

O Processo de (Des)Construção da Multiprofissionalidade na Atenção Básica: Limites e Desafios a Efetivação do Trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família Em João Pessoa-PB

The Process of (re) Building Multiprofessionalism in Primary Care: Limits and Challenges for Effective Teamwork in Family Health Strategy in Joao Pessoa - PB

CRISTINA DA SILVA MEDEIROS¹
RAFAEL NICOLAU CARVALHO²
PATRÍCIA BARRETO CAVALCANTI³
ANA RITA SALVADOR⁴

RESUMO

Objetivo: O presente trabalho teve por objetivo analisar a percepção dos profissionais de nível superior da Atenção Básica sobre o processo de construção da Multiprofissionalidade nas Equipes de Saúde da Família do DS III do município de João Pessoa. **Material e Métodos:** A investigação teve caráter exploratório, através de uma abordagem quali-quantitativa. Foram aplicados 15 questionários semi-estruturados aos profissionais das Equipes de Saúde completas de nível superior (Enfermeiro, Médico, Dentista) e os Apoiadores Matriciais contemplando 04 ESF do referido distrito. As informações colhidas foram organizadas, categorizadas e examinadas com o intuito de recombinar as evidências, tendo em vista as proposições iniciais do estudo. **Resultados.** Com relação ao perfil observamos uma predominância do gênero feminino com 60% de representatividade. Entre as categorias profissionais e reforçando o debate, verificamos que a maioria dos profissionais são dentistas com 33% de representatividade, enfermeiros 27%, médicos 20%, farmacêutico 13% e apenas 7% fisioterapeutas. Foi verificado com referência ao vínculo empregatício dos profissionais que 80% dos entrevistados são prestadores de serviço. Cerca de 66% consideram o ACS como a categoria profissional que mais facilita o trabalho em equipe **Conclusão:** A partir da análise conclui-se que, apesar da iniciativa de reestruturação do modelo de atenção a saúde e a ESF está pautado no princípio do trabalho Multiprofissional há um movimento de "desconstrução" do trabalho multiprofissional quando ficam evidenciadas ações fragmentadas, desarticuladas, individualistas.

DESCRITORES

Saúde da Família. Assistência Integral à Saúde. Saúde Pública.

SUMMARY

Multiprofessionalism has been reported in the literature on health care models as a tool of paramount importance to the construction of more integrative and interdisciplinary practices compatible with the expanded concept of health, and new forms of collective work in health with emphasis to the multiprofessional work team. The family health team has been considered a privileged locus for performance of that practice. This study aimed to analyze the perceptions of primary health care professionals on the process of building multiprofessionalism in the Family Health Teams of the III Sanitary district of the city of Joao Pessoa. The research had exploratory nature, through a qualitative and quantitative approach. Were applied 15 semi-structured questionnaires to health team's professionals with complete degree (Nurse, Doctor, and Dentist) and to matrix supporters, contemplating 04 FHT of that district. The collected information was organized, categorized and examined in order to recombine the evidence, given the initial propositions of the study. **Results:** With regard to the profile observed, there was female predominance with 60% representation. Among the occupational categories, it was found that most professionals were dentists with 33% representation, followed by nurses (27%), physicians (20%), pharmacists (13%) and only 7% were physiotherapists. As regards employment contract, it was verified that 80% of professionals interviewed were service providers. About 66% of them consider the HCA as the professional category that most facilitates team work. From the analysis, it is concluded that, despite the initiative to restructure health care model and the FHT is guided by the principle of multiprofessional work, there is a movement for "deconstruction" of multiprofessional work, evidenced by fragmented, disjointed, and individualistic actions.

DESCRIPTORS

Family health. Comprehensive Health Care. Public health.

1 Assistente Social. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade- RMSFC/NESC/CCS/UFPB.

2 Professor Assistente I do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba-UFPB.

3 Professora Associada II do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba-UFPB.

4 Assistente Social. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade- RMSFC/NESC/CCS/UFPB. Professora Substituta do Departamento de Serviço Social da UFPB.

A experiência enquanto Assistente Social da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) tem oportunizado a vivência diária com as particularidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) na interface com as demandas sociais e comunitárias relativas à luta e defesa do direito à saúde, expressa pelos diversos movimentos de garantia e ampliação do acesso, melhoria da qualidade dos serviços, construção de novos perfis profissionais e arranjos em equipes de trabalho que atenda à complexidade do fenômeno saúde. Posta a problemática, surge o desafio de potencializar as equipes com a inserção dos Residentes de diferentes núcleos nas Unidades de Saúde do Município de João Pessoa-PB, na construção e discussão dessa “nova” estética do trabalho multiprofissional na saúde. Tal vivência provocou o interesse em investigar a multiprofissionalidade na Atenção Básica e seu manejo na prática dos diferentes núcleos diante aos condicionantes do processo saúde-doença, sobretudo pela inexistência de algumas categorias profissionais nas Equipes de Saúde da Família a exemplo do Serviço Social.

Diante dessa complexa experiência, proporcionada pela inserção no processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica, nos possibilitou levantar alguns questionamentos: como estes atores organizam em sua prática cotidiana uma atuação multiprofissional? Que conceitos os profissionais têm sobre a multiprofissionalidade? De que forma os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença influenciam no trabalho multiprofissional?

Para responder a estas questões consideramos as seguintes hipóteses:

- Na prática a multiprofissionalidade é pouca exercida no âmbito da atenção básica, apesar de ser considerada como uma ferramenta fundamental para o alcance do princípio da integralidade na assistência;
- Os núcleos profissionais trabalham de forma desarticulada pela existência da centralidade das decisões e pela prestação do cuidado está pautada no conhecimento clínico;
- As ações prestadas e/ou intervenções técnicas não conseguem harmonizar-se com o contexto social dos usuários, pois os determinantes sociais, ainda são desconsiderados na organização, planejamento e execuções dos serviços de saúde em nível local.

Nesse sentido o trabalho teve por objetivo: Analisar a percepção dos profissionais de nível superior da Atenção Básica sobre o processo de construção da Multiprofissionalidade nas Equipes de Saúde da Família

do Distrito Sanitário (DS) III do município de João Pessoa. A pesquisa foi estruturada em eixos de análise, considerando, também, conhecer o perfil dos profissionais da ESF pesquisados, como umas das condições de efetivação da prática multiprofissional em saúde; a percepção dos mesmos sobre a multiprofissionalidade, visto que, as concepções influenciam e determinam a vivência da prática multiprofissional dentro dos serviços; e a forma ou modo como eles operacionalizam a multiprofissionalidade no cotidiano dos serviços e sua relação com os determinantes do processo saúde-doença.

Contudo, o debate está inscrito numa conjuntura mais ampla, a saber, a Reforma do Estado Brasileiro com seu enxugamento na execução das políticas públicas, a desconcentração de programas e serviços do âmbito do Estado para segmentos da sociedade, terceiro setor e privatização, a lógica racionalizadora da gerência administrativa que, sem dúvida, implica em reformas dos sistemas de saúde que começam com a reorientação de suas práticas assistenciais e gerenciais.

Dessa forma, nas últimas décadas, as políticas públicas brasileiras vêm passando por profundas transformações decorrentes das mudanças de ordem social, política e econômica que se evidenciam no país. No tocante à saúde, essa tem expressado um processo de reorganização das práticas sanitárias, resultado do debate entre projetos societários distintos para o setor. Debate esse, que se conformou com os desdobramentos do Movimento de Reforma Sanitária, consubstanciados na Carta Constituinte de 1988, e a reestruturação das Políticas de Saúde na década seguinte.

A proposta do modelo de atenção assistencial esboçado a partir de 1986, retratado pelo Movimento Reforma Sanitária e institucionalizado pela Constituição Brasileira, traz uma nova configuração para o processo de trabalho em saúde, dentre suas inovações busca não apenas eleger a Atenção Básica como porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), como também redimensionar a prestação do cuidado que era ofertada prioritariamente nos hospitais pelos especialistas de modo a fragmentar o indivíduo. A proposta do novo modelo centra-se no usuário cidadão enquanto sujeito ativo, esse é percebido em sua totalidade na construção do cuidado seja individual ou coletivo.

A década de 1990 é marcada pela introdução de uma série de mudanças significativas no desenho organizacional da política de saúde brasileira, dentre elas a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus dispositivos legais, expressos nas leis 8.080/90 e 8.142/90, suas normativas NOB /93 e a NOB / 96.

Desta maneira, o Ministério da saúde em 1994, como forma de reorganizar a rede de serviços de saúde

implanta o Programa Saúde da Família (PSF), pautado pelos princípios da equidade, integralidade e universalidade da assistência, como forma de modificar o modelo de saúde vigente. O PSF, expressa um modelo onde o foco da atenção são as famílias adstritas, sendo fundamental compreender que estas e os serviços de saúde estão inseridos dentro de um contexto marcado pelos determinantes políticos, econômicos e sociais. Para tanto, não se consegue atender às necessidades de saúde, detendo-se apenas ao âmbito orgânico dos indivíduos, buscando desenvolver ações no âmbito preventivo, educativo e assistencial embasadas na integralidade da assistência e do cuidado.

Nesse contexto e partindo dessa premissa, o PSF se estrutura como estratégia prioritária para estruturação dos sistemas municipais de saúde, com o objetivo de reorientar o modelo de atenção, servindo, muitas vezes, como atrativo para efetivar a municipalização da saúde, e imprimir uma nova dinâmica dos serviços e ações de saúde.

No conjunto dessas mudanças, vários estudos têm se dedicado a desvendar as múltiplas vertentes ocasionadas pelo PSF, abordando entre outros aspectos, sua dimensão política, como estratégia de reorganização dos sistemas locais de saúde propiciada pela descentralização; sua dimensão administrativa, com adoção de novos modelos gerenciais como base no planejamento estratégico, controle, avaliação e monitoramento de indicadores de saúde; sua dimensão pedagógico-educativa, criando novas formas de relações de trabalho, com base no novo modelo de assistência que se desenha, e que prioriza o trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinar e ações intersetoriais com participação popular.

Assim, destacamos que as experiências de implantação e trabalho no PSF são as mais diversificadas, marcadas por contextos distintos, que muitas vezes não expressa o modelo de atenção almejado (MONNERAT *et al.*, 2006).

Queremos aqui demonstrar que essa diversidade de fatores, que perpassam por várias dimensões, as quais nos referimos, moldam, de forma bastante peculiar, como se dá o trabalho e as relações estabelecidas entre o modelo de atenção almejado, que busca efetivar uma nova lógica com base no trabalho em equipe multiprofissional e as práticas até então vigentes e persistentes dentro do PSF.

No conjunto destas modificações, nos últimos anos, o trabalho em saúde tem sido objeto de muitos estudos e análises, estimulando o repensar do arcabouço da formação e educação tradicional dos profissionais de saúde. Essas reflexões vêm influenciando e motivando a organização de novas estratégias de

educação que favoreçam a construção de experiências tendo a multiprofissionalidade como referência, experiências, em especial as proporcionadas pelos programas de residência multiprofissional.

MATERIAL E MÉTODOS

O procedimento metodológico de uma pesquisa científica configura-se enquanto “o conjunto de técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objetiva do conhecimento de maneira sistemática” (JUNG, 2003, p. 55.). Neste sentido, diz respeito às formas e percursos, previamente definidos e ordenados pelo pesquisador, em busca de explicações dos fenômenos do real. Tais fenômenos apresentam-se na sociedade sob diversos prismas, exigindo, com isso, uma análise complexa da realidade.

Partindo dessas considerações, o presente artigo é fruto de uma investigação de caráter exploratório, por ser este uma modalidade de estudo que possibilita uma maior aproximação com o tema pesquisado.

Assim, além da pesquisa exploratória proporcionar um conhecimento amplo do assunto pesquisado, conforme GIL, (2000), o “seu planejamento é [...] bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado” (GIL, 2000, p. 5).

A partir dessas considerações, tornou-se pertinente uma abordagem quali-quantitativa por ser esta forma de apreensão que melhor aborda os diversos elementos contidos na realidade investigada, dada a sua dinamicidade.

A escolha do lócus de investigação foram Equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário III do Município de João Pessoa-PB, levando em consideração o campo de atuação da Residente pesquisadora. Buscando, dessa forma, investigar uma realidade de relevância para o pesquisador como bem aponta MINAYO, (2006, p. 26), “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado e sempre leva em consideração a possibilidade de descortinar as expectativas imbuídas entre pesquisador e o campo a ser investigado”.

Foi tomado como foco do estudo a dinâmica da Multiprofissionalidade na composição das Equipes de Saúde da Família e seu reflexo nas intervenções técnicas. Desta forma a pesquisa teve como sujeitos os Profissionais das Equipes de Saúde de nível superior que estivessem completas (Enfermeiro, Médico, Dentista) e os Apoiadores Matriciais, desta maneira se buscou focar

em uma parcela representativa destes, optando-se por uma amostra intencional do tipo não-probabilística que objetivou captar a diversidade do universo. Mais especificamente a amostragem não-probabilística de cotas de acordo com MARSIGLIA, (2006, p. 9) considera as características dos integrantes do universo, construindo assim, uma réplica que o represente, com presença de todos os elementos na amostra, na mesma disposição em que aparecem no universo.

As equipes selecionadas atenderam o critério de elegibilidade estabelecido: ESF Muçumagro II- USF Rosa de Fátima; ESF Ambulantes- USF Nova Esperança; ESF Cidade Verde V- USF Cidade Verde; ESF Cidade Verde I- USF Cidade Verdes Mares. A fase de coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro a novembro de 2010.

Diante da subjetividade da temática, optou-se pelo questionário semi-estruturado por caracterizar-se como um instrumento mais aberto e flexível, possibilitando a interação entre pesquisador e pesquisado. Foram aplicados 15 questionários aos profissionais de diversas categorias profissionais: cinco dentistas, quatro médicos, três enfermeiras, dois farmacêuticos, um fisioterapeuta.

Vale salientar que a pesquisa pautou-se pelos princípios e diretrizes definidas na Resolução 196/96 que delibera sobre as ações éticas na pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovada com o Protocolo nº 514/10, Folha de rosto nº 369508 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Hospital Universitário Lauro Wanderley em 28 de setembro de 2010.

Após a coleta dos dados se processou a análise e interpretação. As informações colhidas foram organizadas, categorizadas e examinadas com o intuito de recombinar as evidências, tendo em vistas as proposições iniciais do estudo. As respostas foram transcritas e analisadas buscando trazer as conexões possíveis com o recorte teórico, identificando os antagonismos, paradoxos e as representações presentes nos fragmentos das respostas.

As respostas foram organizadas em três eixos de análise a partir das categorias teóricas: 1) A percepção dos profissionais acerca da multiprofissionalidade; 2) Cuidados em saúde e a multiprofissionalidade; 3) Entraves e possibilidades ao exercício da multiprofissionalidade.

Mas antes de precedermos com análise dos eixos, organizamos, a partir dos dados coletados, o perfil dos profissionais que apresentamos a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A efetivação da multiprofissionalidade perpassa diferentes aspectos: formação dos profissionais das equipes, diversidade de profissionais, concepções sobre a própria multiprofissionalidade, perfil da gestão e sua compreensão do processo saúde-doença e questões objetivas que fragilizam os trabalhadores e muitas vezes são condições que inviabilizam o exercício da prática multiprofissional. Nesse sentido, traçamos o perfil dos profissionais como forma de compreender como eles vivenciam a multiprofissionalidade no interior de suas equipes e unidades de saúde.

Com relação à distribuição por gênero observamos uma predominância do gênero feminino com 60% de representatividade e 40% do gênero masculino.

A partir dessa informação podemos inferir que há certa predominância de mulheres nas equipes de saúde pesquisadas que, de modo geral, reflete a predominância do gênero feminino nas profissões da saúde. Sabemos que a construção dos papéis sexuais em nossa sociedade estão estruturados sobre as diferenças sexuais e corpóreas entre homens e mulheres e características simbólicas atribuídas a cada um dos gêneros edificados pela cultura e representadas no imaginário das pessoas. Nas análises possíveis entre os gêneros na sociedade, parece que esse quadro de representações tem forte poder estruturante na escolha das profissões. Mesmo com a entrada das mulheres no mercado de trabalho e principalmente em campos tipicamente “masculinos” não alteraram essa diferenciação entre profissões masculinas e femininas (FERRAND, 1994).

Com relação às categorias profissionais e reforçando o debate, verificamos que a maioria dos profissionais são Dentistas, com 33% de representatividade, seguidos por enfermeiros com 27%, médicos com 20%, farmacêutico com 13% e apenas 7% fisioterapeutas. Vale destacar que as duas últimas categorias não fazem parte da equipe básica da ESF e sim do “apoio matricial” viabilizado pelo Núcleo Apoio à Saúde da Família (NASF).

Há de certa forma uma diversidade de profissionais nas equipes, e no “apoio” o que poderia facilitar o processo de construção de prática multiprofissional, tendo como suporte as ferramentas ofertadas pelo matriciamento, a gestão do cuidado e os diversos projetos contemplados na proposta do NASF. Mas, essa diversidade de profissões presente no interior dos serviços só poderá construir uma prática inovadora a partir do compartilhamento de agendas, construção de novas agendas integradas com o intuito de viabilizar uma melhor assistência à saúde dos usuários dos serviços, e criando os vínculos necessários para efetivação de uma prática multiprofissional.

Com relação ao ano de formação observamos que a maioria dos profissionais pesquisados, 53%, formaram-se nos anos 2000, seguidos por 20% nos anos 70 e 90, respectivamente, e apenas 7% nos anos 80.

Podemos inferir que a maioria dos sujeitos da pesquisa, em suas formações, considerando os anos 2000, passou, em algum momento, pela discussão sobre o trabalho em equipe no campo da saúde, visto que, a partir dessa década verificamos um movimento mais intenso de repensar as práticas em saúde, bem como a formação, tendo em vista a discussão do novo modelo de compreensão do processo saúde-doença, da noção ampliada de saúde, do debate sobre atenção básica e as diversas metodologias de trabalho que surgem nesse contexto.

Vale destacar que a construção histórica do ensino na área saúde tem demonstrado que a formação dos seus profissionais sempre teve uma forte marca do modelo biomédico que foi por muito tempo a concepção hegemônica em saúde. Assim, o conhecimento técnico, o saber fazer, como também o conhecimento dos aspectos biológicos do homem, foi por muito tempo os únicos conhecimentos considerados necessários a essa formação (VILELA, MENDES, 2003).

Com relação à pós-graduação, observamos que 27% dos sujeitos da pesquisa não possuem nenhuma pós-graduação, e 73% possuem especialização, não evidenciamos mestrados e doutorados.

Como podemos observar pelo conjunto das informações, dos 73% que possuem especialização, 39% destes fizeram na área de Saúde da Família; 8% em Saúde Pública; 38% em outras áreas e 15% não responderam a essa questão.

A capacitação para o serviço tem sido um imperativo na contemporaneidade, tanto para qualificação dos atendimentos, como para atender às novas requisições do mercado de trabalho. No campo da saúde essa prerrogativa também tem se verificado na medida em que o próprio processo de discussão do novo modelo de atenção, as novas ferramentas metodológicas de lidar com as demandas de saúde, bem como o novo perfil de usuário tem demandado novos requisitos para os profissionais da área saúde, que muitas vezes não tiveram contato com essas metodologias em suas formações.

Com relação ao tipo de vínculo empregatício, verificamos que a maioria, 80%, são prestadores de serviço, 13% estatutários e 7% não responderam.

Há uma tendência no âmbito do trabalho no Brasil, para desregulação das relações de trabalho, generalização de contratos por tempo determinado, subcontratações e terceirização.

No campo da saúde não é diferente, é crescente o número de prestadores de serviço a exemplo dos sujeitos pesquisados quando 80% não possuem vínculos empregatícios efetivos, fazendo parte do montante crescente de profissionais marcados pela precarização do trabalho.

Questionados se possuíam outro vínculo além da SF ou desempenhavam outra atividade profissional remunerada observamos que a maioria, 48%, afirmaram que não, porém, um parcela significativa, 46%, desempenham outra atividade. 7% dos pesquisados não responderam.

Assim, vemos que na medida em que estes profissionais passam a assumir mais de um emprego ficam com uma sobrecarga de trabalho, o que acaba fazendo com que a prática desses profissionais fique muito mais no âmbito da técnica, ou seja, no fazer. Sendo assim, vemos que a efetivação de uma prática multiprofissional voltada para uma assistência mais integral pode ficar comprometida.

Com relação à renda mensal dos pesquisados, observamos que 53% tem renda compreendida entre 3 e 6 salários mínimos e 47% de 6 a 10 salários mínimos.

Os profissionais de saúde também estão sujeitos às mudanças impostas na gestão do trabalho, submetidos às mesmas situações que qualquer trabalhador, instabilidade, ritmo intenso, redução da remuneração e jornada de trabalho ampliada. Percebe-se uma baixa de salários e de condições de trabalho para os profissionais de saúde, em contrapartida se tem o aumento substancial de uma demanda crescente de usuários, onde o trabalhador além dos aspectos já apontados não consegue desenvolver as ações de prevenção e educação preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Destacamos que os profissionais com renda mensal entre 3 e 6 salários são profissionais não médicos e que possuem apenas um vínculo, enquanto os demais são médicos e dentistas que são melhores remunerados na ESF e/ou possuem outras atividades como forma de ampliar seus rendimentos.

Com relação à faixa etária dos profissionais observamos uma predominância de uma população adulta jovem com a maioria 46% na faixa etária dos 20 aos 30 anos, seguidos respectivamente por 20% na faixa dos 30 a 40 anos e 60 a 70 anos. Com 7% respectivamente as faixas de 40 a 50 e 50 e 60 anos.

A Estratégia de Saúde da Família, por ser financiada quase que exclusivamente com recursos do Governo Federal, dando assim uma maior segurança nos vencimentos, proporciona um relativo retorno financeiro para algumas categorias, ou até mesmo é utilizada para complementar a renda. Pelos dados verificou-se que a maioria dos sujeitos pesquisados está na faixa etária

entre 20-30 anos, ou seja, no início de carreira, movimento muito comum para alguns profissionais de saúde quando vão à busca do primeiro emprego. Muitas vezes a ESF é a primeira oportunidade de trabalho de inúmeros profissionais de saúde, visto que há uma precarização nas contratações desses profissionais sem a efetivação de concurso público.

Diante dos dados apresentados acerca do perfil dos entrevistados, pode-se perceber uma heterogeneidade no perfil dessas equipes com peculiaridades de gênero, formações, faixa etária, pode ser extremamente fecunda a construção de práticas multiprofissionais por possibilitar a interação contínua de experiências, conhecimentos, através da possibilidade de encontros intercomunicativos; interdisciplinares e intergeracionais. Porém, se não houver os elementos de identificação entre esses profissionais e principalmente de identificação com os princípios do Projeto de Reforma Sanitária, os mesmos elementos poderão ser barreiras para efetivação da multiprofissionalidade.

Assim, é a partir desse perfil de trabalhadores que iremos a seguir esboçar o resultado do processo investigativo do presente trabalho.

A percepção dos profissionais sobre a multiprofissionalidade

Na contemporaneidade o conceito de multiprofissionalidade tem sido amplamente difundido como uma condição necessária à recomposição dessas práticas e mais conectadas com o novo modelo de atenção.

Deste modo, procuramos identificar quais eram as percepções dos profissionais sobre a multiprofissionalidade, visto que, diante das diversas concepções sobre o termo, qualificar essa concepção reflete necessariamente compreender as práticas que esses profissionais operam em seu cotidiano de trabalho e que aportes teóricos estão buscando fundamentação.

Nesse sentido, ao indagarmos os sujeitos da pesquisa sobre a compreensão do termo multiprofissionalidade, percebemos apesar dos diversos entendimentos, certa unicidade para o termo, visto que a maioria associou com o trabalho em equipe realizado por diferentes categorias profissionais e ressaltaram algumas características desse trabalho como o fato de possuírem um objetivo comum. Vale destacar a resposta do pesquisado 15 que ressaltou que mesmo sendo uma equipe multiprofissional o trabalho pode ou não ser realizado de forma integrada.

Multiprofissionalidade significa para mim, um espaço de trabalho onde diversos núcleo profissionais atuam, este trabalho pode se dar de uma forma integrada ou não. (Questionário 15, Farmacêutico)

As respostas vão de encontro às concepções elaboradas por PEDUZZI, (2001) ao descrever as tipologias do trabalho multiprofissional. A referida autora aponta dois desenhos de equipe multiprofissional: a equipe agrupamento (com ações justapostas e agrupamentos de diferentes profissionais); e a equipe integração (com articulação das ações e integração dos agentes). Nesse sentido percebemos nas respostas certa identificação dos conceitos com a equipe integração onde deveria ser uma maior articulação dos objetivos e criação de elos de identificação. Uma das respostas se destaca por ressaltar uma característica do trabalho em equipe, ou seja, a integração dos conhecimentos numa perspectiva interdisciplinar,

Trabalho em equipe que contemple uma visão ampliada do ser, fazendo com que não fiquemos em nossos próprias “caixinhas” mas conhecer e ampliar o olhar a partir do outro. (Questionário 8, farmacêutico)

A “ampliação do olhar”, articulação dos saberes, a criação de elos comunicativos são pressupostos que identificam a equipe com modalidade da integração e seria favorável a construção de uma ação interdisciplinar desses agentes.

Indagados sobre a importância do trabalho em equipe para a atuação na ESF, todos apontaram a sua relevância como necessidade primordial para Atenção Básica, como modo de identificação dos serviços ofertados pela ESF.

Sendo assim, o trabalho em equipe é uma ferramenta essencial e reconhecida para a melhoria da assistência em saúde e das questões relacionadas ao compartilhamento de atividades, dificuldade vivenciada pelos profissionais no saúde da família no seu cotidiano de trabalho.

Questionados como vivenciavam a multiprofissionalidade em seu cotidiano de trabalho, percebemos uma diversidade de opiniões que podem ser agrupados em três diferentes perspectivas: 1) os que não percebem a vivência da multiprofissionalidade; 2) a multiprofissionalidade vivenciada através da comunicação, diálogo e outros elementos simbólicos; 3) a multiprofissionalidade vivenciada apenas em alguns momentos ou atividades.

Não vivencio nada, não sinto a multiprofissionalidade apesar de saber sua importância para todos e para o usuário. (Questionário 1, médico)

Um dos desafios postos para a implantação dos

princípios da ESF, estar em fazer com que os profissionais se envolvam no processo de trabalho preconizado para a Saúde da Família. Onde o foco central de atenção da equipe não é apenas o indivíduo, mas a família e seu entorno. Essa possibilidade só poderá ser concreta se houver a integração dos profissionais através de um trabalho multiprofissional.

Pelo entorno das respostas fica evidente que os profissionais reconhecem a importância do trabalho multiprofissional tanto para os usuários como o processo de trabalho, embora na prática existam elementos que impedem a sua execução como ausência de responsabilidade coletiva com o trabalho em equipe e inexpressiva interação entre as diferentes categorias profissionais (PEDROSA, TELES, 2001)

Resposta que reflete a segunda perspectiva elencada:

Vários profissionais trabalhando em conjunto com o objetivo de atender toda a demanda, cada caso, englobando a saúde como um todo. No PSF fica faltando equipe de A demanda é muito grande. (Questionário 13, médico)

A aproximação com o princípio da integralidade no atendimento aos usuários, é evidenciada pela convergência das respostas no tocante a interação entre os diferentes núcleos de saber que compõe as equipes multiprofissionais. O trabalho em equipe tem a finalidade de refletir sobre os diversos fatores que interferem no processo de saúde-doença para tanto, são apontados alguns elementos subjetivos presentes na modalidade do trabalho coletivo como a boa comunicação, união e confiança entre os diversos segmentos profissionais da equipe de saúde. PEDUZZI, (2001) denomina este tipo de arranjo no processo de trabalho como mediação simbólica da linguagem, onde ocorre a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação dos agentes dos diferentes núcleos de saber.

Portanto, a multiprofissionalidade é vivenciada através da compreensão da linguagem, expressões e reconhecimento das potencialidades próprias de cada ator que compõe a equipe de saúde da família, pautando suas ações na realidade apresentada pelos usuários no âmbito biopsicossocial.

Resposta que reflete a terceira perspectiva:

Posso citar como exemplo as discussões de projetos terapêuticos, individuais e coletivos, visitas domiciliares com mais de um profissional e interconsultas. (Questionário 6, fisioterapeuta)

Essas respostas apontam importantes ferramentas incorporadas à ESF através do NASF. Algumas ferramentas foram citadas como: apoio à gestão (o apoio matricial), a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS). As interconsultas foram bastante exploradas (potencializando em compartilhamento com as ESF as intervenções, fossem técnicas, educativas ou preventivas) através da inserção da Residência Multiprofissional nas Unidades de Saúde da Família a qual os Residentes de vários núcleos de saber estavam vinculados.

Podemos observar que os agrupamentos de perspectiva destacados nas respostas dos pesquisados refletem as proposições de FORTUNA, MISHIMA, (1999) *apud* PEDUZZI, (2001), quando percebem diferentes formas de arranjos de equipes multiprofissionais com distintas posturas a partir do enfoque evidenciado pelos estudos sobre o tema. Assim o trabalho em equipe seria uma realidade dada refletindo a mera existência de diferentes profissões no mesmo ambiente de trabalho. No enfoque psicológico ou relacionais as equipes seriam determinadas pela confiança, companheirismo, ligação afinidade entre outros aspectos; e por fim o enfoque interdisciplinar que evidencia as relações de troca de conhecimentos e construção de novas abordagens.

Questionados se a formação profissional tinha dado subsídios para a vivência da multiprofissionalidade todos os pesquisados afirmaram que não.

A formação dos profissionais de saúde é uma questão que vem sendo discutida e reavaliada nos últimos anos em diversos espaços institucionais formadores. As políticas públicas, cada vez mais são elaboradas preconizando a complexidade da vida do usuário e da coletividade. Contudo, as respostas confirmam uma formação tradicional voltada para o modelo biomédico, focada na assistência clínica, mesmo que a maioria dos sujeitos pesquisados tenha concluído a graduação nos anos 2000.

Por outro lado, uma parcela dos profissionais busca minimizar estas lacunas na formação através da pós-graduação com as especializações em Saúde da Família mesmo que ainda apresentem um discurso superficial sobre o trabalho multiprofissional nas equipes de saúde.

Indagados, os pesquisados se percebem uma postura favorável ao trabalho multiprofissional nos demais membros da equipes, as respostas foram, em sua maioria, afirmativas (73%).

A diversidade de respostas obtidas na pesquisa revela também que há diferenças na organização do trabalho nas diferentes equipes investigadas, alguns pesquisados relataram fazer parte do processo de

trabalho dos demais membros da equipe discutindo e executando ações em conjunto com objetivo final oferecer uma assistência integral ao usuário.

Convidados a elencarem as categorias profissionais, que mais favorecem ao trabalho multiprofissional, observamos que uma maioria apontou o profissional de enfermagem como o que mais facilita, seguidos pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), e em último o profissional médico.

É preciso considerar que a formação acadêmica dos enfermeiros contribui para uma atenção mais voltada para educação em saúde, promoção e prevenção, facilitando desta maneira a integração da equipe. É evidente que nem todos terão o perfil agregador de saberes dentro da equipe, pelas questões já sinalizadas como os aspectos subjetivos, precarização dos vínculos, condições de trabalho e até lacunas no processo de formação. Já o Agente comunitário de saúde – ACS foi apontado como o segundo segmento facilitador do trabalho multiprofissional, é consenso dentro da ESF que o ACS desempenha um papel fundamental dentro da equipe, pois ele reside no território adscrito, conhece os problemas enfrentados pela sua comunidade, as necessidades e particularidades de cada família assistida.

Cuidados em saúde e a multiprofissionalidade

Uma das formas de perceber a vivência da prática multiprofissional é através da organização do trabalho da equipe para atender às demandas em saúde da população usuária dos seus serviços. Não existe uma fórmula para a vivência de uma prática multiprofissional, no entanto de acordo com os estudos realizados observamos que a organização do trabalho da equipe deve levar em conta os aspectos locais, os problemas de saúde específicos de cada território, os costumes, os interesses e desejos dos usuários, mas também as características da própria equipe. É através dessas características que podem favorecer o exercício da multiprofissionalidade.

Nesse sentido indagamos aos sujeitos da pesquisa como a equipe se organizava para atender às demandas em saúde dos usuários e percebemos a quase inexistência de respostas que apontem as características ressaltadas acima, muitas apontaram que não há uma organização da equipe, atuando de forma separada, desordenada, e atendendo às demandas aleatoriamente. Outro bloco de depoimentos aponta o planejamento de algumas ações; criação de cronogramas e fluxos.

Nota-se que algumas respostas retratam certa organização e planejamento das ações, porém não relatam se há mecanismos que garantam a participação

dos usuários ou da comunidade, ainda é perceptível um planejamento muito normativo.

No entanto ao indagarmos como os determinantes do processo saúde-doença influenciam na organização do trabalho da equipe, percebemos que em algumas unidades os profissionais compreendem bem a relação dos determinantes com seu processo de trabalho e afirmam que estes estão sendo subutilizados; em outra equipe percebemos certa discussão sobre os determinantes e que influencia de forma relativa algumas atividades; por fim uma equipe demonstrou a incapacidade de suas ações abordarem esse processo por perceberem a dimensão macroestrutural do fenômeno saúde.

Os determinantes e indicadores deveriam ser melhor analisados, para o estabelecimento das prioridades de trabalho, almejando sempre o cuidado ao usuário. Atualmente está sendo subutilizado. (Questionário, USF Rosa de Fátima)

Esses determinantes influenciam de tal maneira quando não existe uma intersectorialidade, ou seja, muitas vezes foge da nossa governabilidade resolver determinados problemas. Ex: Falta de saneamento básico, demanda elevada no posto e desestruturação familiar. (Questionário, USF Nova Esperança)

Conceitualmente Determinantes Sociais da Saúde (DSS) refere-se às condições sociais (moradia, habitação, trabalho, cultura etc) que os indivíduos vivem ou trabalham e estão relacionadas à saúde. Vale destacar que os DSS, proporcionam a captação de elementos estratégicos que podem subsidiar políticas públicas mais articuladas e consensuais, como também o planejamento de intervenções para as equipes de saúde visando melhorar a qualidade de vida da população.

Questionados sobre a identificação de objetivos comuns partilhados por todos os membros da equipe, a maioria dos sujeitos pesquisados afirmaram não existir objetivos comuns e quando há não é partilhado por todos.

Não existe equipe, se existe não visualizo nenhum objetivo a não ser atendimento na área curativa, reproduzindo o modelo antigo que ficou para trás e só trouxe doença. (Questionário, USF Rosa de Fátima)

Esse conjunto de respostas reafirma o que a falta de planejamento, de traçar ações em equipe acarreta em intervenções pontuais, individualistas e pouco

eficientes. As ações programáticas são apontadas como momentos (pontuais) de objetivos partilhados, porém o que se verifica pelo discurso é que na prática são realizadas ações compartimentalizadas, que em nada harmonizam com as estratégias de ação na Saúde da Família.

Entraves e possibilidades ao exercício da multiprofissionalidade

Entendemos que o fator comunicação e relacionamento interpessoal é um dos elementos que podem facilitar ou caracterizar uma equipe no sentido de conectá-las com uma ação mais abrangente, tendo a multiprofissionalidade como referência, indagamos os sujeitos da pesquisa sobre o relacionamento interpessoal nas equipes. A maioria (53%) relataram ser bom e 47% regular, não houveram respostas que relataram ser ruim o relacionamento.

Verifica-se pelas respostas colhidas que o fator relação interpessoal é apontado mais uma vez como um dos elementos que dificulta o trabalho em equipe, apesar da maioria dos pesquisados afirmarem terem um bom relacionamento. Os problemas de relacionamento nas equipes de saúde não são inesperados, no entanto se faz necessário refletir acerca de estratégias mediadoras dessas questões internas de cunho relacional que estão se constituindo em intercorrências na qualidade de assistência à saúde prestada por esses trabalhadores.

Questionados sobre outros fatores que facilitavam ou dificultavam a vivência da multiprofissionalidade, identificamos alguns grupos de respostas: 1) aspectos relacionados à formação profissional; 2) aspectos relacionados às demandas do próprio trabalho; 3) aspectos relacionados aos perfis de personalidade, dificuldade de diálogo interação etc;

A formação de alguns profissionais de nível superior em alguns casos dificulta, pois os mesmos não enxergam a importância dos outros.. (Questionário 2, dentista)

Dificulta a sobrecarga de trabalho por vezes ocasionada por falta de organização da rede de serviços de saúde. (Questionário 6, fisioterapeuta)

A alta demanda e a necessidade da comunidade fazem com que a equipe tenha menos tempo para dialogar e executar outras ações. Concentração de diversas atividades para poucas pessoas. (Questionário 15, dentista)

Os elementos apontados nestas três perspectivas expressam apenas os elementos difíceis, à questão ficou aberta para que fossem indicados os aspectos facilitadores para a vivência da multiprofissionalidade, contudo percebe que os trabalhadores não conseguem no momento visualizar esses aspectos dentro da estrutura de suas equipes.

Indagamos como as equipes têm enfrentado essas dificuldades, algumas respostas mostram que às vezes nada é discutido e todos convivem com os problemas, criando mecanismos de indiferença ou negação; outros relatos apontam os momentos de reunião de equipe como uma forma de tentarem equacionar essas dificuldades, embora nem sempre consigam.

A comunicação entre os membros da equipe ESF é essencial na execução do trabalho multiprofissional, pois é através dessa matriz que poderá buscar um trabalho democrático, participativo e de respeito às diferenças. Tal ferramenta possibilitará lidar com as questões dos preconceitos e concepções dos trabalhadores de saúde em relação aos usuários, desconstruindo a relação poder/saber, dando suporte à equipe na análise das implicações inerentes à própria relação de atendimento, no estabelecimento de vínculo e responsabilização no processo de trabalho.

Convidados a opinarem sobre as condições necessárias a realização de um trabalho em equipe nos princípios da multiprofissionalidade, verificamos uma diversidade de respostas, centradas nas condições objetivas do trabalho, e em seus aspectos subjetivos.

Muito embora, não tenha surgido com mais ênfase nas respostas questões relativas às condições de trabalho, esta merece um destaque nesta discussão, envolvendo os elementos até então mencionados, a exemplo dos vínculos empregatícios precários, problemas de relacionamento interpessoal, dificuldades ao acesso à rede de serviços de saúde, falta de insumos, até a ausência de conhecimento sobre o entendimento da lógica de funcionamento da Estratégia de Saúde da Família pela população.

Desta maneira, apesar da Atenção Básica ser a porta de entrada da saúde, percebe-se fragilidades no seu cenário, necessitando de investimentos eficientes voltados para a capacitação profissional, insumos, ampliação da equipes de saúde e criação de mecanismos mais democráticos de gestão que garanta o diálogo com os profissionais, usuários, gestores e com as instituições formadoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há na literatura um conceito fechado para a multiprofissionalidade e nem mesmo na descrição de sua prática. Quando os profissionais inseridos nas diferentes equipes de saúde foram questionados acerca da concepção da multiprofissionalidade perceberam-se duas tipologias para esta ferramenta já tão bem explorados pelo estudo de PEDUZZI, (2001). Entretanto, no transcorrer do processo investigativo ficaram evidentes práticas de ações curativas, educativas e preventivas desarticuladas e incoerentes com os objetivos propostos pela ESF.

Alguns elementos corroboram para este desenho entre os profissionais dos vários núcleos de saber, um bastante mencionado são as relações interpessoais que têm interferido nas relações de trabalho, expresso pelos relatos de frieza, hostilidade do relacionamento, fragmentação do cuidado gerando ineficácia no atendimento.

No tocante às discussões estabelecidas acerca do cenário da organização do trabalho multiprofissional surgem a questão da precarização do trabalho e de vínculo. Vale enfatizar que não é restrito a uma situação local, mais em nível nacional há uma crise na situação de trabalho dos profissionais que atuam no âmbito SUS

que abarcam as questões relacionadas ao fator salarial, carência de insumos técnicos e materiais até as relações de vínculo empregatício.

Portanto, apesar da iniciativa de reestruturação do modelo de atenção à saúde e à ESF, está pautada no princípio do trabalho Multiprofissional e até mesmo do reconhecimento dos profissionais das equipes de sua essencialidade no alcance do atendimento integral, há um movimento de “desconstrução” do trabalho multiprofissional, quando ficam evidenciadas ações fragmentadas, desarticuladas, individualistas.

Assim ressaltamos que o estudo, confirma as hipóteses levantadas na medida em que percebemos que não há um movimento efetivo de busca à prática multiprofissional, ficando essa associada, muitas vezes, à iniciativa isolada de alguns poucos profissionais ou pela compreensão de que a multiprofissionalidade é uma realidade certa, visto que as equipes por sua própria natureza são multiprofissionais.

Portanto, a assistência à saúde sustenta-se através dos vários núcleos de saber profissional que necessitam se articular para conseguir atender a alta complexidade das questões que envolvem o atendimento na atenção básica, voltadas para as questões biopsicosociais aos quais os usuários estão imersos.

REFERÊNCIAS

- FERRAND M. “A exclusão das mulheres da prática das ciências. A manifestação sutil da dominação masculina”. *Revista Estudos Feministas*, 2(esp.):358-367. 1994.
- GIL AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed., São Paulo: Atlas, 2000.159 p
- JUNG CF. *Metodologia Científica: Ênfase em Pesquisa Tecnológica*. 3. ed. Revisada e Ampliada. São Paulo: UFSC Faccat, 2003, p. 55-63.
- MARSIGLIA RMG. Orientações básicas para a pesquisa. In: MOTTA *et al*, *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 2ª São Paulo: Cortez, 2006. p.9-12 .
- MINAYO MCS. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 21. ed., Petrópolis: Vozes, 2006. 108 p.
- MONNERAT GL, SENNA MCM, SOUZA RG. Entre a formulação e a implantação: uma análise do programa saúde da família. In: BRAVO MIS *et al.*, *Saúde e Serviço Social*. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006. p 408 .
- PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia - atualização. *Rev. Saúde Pública*, 35(1):103-9, 2001.
- PEDROSA JIS, TELES JBM, Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. *Rev. de Saúde Pública*, 35(3):303-311, 2001
- VILELA EM, MENDES IJM. Interdisciplinaridade e Saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto,11(4):115-120. 2003.

CORRESPONDÊNCIA

Cristina da Silva Medeiros
R. Senhor dos Passos, 384- Jaguaribe
58015-400 João Pessoa – Paraíba - Brasil

E-mail
cris_jovem@hotmail.com