

## PERCEPÇÕES DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE

### **Ana Paula de Sousa Silva Baquião**

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brasil.

### **Simone Meira Carvalho**

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente no Departamento de Fisioterapia do Idoso, do Adulto e Materno-Infantil da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brasil.

### **Rodrigo Sanches Peres**

Pós-Doutor pela Universidade de Lisboa e docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Brasil.

### **Claudia Helena Cerqueira Marmora**

Doutora em Linguística pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brasil.

### **Wanderson Maurício Duarte Silva**

Mestrando no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brasil.

### **Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov**

Doutora em Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brasil.

**RESUMO:** O estudo objetiva compreender as percepções de residentes multiprofissionais acerca: (1) das diferentes formas de atuação em equipe no campo da saúde; (2) da interdisciplinaridade nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMSs) aos quais se encontram vinculados; e (3) dos fatores que favoreceriam e dificultariam a sua efetivação. Trata-se de um estudo qualitativo, com 29 residentes multiprofissionais de duas universidades federais. Os resultados demonstram que há, entre os participantes, dificuldades significativas na distinção entre as diferentes modalidades de trabalho em equipe. Além disso, observou-se que, para a maioria dos participantes, os PRMSs aos quais se encontram vinculados propiciavam a interdisciplinaridade apenas parcialmente, sendo a iniciativa pessoal dos residentes um dos fatores favorecedores, e problemas no diálogo com os profissionais de Medicina um dos fatores dificultadores. O presente estudo, assim, colabora com o debate científico acerca de uma temática essencial para a consolidação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação de Pós-Graduação; Equipe de Assistência ao Paciente; Práticas Interdisciplinares; Profissionais de Saúde.

### PERCEPTIONS OF HEALTH MULTI-PROFESSIONAL INTERNS ON INTERDISCIPLINARITY

**ABSTRACT:** Current study analyzes the perceptions of multi-professional interns on (1) the different working manners with teams in the health area; (2) interdisciplinarity in the Multi-professional Intern Programs (PRMSs) in health to which they are subordinated; (3) factors that favor or make difficult their implementation. Current qualitative study involved 29 multi-professional interns of two Brazilian federal universities. Results show that among the participants there are significant difficulties in distinguishing between different team-work modes. In the case of most participants, PRMSs to which they are subordinated favor only partial interdisciplinarity. Personal initiative of interns is one of the favored factors and lack of dialogue between medical professionals is an impeding factor. Current analysis tries to corroborate with the scientific debate on a theme that is essential for the consolidation and strengthening of the Brazilian health System.

**KEY WORDS:** Postgraduate education; Assistance team to the patient; Interdisciplinary practices; Health professionals.

## INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro passou por diversas transformações ao longo da história. As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por discussões sobre a necessidade de um modelo mais justo, equitativo, universal, e que considerasse os aspectos regionais e socioculturais da população. Foi por meio da Reforma Sanitária Brasileira que se delinearam propostas de mudanças quanto à organização vigente, sendo que se afiguram como conquistas de tal movimento a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde, de 1986, e a promulgação das Leis Orgânicas 8.080 e 8.142, de 1990, as quais, acompanhando a Constituição Federal de 1988, instituíram e regulamentaram o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>.

Posteriormente, algumas estratégias de operacionalização foram desenvolvidas, dentre as quais a criação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), da Norma Operacional Básica (NOB) e a formulação do Pacto de Gestão. Todavia, muitos profissionais de saúde ainda demonstravam qualificação incompatível com as práticas em saúde que passaram a vigorar a partir do início da década de 1990. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi criada em 2004<sup>2</sup> para reverter tal situação, pois procurou incorporar o ensino no cotidiano dos serviços de saúde, fundamentando-se na responsabilização com a comunidade<sup>3</sup>.

É nesse contexto, em que se reconhece a importância da educação permanente em saúde, que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMSs) são instituídos como estratégia de (trans)formação da atenção em saúde e passam a representar um dos marcos, mesmo que ainda tímido, da Educação Interprofissional no país<sup>4</sup>. Os PRMSs configuram-se como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* voltada para a educação em serviço e designada às áreas profissionais da saúde, excetuada a área médica. Assim, procuram colaborar com a mudança do panorama tecnoassistencial do SUS, bem como fortalecer e qualificar os profissionais de saúde visando a integralidade e a humanização<sup>5</sup>.

Para tanto, os PRMSs apresentam como característica essencial a interdisciplinaridade<sup>6</sup>. Diversos autores vêm enfatizando a necessidade de um enfoque interdisciplinar para a superação da fragmentação que ainda afeta

a atenção em saúde e que incorre em um reducionismo da complexidade inerente ao processo saúde-doença<sup>7,8,4</sup>. Uma importante definição para a interdisciplinaridade foi proposta por Scherer e Pires<sup>9</sup> a partir da análise de diversas outras definições. Para as autoras, a interdisciplinaridade poderia ser compreendida como:

uma maneira complexa de entendimento e enfrentamento de problemas do cotidiano, instrumento e expressão de uma crítica do saber, que integra e renormaliza as disciplinas em articulação ou cooperação e as profissões delas decorrentes. A inter é inicialmente a cooperação entre especialistas que a divisão do trabalho separou, e concretiza ao final a íntima relação entre conhecimento e ação. Ela desenvolve-se a partir da incompetência em tratar a descontinuidade do objeto, e esta deve ser reconhecida pelos profissionais, o que implica num posicionamento ético e político compartilhado. Exige, portanto, diálogo e negociação para definição das competências necessárias para a resolução dos problemas enfrentados (p. 82).

Nesta perspectiva, pode-se pensar a interdisciplinaridade, basicamente, como um caminho de qualificação profissional através da integração do saber e da prática em busca de uma atenção integral em saúde<sup>10</sup>. Porém, tanto a compreensão quanto o exercício da interdisciplinaridade envolvem a superação de determinados desafios. Alguns deles decorrem do fato de que a literatura apresenta uma variedade de definições e discussões a respeito, além de que há uma série de terminologias relacionadas, o que conduz a certa dispersão de sentido<sup>11,12</sup>.

O presente estudo tem como objetivo compreender as percepções de residentes multiprofissionais acerca: (1) das diferentes formas de atuação em equipe no campo da saúde; (2) da interdisciplinaridade nos PRMSs aos quais se encontram vinculados; e (3) dos fatores que favoreceriam e dificultariam a sua efetivação.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, transversal

e de caráter descritivo-exploratório, o qual teve como cenário o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente em Estado Crítico da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). O currículo dos dois PRMSs engloba 60 horas semanais cada, sendo 48 horas de atividades práticas desenvolvidas, principalmente, na Atenção Hospitalar, área de concentração de ambos, e 12 horas de atividades teóricas, as quais são divididas em três eixos: específico, transversal e integrador.

As atividades do eixo específico são referentes a conteúdos próprios de cada categoria profissional e, portanto, acordadas a partir da disponibilidade dos tutores. As atividades do eixo transversal abordam conteúdos mais gerais, relacionados à saúde pública, e contam com a participação de todos os residentes ingressados no mesmo ano, de todas as categorias profissionais abarcadas pelos PRMSs em questão. Já as atividades do eixo integrador são voltadas aos residentes de todas as categorias profissionais na área de concentração em Atenção Hospitalar e contemplam diversas temáticas em torno da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade.

Os participantes do presente estudo foram 29 residentes multiprofissionais (psicólogos,  $n = 6$ ; assistentes sociais,  $n = 6$ ; enfermeiros,  $n = 6$ ; fisioterapeutas,  $n = 6$ ; nutricionistas,  $n = 5$ ) que possuíam experiência mínima de três meses. Foram convidados a participar residentes de cada área profissional - Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição - integrante dos referidos PRMSs na área de concentração em Atenção Hospitalar, sendo ao menos um residente do primeiro ano e um do segundo ano. Portanto, é possível propor que os mesmos constituíram uma amostra por intencionalidade de tipos, ainda que a utilização da noção de amostra no contexto das pesquisas qualitativas seja vista com certa reserva por alguns autores. Além disso, cabe esclarecer que o critério utilizado para a definição do número de participantes foi o recorte temporal, sendo que a coleta de dados se estendeu de dezembro de 2016 a julho de 2017.

Os participantes foram entrevistados, com o auxílio de um roteiro previamente elaborado, de modo presencial e individual, em local reservado, tendo o conteú-

do da fala gravado em áudio. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, em conformidade com os procedimentos metodológicos propostos por Bardin<sup>13</sup>. Para a autora, tal técnica pode ser desmembrada nas seguintes etapas: (1) leitura flutuante dos dados; (2) exploração dos dados a partir da configuração de categorias preliminares; e (3) tratamento dos dados mediante a definição de categorias e elaboração de inferências. Cumpre assinalar que, no presente estudo, as categorias correspondem a agrupamentos dos relatos dos participantes organizados pelas pesquisadoras, principalmente a partir da identificação de equivalências e similaridades.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de filiação das pesquisadoras, sob o protocolo nº 2.001.539, e foi desenvolvido segundo os preceitos estabelecidos pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional da Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Antes de abordar os resultados derivados da análise de conteúdo, é relevante apresentar uma breve caracterização dos participantes. Neste sentido, cabe esclarecer que todos eram do sexo feminino. A média de idade foi de 25,85 anos, e a maioria dos participantes se declarou branca (79,3%), solteira (86,2%), católica (65,5%), formada em instituições de ensino públicas (82,75%) e com tempo de formada de até dois anos (79,5%).

Esta caracterização é compatível com aquela reportada em dois estudos prévios. Em um deles, desenvolvido por Franco, Barros, Nogueira-Martins e Zeitoun<sup>14</sup> com residentes de Enfermagem, a maioria da amostra foi composta por mulheres (81,3%), solteiras (93,8%) e com idade média de 25,8 anos. O outro estudo, de autoria de Goulart, Silva, Bolzan e Guido<sup>15</sup>, teve como participantes residentes multiprofissionais e demonstrou a prevalência de mulheres (83,78%), solteiras (81,08%), cuja faixa etária variava entre os 25 e os 29 anos (51,35%) e que um ano após a conclusão do curso de graduação ingressaram em um PRMS (41,66%).

Além disso, a predominância de recém-formados

entre residentes é condizente com o propósito dos PRMSs conforme definidos pelo Ministério da Saúde, qual seja: favorecer, especificamente, a inserção de jovens profissionais de saúde - sobretudo com idade inferior a 29 anos - no mercado de trabalho, a fim de modificar o entendimento e as práticas de atenção em saúde<sup>16,17</sup>. Justamente por essa razão, os PRMSs têm auxiliado a delinear um novo perfil de profissionais de saúde, capazes de atender de forma mais qualificada as demandas do SUS<sup>15</sup>.

#### A ATUAÇÃO EM EQUIPE NO CAMPO DA SAÚDE

A primeira categoria a ser contemplada responde ao primeiro objetivo do presente estudo e agrega os relatos dos participantes que foram considerados indicativos de suas percepções sobre as modalidades de trabalho em equipe no campo da saúde, mais precisamente no tocante às distinções entre a atuação disciplinar, multidisciplinar/multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar. Nestes relatos, os conceitos de trabalho em equipe disciplinar e multidisciplinar/multiprofissional foram os que mais se aproximaram das definições apresentadas pela literatura a respeito.

Segundo estas definições, a disciplinaridade remete à extrema fragmentação e à especialização das disciplinas, não proporcionando, assim, nenhuma interação entre os profissionais de saúde de diferentes áreas. Já a multidisciplinaridade é considerada uma simples justaposição de disciplinas que, simultaneamente, tratam de uma dada questão, problema ou assunto, sem que, necessariamente, os profissionais de saúde de diferentes áreas estabeleçam entre si efetivas relações em termos técnicos ou científicos<sup>18,19</sup>, o que também conduz à fragmentação do cuidado<sup>20</sup>. Os relatos 1 e 2, portanto, são representativos daqueles que constituíram a primeira categoria.

Relato 1: Disciplinar eu acredito que é assim... a Enfermagem, a Medicina, a Fisioterapia, são atuações separadas, sem uma comunicação. Eu acho que o trabalho multidisciplinar a gente tem uma equipe composta por vários profissionais, mas não necessariamente a gente se comunica para tomar decisões em relação a algum paciente. Então assim, eu faço a minha conduta, o médico tem a

conduta dele, mas a gente não senta para discutir qual é a melhor conduta. (Participante 9)

Relato 2: Disciplinar eu acho que é só a sua função mesmo. Multidisciplinar eu acho que tem que contar com o apoio de várias pessoas de outras profissões, médico, fisioterapeuta, só que... às vezes pode ser que não ocorra uma comunicação direta e nem integrada. Então, eu faço o meu trabalho de enfermeira, eu sei que a fisioterapeuta está lá fazendo o dela, só que eu não me comunico com ela pra traçar um plano de cuidado do paciente, por exemplo. (Participante 12)

Vale destacar a ocorrência de alusões, como nos relatos 3 e 4, ao modelo de trabalho ainda hegemônico nos hospitais do país, o que vai ao encontro das formulações de Iribarry<sup>21</sup> e dos achados de Araújo, Vasconcelos, Pessoa e Forte<sup>22</sup>. Para tais autores, observam-se maiores obstáculos para a atuação multiprofissional no contexto hospitalar, pois nele os profissionais de saúde tendem a desempenhar suas funções de modo mais ou menos isolado, geralmente não estabelecendo nenhuma interação ou cooperação, e limitando-se, muitas vezes, a compartilhar o mínimo de informação por meio de anotações em um prontuário comum.

Relato 3: Multidisciplinar é o que a gente tem em muitos hospitais, que tem uma equipe multiprofissional, tem vários profissionais de áreas diferentes, mas cada um atuando isoladamente. (Participante 3)

Relato 4: [...] a gente vê que muita coisa acontece [aqui no hospital] porque as pessoas não dialogam, cada um faz a sua parte e pronto: "ah, eu já fiz minha parte, coloquei lá no prontuário, está feito, se outro profissional se interessar ele que leia o prontuário e vê o que eu fiz". (Participante 20)

Em relação à atuação interdisciplinar, a literatura é consensual acerca da importância de se pensar em práticas que superem o saber e o fazer fragmentado, porém ainda hoje não há uma definição unívoca<sup>23,4</sup>. Segundo



Souza e Souza<sup>25</sup>, a interdisciplinaridade resulta do reconhecimento da complexidade do objeto da saúde e da consequente exigência de contemplá-lo em sua pluralidade mediante o desenvolvimento de um trabalho conjunto. Logo, não deve ser confundida com a simples troca de informações, mas, sim, ser entendida como um método de se expor determinados acontecimentos e problemas por meio da articulação e da integração de variados conhecimentos e práticas produzindo uma ação comum, horizontalizando relações de poder sem, contudo, deixar de reconhecer as atribuições de cada categoria profissional.

Condizendo com a literatura, a interdisciplinaridade, para a maioria dos participantes, mostrou-se importante no ambiente de formação e trabalho em saúde, e demandaria, à luz das percepções dos mesmos, a integração e a interação entre diversas categorias profissionais. O relato 5 ilustra tal achado. Já no tocante à atuação transdisciplinar, os participantes, de modo geral, apresentaram dificuldades em termos de conceitualização. Alguns, inclusive, preferiram não opinar, e outros afirmaram desconhecer o conceito. Deve-se esclarecer que a transdisciplinaridade busca ir além das perspectivas disciplinares, tendo como eixo central a desconstrução dos limites rígidos entre as disciplinas, pois preconiza que os conteúdos devem ser trabalhados de forma a tornar imperceptível onde começa e onde termina cada disciplina<sup>26</sup>. Porém, ao expressarem suas percepções acerca da atuação transdisciplinar, 14 participantes a aproximaram do trabalho em equipe interdisciplinar, sugerindo, porém, estar em causa um estágio de integração mais elevado, como se vê no relato 6.

Relato 5: A interdisciplinaridade vai muito além do que o profissional faz, é uma coisa de “vamos construir juntos”, pra ter uma atuação ampliada, uma atuação equânime, que possa olhar o sujeito, olhar a situação como um todo. Então acho que a interdisciplinaridade é você somar o seu fazer com o fazer do outro, isso em práticas conjuntas, não um fazer, depois o outro fazer, mas vamos fazer juntos. [...] A gente tem muito que avançar, porque é muito difícil, até por questões de ponto de vista mesmo, de ideologias. (Participante 20)

Relato 6: O transdisciplinar, eu já li algumas coisas sobre isso. Seria uma coisa além do inter, que é os saberes não agrupados, mas os saberes dialogando por um objetivo comum. Seria uma coisa que é além disso, que assim... eu ainda tenho como um pouco abstrato, eu não consigo enxergar isso na realidade, então pra mim fica um pouco mais nebuloso. (Participante 7)

Diante do exposto, deve-se destacar, ainda em relação à primeira categoria, que, apesar das tentativas de delimitação das modalidades de atuação em equipe, muitos participantes hesitaram, em especial no que diz respeito à compreensão das especificidades da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade. Os relatos 7, 8 e 9 exemplificam esta constatação. Tais achados corroboram os dados apresentados por diversos autores<sup>18,27,11,28</sup>, os quais realçam que, comumente, profissionais de saúde aproximam a atuação multidisciplinar/multiprofissional da atuação interdisciplinar, ou então as consideram equivalentes. Porém, a confusão conceitual é vista como um grande desafio a ser superado para que se possa trabalhar de fato em equipes interdisciplinares<sup>28</sup>.

Relato 7: No caso eu estou achando que interdisciplinar é a mesma coisa que uma atuação multiprofissional. (Participante 16)

Relato 8: [...] no decorrer mesmo da Residência eu percebi que não foi tão multi como deveria, não houve essa multiprofissionalidade [interdisciplinaridade], cada um ficou no seu quadrado [...] cada profissão ficou mais atuando na sua especialidade, não houve tanta interação assim. (Participante 17)

Relato 9: É difícil, né? Mas eu acho que é uma pergunta importante mesmo, porque, às vezes, não fica muito claro. A gente não consegue entender muito. É bom a gente pensar nisso pra entender um pouco da Residência multiprofissional é multi, é inter, como que é isso? (Participante 18)

## A INTERDISCIPLINARIDADE NOS PRMSs E SEUS FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES

A segunda categoria responde ao segundo e ao terceiro objetivos do presente estudo, na medida em que agrega relatos que refletem as impressões dos participantes sobre a interdisciplinaridade nos PRMSs aos quais se encontram vinculados e sobre os fatores que facilitariam ou dificultariam sua efetivação. A maioria deles referiu que o trabalho interdisciplinar vinha sendo viabilizado parcialmente em seus PRMSs. Alguns dos que se posicionaram desse modo, inclusive, esclarecem que a multiprofissionalidade havia sido exercida, mas não a interdisciplinaridade, como se vê no relato 10.

Relato 10: Eu acho que no momento a gente está mais para o multiprofissional do que interdisciplinar. A gente conversa, tem um diálogo, mas é cada um na sua área, cada um vai atendendo individualmente, depois se tem alguma dúvida a gente junta pra conversar, mas eu não sei se a gente já chega no interdisciplinar. Eu acho que [...] a gente está caminhando pra isso. (Participante 1)

Outros participantes afirmaram que seus PRMSs possibilitavam a atuação interdisciplinar. Porém, haveria certa dependência do serviço em que estavam alocados, em consonância com a linha de raciocínio sintetizada nos relatos 11 e 12. Ressalte-se que os residentes multiprofissionais de um dos PRMSs realizam, durante o primeiro ano, uma passagem de quatro meses de duração por serviços de Atenção Primária, fato este que, inclusive, foi valorizado no relato 11. Ademais, a importância da iniciativa pessoal dos residentes também foi apontada pelos participantes como um importante fator favorecedor da interdisciplinaridade, como se vê no relato 13.

Relato 11: Eu acho que quando ele [PRMS] vai para o campo da saúde pública [Atenção Primária] ele possibilita mais do que quando ele está no campo hospitalar. [...] dentro do hospital ainda isso não é muito bem definido, eu acho que eles não entendem muito bem, assim como eles não entendem a Residência muito bem, dentro do hospital. Mas

no PSF, na UBS [...] isso já é muito fortalecido, as visitas são sempre em grupo, o plano de cuidado que a gente traça é em grupo. [...] só que no hospital ainda eles precisam um pouco mais, não sei... um treinamento, alguma coisa que possibilite essa visão pra eles. (Participante 11)

Relato 12: Então, aqui no hospital a gente tem um setor mais específico que a gente sabe que as coisas fluem mais em equipe, que é o setor da Pediatria, que a gente consegue participar de todas as reuniões. Ainda é uma reunião muito médica, mas a gente sente que [...] que a abertura é maior da Pediatria. Os profissionais parecem que escutam mais a opinião dos outros profissionais [...] mas isso muito por conta de uma determinada pessoa que ficou muitos anos na chefia da Pediatria que tinha uma outra lógica de serviço. (Participante 25)

Relato 13: O que possibilita é mais pelo que nós residentes buscamos. [...] O que eu venho observando é que entre nós, que somos recém-formados, que a gente vem estudando essa lógica desde a graduação, a gente busca mais isso, mas de uma proposta que venha pela parte organizacional, estrutural da Residência eu acho que são poucos os momentos. Foram poucos os momentos teóricos em que nós fomos convidados a discutir aquilo em conjunto, [...] de maneira interprofissional. E nas reuniões que a gente participa a gente vê uma lógica bem multiprofissional. Na maioria das vezes essas reuniões, elas são espaços em que o saber médico vem a frente e que conta com outros profissionais, mas a gente não é chamado em nenhum momento a participar daquilo. (Participante 23)

Alguns participantes referiram que os PRMSs aos quais se encontravam vinculados proporcionavam a atuação interdisciplinar, sendo que o faziam, especialmente, por estimularem a realização de intervenções conjuntas nos serviços em que os residentes estavam alocados, conforme o relato 14. Além disso, a confiança depositada

gradativamente pelos demais profissionais de saúde nos residentes foi considerada outro relevante fator favorecedor da interdisciplinaridade. O relato 15 constitui um exemplo neste aspecto.

Relato 14: Quando a gente passa na Atenção Básica, que a gente trabalha muito com grupos, sala de espera. [...] eu não vejo como um profissional trabalhar sozinho [...] porque a gente não vê o paciente só em relação à Nutrição, eu vejo vários aspectos. (Participante 16)

Relato 15: Como R1, o pessoal, às vezes, acha que a gente não existe aqui dentro do hospital, a gente só está aqui pra tocar serviço e olha lá. Agora, como R2, já veio à confiança, o vínculo com a equipe toda, com o hospital, que já conhece mais [a gente]. (Participante 12)

Em contrapartida, a percepção de alguns participantes foi de que seus PRMSs não possibilitavam o trabalho interdisciplinar, o que se deveria, sobretudo, a problemas no diálogo com os profissionais de Medicina que seriam resultantes, ao menos em parte, da separação existente entre os Programas de Residência Médica e Multiprofissional. Tal achado pode ser visualizado nos relatos 16, 17 e 18. Mas cabe ressaltar que problemas dessa natureza foram citados, com ênfase variável, pela maioria dos participantes em algum momento da entrevista.

Relato 16: Aqui, no hospital, ainda tem muito a questão da hegemonia médica. Por mais que a gente acompanhe, esteja junto, discute, mas acaba, por exemplo, do paciente ter alta, e aí a nutricionista tinha toda uma indicação do que a pessoa em casa vai comer, o que ela pode e o que ela não pode, que influencia inclusive no estado de saúde da pessoa, e acaba essa pessoa voltando porque não teve uma alimentação adequada em casa, e aí quando a gente vê a pessoa já foi, né? [...] Isso é uma das coisas que atrapalha a equipe, acho que a equipe tem que ter essa integração, a gente ainda não caminha nesse ponto, mas é o ideal. (Participante 2)

Relato 17: [...] a gente tenta chegar o mais próximo possível [...] porque existem duas Comissões de Residência, a Comissão de Residência Médica e a Multiprofissional, enquanto as duas não tiverem caminhando juntas, isso não vai ser possível. (Participante 22)

Relato 18: Como a gente fala um Programa de Residência Multiprofissional onde não há o médico, que é uma figura logicamente esperada dentro da área da saúde. E ao mesmo tempo isso caminha pra esse reforço assim de que a gente é uma equipe de apoio mesmo né? Do serviço. (Participante 26)

Outros fatores dificultadores mencionados pelos participantes, independentemente das percepções sobre a interdisciplinaridade em seus PRMSs, foram: (1) a própria formação acadêmica que receberam na graduação, que favoreceria a atuação disciplinar; (2) questões institucionais, concernentes à lógica medicocêntrica vigente na Atenção Hospitalar; (3) a falta de reconhecimento, por parte de alguns profissionais de saúde dos serviços, dos residentes enquanto graduados, muitas vezes sendo vistos como meros estagiários; e (4) a organização dos PRMSs, devido à extensa carga horária e à divisão dos residentes em setores distintos. Os relatos 19, 20, 21 e 22 correspondem a estes achados.

Relato 19: Então pra interdisciplinaridade dar certo, funcionar, precisa que as pessoas aprendam a conversar e dialogar mais, que a gente não tem formação pra isso. A gente tem uma formação do que é meu, é meu, o que é do outro, é do outro, então a gente tem que avançar muito. (Participante 20)

Relato 20: A hegemonia de algumas profissões sobre as outras que são consideradas um pouco subalternas, então a gente tem ainda essa diferenciação entre as próprias profissões mesmo. [...] Na prática essa questão das próprias profissões ainda terem essa lógica de formação muito fragmentada [...] Algumas profissões que se consideram superiores e não

querem dialogar ou acham que a equipe multi não é importante. (Participante 25)

Relato 21: [...] a organização do próprio serviço, porque muitas vezes os nossos preceptores, não só do Serviço Social, de todas as áreas, ainda não entenderam essa questão do trabalho multi e não aceitam muito bem essa questão do trabalho interprofissional. Então eles acabam afastando um pouco esse contato com a gente (Participante 7)

Relato 22: Como a carga horária é muito extensa e tem muitos trabalhos, tem uma demanda muito grande, isso também demanda um tempo maior, quando você tem que tomar uma decisão em conjunto. Isso eu acho que acaba atrapalhando um pouco. (Participante 24)

Em linhas gerais, os fatores favorecedores e dificultadores que se depreendem dos relatos dos participantes também foram encontrados por outros autores, dentre os quais Anjos e Souza<sup>26</sup> em um estudo com profissionais de saúde que destacaram a importância da disponibilidade para a troca de saberes e práticas e a presença em reuniões de equipe para a efetivação da interdisciplinaridade. Por outro lado, reconheceram como obstáculos a carência de ações de educação permanente, a existência de dificuldades pessoais quanto ao compartimento de conhecimentos e a excessiva demanda de trabalho.

De forma semelhante ao que foi observado no presente estudo, as pesquisas de Gelbcke, Matos e Sallum<sup>30</sup> e Bispo et al.<sup>28</sup> realçam que o trabalho em equipe no campo da saúde envolve a superação das práticas fragmentadas decorrentes da valorização das especialidades. Ademais, consideram imprescindível a revisão da lógica a partir da qual o trabalho em saúde tende a ser estruturado, pois tal lógica implica em investimentos reduzidos em ações de aprimoramento na perspectiva da interdisciplinaridade.

Ressalte-se ainda que a pesquisa de Scherer, Pires e Jean<sup>10</sup> enquadra como possíveis obstáculos para o trabalho interdisciplinar: (1) problemas da formação acadêmica, ainda fragmentada; (2) dificuldades pessoais e disputas de poder evidenciadas pela insegurança e

desvalorização do trabalho próprio ou alheio; (3) desconhecimento da atuação interdisciplinar e sobre como operacionalizá-la; (4) questões políticas, organizacionais e estruturais referentes aos PRMSs e (5) predominância do saber médico no campo da saúde. Em maior ou menor grau, tais obstáculos também foram assinalados pelos participantes do presente estudo.

Para encerrar a segunda categoria, é válido recapitular que a maioria dos participantes afirmou que os PRMSs aos quais se encontram vinculados possibilitavam a interdisciplinaridade apenas parcialmente. Tal achado, em particular, pode ser considerado preocupante, visto que, conforme Araújo, Vasconcelos, Pessoa e Forte<sup>22</sup>, em face da hegemonia do modelo médico-centrado e da assistência tecnicista no campo da saúde, os PRMSs são - ou deveriam ser - um dispositivo capaz de fomentar a transformação das práticas em prol da concretização dos princípios e diretrizes do SUS, tendo a integralidade um dos seus pilares de sustentação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidencia que, entre os participantes, houve dificuldades na diferenciação entre as modalidades de trabalho em equipe, principalmente no que diz respeito à discriminação das características próprias da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade. Parece razoável propor que tais dificuldades podem ensejar barreiras à efetivação da atuação interdisciplinar. Outro achado que chama a atenção refere-se ao fato de diversos participantes terem apontado como fator dificultador para a interdisciplinaridade a própria formação acadêmica, o que torna patente a necessidade de se intensificar as iniciativas de divulgação e valorização da Educação Interprofissional no âmbito da graduação, a exemplo do que os PRMSs têm procurado fazer no contexto da pós-graduação *lato sensu*.

Igualmente merece destaque a identificação, por parte da maioria dos participantes, de problemas no diálogo com os profissionais da Medicina. Estes problemas, inclusive, se afigurariam como mais um fator dificultador da interdisciplinaridade, para alguns deles. Este resultado demonstra a importância de medidas voltadas à horizon-



talização das relações estabelecidas entre os profissionais de saúde de diferentes categorias profissionais, em um movimento que busque valorizar todos os saberes compreendendo-os como complementares, e não como sobrepostos.

Vale ressaltar ainda que, apesar de os PRMSs dos participantes aparentemente estarem um tanto quanto distantes do que os mesmos consideram como ideal em termos da atuação interdisciplinar, trata-se de um espaço potente de interlocução entre os profissionais de saúde. Ocorre que os PRMSs, de modo geral, têm exercido um papel fundamental no desenvolvimento e na consolidação do SUS, abrindo caminho para que as ações em saúde sejam mais alinhadas às necessidades das comunidades e, conseqüentemente, mais efetivas. Assim, têm auxiliado a difundir novos saberes e novos fazeres no campo da saúde.

Em suma, o presente estudo, ao contemplar uma temática ainda pouco explorada por pesquisas nacionais, colabora com o debate científico e fornece elementos, ainda que iniciais, para o aperfeiçoamento das políticas públicas em saúde, especialmente relativas à Atenção Hospitalar, na perspectiva da interdisciplinaridade. Por outro lado, é preciso enfatizar que, como em qualquer estudo qualitativo, os resultados veiculados não se prestam a generalizações estatísticas, mas, sim, a generalizações naturalísticas. Logo, para que se possa determinar o quanto tais resultados se aplicam a outros cenários, novas pesquisas são necessárias. Além disso, recomenda-se a realização de pesquisas com residentes vinculados a outras áreas de concentração contempladas nos PRMSs, pois o presente estudo abarcou apenas uma delas.

## REFERÊNCIAS

1. Shikasho L. Os programas de residência e a integralidade da atenção: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde. [Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora. 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: MS. 2004. Recuperado em 20 de setembro, 2017.
3. Ferraz, L, Vendruscolo, C, & Marmett, S. Educação Permanente na Enfermagem: uma revisão integrativa. Revista Baiana de Enfermagem. 2014; 8(2):196-207.
4. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, da Silva, JAM, de Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2013; 47(4):977-83.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: MS. 2006; Série B.
6. Brasil. Ministério da Educação (MS). Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: MS. 2012. Recuperado em 24 de maio, 2018, de [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1\\_5448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1_5448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192)
7. Borges MJL, Gurgel IGD, Sampaio AS. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. Ciência Saúde Coletiva. 2010; 17(1):147-16.
8. Guedes LE, Ferreira Junior M. Relações disciplinares em um centro de ensino e pesquisa em práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Saúde e Sociedade. 2010; 19 (2): 260-72.
9. Scherer M.D.A., Pires, D. Interdisciplinaridade: Processo de conhecimento e ação. Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2011; 5 (1):69-84.
10. Scherer MDA, Jean R, Pires D. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18(11): 3203-12.

11. Silva JLC. Das concepções disciplinares na Ciência da Informação e/ou de suas configurações epistemológicas: o desiderato percebido da interdisciplinaridade. *Investigación bibliotecológica*. 2013; 27(59): 67-92.
12. Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human resources for Health*. 2013; 11 (1):19.
13. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 70ª edição. São Paulo: Livraria Martins Fontes. 2011.
14. Franco, GP, Barros, ALBLD, Nogueira-Martins, LA, & Zeitoun, SS. Burnout in nursing residents. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011; 45 (1):12-8.
15. Goulart, CT, da Silva, RM, Bolzan, MEDO, & Guido, LDA. Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Northeast Network Nursing Journal*. 2012; 13 (1).
16. Brasil. Lei nº 11.129, 30 de junho de 2005. Institui o programa Nacional de inclusão de jovens - Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*. 2005.
17. Brasil. Ministério da Educação. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília: ME*. 2012.
18. Japiassu H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Imago Editora. 1976.
19. Almeida Filho ND. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1997; 2(1-2): 5-20.
20. Alvarenga JDPO, Meira AB, de Fontes WD, Xavier MMFB, Trajano FMP, Neto GC, de Almeida FVH. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. *Revista de enfermagem UFPE [online]*. 2013; 7(10):5944-51.
21. Iribarry IN. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia: reflexão e crítica*. 2003; 16(3):483-490.
22. Araújo TAMD, Vasconcelos ACCPD, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 (62):601-13.
23. Luz MT. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas-análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*. 2009; 18(2):304-11.
24. Saube R, Agea Cutulo LR, Pereira Wendhausen AL, Vélez Benito GA. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface - Comunicação Saúde Educação*. 2005; 9 (18):521-36.
25. Souza DRPD, Souza MBBB. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2009; 11 (1):117-23.
26. de Silva IB, Tavares OAO. Uma pedagogia multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar para o ensino/aprendizagem da física. *HOLOS*. 2005; 1: 4-12.
27. Costa RP. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*. 2007; 5 (8):107-24.
28. Bispo EPF, Tavares CHF, Tomaz JMT. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 (49):337-50.
29. Anjos Filho NC, de Souza AMP. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2017; 21 (60): 63-76.
30. Gelbcke FLL, Matos EM, Sallum NC. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2012; 6 (4): 31-9.

*Recebido em: 30/08/2018*

*Aceito em: 28/12/2018*