

Construindo a Multiprofissionalidade: um Olhar sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

Building the Multiprofessionalism: a Look at the Multiprofessional Residence in Family and Community Health

ANARITA DE SOUZA SALVADOR¹
CRISTINA DA SILVA MEDEIROS²
PATRÍCIA BARRETO CAVALCANTI³
RAFAEL NICOLAU DE CARVALHO⁴

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção dos Preceptores e Residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) vinculada a Universidade Federal da Paraíba, acerca do processo de construção da multiprofissionalidade durante essa formação. *Material e Métodos:* Pesquisa de campo, exploratória com abordagem quali-quantitativa, realizada em dezembro de 2010, junto a 6 preceptores e 10 residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba. No processo de coleta dos dados utilizamos questionários; observação participante com registro em diário de campo e pesquisa documental. *Resultados:* Constatamos que o processo de construção da multiprofissionalidade em saúde a partir dessa modalidade de capacitação se apresenta como potente em relação à possibilidade de mudança do modelo assistencial médico centrado, porém as interfaces que a multiprofissionalidade em saúde demanda (a interdisciplinaridade e a equipe integrada), ainda se apresentam como desafios a serem conquistados. *Conclusão:* A multiprofissionalidade na produção do cuidado em saúde e na gestão dos serviços insurge como necessidade face aos princípios filosóficos e organizativos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde. No contexto da RMSFC/UFPB há distorções de compreensão entre preceptores e residentes acerca de alguns aspectos que compuseram o processo pedagógico com vistas à aproximação da prática multiprofissional.

DESCRIPTORIOS

Atenção Primária à Saúde. Formação de Recursos Humanos. Trabalho.

SUMMARY

Objective: To analyze the perception of preceptors and residents of a multiprofessional residence in family and community health (RMSFC) linked to Federal University of Paraíba, about the process of construction of multiprofessionalism during such training. *Material and Methods:* This is an exploratory field research, with qualitative approach, conducted in December 2010, along with 6 preceptors and 10 residents of a multiprofessional residence in family and community health at the Public Health Nucleus, Federal University of Paraíba. Data collection was performed by using questionnaires, participant observation with field journaling and documentary research. *Results:* It was found that the process of building multiprofessionalism in health from this training modality presents itself as a potent tool to possibly change the medical-centered support model, but the interfaces that multiprofessionalism in health demands (interdisciplinarity and integrated team) still present challenges to be conquered. *Conclusion:* Multiprofessionalism in the health care production and management of services emerges as a need to meet organizational and philosophical principles established by the Unified Health System. In the context of the RMSFC/UFPB, there are distortions of understanding among preceptors and residents about some aspects that composed the pedagogical process with a view to the multiprofessional practice approach.

DESCRIPTORS

Primary Health Care. Human Resources Formation. Work.

1 Assistente Social, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade/NESC- Universidade Federal da Paraíba.

2 Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade/NESC- Universidade Federal da Paraíba.

O setor saúde possui traços marcantes advindos de sua origem, como o modelo médico centrado, hospitalocêntrico, autoritário, entre outras características de um setor pouco inclinado ao direito. Enquanto política pública que tardiamente foi garantida em Lei, vivenciou um árduo processo de regulamentação, banhado em diretrizes neoliberais com pouco respaldo popular que continuasse a lutar pelos avanços. Nesse contexto o Sistema Único de Saúde já nasce debilitado em relação ao financiamento e ao preparo dos recursos humanos que lhe dariam vigor e contribuiriam para o alcance de seus princípios fundantes

Ao visualizarmos o cotidiano dos serviços de saúde percebemos a incompatibilidade entre a formação recebida pelos profissionais de saúde, marcada pela divisão em setores do saber, e auto-centrada, como um entrave para a viabilização do acesso ao cuidado em saúde de forma integral. Uma das principais características do trabalho em saúde é o trabalho em equipe multiprofissional. A equipe multiprofissional de saúde surge enquanto uma alternativa para efetivar o cuidado integral em saúde. Porém, necessitamos conhecer que processo multiprofissional é construído no interior dessas equipes.

As autoras FEUERWERKER, SENA-CHOMPRÉ, (1999) apresentam a necessidade de diferenciar o trabalho multiprofissional do trabalho em equipe, afirmando que o trabalho multiprofissional garante a interação entre vários conhecimentos técnicos e específicos. Por meio dessa relação resultam soluções ou propostas de intervenção, as quais não poderiam ser produzidas por nenhum profissional de forma isolada, é fruto da cooperação de diversos indivíduos portadores de diferentes saberes.

Com base nas pesquisas de PEDUZZI, (1998) compreendemos a Multiprofissionalidade como uma modalidade do trabalho coletivo que se materializa na troca e conexão entre várias intervenções técnicas de múltiplos agentes, cujo mecanismo primordial é a linguagem que realiza um processo de mediação simbólica entre os vários saberes.

A vivência multiprofissional nos serviços de saúde, a priori, aparenta ser fácil e corriqueira, porém, vivenciar a cooperação e a integração dos diversos saberes é constantemente um desafio posto para os profissionais de saúde. Pois requer que os conflitos estejam explicitados e sejam enfrentados de forma dialógica no cotidiano dos serviços (PEDUZZI, 1998). É necessário ressaltar que esse é um processo marcado por diversas relações, não podendo assim cair num maniqueísmo de compreensões.

A prática multiprofissional ocasiona transformações no trabalho coletivo e seus produtos, pois no

cotidiano do agir profissional em equipe multiprofissional os indivíduos acumulam a possibilidade de recompor suas práticas profissionais especializadas, construindo formas de intervenção ampliadas. No cotidiano da prática multiprofissional, novos saberes podem ser produzidos, saberes permeados pelas diferenças e desigualdades contidas nas diferentes profissões.

Uma das estratégias de atuação no SUS que poderia garantir a integralidade do cuidado (um dos seus princípios) é a Multiprofissionalidade. Ela surge no cenário da saúde como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, focada na prática integrada entre as diversas profissões desse setor, visando um atendimento integral e que consiga captar toda a complexidade envolvida no processo do cuidado à saúde. Compreendemos a Multiprofissionalidade como a relação entre diferentes profissões que atuam de forma articulada e integrada com intuito de garantir uma maior efetividade da integralidade e do cuidado à saúde. Discutir esse paradigma nas formações profissionais se faz necessário num novo momento da educação para o trabalho na saúde.

Conforme ALMEIDA, MISHIMA, (2001), a construção de um trabalho multiprofissional na prática dos serviços de saúde requer um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos profissionais.

O trabalhador da saúde é o maior recurso que o SUS necessita para garantir o cuidado em saúde. A tradicional formação desses profissionais vai de encontro com o sistema de saúde que o país defende, formando trabalhadores despreparados para os níveis de atenção à saúde que mais demandam profissionais. Criar espaços potentes de formação de profissionais de saúde que possam direcionar sua prática para a defesa intransigente do SUS se torna uma grande necessidade.

Compreendendo a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade como um espaço privilegiado de construção de novos saberes e articulação de diferentes núcleos profissionais, bem como um espaço para a formação de profissionais comprometidos com o SUS. A Residência configura-se como uma prática contra-hegemônica e que permite vivenciar novas tecnologias no cuidado, buscando desassociar antigas práticas de saúde.

DALLEGRAVE, KRUSE, (2009) assinalam que no Brasil essa modalidade de ensino se consolidou historicamente como especialização para médicos, veiculando o modo hegemônico de atuação por especialidade, por prática liberal individual, curativa e privada, características desta profissão da área da saúde.

A invenção da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) traz outros sentidos.

Nessa perspectiva, a vivência multiprofissional materializada nas residências se configura como um forte condicionante para a busca da integralidade no cuidado. Participar de um processo formativo que tem como alicerce a formação articulada entre diferentes profissões da área da saúde, buscando construir um saber coletivo, onde se agregue as contribuições dos diferentes núcleos profissionais inseridos nessa construção, é um dos objetivos dessa modalidade de formação, além de ampliar as possibilidades das equipes Multiprofissionais de saúde, efetivando uma prática renovadora.

MATERIAL E MÉTODOS

Na investigação apresentada utilizamos a abordagem quali-quantitativa, a partir do método histórico-crítico. Trata-se, portanto, de uma pesquisa de campo, exploratória, face aos procedimentos e técnicas utilizados. O universo compreendeu os Preceptores e Residentes (14 e 22 respectivamente) da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – RMSFC do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. A amostra dessa pesquisa se configurou como uma amostra intencional (na direção de contemplar todos os núcleos profissionais da RMSFC). Portanto, foram arrolados 45% dos Residentes, 33% dos Preceptores, perfazendo 6 preceptores (das áreas de Fisioterapia, Farmácia, Psicologia, Serviço Social, Odontologia e Nutrição) e 10 residentes (das áreas de Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Nutrição, Educação Física, Odontologia, Farmácia, Fisioterapia). Ressalta-se que tendo em vista a disparidade do número de inserção de alguns núcleos profissionais na RMSFC, se procurou garantir a proporcionalidade.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: observação com registro no diário de campo, questionários e pesquisa documental. Os dados coletados foram tratados qualitativamente através da análise de conteúdo, que a posteriori foi alocada em eixos temáticos. Já os dados quantitativos foram transformados em gráficos e analisados criticamente a luz do campo teórico concernente aos mesmos. Salienta-se que a pesquisa seguiu todos os pré – requisitos exigidos na Resolução 196/96 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, tendo o projeto de pesquisa sido aprovado, protocolo CEP/HULW n°. 510/10, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os residentes e preceptores entrevistados foram questionados se das profissões que compõem a RMSFC quais eram desconhecidas para eles, do ponto de vista técnico (ressaltamos que os entrevistados poderiam escolher mais de uma profissão). A Figura 1 apresenta a frequência com que as profissões foram consideradas desconhecidas.

Percebemos as oito profissões que compõem a RMSFC são desconhecidas do ponto de vista técnico por algum residente. A profissão que é considerada como a mais desconhecida do ponto de vista técnico é o Serviço Social, onde 64% dos entrevistados afirmaram desconhecer-na, seguidos pela Farmácia com 54%. As profissões que foram menos citadas são a Enfermagem, a Odontologia e a Psicologia, onde cada uma apareceu com 9% de citações.

Conforme Figura 2, 57% dos preceptores entrevistados afirmou conhecer todos os núcleos profissionais que compõe essa residência, e 14% afirmou que desconhecia o núcleo da Farmácia, 14% afirmou que desconhecia o núcleo do Serviço Social e 14% afirmou que desconhecia o núcleo de Educação Física.

Os dados supracitados, indicam que apesar do Serviço Social compor o quadro dos profissionais da área da saúde a partir da resolução nº 218 de 6 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde, ainda é grande o desconhecimento sobre sua articulação, a área e sua potência nas práticas voltadas à atenção primária.

Mediante a pesquisa bibliográfica desenvolvida no decorrer dessa pesquisa, foi elucidado para os pesquisadores que para a efetivação da prática multiprofissional, os profissionais deveriam conhecer as categorias com as quais atuavam, tornando-se condição *sinequanon* para a multiprofissionalidade.

Questionamos aos atores da pesquisa se durante o processo da residência e a convivência com as profissões antes desconhecidas, a concepção acerca desses núcleos profissionais que haviam sido modificadas. Conforme demonstram as falas transcritas abaixo:

Pude conhecer as atribuições específicas destes núcleos, principalmente no âmbito da Atenção Básica, e refletir sobre as possibilidades de uma prática multiprofissional e, sobretudo, interdisciplinar, da minha profissão junto a estas outras. (Residente 5)

A de que todos os núcleos têm sua importância no processo de atenção integral à saúde, caso contrário, será limitada e insuficiente essa atenção, esse cuidado. (Preceptor 1)

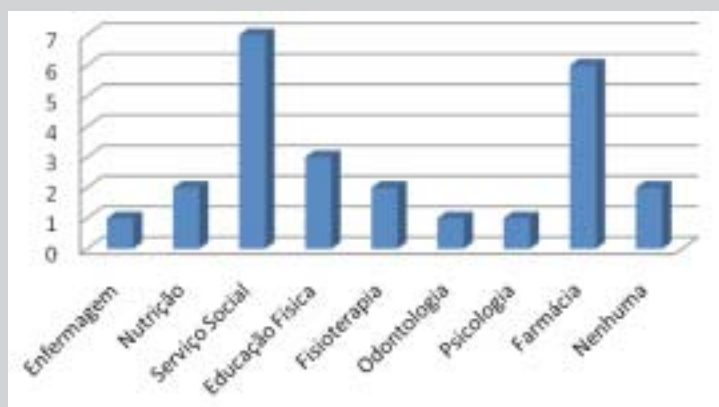


Figura 1 – Das profissões que compõem a RMSFC quais eram desconhecidas do ponto de vista técnico para os RESIDENTES.

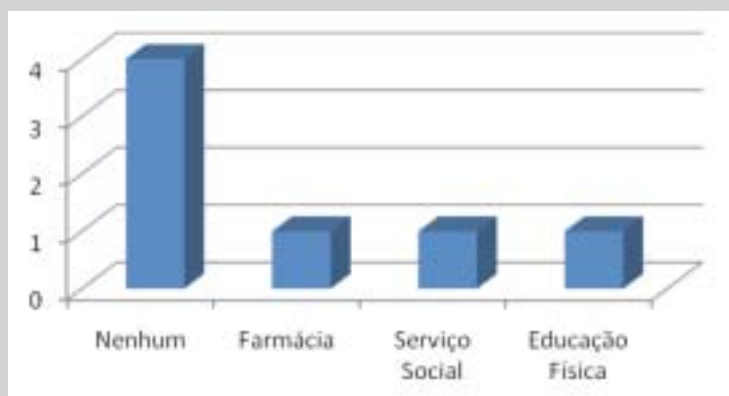


Figura 2 – Das profissões que compõem a RMSFC quais eram desconhecidas do ponto de vista técnico para os PRECEPTORES.

O debate posto por tal questão se concentra na concepção ainda difusa que a prática na atenção básica demanda. Por guardar uma dependência visceral com a multiprofissionalidade e por se constituir num nível de complexidade ainda em consolidação no país.

Acerca dos núcleos profissionais que já eram conhecidos pelos residentes e preceptores, questionamos se estes tiveram sua compreensão modificada após o processo da residência. Obtivemos tais afirmações:

Sem dúvida. Todos os núcleos de saberes têm muito a contribuir no SF, desde que saiam da lógica individualizante e elitista de atendimento vinda da grande maioria dos cursos de saúde do país. Na psicologia, por exemplo, hoje, além, do atendimento psicológico básico, diferentes das psicoterapias tradicionais, tenho realizado discussões de projetos terapêuticos com as equipes, tenho feito, junto com outros trabalhadores, oficinas

sobre Saúde Mental e, recentemente tenho discutido a formação de um grupo de SM com uma das equipes. Mas, não só pela psicologia, a educação física, a farmácia e a enfermagem também são áreas, em que, pelo contato direto que tenho tido na Unidade de saúde, percebo mudanças relativas a multiprofissionalidade. O farmacêutico, por exemplo, pode fazer muito mais do que só dispensar remédios, pode realizar acompanhamento e discussão de casos, interconsultas com outros profissionais, em programas específicos como hiperdia, a avaliação do perfil da prescrição das equipes, orientação do uso racional de medicamentos para usuários, entre outras tantas atividades individuais ou coletivas, dentro ou fora da Unidade, em ações intersetoriais. E algumas dessas atividades também podem ser realizadas por outras áreas de saber. (Residente 8)

É sabido que 14 (quatorze) são as profissões

consideradas da área da saúde, destas oito estão contidas na residência investigada. Diante da rígida especialização imposta ao saber e diante do grande número de profissões que poderiam ter sua atuação incorporada na atenção básica do SUS, em especial no Programa de Saúde da Família, questionamos os entrevistados sobre quais os núcleos profissionais que eles sentiram falta nesse processo de formação e que seriam relevantes na AB, sendo permitida a citação de mais de uma profissão. A Figura 3 apresenta a informação coletada.

O gráfico acima apresenta as profissões que foram citadas de acordo com a frequência com que apareceram, onde a mais citada foi a Fonoaudiologia, seguida da Terapia Ocupacional e da Medicina.

Ressaltamos o aparecimento de profissões de outras áreas do conhecimento como a Pedagogia, Economia, Biologia e Ciências Sociais. Sendo também indicado por um dos entrevistados que não era necessária mais nenhuma outra profissão.

Os Preceptores dessa residência ao serem questionados sobre essa temática identificaram que 50% destes percebiam a necessidade da Medicina está inserida nessa formação e 50% entendem que esse processo de formação está completo com os núcleos profissionais que possuem.

Questionamos os entrevistados se os módulos teóricos ministrados no processo da residência Multiprofissional em Saúde e Comunidade corroboraram com a prática multiprofissional.

A Figura 4 demonstra a concepção dos residentes acerca dos módulos teóricos enquanto estratégia que possibilitasse a multiprofissionalidade na residência. Onde 55% dos entrevistados afirmaram que sim e 45% afirmaram que apenas algumas das atividades teóricas corroboraram com a prática multiprofissional.

Os dados apresentados na figura 5 demonstram a ausência de consenso existente entre os residentes entrevistados sobre a temática. Os módulos teóricos refletidos nas atividades dirigidas, nas oficinas e nas aulas expositivas se constituem enquanto um espaço de aprendizagem técnica acerca das temáticas entendidas enquanto essenciais na formação de especialistas em saúde da família e comunidade.

O fato de haver em alguns desses espaços momentos destinados à discussão e partilha de experiências entre os residentes e os ministrantes, buscando-se construir coletivamente compreensões distintas e reais sobre os temas, compreensões essas produzidas a partir do processo de reflexão crítica da prática e dos referenciais teóricos.

Porém, essa forma de apresentação dos referenciais teóricos, das discussões e o aprimoramento de

questões técnicas relacionadas a essa formação muitas vezes foram desprezados em detrimento da estrutura formal de reprodução de conteúdo. O uso de metodologias ativas onde houvesse a possibilidade de apresentar as temáticas de forma a potencializar a reflexão crítica dos próprios residentes foi por vezes substituído pelas tradicionais explicações formais, sem análise de conteúdo ou discussões e problematizações que visem unir à temática e a realidade.

Faz-se necessário a construção de metodologias que proporcionem a constante troca de saberes e consiga valorizar todos os conhecimentos relativos aos diferentes núcleos do saber, viabilizando uma construção coletiva dos referenciais teóricos que subsidiarão a práxis.

Algumas metodologias utilizadas ainda focam o processo de aprendizagem individualizado, com pouco (ou nenhum) estímulo à discussão entre os diversos atores da RMSFC. Ainda pouco se conhece dos diversos núcleos profissionais participantes desta RMSFC, e isso dificulta uma maior interação/integração entre os diversos atores, seja na prática profissional, seja nos processos de discussão/debate teórico ou teórico-prático. (Residente 4)

As condutas de avaliação em certas ocasiões não condizem com a possibilidade de diálogo, exposição de ideias e especialmente da construção de estratégias que efetuem ou fortaleçam as práticas multiprofissionais. O núcleo profissional do residente é por muitas vezes evidenciado de maneira estanque e não promovendo o envolvimento multiprofissional de maneira prioritária (Residente 9)

Sim, Pois foi criado de forma que possibilitou a socialização na construção dos procedimentos pedagógicos. (Preceptor 4)

As falas dos atores entrevistados mencionadas na figura 6 representam a percepção que estes possuem acerca dos procedimentos pedagógicos desenvolvidos nesse processo de formação. Embora a residência tenha como característica básica a multiprofissionalidade, apenas alguns procedimentos metodológicos corroboraram com a prática multiprofissional na concepção dos residentes como vimos anteriormente. Tais concepções são confrontadas quando observamos as falas dos preceptores, já que 50% destes entendem que o uso de narrativas, cartografias, portfólios, oficinas pedagógicas, módulos teóricos e preceptorias de campo

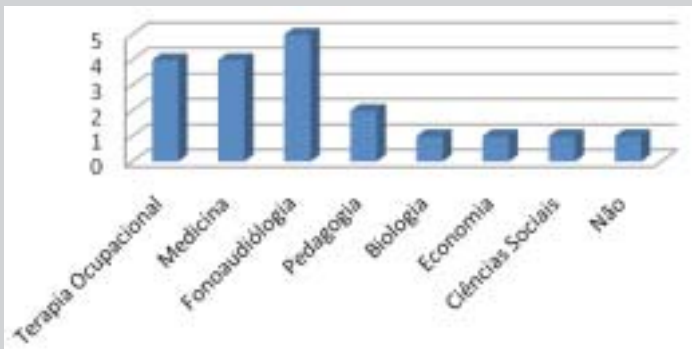


Figura 3 – Núcleos profissionais que segundo os Residentes são relevantes para atenção básica e deveriam estar inseridos na RMSFC.



Figura 4 – Percepção dos Residentes acerca dos módulos teóricos da RMSFC enquanto estratégias que corroboram com a prática multiprofissional.

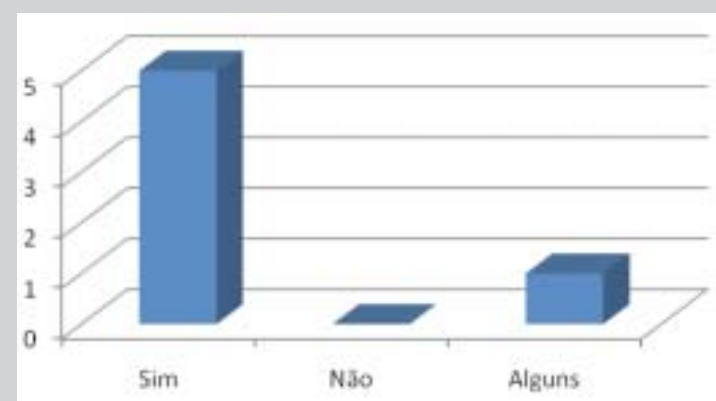


Figura 5 – Percepção dos Preceptores acerca dos módulos teóricos da RMSFC enquanto estratégias que corroboram com a prática multiprofissional.

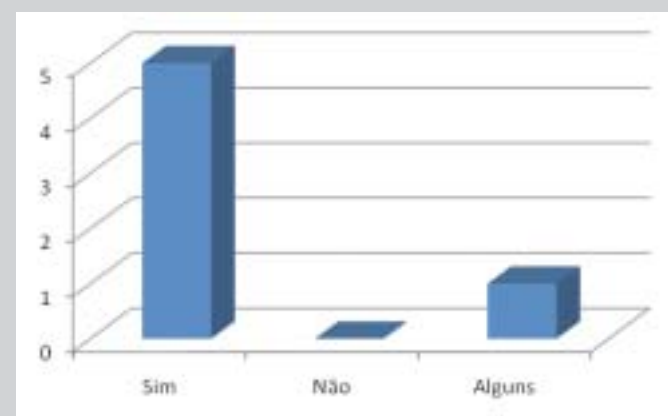


Figura 6 – Percepção dos Preceptores acerca dos procedimentos pedagógicos da RMSFC enquanto estratégias que corroboram com a prática multiprofissional.

e núcleo, possibilitaram um processo rico em trocas de saberes.

No entanto, RAMOS *et al.* (2006), em alusão a processo pedagógico, adotado na maioria das residências multiprofissionais do país, perscrutam:

Como constituir isto numa modalidade de formação que é, muitas vezes, entendida como treinamento em serviço? A dimensão de treinamento (quase adestramento) autoriza os discursos dos especialistas (seja por formação acadêmica ou experiência profissional) e nega muitas possibilidades de interlocução. Criam-se estratégias pedagógicas domesticadoras, de reprodução do instituído, centradas na expectativa de transmissão de saberes. Nestes termos, preceptores supervisionam, orientam e avaliam. Residentes ocupam-se de apreender os modos “corretos” de agir, intimidam-se e acatam. Esta dualidade exagerada não representa as complexas relações de controle-autonomia nos processos de ensino aprendizagem, mas indica um exercício de poder desigual que é evidente. Que iniciativas poderiam dar conta de algumas mudanças?

Questionamos os entrevistados se estes consideram que a conformação das equipes organizadas nos territórios mixando residentes e trabalhadores garantem a multiprofissionalidade. A esse respeito os entrevistados afirmaram que:

Em alguns momentos sim. Mas nem em todos. Os motivos podem ter sido diversos, tanto para ter se alcançado a multiprofissionalidade quanto para não termos atingido o objetivo de tal. Acredito que um dos motivos para termos exitado foi a compreensão do que queríamos fazer, apresentação clara e ação coerente com trabalhadores e usuários. A relação dentro da equipe, quando menos fiscalizada também foi um fator importante para a nossa aproximação e propositura sem o viés de agentes fiscalizadores. Mas onde não alcançamos êxito na concretização de algumas atividades, creio que faltou tempo hábil por parte dos residentes e das equipes apesar de que vivenciar a falta de tempo pelo excesso de demanda não deixa de ser uma experiência multiprofissional, se observarmos bem o que isso reflete e significa dentro de uma equipe multiprofissional. Outro motivo, creio ter sido a participação de outros núcleos que não assumiam sua função técnica,

restringindo-se a uma ocupação fiscalizadora. Acredito que a adesão dessas profissões a projetos da equipe poderiam e podem potencializar o trabalho multiprofissional. (Residente 11)

Não garantiu, mas favoreceu. Inicialmente porque a característica das equipes não é bem esta (multiprofissional) e alguns profissionais não estavam tão abertos para tal. Mas favoreceu a partir do momento que os residentes multiprofissionais se enxergaram como tal e puderam levar esta questão para as equipes, principalmente a partir dos trabalhadores que demonstraram interesse e abertura. (Residente 10)

Sim. A convivência com os trabalhadores possibilita essa integração multiprofissional na medida em que discutem as situações das famílias em conjunto e planejam ações conjuntamente. (Preceptor 6)

A visão apresentada pelos residentes entrevistados acerca do questionamento realizado confirma a concepção de que não é apenas a presença de diferentes profissões atuando no mesmo serviço que garante e proporciona a prática multiprofissional. Reforçadas por PEDUZZI, (1998), as falas dos residentes demonstram que não é apenas a conformação das equipes unindo trabalhadores e residentes de diferentes núcleos profissionais que proporciona a prática multiprofissional.

Estamos construindo essa relação multiprofissional. Temos vários avanços, mas ainda não instituímos movimentos permanentes de multiprofissionalidade nas Unidades de Saúde, seja entre nós ou juntamente com outros trabalhadores. Acredito que a cartografia foi importante na inserção como residentes na unidade, mas, poderíamos ter também apresentado ações possíveis de cada núcleo para nos visualizarmos melhor enquanto equipe multiprofissional. Outra coisa, é que poderíamos e ainda podemos organizar melhor a demanda que nos chega pela equipe e pela comunidade. (Residente 8)

As falas desses residentes apresentam também com base nas experiências vivenciadas nos campos de prática a realização de ações multiprofissionais que proporcionaram a ação multiprofissional em determinados momentos. Demonstram também que as

experiências multiprofissionais vivenciadas estavam por vezes relacionadas ao desejo individual do profissional e do residente.

Percebemos, porém, a necessidade de ampliar os investimentos em formação e capacitação dos recursos humanos do SUS, além de ampliar os espaços de construção coletiva dentro dos serviços de saúde, aumentando o nível de autonomia e de emponderamento dos trabalhadores que buscam essa nova forma de agir.

Segundo acrescenta MIOTO *et al.*, (2007):

Com a Residência Multiprofissional se reconhece as distorções, carências ou excessos observados na formação dos profissionais de saúde, tanto no que concerne as competências e responsabilidades de cada profissão, como a solidariedade e o trabalho em equipe. Sendo assim, se afirma a importância de qualificar todos os profissionais de saúde para trabalhar em equipes multiprofissionais no horizonte da interdisciplinaridade, afirmada e justificada pelo objeto complexo que caracteriza a prevenção de agravos, a promoção e a atenção a saúde de indivíduos e coletividades, no intuito de abranger o conjunto das necessidades de saúde, humanizar a assistência e promover a integralidade da atenção. (p. 20)

O avanço de experiências exitosas que buscam suprir as lacunas deixadas nos espaços de formação precisam ser constantemente pensados e problematizados, com o intuito de efetivamente atingirem seus objetivos. O espaço da residência multiprofissional utiliza diversas metodologias ativas que visam contribuir para uma formação que agregue os saberes de todos os núcleos profissionais. Assim, compreendemos a potencialidade dessas metodologias em processos de formação que buscam aproximar os diferentes atores envolvidos com o SUS e a formação de recursos humanos para este.

MITRE *et al.*, (2008) indicam que as metodologias ativas trazem a possibilidade de integrar num mesmo processo universidade, serviços de saúde e comunidade, valorizando os três grupos de atores sociais e no que cada um pode contribuir dentro de seus conhecimentos para um processo maior de construção coletiva, estimulando simultaneamente, a autonomia no processo reflexivo e no trabalho em equipe.

O processo pedagógico gerado por essa modalidade de capacitação prevê naturalmente a preponderância de alguns aspectos em detrimento de outros sem, portanto, invalidar todos os recursos didático-pedagógicos que normalmente são utilizados.

Assim, solicitamos aos residentes e preceptores que apontassem por ordem de relevância numa escala crescente de hum a oito, quais os mecanismos mais importantes vivenciados na RMSFC. Na concepção dos residentes, em primeiro lugar apareceu a inserção nos serviços de saúde de atenção básica, ou seja, a entrada e experiência profissional nas unidades de saúde da família, seguida pelas preceptorias de campo. Em terceiro lugar assinalaram o processo de tutoria e respectivamente em quarto, quinto, sexto, sétimo e oitavos lugares aparecem: as atividades dirigidas, reuniões, oficinas, participação em eventos e estágios na média e alta complexidade.

Solicitamos também aos preceptores que apontassem por ordem de relevância numa escala crescente de hum a oito, quais os mecanismos mais importantes vivenciados na RMSFC. Em primeiro lugar apareceram os momentos de preceptoria de campo, seguidos pela inserção nos serviços. Em terceiro lugar os preceptores assinalaram os estágios na média e alta complexidade e respectivamente em quarto, quinto, sexto, sétimo e oitavo lugares aparecem: as tutorias, oficinas, atividades dirigidas, reuniões e participação em eventos.

Compreendendo a residência como um espaço de formação profissional, buscamos apreender as mudanças ocorridas nas concepções dos Residentes e Preceptores entrevistados acerca da prática multiprofissional. Questionamos os atores dessa pesquisa acerca da concepção construída sobre a multiprofissionalidade em saúde durante o processo de vivência da RMSFC.

Entendo multiprofissionalidade como a articulação que ocorre entre diversos saberes, sem que os mesmos se imiscuem, ou seja, as barreiras disciplinares são reconhecidas e mantidas. Compreendo que a multiprofissionalidade é um grande desafio no processo de efetivação dos princípios do SUS, que ainda está longe da realidade hegemônica, mas por outro lado é também uma concepção que pode ser aprimorada com a noção de interdisciplinaridade, em que o diálogo se amplia ao ponto de considerar mínimas tais barreiras disciplinares (Residente 6)

A multiprofissionalidade em saúde está muito no plano das intenções, da retórica do que numa prática concreta. Porém, mesmo que incipiente, visualizamos um direcionamento na defesa da prática multiprofissional, apesar das implicações políticas e materiais. (Preceptor 5)

As falas apresentadas acima demonstram a compreensão que os atores desse processo construíram, acerca da multiprofissionalidade, compreensão esta permeada pelas vivências práticas e pelo acúmulo teórico gerado durante esse processo de formação. As concepções apresentadas estão em consonância com a compreensão acerca da multiprofissionalidade apresentada anteriormente.

Ainda buscando elementos que demonstram as mudanças e aprimoramento ocorrido durante o processo da RMSFC, os entrevistados foram indagados sobre os elementos conceituais e técnicos apreendidos durante a RMSFC os quais eles aplicariam na busca pelo fazer multiprofissional na atenção Básica do SUS.

A ruptura com os conceitos de trabalho em saúde baseados no modelo médico-centrado e hospitalocêntrico; a busca pelo uso de novas tecnologias, como: discussão de casos, construção de projetos terapêuticos, participação social, articulação de rede etc. (Residente 5)

A convivência com outros núcleos profissionais; a construção de projetos/proposta de forma coletiva; o conhecimento do saber técnico de cada núcleo; processos democráticos de gestão. (Preceptor 5)

Entre as duas posturas existem similaridades, na medida em que residentes e preceptores situam suas visões na dimensão operativa da prática multiprofissional.

Diante da vivência desse processo de formação baseado na multiprofissionalidade diversos saberes que possibilitam a efetivação da prática multiprofissional foram vivenciados pelos residentes e pelos preceptores. Saberes e técnicas que corroboram com o agir reflexivo e apresentam as bases de atuação que possibilitam aos trabalhadores dos serviços de saúde um cuidado integral exercido por meio de práticas multiprofissionais.

Como acrescenta PEDUZZI, (2010) é necessário desmistificar alguns tabus que envolvem o trabalho multiprofissional. O primeiro deles se refere à necessidade de se abolir as especificidades de cada núcleo profissional envolvido. Para a autora, contrariamente é importante manter as especificidades técnicas, pois as mesmas revelam a contribuição de cada área profissional na divisão do trabalho que se volte para a melhoria da qualidade da prestação dos serviços.

Tecnologias leves apreendidas durante a residência só podem ser executadas e potencializadas mediante uma prática multiprofissional autônoma. A construção de Projetos Terapêuticos Singulares, a

clínica ampliada, a discussão de casos entre as equipes, o matriciamento, entre outras tecnologias corroboram e viabilizam a prática multiprofissional.

O trabalho multiprofissional diz respeito à prática, na medida em que se organiza o trabalho considerando a complementaridade dos diversos saberes e práticas profissionais e buscando a integralidade do cuidado. No trabalho multiprofissional, existe uma interação entre os vários conhecimentos técnicos específicos para produzir uma solução ou intervenção que não seria produzida por nenhum dos profissionais isoladamente. (FEUERWERKER, SENA-CHOMPRÉ, 1999).

A questão acima demonstra o acúmulo proporcionado acerca da multiprofissionalidade enquanto um princípio organizativo do sistema de saúde que pode ser totalmente exequível, desde que haja as condições objetivas e subjetivas que determinam essa prática.

CONCLUSÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade surge enquanto estratégia de formação, condizente com os princípios do SUS, para os profissionais de saúde. Comprometida em problematizar a prática de cuidado nos serviços de saúde, refletindo e recriando novas tecnologias do cuidado em saúde.

Essa Residência se constitui enquanto uma tentativa de qualificar melhor os profissionais para que estes somem esforços em busca da materialização da multiprofissionalidade nesse sistema. Reiteramos a legitimidade que esse processo de formação, onde se busca formar os trabalhadores mediante o conhecimento aprofundado das questões teóricas concernentes à política de saúde, bem como a experimentação comprometida e problematizadora dos serviços de saúde, torna-se essencial na construção de um novo sistema de saúde.

Sabe-se que a renovação de práticas, a mudança estrutural dos serviços e a transformação do processo de formação, são mudanças processuais frutos de complexas relações históricas construídas no seio da sociedade, que possui movimentos constantes.

A busca pela efetivação da prática multiprofissional comprometida com o cuidado integral torna-se dever e direito de todo trabalhador da saúde que compreenda as relações envolvidas nesse processo. Ao percebermos a intrínseca relação entre o acesso ao direito ao cuidado à saúde e o direito à vida, sendo este inerente a todo ser humano, nos comprometemos enquanto seres sociais e políticos que somos, fazemos escolhas, e lutamos por essas escolhas.

Possuímos as estratégias, possuímos as oportu-

nidades, os entraves estão postos e as escolhas já estão feitas, o compromisso que rege nossa prática profissional será o norteador de nossas ações, que o rumo apontado seja o da multiprofissionalidade.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA MCP, MISHIMA SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo "novas autonomias" no trabalho. *Interface*, Botucatu, 5(9):50-53, 2001.
2. DALLEGRAVE D, KRUSE MHL. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. *Interface* (Botucatu), 13(28):213-226, 2009.
3. FEUERWERKER LCM, SENA-CHOMPRÉ RR. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? *Revista Olho Mágico*, 5(18):5-6, 1999.
4. MIOTO RC, ROSA FN. Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família. Florianópolis: Relatório de Pesquisa.UFSC/CNPq. Mimeo. 2007. 180 p.
5. MITRE SM, BATISTA RPN. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: Debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2):2133-2144, 2008.
6. PEDUZZI M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. [Tese Doutorado]. Campinas: UNICAMP/FCM; 1998. 254f.
7. PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, 35(1):103-9, 2001
8. RAMOSA, BURIGOA, CARNEIRO C, DUARTE C, KREUTZ J. *Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais*. In. BRASIL. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.

CORRESPONDÊNCIA

Anarita de Souza Salvador
Rua Psicóloga Simone Pereira Souto, 87. Funcionários 2.
58.078-230 João Pessoa - Paraíba - Brasil

E-mail

anaritasalvador@yahoo.com.br