



MULTIPROFISSIONALIDADE E INTEGRALIDADE NA SAÚDE: TENDÊNCIAS E DESAFIOS

Monica Silva de Lima

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso

Universidade Federal de Alagoas

monica23lima@gmail.com

Mariana de Moraes Duarte Oliveira

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso

Universidade Federal de Alagoas

mari.duarte_@hotmail.com

Tipo de Apresentação: <Comunicação Oral>

Resumo:

Este trabalho traz para reflexão as tendências que permeiam a multiprofissionalidade na saúde evidenciadas no modelo tradicional biomédico e na atenção integral no cuidado em saúde, a partir de vivências enquanto residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde de um hospital universitário. Considerando as possibilidades e limites institucionais bem como as relações e os processos de trabalho em saúde, a efetivação da integralidade constituiu-se como um desafio às equipes multiprofissionais.

Palavras-chave: Multiprofissionalidade; Residência Multiprofissional; Integralidade.

1. Introdução

Este trabalho traz para discussão as tendências e os desafios da multiprofissionalidade sob a ótica da efetivação da integralidade na saúde, a partir das experiências/vivências nos



cenários de prática da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL). Tem como objetivo refletir sobre as práticas multiprofissionais desenvolvidas na área da saúde à luz de sua concreta integralidade.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde foi regulamentado a partir da Lei 11.129/2005, a fim de promover uma formação diferenciada de profissionais da saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, a Residência Multiprofissional em Saúde é definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, com a proposta de educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica, constituindo-se em um programa de cooperação intersetorial voltada a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005).

Partimos da premissa de que a integralidade do cuidado em saúde está em processo de construção com a tentativa de superar os resquícios do modelo biomédico pautado em condutas e procedimentos biologicistas, fragmentados e mecanicistas com foco na doença. Desta forma, destacamos duas perspectivas centrais no debate contemporâneo, a saber: a supervalorização da biomedicina em detrimento do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença e a consolidação do projeto da integralidade na assistência à saúde. Diante dessas considerações, podemos questionar em que medida essa dicotomia interfere nas práticas multiprofissionais, como eixo norteador de um conjunto de ações que confluem à integralidade do cuidado em saúde.

Esta discussão tem sua relevância não só para as reflexões e ações/intervenções dos profissionais da saúde e da sociedade em geral no processo de consolidação de um sistema de saúde universal fundamentado na integralidade, como também, para desmistificar as questões subjacentes que são veladas nas relações de trabalho.

2. Referencial Teórico



Com base na Política Nacional de Humanização (2004), a autonomia e o protagonismo dos sujeitos constituem-se como princípio desta política, que confluem com a ideia da gestão compartilhada como um dos eixos norteadores à concretização da atenção integral na saúde. Nesse sentido, pautamos este trabalho na reflexão da participação dos usuários, trabalhadores e gestores de saúde no processo de construção de um Sistema Único de Saúde que contemple, de fato, a integralidade. Apesar de, historicamente, construído pelo formato de atenção integral, o SUS foi implementado sob a forte resistência do modelo biomédico, um processo de luta que ficou conhecido pelo movimento da Reforma Sanitária, trazendo os princípios e as diretrizes do novo modelo de atenção em saúde.

Esse movimento representou a organização e a participação das mais diversas categorias profissionais e da sociedade, sendo até os dias atuais um exemplo para se alcançar os objetivos interinos do SUS ainda não efetivados. Por sua vez, torna-se um campo desafiador, visto que há uma crescente fragmentação e desarticulação entre os profissionais, enquanto categoria ou mesmo por suas diferentes concepções teórico-práticas, que vem se delineando sob as novas demandas do trabalho em saúde articulado às novas exigências da economia.

3. Metodologia

Trata-se de um trabalho descritivo-reflexivo acerca das atividades desenvolvidas na residência multiprofissional em saúde pela Área de Concentração do Adulto e do Idoso, com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e no aporte prático-formativo da Política Nacional de Humanização. Além da busca de autores com pesquisas e produções na área da saúde com sua especificidade no trabalho multiprofissional.

4. Resultados e Discussões

A Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), atualmente, é composta por vinte profissionais das áreas de enfermagem, farmácia, nutrição, psicologia e serviço social, agrupados em quatro equipes de



referência com um profissional de cada área, visando ampliar os olhares em relação ao processo saúde-doença na busca pela assistência integral do sujeito.

O primeiro ano da Residência Multiprofissional concentra-se nos cenários de prática das clínicas médica e cirúrgica do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, onde cada equipe passa seis meses. No segundo ano, os residentes se revezam entre o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e a Unidade de Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias/Hospital Dia (UDIP/HD) por três meses e um período de seis meses na atenção básica.

Nesses espaços, para além dos atendimentos individuais realizados por cada categoria profissional, as equipes se propunham a realização de atendimentos compartilhados entre duas profissões ou mais e intervenções grupais que extrapolam a atenção curativa, voltadas a prevenção e promoção à saúde. Os atendimentos compartilhados permitiam a visualização das diversas dimensões do sujeito que interferem em seu processo de saúde-doença, tais como questões de vulnerabilidade social, violência, renda familiar, dificuldades alimentares, fatores psíquicos e emocionais. Na atenção básica, foi possível desenvolver um trabalho interdisciplinar com os profissionais da unidade de saúde e de maneira intersetorial com os profissionais do Núcleo de Saúde da Família (NASF).

Tais ações aproximam-se da compreensão do processo saúde-doença sob o ponto de vista das diretrizes da PNH como o acolhimento de usuários através de uma escuta qualificada e da clínica ampliada, buscando alcançar um atendimento que contemple a singularidade de cada sujeito e possibilite o diálogo e a tomada de decisões compartilhadas entre as distintas profissões. A residência multiprofissional, embora tenha surgido no contexto de consolidação do SUS e de suas práticas pautadas na integralidade, universalidade do acesso aos serviços de saúde e na equidade, ainda é atravessada, desde o início, por disputas e conflitos bem como por diferentes formas de conceber a interdisciplinaridade desejada para o atendimento das necessidades de saúde da população (MIOTO *et al*, 2012).

O residente ao inserir-se nos cenários de prática também presencia tensões nesses espaços, implicadas nas relações de poder e processos de trabalho que podem ser, inclusive,



desgastantes e alienantes. Assim como observa Macedo (2007), encontram-se nos serviços de saúde profissionais desgastados físico e emocionalmente, sobrecarregados, distanciados e indiferentes ao sofrimento humano, pois eles próprios sentem-se vítimas do sistema público de saúde, constantemente desassistidos em suas necessidades básicas de trabalho, respeito e dignidade, envolvidos em suas próprias tramas de poder, sem condições dignas de trabalho e com a insegurança de acesso aos seus direitos.

Em contrapartida, a PNH aponta para um caminho alicerçado em uma forma de cuidado e gerenciamento humanizado, compartilhado por usuários, gestores e trabalhadores com o objetivo de contrapor relações de poder instauradas nos serviços de saúde e centradas em uma só figura. A PNH propõe que

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si (BRASIL, 2013).

Partindo dessa perspectiva, durante o primeiro ano de residência, nas clínicas médica e cirúrgica, foi conduzido o grupo “Cuidando de quem Cuida” reativado em 2015 pela equipe da residência multiprofissional anterior, cuja proposta envolvia atividades para reconhecimento e valorização das relações paciente-profissional, acompanhante-profissional e profissional-profissional, considerando a importância destas para a promoção de um serviço qualificado e humanizado, além de propor a efetividade de comunicação entre os diversos atores atuantes no ambiente hospitalar. Neste grupo realizava-se semanalmente, e de forma alternada, um encontro com acompanhantes de pacientes internados nas clínicas citadas e um momento com os profissionais das mesmas. A partir dos encontros com profissionais, propunha-se viabilizar um espaço para discussão e proposta de resoluções para situações-problema enfrentadas na rotina de trabalho, proporcionando maior integração entre os profissionais do setor e a equipe de residentes e momentos de relaxamento e práticas corporais.



No entanto, ocorreram poucos encontros com os profissionais devido a intensa rotina de trabalho e a indisponibilidade de horários compatíveis. Vale destacar que a própria estrutura hospitalar onde as relações ainda se produzem de maneira verticalizada, muitas vezes, impossibilita que o trabalhador enxergue alternativas diferentes e coletivas para ampliar suas formas de ser e seu lugar institucional. Segundo a PNH (2004), a verticalização dos processos de trabalho fragilizam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários e, assim, dificultam a compreensão dos aspectos sociais e subjetivos do sujeito. Desse modo, cabe ressaltar a importância de espaços de humanização no hospital para que os atores possam expressar e acolher angústias, discutir convergências, compartilhar saberes e assim provocar mudanças nas relações de trabalho e interpessoais já instituídas.

5. Considerações finais

Prevalece ainda em serviços de saúde um ambiente técnico e biologicista organizado de maneira verticalizada, o que provoca o distanciamento das relações paciente-profissional, profissional-acompanhante e profissional-profissional. Partindo disso, pode-se considerar a residência multiprofissional em saúde como uma tentativa de fortalecimento de importantes diretrizes que conduzem a política de humanização como a integralidade e a clínica ampliada a partir da proposição de atividades, embasadas na multiprofissionalidade, que procuram contemplar as diversas dimensões do sujeito do ponto de vista biopsicossocial. A reorganização das formas de produzir saúde implica numa mudança de paradigma e por isso deve considerá-la como uma construção diária e coletiva.

Referências

BRASIL. **Lei nº. 11.129, de 30 de junho de 2005.** Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%20n11129_05.pdf.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização:** a humanização



como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. 1ª ed. 1ª reimp – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MACEDO, P.C.M. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. **Rev. SBPH**, v. 10, n.2, p.33-41, 2007.

MIOTO, R. C. T *et al.* As residências multiprofissionais em saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 11, n. 2, p. 185-208, maio 2015. ISSN 1676-6806. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635288/3090>>