

Cuidado multiprofissional e integralidade na atenção hospitalar

Daniela Rodrigues Goulart Gomes¹

Alana de Carvalho Silva²

Luiza Silva Almeida³

Ananda Gabriela Pessoa Caires⁴

Resumo:

Objetivo: Analisar a percepção de médicos residentes sobre o cuidado multiprofissional e a integralidade no contexto da atenção hospitalar. **Método:** O estudo possui abordagem qualitativa, de cunho exploratório e foi realizado em um hospital público do sudoeste da Bahia. Para a coleta de dados, foram utilizadas as técnicas de observação participante, registro de notas em diário de campo e 11 entrevistas semiestruturadas com médicos residentes das clínicas médica e cirúrgica, no período de março a agosto de 2023. A análise de conteúdo ocorreu mediante a triangulação dos dados empíricos, que foram sistematizados em categorias temáticas. **Resultados:** A percepção dos médicos residentes sobre o cuidado multiprofissional é que este é imprescindível para o alcance do cuidado integral. No entanto, os dados evidenciaram que ainda há dificuldades para sua efetivação, como a formação centrada no modelo biomédico, culminando na fragmentação do cuidado; a sobrecarga de trabalho, que predispõe ao trabalho uniprofissional; e o distanciamento da atuação de profissionais e residentes de outras áreas, resultando na fragmentação do cuidado. **Conclusão:** A análise permite concluir, nesse contexto específico que vivenciam, que a comunicação, a aproximação e a atuação com outros profissionais e residentes é indispensável para a construção de um cuidado integral. Enfim, para que esse processo aconteça, é necessário haver implicação da gestão dos setores hospitalares, promovendo ações conjuntas e determinando fluxos; interesse e disponibilidade dos membros da equipe de saúde e o reconhecimento da necessidade e importância de todos os profissionais que a compõem para a efetivação da integralidade.

Palavras-Chave: Equipe Multiprofissional, Integralidade em saúde, Residência Médica

Multidisciplinary care and comprehensiveness in hospital care

Abstract

Objective: To analyze the perception of resident doctors about multidisciplinary care and comprehensiveness in the context of hospital care. **Method:** Qualitative study, exploratory approach and was carried out in a public hospital in southwestern Bahia. For data collection, participant observation techniques, recording notes in a field diary and 11 semi-structured interviews with resident doctors from medical and surgical clinics were used, from March to August 2023. Content analysis took place, through a triangulation of empirical data, which were systematized into thematic categories. **Results:** Resident doctors' perception of multidisciplinary care is that it is necessary to achieve comprehensive care. However, the data showed that there are still difficulties in implementing it, such as training

¹ Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Professora no Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, vinculada aos Programas de Residência Multiprofissional em Urgência (PRMU/UFBA) e ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFES/UFBA). E-mail: drdgomes@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5468-1292>

² Psicóloga. Especialista em Urgência pelo Programa de Residência Multiprofissional em Urgência do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. E-mail: alana.carvalho@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3195-6174>

³ Graduanda do Curso de Psicologia e Monitora Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Extensão (PIBIEX) do Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia. E-mail: luizaalm00@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4492-2608>

⁴ Graduanda do Curso de Psicologia e Monitora Voluntária do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. E-mail: anandapessoa3@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-2241-0983>

centered on the biomedical model, culminating in the fragmentation of care; work overload, which predisposes to uniprofessional work; and the distancing of the work of professionals and residents from other areas, resulting in the fragmentation of care. **Conclusion:** The analysis allows us to conclude, in this specific context that we experience, that communication, rapprochement and action with other professionals and residents is necessary to build comprehensive care. Ultimately, for this process to happen, it is necessary to involve the management of hospital sectors, promoting joint actions and determining flows; interest and availability of members of the health team and recognition of the need and importance of all professionals who make up the team to achieve comprehensiveness.

Key-words: Multiprofessional Team, Integrality in Health, Medical Residency.

Atención multidisciplinaria e integral en la atención hospitalaria

Resumen

Objetivo: Analizar la percepción de los médicos residentes sobre la atención multidisciplinaria y la integralidad en el contexto de la atención hospitalaria. **Método:** El estudio tiene un enfoque cualitativo, exploratorio y fue realizado en un hospital público del suroeste de Bahía. Para la recolección de datos se utilizaron técnicas de observación participante, registro de notas en un diario de campo y 11 entrevistas semiestructuradas a médicos residentes de las clínicas médico y quirúrgicas, de marzo a agosto de 2023. El análisis de contenido se realizó mediante la triangulación de datos empíricos, que fueron sistematizados en categorías temáticas. **Resultados:** La percepción de los médicos residentes sobre la atención multidisciplinaria es que es fundamental para lograr una atención integral. Sin embargo, los datos mostraron que aún existen dificultades para implementarlo, como la capacitación centrada en el modelo biomédico, que culmina en la fragmentación de la atención; sobrecarga de trabajo, que predispone al trabajo uniprofesional; y el alejamiento del trabajo de profesionales y residentes de otras áreas, lo que resulta en la fragmentación de la atención. **Conclusión:** El análisis permite concluir, en este contexto específico que viven, que la comunicación, el acercamiento y la acción con otros profesionales y residentes es fundamental para la construcción de una atención integral. En definitiva, para que este proceso se dé, es necesario involucrar a la gestión de los sectores hospitalarios, promoviendo acciones conjuntas y determinando flujos; interés y disponibilidad de los miembros del equipo de salud y reconocimiento de la necesidad e importancia de todos los profesionales que integran el equipo para lograr la integralidad.

Palabras Clave: Equipo Multidisciplinario, Integralidad en salud, Residencia Médica

Introdução

Considerando a saúde como um conjunto de dimensões complexas, que não podem ser interpretadas de forma separada (Tavares, 2017), pode-se dizer que o cuidado envolve mais do que a atenção à dimensão biológica, mas inclui as dimensões psicológica, social, cultural, espiritual (perspectiva biopsicossocial) e implica na observação de uma multiplicidade de componentes associados a estas dimensões que não podem e não devem ser entendidos de forma generalizada e universal, fazendo-se necessária a compreensão destas dimensões e suas interações de maneira particularizada.

Na tentativa de entender o sujeito sob uma perspectiva biopsicossocial, ganha destaque a assistência multidisciplinar na saúde, trabalhando em uma estruturação do cuidado que possibilite

uma visão mais ampla do sujeito e supere a perspectiva biomédica (Geniole *et al.*, 2011; Rodrigues *et al.*, 2013). De acordo com Roquete *et al.* (2012), a multidisciplinaridade tenta construir um modelo de conhecimento que não seja fragmentado no que tange à formação e atuação dos profissionais de saúde, trazendo em seu foco as ações singulares de cada especialização com o intuito de somar os diversos saberes, não implicando, necessariamente, alguma forma de conexão ou integração. Ferreira, Varga e Silva (2009) entendem que essa articulação surge a partir da cooperação dos diferentes campos profissionais, permitindo um cuidado que se mostre integrado e que, da multiprofissionalidade, possa emergir a integralidade do cuidado.

O trabalho em equipe multiprofissional, segundo Peduzzi (1998), é aquele no qual o trabalho coletivo se desenvolve em uma relação recíproca entre as diferentes intervenções técnicas e interações dos profissionais de diferentes áreas; é a partir desta comunicação que se dá a articulação das diversas ações multiprofissionais e se chega na cooperação.

Na multidisciplinaridade, as disciplinas atuam de forma simultânea. Entretanto, não necessariamente deixam visíveis as relações que existem entre elas, havendo vários profissionais reunidos, porém trabalhando de forma isolada; assim, mesmo que não exista uma articulação, não significa que não exista uma relação entre os profissionais (Ferreira; Varga; Silva, 2022).

Ceccim (2005) aponta sobre a importância da capacidade de desenvolver condições para um trabalho em conjunto, que precisa partir dos atores envolvidos no cuidado, começando na valorização e percepção da importância da multiprofissionalidade para uma atenção integral, plural e complexa ao sujeito.

A integralidade, por sua vez, é um princípio universal de cuidado preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), somando-se a este, a universalidade do acesso e a equidade na assistência.

A partir da década de 70, questiona-se o modelo de assistência centrado no médico e em práticas curativas, entendendo que a ênfase exclusiva na doença prejudica outros aspectos importantes que deveriam ser considerados no processo do cuidado (como aspectos epidemiológicos, sociais, psicológicos e familiares). A partir disso, foi pensada a integralidade como diretriz essencial às práticas de cuidado, embora se entenda que possam existir dificuldades para sua concretização. Um trabalho pautado na busca pelo cuidado integral implica que exista, por parte dos profissionais, uma reflexão acerca do conceito ampliado de saúde e cuidado, do trabalho em equipe, pensando em todas as necessidades do sujeito e em como o cuidado para com este deve ser produzido de modo singular, específico (Fontoura; Mayer, 2006).

Definida na Constituição Federal de 1988, no Artigo 198, como uma das diretrizes do SUS, a integralidade está envolta em diversos sentidos e construções. Sua base teórico-epistemológica

se assenta na questão do cuidado, na visão ampliada de sujeito e saúde, no acolhimento e qualidade de atendimento e engloba aspectos preventivos e curativos, individuais e coletivos. As ações que buscam integralidade devem se desenvolver nos diversos dispositivos do sistema de saúde, mediante ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde. Postula-se como um termo plural, democrático e ético, que se apresenta de suma importância no planejamento e efetivação das políticas de saúde (Fontoura; Mayer, 2006; Machado *et al.*, 2007).

Refletir sobre integralidade é percebê-la como oposto à fragmentação, percebendo o sujeito como alguém que possui sua subjetividade, um contexto social próprio, inserido em um processo histórico e que possui singularidades; ou seja, vai além da fragmentação do pensamento biológico – percebendo o paciente separado em seus vários órgãos ou sistemas –, entendendo esse sujeito como alguém que é complexo por si só (Mattos, 2001).

Apesar de se constituir como uma diretriz importante na busca pela sua construção e aperfeiçoamento, surgem dificuldades para que a integralidade se concretize. Segundo Júnior e Oliveira (2006), algumas podem ser elencadas, como: a formação dos profissionais médicos, que valoriza a superespecialização; o modelo de funcionamento da atenção ambulatorial médica, com atendimento fundamentado na queixa-conduta; e a não concretização do processo de referência e contra referência, dificultando a comunicação entre profissionais.

Sob a perspectiva de Cecílio e Merhy (2003), o trabalho no hospital é, por natureza, multidisciplinar, pois implica na união de diversas áreas profissionais. Entretanto, os mecanismos de dominação neste ambiente, assim como relações assimétricas de poder entre as diferentes esferas de saberes podem dificultar a colaboração, que é imprescindível para que o cuidado seja realizado de maneira integral. Assim, uma maior ou menor integralidade do cuidado resulta, em parte, da forma como as práticas individuais se articulam no hospital.

Olhar para o cuidado multiprofissional está associado, portanto, ao olhar para a integralidade na medida em que o cuidado no âmbito hospitalar prescinde não apenas de múltiplos saberes direcionados a múltiplos sujeitos, mas compreende também múltiplas ações que se inter-relacionam frente a um campo de ação povoado também por múltiplos fazeres, de modo que a análise desse fazeres poderá se efetivar na produção de novos saberes-fazeres sobre a prática, possibilitando o aperfeiçoamento do cuidado.

Método

Trata-se de um recorte de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de cunho descritivo-exploratório, realizada em um hospital público no interior da Bahia. De um total de 15 médicos residentes ativos no período da coleta de dados, 11 (onze) participaram do estudo, sendo 09 (nove) vinculados aos Programas de Residência em Clínica Médica e 02 (dois) médicos residentes vinculados ao Programa de Cirurgia Geral. Os participantes foram identificados aqui numericamente (Participante 1, por exemplo), mediante a ordem de realização das entrevistas. A escolha da amostra foi realizada por estratégia de pertinência dos participantes à temática investigada (percepção do médico residente sobre o cuidado multiprofissional), utilizando-se como critério de exclusão os médicos residentes afastados no período da coleta das atividades assistenciais por motivos de saúde e/ou de aperfeiçoamento profissional.

A coleta de dados ocorreu posteriormente à celebração de Termo de Compromisso Livre e Esclarecido e implicou três técnicas: observação participante, registro em diário de campo e entrevista presencial semiestruturada, construída a partir de um roteiro coerente aos objetivos da pesquisa.

A observação participante foi utilizada na etapa de aproximação do grupo pesquisado, no contato para as entrevistas e durante estas e possibilitou registrar atitudes, comportamentos e manifestações faciais não captadas na gravação da voz, que foram registradas no diário de campo do pesquisador para triangulação com a análise dos dados obtidos na entrevista. O diário de campo foi alimentado mediante o registro das percepções do pesquisador-entrevistador, tão logo perpassado por observações acerca do tema “na interação entre pesquisador e atores sociais no campo” (Minayo, 2014, p. 210).

As entrevistas foram realizadas com auxílio metodológico de um roteiro, previamente planejado, dividido em duas partes: a primeira mais diretiva (dados de identificação pessoal, como nome completo, data de nascimento, sexo, ano de formação e experiência profissional) e a segunda parte, exploratória, com três perguntas abertas sobre a percepção do participante a respeito do cuidado multiprofissional na sua prática assistencial. As entrevistas ocorreram entre os meses de abril a outubro de 2023, previamente agendadas, realizadas em local institucionalmente reservado e com sigilo resguardado. Após a realização das entrevistas, gravadas em áudio, as mesmas foram transcritas segundo procedimentos metodológicos de identificação, escuta inicial do material (escuta flutuante) e codificação sistematizada, de acordo com Bardin (1977). Em seguida, foi utilizada a revisão cruzada da escuta (segunda escuta/revisão por pares); revisão da transcrição-

codificação; registro do conteúdo e delimitação das unidades temáticas. A interpretação dos achados foi realizada mediante sistematização da análise de conteúdo, com triangulação dos achados obtidos nos procedimentos de coleta, correlacionando-os às suas condições de produção, ou seja, a aspectos da concepção sobre a produção do cuidado em saúde, à percepção dos participantes sobre seus fazeres e às percepções sobre as dificuldades e potencialidades do cuidado multiprofissional ao paciente hospitalizado.

A pesquisa foi vinculada ao Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e possui como instituição gestora a Universidade Federal da Bahia e instituição executora o Hospital Geral de Vitória da Conquista (Escola de Saúde Pública da Bahia), com financiamento de bolsa MEC (Ministério da Educação e Cultura) em parceria com Ministério da Saúde e colaboração de pesquisadora voluntária vinculada ao PIBIC – UFBA (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal da Bahia) e de bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Extensão, da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal da Bahia e 4 discentes do Curso de Graduação em Psicologia. Foram observadas e salvaguardadas as diretrizes e orientações preconizadas pelas Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com fins estritamente científicos e acadêmicos e a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Bahia está registrada no CAAE sob nº 66886923.2.0000.5556

Resultados e Discussão

A análise dos dados evidenciou três categorias delineadas pelas narrativas dos médicos residentes sobre a temática investigada. Emergiram a importância do cuidado multiprofissional e os entraves à integralidade; as dificuldades para a execução deste trabalho; e possibilidades de melhoria na construção do cuidado multiprofissional. Dessas categorias, serão apresentadas as subunidades: A importância do cuidado multiprofissional e os entraves à integralidade; a sobrecarga de trabalho e o distanciamento de outras profissões e dificuldades de comunicação. A discussão proveniente dos resultados também será encadeada conjuntamente, de modo a contribuir para a compreensão da relação entre os dados e suas implicações no campo de pesquisa realizado.

1. A importância do cuidado multiprofissional e os entraves à integralidade

Nessa categoria serão abordadas as percepções a respeito do cuidado multiprofissional e os desdobramentos-entraves dessas percepções no que tange à relevância deste modelo de cuidado na construção da integralidade.

Embora o contexto hospitalar se enquadre num âmbito de Alta Complexidade, ou seja, vale-se de terapias e tecnologias e atenção altamente especializadas de cuidado, isso não o exime de considerar o usuário como um sujeito completo, que se insere em uma comunidade, nem de se utilizar de ações de prevenção e promoção em saúde. Apesar do foco emergente ser o cuidado físico/biológico que leva o usuário a buscar a atenção hospitalar, dentro desse ambiente se desenvolvem diversas redes de cuidado que devem ser consideradas; logo, ações de prevenção e promoção são desenvolvidas mesmo que em segundo plano.

Uma parte importante para que esse cuidado expandido seja articulado de forma eficiente é a presença de diversas áreas profissionais, como Assistência Social, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia – e outras. Ao se compor um corpo profissional que abrange diferentes vertentes do cuidado – biológico, psicológico e social –, a instituição se propõe à tentativa de um fazer mais efetivo, humano e atento, que coloca as diversas dimensões do sujeito em perspectiva.

Neste sentido, considera-se que o cuidado multiprofissional é imprescindível para alcançar o cuidado integral. Assim, um ponto de partida importante para essa pesquisa foi compreender a percepção dos entrevistados acerca do que consiste o cuidado multiprofissional. Essa categoria reflete como a percepção da importância da composição diversificada nas equipes de cuidado à saúde no âmbito hospitalar é evidenciada e valorizada pelos participantes:

[...] uma equipe que é composta com vários profissionais [...] visando a diversificação profissional mais completa possível [...] que possa ofertar várias nuances de cuidados para o paciente (Participante 1).

A visão do cuidado multiprofissional está alinhada a uma visão holística do paciente, que o compreenda para além do adoecimento orgânico que o leva à Atenção de Alta Complexidade, contemplando, também, suas particularidades e subjetividades.

[...] cuidado multiprofissional [...] entendo como um conjunto de profissionais que vão acompanhar determinado paciente a respeito de uma patologia e que cada um dentro de sua área vai contribuir (Participante 10).

[...] o cuidado multiprofissional é abrangência, olhar o paciente holisticamente [...] é olhar o paciente como um todo (Participante 5).

[...] na área da saúde nunca vamos conseguir abarcar todos os conhecimentos. Então, para o cuidado do paciente ser completo, precisa das mais diversas especialidades [...] (Participante 4).

A visão holística é compreendida como a percepção de um todo, levando em consideração os diversos fatores que influenciam o fenômeno do adoecimento. No contexto da saúde, se configura como a visão do sujeito inserido em um contexto biopsicossocial, sendo este singular, com sua própria história de vida, valores e particularidades (Leite; Strong, 2006).

Os entrevistados percebem, de forma geral, que existe um trabalho multiprofissional no campo de atuação hospitalar e que essa visão holística se faz relevante ao cuidado na área da saúde. O cuidado, por sua vez, acontece de diferentes formas, em diferentes níveis de atenção e especialização e, embora não seja visto como completamente satisfatório pela maioria dos entrevistados, mesmo quando evidenciadas suas dificuldades, compreendem que há uma tentativa de este ser executado.

[...] há um esforço, por alguns personagens, em ser desenvolvido aqui esse cuidado de equipe multiprofissional [...] mas há muitas deficiências (Participante 1).

[...]minha percepção é que realmente é muito importante, eu percebo essa importância. Eu acho que poderia ser melhor essa integração [...] Mas eu vejo que todo mundo tenta, de sua forma, tenta (Participante 2).

[...] a gente sempre pode aperfeiçoar, mas funciona [...] a gente tem diariamente, aqui, abordagens multiprofissionais (Participante 5).

No entanto, também fica evidente nos apontamentos, que há dificuldades relevantes no que tange à efetivação do cuidado multiprofissional, destacando-se a formação centrada no modelo biomédico, culminando na fragmentação do cuidado:

[...]nem tudo a gente estuda ou que a gente tem contato na faculdade de medicina [...] a gente não tem essa total visão e aqui a gente acaba pegando mesmo essa experiência com outros profissionais diariamente (Participante 11).

O cuidado pautado no modelo biomédico começa a ser executado no século XIX, conferindo grande poder ao profissional médico e colocando o diagnóstico e a doença em foco (Ribeiro; Amaral, 2008). Embora isso leve a avanços no cuidado físico, esse modo de olhar negligencia as particularidades do sujeito, uma vez que cada um tem suas próprias singularidades; esse tipo de fazer suscita reflexões acerca da efetividade deste cuidado, especialmente porque as contínuas subespecializações levam a práticas cada vez mais fragmentadas frente ao indivíduo e diante de seu corpo, compartimentalizando o cuidado em diferentes especialistas e especialidades, muitas vezes sem comunicação e articulação das ações.

Ribeiro e Amaral (2008) pontuam que as críticas que o modelo centrado na doença levantou foram importantes para repensar o cuidado e a partir destas surge o modelo biopsicossocial, que tem enfoque no sujeito como um todo, partindo dele e de suas necessidades o planejamento do cuidado.

Neste sentido, é importante revisitar o que Feuerwerker (1998) implica sobre a formação profissional do residente ser diretamente impactada pelo local onde se executa o programa de residência. Um ambiente com maior integração multiprofissional e atuação bem desenvolvida pode ajudar a construir um conhecimento mais amplo nesses profissionais e ampliar sua percepção da saúde e doença, bem como compreender de forma mais clara as contribuições individuais e em conjunto dos profissionais que compõem a equipe de saúde. Dessa forma, o modelo biopsicossocial é privilegiado em instituições que colocam profissionais de diversas áreas profissionais em atuação.

2. A sobrecarga de trabalho

Outro dificultador que aparece com frequência na fala dos residentes entrevistados consiste na percepção da quantidade reduzida de profissionais do hospital em relação ao número de usuários e no excesso de trabalho designado, o que impactaria, de forma direta, no cuidado dispensado ao paciente.

[...] a quantidade de pacientes por profissional é enorme [...] com o grau de grande complexidade dos pacientes (Participante 1).

[...] acho insatisfatório [o cuidado multiprofissional] por falta de pessoal (Participante 4).

Essa dificuldade é encontrada de forma mais proeminente em setores que contam com muitos leitos, como enfermarias e setores de pronto atendimento.

[...] eu acho que é por causa da quantidade de pacientes [a diferença no cuidado multi nos setores], UTI é um ambiente controlado, tem 10, 9 leitos e enfermaria [...] clínica médica, são 75 leitos ou mais (Participante 9).

[...]acho que é justamente a questão da quantidade de pacientes relacionados com a quantidade de profissionais que nós temos (Participante 11).

O aumento do quantitativo de profissionais é apontado como possibilidade de melhoria da atuação conjunta, em relação a outros profissionais:

[...] acho que o principal que eu falei [...] que é a questão do efetivo; se o efetivo fosse maior [...] (Participante 4).

[...] ter mais profissionais atuando é o principal, sabe? Porque a dificuldade é a quantidade de pacientes (Participante 9).

[...] eu acho que precisaria de mais [profissionais], de algumas equipes [...]ter mais gente para poder atuar com a gente (Participante 10).

[...] aumento de profissionais. Que aqui nós temos uma demanda muito grande [...]acho que seria o mais importante pra gente [...] ter uma assistência melhor e maior também ao paciente (Participante 11).

É evidente que um número reduzido de profissionais, que não se adequa à demanda do hospital, é percebido como um ponto que pode estender a recuperação do sujeito no ambiente da Alta Complexidade, prolongando a internação deste. Desta forma, na busca por um cuidado multiprofissional e integral de qualidade, é importante considerar questões de recursos humanos como ponto importante na discussão e no planejamento.

No entanto, cabe refletir se apenas o aumento do contingente profissional acarretaria uma mudança de fato no cuidado, uma vez que outros fatores perpassam as dificuldades encontradas para a execução deste sob uma perspectiva integral, especialmente porque o distanciamento de outras profissões e a falha na comunicação também são percebidas pelos participantes deste estudo.

3. Distanciamento de outras profissões e dificuldades de comunicação

A fragmentação do cuidado também foi auto referenciada na percepção dos participantes, justificada pelo distanciamento e dificuldade de comunicação com outras profissões nas práticas hospitalares.

[...] na enfermagem existe [cuidado multiprofissional], mas é como se fosse fragmentado esse contato [...] acaba sendo um cuidado que, apesar de multidisciplinar, é um cuidado mais fragmentado [...] (Participante 3).

[...] o cuidado, infelizmente, ainda é cada um específico na sua área [...] não há um momento, um encontro que a gente possa compartilhar informações. [...] (Participante 1).

[...] o cuidado multiprofissional é um pouco deficiente, justamente por essa parte da relação entre as áreas do cuidado (Participante 7).

Um dos participantes pontua que o trabalho das diferentes áreas seria realizado de forma individual, o que concretiza diferentes ilhas de cuidado no ambiente hospitalar. Essa percepção é congruente com o que Ferreira, Varga e Silva (2009) postulam, uma vez que o trabalho multiprofissional seria caracterizado como agentes trabalhando de forma paralela, porém, de maneira isolada.

Sobre essa percepção de fragilidade no cuidado multiprofissional, é importante considerar o conceito de cuidado multiprofissional proposto por Roquete *et al.* (2012), que apontam que o modelo de conhecimento neste cuidado não deve ser fragmentado, mas que isso não implica em um cuidado conectado. Neste contexto, não haver conexão não pressupõe que não há um trabalho coletivo, uma vez que, como reforça Peduzzi (1998), a comunicação entre os profissionais deve acontecer para que haja a articulação das ações profissionais distintas.

Logo, a interação entre os diferentes profissionais é condição imprescindível para que o trabalho multiprofissional seja executado de forma coesa, o que, segundo os relatos dos entrevistados, não acontece de forma adequada e satisfatória.

Apesar das dificuldades mencionadas pelos residentes, muitos sugeriram mudanças que visualizam como possibilidades de melhoria frente à execução do trabalho multiprofissional.

A realização de evoluções no prontuário eletrônico do paciente se configura como um recurso de fácil acesso a todos os profissionais do hospital, de forma que a visualização da informação – evoluções diárias, avaliações, relatórios e afins – acontece de forma rápida e prática;

entretanto, mediante o processo de observação não participante, nota-se que, na rotina diária, essa prática não é feita de forma adequada por todos os servidores, incluindo os médicos residentes, muitas vezes sendo realizada de forma retroativa ou não sendo realizada de maneira que contemple todas as ações exercidas pelo profissional e informações atuais.

Ainda assim, os participantes compreendem que a evolução adequada do prontuário do paciente poderia contribuir para uma melhor compreensão das ações que têm sido executadas pelos colegas, colocando-os a par do cuidado exercido e fornecendo-lhes maiores informações pertinentes do acompanhamento.

[...] o que ajuda bastante é o profissional que lança [a evolução] no sistema (Participante 1).

[...] o registro no prontuário por si só já é algo que [...] se for bem-feito, facilita. Se for feito de forma mais clara [...] (Participante 3).

Outro fator evidenciado como sugestão para melhoria na efetivação do cuidado multiprofissional no hospital foi um melhor fluxo de comunicação entre a equipe, especialmente em decorrência da dificuldade de encontro e discussão de casos entre os profissionais. Sugestões acerca do que facilitaria o entrave na comunicação entre os trabalhadores aparecem nas entrevistas:

[Precisa] facilitar o encontro, entendeu? Facilitar o contato de um profissional com o outro [...] Se tivesse um setor pra gente se direcionar [...] Algum mecanismo de facilitar o contato telefônico, ou telefone do setor que eu possa entrar em contato, alguma coisa do tipo assim pra ter uma resposta mais rápida (Participante 1).

A comunicação é, de fato, indispensável para o cuidado multiprofissional, sendo sedimentado nela a base deste tipo de atuação. Entretanto, faz-se mister ponderar que a comunicação deve ser exercida como uma micropolítica na produção do cuidado (Merhy; Feuerwerker, 2016) e, para seu exercício, é necessário subverter a ordem existente para a construção de novos fazeres, novos pactos, novos métodos de trabalho, que incluem, inclusive, o usuário no processo de cuidado. Uma vez que, no cuidado multiprofissional, as áreas agem ainda de forma separadas, a comunicação acerca dos cuidados, discussão das ações e compartilhamento de saberes é o que poderá tornar o cuidado eficiente e integrado no contexto de saúde, reverberando tanto nos papéis institucionais como nos territórios específicos de atuação cada trabalhador.

A maior parte dos participantes considera que uma reunião entre a equipe multidisciplinar seria uma ação que aumentaria a efetividade do cuidado multiprofissional, se configurando como um momento de troca e discussão importante para compreender a que passo está o cuidado com o paciente e como esse cuidado pode ser aprimorado.

[...] acho que falta institucionalização [...] falta isso, a gente sentar, conversar, determinar um plano terapêutico para o paciente multidisciplinar (Participante 1).

[...] se tivesse um momento de todos juntos, seria algo benéfico [...] (Participante 2).

[...] mais oportunidade de discussões de caso com a equipe multi, de alguma sessão clínica, com casos complexos de enfermagem [...] seria importante (Participante 4).

[...] se tivesse um momento para que todos os profissionais pudessem discutir os casos conjuntamente [...] isso seria interessante para o cuidado (Participante 11).

A perspectiva da possibilidade de maior comunicação e entrosamento entre os membros da equipe de saúde se sobressai como a sugestão mais recorrente entre os entrevistados. Aqui, vale notar o que Da Silva Nogueira e Rodrigues (2015) dizem sobre a comunicação no contexto de cuidado em saúde, que se vê dificultada por várias situações, entre elas as diferenças na formação profissional de cada área, que vão implicar na forma como o sujeito é treinado para se comunicar, podendo tornar a troca entre áreas pouco efetiva. Além disso, se configuram entraves, também, o fato das categorias profissionais tenderem a se comunicar mais com seus pares e a hierarquia enrijecida do ambiente hospitalar, o que dificulta o estabelecimento de um canal de comunicação eficaz.

Vale ressaltar, ainda, que a comunicação eficaz é vista como um modificador do cuidado em saúde por equipes profissionais, sendo uma parte do processo de colaboração entre as diferentes áreas da instituição. Essa comunicação pode ser realizada tanto de modo formal quanto informal, podendo ocorrer tanto em reuniões de equipe quanto em conversas pelo corredor do hospital (Croker; Trede; Higgs, 2012; Karam *et al.*, 2018; Reeves *et al.*, 2015). Neste sentido, a comunicação é encarada como uma habilidade crucial para o desenvolvimento efetivo do cuidado multiprofissional, tornando possível a cooperação e o relacionamento entre os componentes das equipes (Batista; Peduzzi, 2019; Dugan Day, 2012).

Além das reuniões, os entrevistados sugerem também que seja realizada uma visita multiprofissional aos pacientes hospitalizados.

[...] trabalhei em outros locais que você tinha essa visita multiprofissional [...] você vê que a visita é diferente, as condutas são diferentes, você vê que o paciente se recupera melhor quando você tem todo mundo integrado[...] com as condutas alinhadas (Participante 10).

As visitas multiprofissionais são compreendidas como uma passagem à beira-leito, realizadas por trabalhadores de mais de uma categoria profissional, com o objetivo de avaliar e ouvir os usuários, conhecer a estes e seus acompanhantes, levar informações, bem como colocar a equipe à disposição destes para as demandas que surgirem durante a hospitalização (Silva *et al.*, 2022).

A realização de visitas multiprofissionais possibilitaria, assim, uma melhoria nas condutas e levariam, a seu tempo, a uma melhor recuperação do sujeito assistido, uma vez que permitiria um cuidado mais integrado, colocando os profissionais sob um olhar alinhado e se comunicando de uma forma mais efetiva.

Reitera-se, portanto, a importância da percepção dos médicos residentes sobre a fragmentação do próprio trabalho e a sobrecarga advindas de tal prática e de que essa percepção é um diferencial positivo para atuação em equipes multiprofissionais na melhoria do cuidado à população hospitalizada.

Considerações Finais

A partir do observado, compreende-se que para um cuidado, de fato, integral se faz necessário mais do que a atuação multiprofissional, ou seja, de diversas áreas profissionais juntas. Para se concretizar o trabalho multiprofissional é necessário, também, humanização e diálogo, de forma que as práticas se desenvolvam de forma assertiva e ética, sendo um norte para a integralidade almejada. Para alcançar este objetivo, se torna importante que a fragmentação do cuidado seja superada, não havendo um isolamento ou reducionismo deste, mas colocando em foco as necessidades do sujeito em questão, sendo estas identificadas a partir do diálogo e do estabelecimento de um vínculo entre usuário e equipe de saúde (Silva *et al.*, 2022).

Embora essa premissa seja pertinente, observa-se no hospital em questão pouca participação do sujeito hospitalizado em seu próprio cuidado, sendo este realizado de forma mecanizada, com práticas e protocolos preestabelecidos e com pouco espaço para este se

expressar. Silva *et al.* (2022) pontuam, de forma acertada, que o cuidado integral precisa dialogar tanto com o olhar da multiprofissionalidade, quanto com a participação do usuário, tornando-os parte importante desse cuidado construído em conjunto.

Segundo Araújo Neto *et al.* (2016), as relações hierárquicas, a falta de comunicação e a falta de conhecimento acerca do fazer de cada área profissional dentro do cuidado em saúde contribuem para a falha do cuidado multiprofissional. Diante do postulado pelos autores e frente ao que foi observado nas entrevistas realizadas, é imprescindível que sejam buscadas estratégias que facilitem e/ou possibilitem a comunicação efetiva entre os integrantes da equipe de saúde, para que melhores práticas profissionais possam ser estabelecidas, resultando em um melhor cuidado para os usuários do Sistema Único de Saúde. Frente a isso, compreende-se que é necessário transpor as limitações encontradas no modelo de atuação utilizado, que recorre a uma multiprofissionalidade fragmentada, muito atrelada ainda ao modelo de cuidado biomédico, e repensar práticas e possibilidades de atuação que possam privilegiar o diálogo e a cuidado compartilhado.

A presença da equipe de Residência Multidisciplinar no Hospital Geral suscita a possibilidade de expandir o trabalho multiprofissional e a troca de saberes, dificuldades e de experiências entre as diversas categorias, uma vez que implica no trabalho em conjunto entre diferentes áreas contempladas. Esse trabalho exige do residente um aperfeiçoamento em habilidades de cuidado e de comunicação, uma vez que muitos dos cuidados são realizados em conjunto. Os residentes médicos não são incluídos em atividades assistenciais e/ou pedagógico-formativas nos programas de Residência Multiprofissional, logo, não há a incentivo destes trabalharem em equipe como existe aos residentes multi; entretanto, entende-se que a reformulação dos programas multi, incluindo nestes a presença do profissional da medicina, se configura como um importante facilitador do trabalho multiprofissional no futuro, uma vez que implica na construção de um olhar e fazer diferenciado, demandando ações e processos também no âmbito da coordenação dos programas (gestão).

A formação em conjunto, aprendendo sobre áreas das quais não houve aproximação anteriormente durante a graduação, abre novas perspectivas e torna o profissional mais apto a identificar demandas e buscar os encaminhamentos necessários para saná-las. A Residência Multiprofissional é uma parte importante da especialização do profissional, que tem o potencial de prepará-lo para uma melhor atuação em grupo posteriormente; assim, mais do que só mudar o ambiente de trabalho, é importante também mudar a percepção dos agentes envolvidos no cuidado, para que estes estejam aptos a reconhecer a importância de cada membro da equipe e de seu fazer,

bem como compreender o cuidado como uma ação global, não isolada e específica a um sujeito de forma individual.

O princípio da integralidade invoca que todos os que trabalham com saúde devem ter uma visão holística do sujeito, assim, essa percepção deve perpassar a formação dos profissionais, estimulando um trabalho em equipe que favoreça o diálogo entre estes, uma vez que para uma assistência holística é necessário mais do que ações individuais. Sob esse viés, reforça-se que o campo da saúde não pertence exclusivamente a nenhum núcleo profissional, devendo ser resultado de uma construção coletiva. Dessa forma, o trabalho em saúde exige uma visão voltada para a colaboração, já que o cuidado integral parte de uma construção feita por diferentes profissionais e usuários dos serviços de saúde, sendo todos (co)responsáveis pelo cuidado realizado (Araújo, 2003; Henriques; Pinheiro, 2004; Victor, 2002).

É indispensável que a integralidade seja ponto de reflexão para os profissionais e para a comunidade, para que se desenvolva uma visão crítica acerca desta, bem como de sua necessidade nas práticas de cuidado. A partir disso, para que essa diretriz do SUS se desenrole no dia a dia dos serviços de saúde, é necessário repensar a formação dos profissionais atuantes, bem como a forma como se organizam, inserindo estratégias de mudança nos diferentes estágios de formação e de atuação das diversas categorias (Henriques; Pinheiro, 2004; Nietzsche; Leopardi, 2000).

Por fim, como observado, existe reconhecimento na importância do trabalho multiprofissional e as potencialidades a serem exploradas dentro deste contexto, uma vez que sejam estabelecidas novas formas de gerir o cuidado e integrar as equipes. Entretanto, para que esse processo aconteça é necessário mais do que engajamento da gestão dos setores hospitalares e dos programas de residência (médica e multiprofissional), mas também deve haver interesse e disponibilidade dos membros da equipe de saúde, bem como o reconhecimento da necessidade e importância de todos os profissionais que a compõem. Dessa forma, espera-se que o cuidado integral seja atingido e o usuário da rede de saúde possa acessar um tratamento cada vez mais completo e digno.

Referências

- ARAÚJO, C. L. F. A prática do aconselhamento em DST/AIDS e a integralidade. *In: Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*, ABRASCO, 2003. p. 145-168.
- ARAÚJO NETO, J. D. *et. al.* Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 43-50, 2016. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/4043>. Acesso em: 12 ago. 2023.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BATISTA, R. E. A.; PEDUZZI, M. Prática interprofissional no Serviço de Emergência: atribuições específicas e compartilhadas dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 213-220, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/M9B97N5JWfVyjHK3QkrKHgM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 nov. 2022.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 9, p. 161-168, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 05 nov. 2023.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *In: PINHEIRO, R.; CAMARGO JÚNIOR, R. M. K. (Orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*, v. 1. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003. p. 197-210.
- CROKER, A.; TREDE, F.; HIGGS, J. Collaboration: What is it like?—Phenomenological interpretation of the experience of collaborating within rehabilitation teams. **Journal of interprofessional care**, v. 26, n. 1, p. 13-20, 2012. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13561820.2011.623802> . Acesso em 12 jun. 2022.
- DA SILVA NOGUEIRA, J. W.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, p.636-640, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016/26245>. Acesso em 15 out. 2022.
- DUGAN DAY, M. Interdisciplinary hospice team processes and multidimensional pain: A qualitative study. **Journal of Social Work in end-of-life & Palliative Care**, v. 8, n. 1, p. 53-76, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15524256.2011.650673>. Acesso em 23 fev. 2021.
- FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1421-1428, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800015>. Acesso em 05 nov. 2020.

- FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface- Comunicação, saúde, educação**, v. 2, p. 51-71, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831998000200005>. Acesso em 12 out. 2020.
- FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, p. 532-536, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400011>. Acesso em 23 nov. 2020.
- GENIOLE, L. A. I. *et al.* **Assistência Multidisciplinar à Saúde**, vol 01. Campo Grande, MS: Editora da UFMS, 2011.
- HENRIQUES, R. L. M.; PINHEIRO, R. Integralidade na produção de serviços de saúde e as políticas de educação. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, v. 3, n. 1, p. 8, 2004.
- JÚNIOR, H. M. M.; OLIVEIRA, R. C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. **EDUCS–CEPESC–IMS/UERJ**, p. 51-64, 2006.
- KARAM, M. *et al.* Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. **International journal of nursing studies**, v. 79, p. 70-83, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748917302559>. Acesso em 12 nov. 2022.
- LEITE, T. A. A. F.; STRONG, M. I. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. **O mundo da saúde**, v. 30, n. 2, p. 203-214, 2006. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/influencia_visao.pdf. Acesso em 23 de nov. 2022.
- MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 335-342, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>. Acesso em 15 nov. 2021.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS - UERJ/ABRASCO; 2001. p. 39-64. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/sentidos-da-integralidade8edicao.pdf>. Acesso em 11 jul. 2021.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. MERHY E. E., BADUY R. S., SEIXAS C. T., ALMEIDA D. E. S., SLOMP JUNIOR H., organizadores. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, v. 1, p. 59-72, 2016.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 14 ed., 2014.
- NIETSCHE, E. A.; LEOPARDI, M. T. Tecnologia emancipatória: uma perspectiva de transformação da práxis de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 9, n. 1, p. 25-41, 2000.

- PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 1998. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-3283200000100016>. Acesso em 04 dez 2021.
- REEVES, S. *et al.* Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: emerging themes from a multi-sited ethnography. **Journal of interprofessional care**, v. 29, n. 3, p. 230-237, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.955914>. Acesso em 07 jun.2019.
- RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, p. 90-97, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100012>. Acesso em 12 jan 2019.
- RODRIGUES, J. S. M. *et al.* O atendimento por instituição pública de saúde: percepção de famílias de doentes com câncer. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 270-280, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bWHzQcZ4hqcnxRPYGXqKfRf/?lang=pt#>. Acesso em 14 jun. 2022.
- ROQUETE, F. F. *et al.* Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde pública. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/245/361>. Acesso em 26 nov. 2023.
- SILVA, E. F. S. *et al.* VIVÊNCIAS DA VISITA MULTIPROFISSIONAL EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Gep News**, v. 6, n. 3, p. 26-32, 2022. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/14685/10134>. Acesso em 27 jul. 2023.
- SILVA, M. G. C.; ROCHA FILHO, F. S. Residência Médica em Clínica Médica no Ceará em 2003: oferta de vagas e perfil da concorrência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, p. 127-136, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000200003>. Acesso em 22 jul. 2022.
- TAVARES, D. Saúde, multidisciplinaridade e sociedade. **Saúde & Tecnologia**, n. 18, p. 5-10, 2017. Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/30415/1/article_100490.pdf. Acesso em 18 jun. 2023.
- VICTOR, J. F. **Educação em saúde na unidade básica de saúde da família: atuação do enfermeiro um estudo de caso.** Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002. (Dissertação, Mestrado em Enfermagem).