegando preocupação com identificação. Infere-se que o motivo dessa solicitação foi além do escopo da pesquisa, visto que o referido participante possuía duplo vínculo com a Instituição: além de residente era também usuário do serviço de saúde, o que possivelmente ativou fantasias em relação à continuidade de seu atendimento.

Dessa forma, utilizou-se apenas o material coletado em seis entrevistas, baseando-se no critério de saturação teórica em pesquisa qualitativa. O material foi coletado entre 19 de maio e 22 de julho de 2015. A pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

Analisaram-se os dados coletados, após transcrição, por meio do método de análise de conteúdo, de desenvolvido por Bardin (2011). Após realizada a “leitura flutuante” e exaustiva de todos os elementos encontrados, seguiu-se a categorização que norteou a organização em temas explorados a seguir, constituindo assim o embasamento para um diálogo com a teoria.

A coleta ocorreu após a submissão da pesquisa e sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com número do parecer 994.330, e cumpre os princípios éticos determinados pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013).

Resultados

Compreensão de Multiprofissionalidade e Interprofissionalidade

Durante as entrevistas, percebeu-se que todos os residentes, de forma geral, possuem boa compreensão acerca dos conceitos de multiprofissionalidade e interprofissionalidade, atrelando-os à comunicação, bem como ao estabelecimento de diálogo e interação entre os profissionais. Nesse sentido, o entrevistado R1 considera *“interprofissionalidade como sendo uma interação, um elo, entre as profissões. Elas não trabalham de forma isolada, uma depende da outra e, na prática, no cuidado, elas atuam em conjunto”*. Quanto à multiprofissionalidade, o entrevistado R4 pontua que *“é o que a gente está fazendo na residência, a gente ainda trabalha cada um no seu locus [...]”*. Para o entrevistado R6, o conceito de interprofissionalidade está relacionado ao estabelecimento de diálogo entre os profissionais que atuam em um mesmo contexto com a finalidade de atender melhor ao usuário, enquanto na multiprofissionalidade os profissionais atuam de forma isolada, sem interação.

Ao falar do conceito de multiprofissionalidade e interprofissionalidade, cinco residentes confundiram os termos, trocando as nomenclaturas. Tal impasse aparece quando o entrevistado R1, ao ser perguntado sobre multiprofissionalidade, afirma que *“quando você trabalha de forma interdisciplinar é mais difícil”*, referindo-se ao trabalho fragmentado, no qual cada profissão atua sozinha. Endossando essa assertiva, o entrevistado R2, ao

ser perguntado sobre o que entende por multiprofissionalidade e interprofissionalidade, utilizou o termo “interdisciplinaridade” como sinônimos e, apesar de ter sido interrompido pela entrevistadora com os devidos esclarecimentos, deu continuidade a sua fala como se fossem o mesmo conceito.

É possível observar, portanto, que os termos interprofissionalidade e multiprofissionalidade estão sendo utilizados por alguns participantes como sinônimos de interdisciplinaridade, o que pode indicar desconhecimento dos conceitos abordados nessa pesquisa. Nesse sentido, destaca-se que tais termos são atuais e vêm sendo utilizados no contexto da saúde ainda mais recentemente.

Todos os residentes reforçam, ainda, a importância da troca de conhecimento e da valorização do saber de cada profissional inserido nas equipes de saúde para a prática da interprofissionalidade, como aparece na fala apresentada a seguir: *“a interprofissionalidade é o respeito que o profissional deve ter em relação a outra profissão para que se possa executar um trabalho de forma a colaborar com o bem-estar do paciente”* (R2). De acordo com o entrevistado R5, *“na multiprofissionalidade não existe essa interseção, essa questão de saber a importância do outro e realmente querer que ele faça parte da equipe”*, diferenciando a multiprofissionalidade da interprofissionalidade a partir da compreensão sobre o trabalho do outro. Assim, *“na interprofissionalidade você tem o conhecimento maior das outras categorias, do que é cada profissão, como cada profissão atua para poder intervir no caso e fazer os encaminhamentos”* (R6).

Atuação dos Residentes no Contexto Hospitalar

Foram levantadas queixas a respeito da divisão de trabalho no ambiente hospitalar, por quatro dos entrevistados, referindo que a rotina é intensa e os serviços, nesse contexto, não podem parar. Somado a isso, o rodízio dos residentes nas unidades hospitalares é breve, o que dificulta ainda mais a atuação interprofissional na residência.

Nesse sentido, R3 pontua que *“a gente [residente] acaba sendo meio que abduzido pela rotina do hospital”*. E o excesso de trabalho atrapalha, como acrescenta o entrevistado R4: *“trabalhamos muito na perspectiva da força de trabalho, mão-de-obra”*. Diante da urgência da realização dos procedimentos em um contexto de cuidados de alta complexidade e da gravidade dos pacientes acompanhados nesse serviço, uma série de protocolos é instituída na tentativa de dar conta das necessidades hospitalares. Dessa forma, os residentes, por vezes, acabam por se ater ao campo da assistência e à realização mecânica e sistemática de procedimentos.

Referindo-se à multiprofissionalidade própria do contexto hospitalar, diz o entrevistado R3: *“não conseguimos nem aprender direito a rotina da unidade, então quando a gente vai tentar bolar alguma coisa para tentar mudar esse tipo de conduta do hospital, que é uma conduta de todo hospital, fazemos um novo rodízio”* (R3). A interprofissionalidade exige do profissional tempo, segundo o entrevistado, e essa quebra gerada pelos rodízios dos residentes pelas unidades do hospital acaba por interferir em sua atuação. Ratificando essa ideia, R5 afirma que *“a multiprofissionalidade é coisa antiga, está sedimentada há muito tempo e leva tempo pra você mudar”*.

Houve divergência de opinião entre os participantes da pesquisa quanto à divisão das equipes organizada pela coordenação da área da ênfase cardiopulmonar – turma 1. Dois dos residentes associam as formações das equipes de trabalho à (in)viabilização do desenvolvimento de ações interprofissionais. Nesse sentido, os entrevistados R1 e R2 apontam que os grandes grupos, organizados no segundo ano de residência, funcionavam melhor que os menores, do primeiro ano, por considerar que os profissionais tiveram oportunidade de interagir mais dada a existência de mais categorias profissionais atuando numa mesma equipe. No entanto, R4 considera o contrário, afirmando que com as equipes maiores *“não conseguimos sentar e fazer algum trabalho interprofissional, as seis pessoas da minha equipe”*.

Dessa forma, em sua formação enquanto residente multiprofissional, R1 considera que é mais bem-sucedido no desenvolvimento de ações interprofissionais com os profissionais dos setores nos quais está fazendo

rodízio do que com os colegas da residência, o que, para R2, ocorre quando conseguem discutir casos de pacientes, pedir opiniões de outros profissionais. O entrevistado R3 ressalta que é necessário que os profissionais envolvidos se empenhem, comprometam-se com a realização da interprofissionalidade. R5, por sua vez, afirma que *“gosto sempre de trabalhar com a opinião de outra categoria, eu acho que sai melhor”*, referindo-se à intervenção junto ao paciente. Para R6, as atividades interprofissionais deveriam acontecer de forma mais frequente, com mais visitas às enfermarias, mais atendimentos compartilhados, e conclui: *“acho que ficamos muito aquém nessa questão, que faria parte da nossa formação e até está em nosso programa de residência”*.

Estratégias Para um Cuidado Integral

Quando perguntados sobre estratégias no cuidado com o usuário no contexto hospitalar, os residentes falaram sobre a importância do trabalho conjunto em oposição à fragmentação da atuação dos profissionais, bem como apontaram a necessidade de uma visão ampliada e de embasamento científico para fundamentar as intervenções.

Nesse sentido, os encaminhamentos aparecem como forma de cuidado integral ao paciente, porquanto destinados ao atendimento de suas múltiplas necessidades, constituindo uma ação interprofissional, que, segundo R1, abrange a realização de atividades que caminham juntas. Ele ressalta que a assistência ao paciente precisa ser vista para além dos muros do hospital, estimulando-o a buscar atendimentos nos postos de saúde para ações de prevenção e promoção, bem como em outros serviços de saúde, quando necessário. O entrevistado R6 considera que, apesar das tentativas de visitas conjuntas aos leitos e de estudo de casos, as estratégias para um cuidado integral em saúde não são efetivas, pois muitas vezes não são levadas adiante. *“Essa questão da integralidade e da visão ampliada não pode ficar restrita aos meus atendimentos, [...] é necessário buscar outros profissionais”* (R6).

Os residentes afirmam que, com a chegada da residência no hospital, os profissionais da Instituição Executora estão conhecendo melhor a atuação de

outras categorias e as novas possibilidades de intervenções em outros contextos, como Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), ambulatórios, só para mencionar alguns. O entrevistado R2 sinaliza que *“para muitos, no hospital deve sempre ter o médico, o enfermeiro, o auxiliar, mas o hospital não é feito somente desses profissionais, é necessário ter informações sobre as outras profissões para que se possa cuidar do paciente de forma íntegra”*. Assim, R4, ao falar de uma experiência de atendimento, diz: *“eu saí da minha área de trabalho e fui ver a necessidade do paciente. Então acho que é por aí que existe cuidado integral”*. Para R3, a escuta e a comunicação com o paciente viabilizam o cuidado integral, e R5, nesse mesmo sentido, afirma que:

[...] o ser humano está além do seu trabalho, ele é uma intersecção de saúde mental, saúde biológica, saúde social e por aí vai. [...] Muitas vezes, o paciente fica bolando pelos serviços de saúde, no entanto se os profissionais trabalhassem com a visão integral, olhando o paciente da cabeça aos pés isso não aconteceria.

O embasamento científico é apontado como necessário para que o profissional possa abordar as equipes e explicar o motivo daquele atendimento, dentro daquele local, segundo o R2: *“educação em saúde vai servir tanto pro paciente quanto pro profissional que o está acompanhando, porque a partir do momento que você está divulgando a informação você está deixando consciente o profissional do seu trabalho e também valorizando seu trabalho”*, afirma. Dessa forma, o benefício é, em especial, para o paciente e, ao mesmo tempo, “promove” aquela categoria profissional dentro do hospital. Ainda nessa perspectiva, o entrevistado R6 considera que o material didático de estudo trabalhado nas formações da instituição executora, disponibilizado na plataforma on-line, ajuda muito a embasar o conhecimento e propicia uma prática da interprofissionalidade e do cuidado integral bem fundamentada no contexto hospitalar.

Discussão

A partir das entrevistas, foi possível perceber que os residentes do referido hospital, de forma geral, conseguem ter uma boa compreensão da importância da prática interprofissional para o estabelecimento de um cuidado integral em saúde, relacionando o desenvolvimento dessas ações à comunicação entre os profissionais e à troca de conhecimento entre eles. Há, portanto, o reconhecimento da importância do trabalho conjunto e de uma visão ampliada, considerados capazes de oferecer uma atenção íntegra do paciente, em suas múltiplas dimensões e necessidades.

No entanto, alguns entrevistados confundiram multiprofissionalidade e interprofissionalidade com interdisciplinaridade, demonstrando dificuldade na compreensão e uso desses termos, bem como apontando, possivelmente, uma fragilidade na formação dos residentes. Em estudo de revisão de literatura sobre educação interprofissional, Peduzzi, Norman, Germani, Silva e Souza (2013) afirmam que os trabalhos publicados sinalizam a ausência de definição precisa dos termos em comento, o que acarreta frágil consistência de grande parte da produção, visto que um dos pré-requisitos para uma rigorosa produção teórica é a clara definição das terminologias. Tal afirmação justifica a dificuldade dos profissionais de saúde em utilizá-los de forma adequada.

Percebe-se, portanto, que apesar da formação oferecida aos residentes, talvez se torne difícil apreensão dos conceitos de forma consistente, visto que há uma fragilidade que vai além do escopo pessoal: a inconsistência teórica no que concerne às definições das terminologias. Além disso, como ressaltam os próprios residentes, o trabalho real, o cotidiano no hospital os afasta de uma prática interprofissional, deixando-os apenas com a ideia de um trabalho conjunto, ou seja, no campo do conhecimento, da interdisciplinariedade.

Podemos inferir com isso o quão insipiente ainda é a formação de profissionais dentro de um contexto interprofissional. Levanta-se a necessidade de ampliar cursos que possibilitem aos especialistas uma formação de base congruente com conceitos de multiprofissionalidade e interprofissionalidade, já que esses termos dizem respeito ao campo da prática e não do conhecimento.

Dessa forma, embora a saúde seja um campo de ação dos diferentes saberes, é possível perceber que a relação existente entre ela e o profissional de saúde tem contribuído muito mais para o desenvolvimento de cada profissão, ou área do saber, do que propriamente para o atendimento adequado das necessidades da população. Na contramão disso, o programa de residência multiprofissional propõe a troca de conhecimento inter-disciplinar e, ainda, a prática de ações interprofissionais, partindo, portanto, do campo de saber para o campo da prática, da ação em saúde.

Gomes (1997) observa que os profissionais gradativamente vêm perdendo sua representatividade social, diluindo seu compromisso com o coletivo, em ações isoladas, restritas à especificidade da sua formação, descontextualizadas dos anseios, valores e necessidades da população assistida. A autora afirma ainda que a formação e a prática dos profissionais de saúde não podem deixar de articular a competência técnica ao compromisso político, visando à resolução dos problemas de saúde da população. Para isso é necessário o desenvolvimento do pensamento crítico e abrangente sobre as questões de saúde, permitindo uma compreensão da amplitude da dimensão sócio-política de sua prática nos serviços. Assim, compreende que a interação, isto é, as trocas recíprocas entre a equipe de saúde e a população alicerçam as ações de saúde realmente transformadoras da realidade social, objetivando não somente as práticas curativas, mas destacando ações preventivas e de promoção de saúde.

Diante desse contexto, a proposta de educação interprofissional da residência multiprofissional sugere a obtenção de diferentes enfoques como “[...] modificar atitudes e percepções na equipe, melhorar a comunicação entre os profissionais, reforçar a competência colaborativa, contribuir para a satisfação no trabalho, constituir relações mais abertas e dialógicas, assim como integrar o especialista na perspectiva da integralidade do cuidado” (Batista, Rossit & Batista, 2013, p. 40-41).

Como é possível observar nas entrevistas, a partir da formação na RIS, os residentes conseguem ter uma visão de equipe interdisciplinar, embora alertem sobre a dificuldade de atuar interprofissionalmente no ambiente

hospitalar, dado, segundo eles, às dificuldades dos profissionais da instituição. Também conseguem se comunicar entre si, entre especialidades diferentes e, por vezes, de forma complementar, colaborando para um conhecimento mais integralizado do paciente. Os entraves, segundo eles, estão nas equipes cujo modo de funcionamento está engessado – umas mais, outras menos, dependendo do serviço – o que sinaliza que é necessário também preparar as equipes continuamente.

Visto que a busca da integralidade do cuidado, preconizada pelo SUS, perpassa pela revisão da dimensão do cuidado, os profissionais de saúde precisam perceber-se como responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde, ampliando sua capacidade de acolher, de estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença-cuidado não inscritos no âmbito da clínica tradicional. Nesse sentido, a atuação interprofissional pressupõe que o profissional de saúde mude sua prática ao desenvolver um olhar novo para o sujeito, para o colega de trabalho e para si mesmo, instituindo espaços de encontros e trocas que fortaleçam a articulação da ação e integração entre eles (Pirolo, Ferraz & Gomes, 2011).

Para Reis e David (2010), a produção do cuidado se dá a partir do trabalho vivo em ato, realizado mediante o encontro de diferentes subjetividades e campos de saberes e práticas que se integram, complementando-se. Propõe-se, com isso, uma mudança na tendência de divisão e fragmentação das tarefas, favorecendo a noção de totalidade pelo profissional de saúde.

Cabe ressaltar que o processo de trabalho em saúde assentou-se sobre o conjunto de conhecimentos e habilidades da prática clínica, “intervindo sobre o indivíduo-corpo doente, com posterior alcance de grupos de coletividades, desdobrando-se em práticas progressivamente especializadas” (Reis & David, 2010, p. 123). Assim, é possível identificar elementos que tornam o trabalhador de saúde alienado, tais como a rotinização, a burocratização, a hegemonia do paradigma biologicista e a divisão hierárquica do trabalho na equipe. Além da importância da comunicação entre os profissionais e da necessidade de trocar conhecimento, os residentes ressaltaram a relação entre a possibilidade de

atuação interprofissional e dois pontos principais: a divisão de trabalho no hospital – rodízio dos residentes nas unidades e divisão das equipes – e os impasses da rotina vivenciada.

Os participantes da pesquisa apresentaram queixas de que as práticas de saúde no contexto hospitalar são eminentemente curativistas, devido à urgência na realização dos procedimentos e protocolos, fazendo com que sejam absorvidos pela rotina assistencialista. De acordo com Mattos (2004), “uma das críticas mais recorrentes ao arranjo das práticas de saúde predominantes diz respeito à ênfase à assistência” (p. 1413).

O art. 196 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) afirma ser dever do Estado garantir acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. Tal conceito está articulado ao princípio da integralidade, que prioriza ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. As ações preventivas são possíveis, segundo Mattos (2004), graças ao conhecimento dos profissionais sobre as doenças, o que lhes permite antever riscos ou mesmo reconhecer precocemente a doença antes mesmo que ela gere qualquer sofrimento.

Nesse sentido, o autor sugere que os profissionais precisam incluir em seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática das necessidades mais silenciosas do usuário e os serviços devem criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela população a partir de experiências individuais de sofrimento, ações também de prevenção (Mattos, 2004). Entretanto, os residentes sublinham a excessiva carga de trabalho, bem como a compartimentalização da atuação, dificultando elaborar um plano de cuidado para além da demanda mais urgente, ou seja, abrangendo também ações que consigam atingir mais amplamente o usuário, a fim de que estendem o cuidado consigo para além dos muros da instituição hospitalar.

É importante ressaltar a necessidade de uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito, que englobe tanto as ações de assistência como as voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros, bem como do desenvolvimento da habilidade de reconhecer a adequação das ofertas ao

contexto específico da situação na qual ocorre o encontro do sujeito com a equipe de saúde (Mattos, 2004).

Nesse sentido Mattos (2004) afirma que algumas propostas de mudanças nas práticas e nos arranjos dos serviços de saúde vêm sendo implementadas visando à concretização da integralidade, tais como propostas de acolhimento, escuta atenta dos profissionais às necessidades dos pacientes, flexibilização das rotinas sobre os fluxos dos usuários nos serviços de modo a permitir o desenho de um fluxo adequado e adaptado para cada pessoa, a ideia da clínica ampliada, entre outras.

Os residentes expressaram que, por vezes, sentem-se mão de obra e força de trabalho, deixando de ter tempo para a prática interprofissional. Falaram sobre a dificuldade de atuar com os outros residentes, o que relacionaram à divisão das equipes e ao pouco tempo de que dispunham para permanecer em cada linha de cuidado. Para eles, existem ações interprofissionais pontuais na residência multiprofissional, como, por exemplo, ao fazerem visitas ao leito, discutirem casos clínicos, realizarem atendimentos compartilhados, entre outras, mas que isso não ocorre com a frequência que deveria, já que a formação é pautada pela interprofissionalidade.

Diante das impossibilidades e desafios de atuação interprofissional apresentadas, os residentes estabeleceram as seguintes estratégias para um cuidado integral: trabalho conjunto (consultando colegas de outras categorias para planejar o atendimento ao paciente), visão ampliada (esforçando-se para pensar o paciente para além de sua especialidade) e busca por embasamento científico para fundamentar a atuação profissional (respaldando-se em estudos científicos a fim de conseguir sustentar uma atuação integral e diferenciada no contexto onde o modelo biomédico ainda impera), ressaltando as possibilidades de ações interprofissionais no contexto hospitalar. Essas estratégias visam principalmente contribuir para a reorientação do modelo biomédico vigente, investindo na integralidade da atenção à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

Considerações finais

A análise dos resultados permitiu identificar e discutir os limites e possibilidades de atuação interprofissional dos residentes multiprofissionais no contexto hospitalar, objetivo proposto no estudo apresentado.

Apesar de intensamente trabalhadas ao longo da residência, os termos interprofissionalidade e multiprofissionalidade ainda são confundidos pela maioria dos residentes (cinco), o que pode estar pautado pela ausência de definição precisa, bem como por serem nomenclaturas novas. Apesar disso, a compreensão desses conceitos perpassa a apreensão da importância da comunicação e troca de conhecimento entre profissionais, o que pode estar relacionado à dificuldade de viverem na prática a interprofissionalidade no campo de atuação.

Os cursos de graduação na área da saúde nem sempre contemplam disciplinas que abordem temas da Saúde Coletiva, de forma que muitos profissionais possuem formação inadequada para atuação no SUS, chegando aos programas de pós-graduação, como a residência multiprofissional, conhecendo pouco sobre o assunto aqui abordado.

Quanto à atuação interprofissional no contexto hospitalar, evidenciou-se que a divisão de trabalho no hospital, abrangendo desde o rodízio dos residentes pelas unidades até sua distribuição em equipes, bem como a rotina hospitalar em si dificultam a interprofissionalidade nesse cenário. A rotina dos residentes é bastante exaustiva, visto que o trabalho no hospital é intenso e há exigência de rapidez na realização dos procedimentos, especialmente em razão da sobrecarga de serviços. Somado a isso, os residentes passam pouco tempo em cada unidade, dificultando a formação de vínculos com os profissionais dos setores e com os pacientes assistidos.

Os residentes queixam-se de falta de tempo, o que se considera justificativa falha, uma vez que quando motivados pelo preceptor ou pelo acolhimento no serviço, conseguiram efetivamente desenvolver atividades interprofissionais no hospital.

Fica claro, a partir da fala dos participantes da pesquisa, que apesar de participarem de curso de formação da instituição executora, os preceptores

também manifestam dificuldade para entender os conceitos aqui tratados, bem como seu papel de supervisionar e, sobretudo, incentivar a interprofissionalidade, impedindo, por vezes, que os residentes sejam “liberados do serviço” para reunir-se com os colegas e elaborar ações em equipe.

Parece haver pouco espaço para modificação nos serviços de uma atuação multiprofissional para interprofissional, o que implica em pouco incentivo aos residentes e acarreta um distanciamento sobre o que o programa de pós-graduação propõe ao que de fato é realizado nos serviços de saúde. Talvez haja necessidade de preparar os profissionais que já estão atuando no campo, não apenas para receber os residentes, mas também para repensar sua prática, sua atuação em equipe.

Não há como esperar que os residentes realizem as mudanças nos serviços de saúde, se eles estão enquadrados no papel de aprendizes, aqueles que vão aprender com os profissionais já experientes, os preceptores. Ao citar que ao serem estimulados pelos preceptores, os residentes conseguem realizar as ações interprofissionais, temos uma pista do caminho que precisa ser seguido.

Por fim, os entrevistados propõem o trabalho conjunto, a visão ampliada e o embasamento científico como estratégias para um cuidado integral, o que indica que, mesmo diante dos desafios enfrentados em seu cotidiano, os residentes consideram a atuação interprofissional possível e importante no contexto hospitalar. Porém há ainda muito a avançar nesse sentido, uma vez que os residentes - e mesmo seus preceptores - ainda não estão preparados para isso.

Apesar de a proposta da residência multiprofissional reforçar a necessidade da interprofissionalidade, a prática dos profissionais ainda está distante do cuidado integral. Há, nesse sentido, uma necessidade de aperfeiçoamento da formação dos residentes e do programa de residência na tentativa de (re)significar as práticas de cuidado e fortalecer a atenção à saúde no SUS.

Ressalta-se, sobretudo, que este trabalho não teve por objetivo avaliar o programa de residência em questão, e apresenta como desdobramentos a importância de novas pesquisas acerca da interprofissionalidade na residência multiprofissional em contexto hospitalar, a fim de contribuir na formação de profissionais para atuar no sistema de saúde brasileiro.

Referências

- Aguiar, Z. N. (2011). O Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde. In Aguiar, Z. N. (org), *SUS: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. (pp. 41-68). São Paulo: Martinari.
- Barbosa, M. A.; Prado, M. A.; Munari, D. B.; Medeiros, M.; Brasil, V. V.; Oliveira, L. M. A. C.; Batista, S.R. (2013). Residência Multiprofissional: um preparo para a educação em saúde. In Silva, G. T. R. (org). *Residência Multiprofissional em saúde: vivências e cenários da formação*. (pp. 61-82) São Paulo: Martinari.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Batista, S. H.; Rossit, R. e Batista, N. A. (2013). Educação interprofissional, interdisciplinaridade e a formação em saúde: potencialidades e desafios. In Silva, G. T. R. (org). *Residência Multiprofissional em saúde: vivências e cenários da formação*. (pp. 29-43). São Paulo: Martinari.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988*.
- Brasil (2006). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília.
- Brasil (2012). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Senado; 1988. Recuperado em 14 de março, 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.html
- Diário Oficial da União (2013). 13 jun. 2013. Recuperado em 20 de junho, 2018, de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>
- Escola de Saúde Pública (2013). *Regimento Residência Integrada em Saúde*. Recuperado em 08 de fevereiro, 2015, de http://cedes.esp.ce.gov.br/ead/file.php/157/GUIA_RIS/REGIMENTO/REGIMENTO_RMSFC_VERSAO_29_ABRIL_1_.pdf

- Gerlack, L. F.; Moreira, L. B.; Serbim, A. K.; Remor, C. B.; Gaviolli, C.; Motta, D. S.; Pereira, G. N.; Cecconello, M.; Klaesener, R.; Silva, V. L. (2010). Saúde do idoso: residência profissional como instrumento transformador do cuidado. *Ciência & Saúde*, 2(2): 104-8. Recuperado em 20 de junho, 2018, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/5598/5372>
- Gomes, D. C. R (org). (1997). *Equipe de saúde: desafio da integração*. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia.
- Mattos, R. A. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1411-16. Recuperado em 10 de junho, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Peduzzi, M., Norman, I. J., Germani, A. C. C. G., Silva, J. A. M. & Souza, G. C. (2013). Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(4), 977-983. Recuperado em 12 de julho, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>
- Piroló, S. M. (2008). *Atuação interprofissional na terapia intensiva: a integralidade do cuidado e o agir comunicativo de Habermas*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Piroló, S. M., Ferraz, C. A., Gomes, R. (2011). A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6): 1396-1402. Recuperado em 12 de julho, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a17.pdf>
- Reis, V. M.; David, H. M. S. L. (2010). O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. *Revista de APS*, 13(1), 118-25. Recuperado em 10 de junho, 2018, de <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/488/303>