

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: A BUSCA PELA INTEGRALIDADE*

Maria de Fátima Meinberg Cheade¹, Oleci Pereira Frota², Marisa Dias Rolan Loureiro³,
Analice Cristhian Flavio Quintanilha⁴

RESUMO: Este estudo objetivou relatar a experiência vivenciada na implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração Atenção ao Paciente Crítico, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, quanto à organização, caminhos traçados e desafios encontrados na formação da primeira turma de residentes, entre 2010 e 2011. As residências multiprofissionais em saúde destacam-se entre as principais estratégias utilizadas para o alcance da integralidade. No Programa as equipes – duas ao todo – foram compostas por um profissional de cada área: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia. Cada equipe atendia, no mínimo, três pacientes considerados críticos e selecionados conforme critérios clínicos. Depois, cada residente procedia avaliação específica de sua área e, em conjunto, elaboravam o plano terapêutico singular. Melhor integração com a equipe médica constitui-se um dos desafios a serem alcançados. Esta residência explorou novos horizontes e preencheu algumas lacunas do processo de produção de saúde local.
DESCRIPTORIOS: Cuidados críticos; Qualidade da assistência à saúde; Capacitação em serviço.

MULTI-PROFESSIONAL RESIDENCY IN HEALTH: THE SEARCH FOR INTEGRALITY

ABSTRACT: This study aimed to report the experience of the implantation of the Multiprofessional Residency in Health program, in the area of concentration ‘Care for the Critically-Ill Patient’, run by the Federal University of Mato Grosso do Sul, regarding the organization, paths taken and challenges met in the qualification of the first group of residents, between 2010 and 2011. The multiprofessional residencies in health stand out among the main strategies used for achieving integrality. In the Program, the teams – two in all – were made up of one professional from each area: Nursing, Pharmacy, Physiotherapy, Nutrition and Dentistry. Each team attended a minimum of three patients considered to be critically ill, selected in accordance with clinical criteria. Later, each resident proceeded to an evaluation specific to his or her area, and, in conjunction, elaborated a single therapeutic plan. Better integration with the medical team constitutes one of the challenges to be achieved. This residency explored new horizons and filled some gaps in the process of production of local health.
DESCRIPTORS: Critical care; Quality of health care; Training at work.

RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD: LABÚSQUEDA POR LA INTEGRALIDAD

RESUMEN: Este estudio tuvo la finalidad de relatar la experiencia de la implantación del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud, Área de Concentración Atención al Paciente Crítico, de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul, acerca de la organización, caminos elegidos y desafíos en la formación de la primera turma de residentes, entre 2010 y 2011. Las residencias multiprofesionales en salud se destacan entre las principales estrategias utilizadas para alcanzar la integralidad. En el Programa, los equipos – dos en total – fueron compuestos por un profesional de cada área: Enfermería, Farmacia, Fisioterapia, Nutrición y Odontología. Cada equipo atendía, en mínimo, tres pacientes considerados críticos y seleccionados de acuerdo a criterios clínicos. Después, cada residente hacía la evaluación específica de su área y, en conjunto, se elaboraba el plan terapéutico singular. Una integración más efectiva con el equipo médico se constituye un de los desafíos a alcanzar. Esta residencia exploró nuevos caminos y rellenó algunos huecos del proceso de producción de salud local.
DESCRIPTORIOS: Cuidados críticos; Calidad de la asistencia a la salud; Capacitación en servicio.

*Relato de experiência a partir das vivências da primeira turma de residentes formados pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde-PREMUS, área de concentração Atenção ao Paciente Crítico-APC, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-UFMS.

¹Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Enfermagem. Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da UFMS.

²Enfermeiro. Especialista em Terapia Intensiva e Urgência/Emergência. Mestrando pelo Programa de Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da UFMS. Bolsista CAPES.

³Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Enfermagem da UFMS. Tutora do PREMUS-APC.

⁴Enfermeira do Núcleo de Hospital Universitário - Maria Aparecida Pedrossian. Mestre em Doenças Infecciosas e Parasitárias. Coordenadora do PREMUS-APC.

Autor correspondente:

Oleci Pereira Frota.

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Cidade Universitária - Un. XII, s/n - 79804-970 - Campo Grande-MS-Brasil

E-mail: olecifrota@gmail.com

Recebido: 10/09/2012

Aprovado: 03/06/2013

INTRODUÇÃO

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) foram introduzidas e regulamentadas pela promulgação da lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Trata-se de uma modalidade de pós-graduação classificada como *lato sensu*, voltada para a educação em serviço, destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica. Em dias de hoje, as RMS estão em processo de aprimoramento e novas regulamentações⁽¹⁾.

Esta modalidade de formação de profissionais da saúde resulta da união de esforços entre os Ministérios da Educação e Cultura e o da Saúde com vistas a criar estratégias para formar profissionais aptos para trabalhar e comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS), na busca da integralidade. Apoiado no treinamento em serviço, as RMS têm como atributo formar profissionais segundo as necessidades locais, isto é, com habilidades e especialidades específicas conforme a deficiência regional.

O termo integralidade origina-se do grego *holosia*, apontando para o sentido ser saudável e completo. No Brasil, é um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988. A integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações que visam à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade e propõe um modelo assistencial pautado no indivíduo, na família e na comunidade⁽²⁾.

Nessa direção, a integralidade deve ser compreendida como conjunto de ações livre do reducionismo (fragmentação do cidadão frequentemente adotada pelos profissionais de saúde), em que o atendimento é caracterizado por tratar as pessoas como se fossem desprovidas de sentimentos, desejos e preocupações. Portanto, a assistência integral vai além do tratamento da doença, e o cuidado deve ser considerado nas suas dimensões técnica, política, social, econômica, cultural e espiritual⁽³⁾.

Entretanto, ao analisar o modo como as práticas de saúde são organizadas atualmente, questiona-se: de que forma o Estado tem oferecido assistência integral se a base da produção da maioria dos serviços de saúde corresponde a programas verticalizados que não respondem às necessidades e à realidade local? Essa questão problema se torna um elemento chave, visto que, na perspectiva da integralidade, os serviços devem contemplar as necessidades ampliadas de saúde da população. Nesse sentido, as intervenções em saúde

requerem que o espaço singular de vivência dos indivíduos seja respeitado, aspecto este que uma assistência delineada de cima para baixo não permite atender⁽⁴⁾.

Além disso, atualmente o trabalho em saúde é majoritariamente coletivo institucional, e se desenvolve com predicados do trabalho profissional, caracterizado pela divisão parcelar ou pormenorizada e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho. Nesse contexto, a fragmentação é uma característica marcante que se solidificou ao longo do tempo através das múltiplas e micro especializações e pela multiplicação das áreas profissionais⁽⁵⁾.

Contudo, avanços na Política Nacional de Saúde têm sido notados nos últimos anos. A aprovação da emenda constitucional 29, do Pacto pela Saúde, da Política Nacional de Humanização e regulamentação da clínica ampliada e projeto terapêutico singular, são exemplos.

Neste contexto, objetivo deste estudo foi relatar a experiência vivenciada na implementação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PREMUS), Área de Concentração Atenção Ao Paciente Crítico (APC), da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) quanto à organização, caminhos traçados e desafios encontrados na formação da primeira turma de residentes que ocorreu entre fevereiro de 2010 a janeiro de 2012.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir da vivência de diferentes atores participantes do processo de criação e execução do PREMUS-APC, respectivamente na sequência dos autores, coordenadora das RMS da UFMS, residente egresso, tutora e coordenadora do programa.

O PREMUS-APC iniciou suas atividades em fevereiro de 2010 com as seguintes normativas: duração de dois anos, carga horária semanal de 60 horas para residentes, regime de tempo integral e dedicação exclusiva. A equipe foi composta por 10 profissionais, sendo dois de cinco áreas distintas: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia.

A escolha da área de concentração Atenção ao Paciente Crítico tem sustentação no perfil epidemiológico e peculiaridades dos pacientes frequentemente admitidos pela instituição executora (um dos locais de prática). Também das necessidades de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossocioespirituais e ambientais que

estão intimamente relacionadas à doença física.

A elaboração do Programa se deu por meio de parceria estabelecida entre os profissionais técnico-administrativos de diversos serviços do Núcleo de Hospital Universitário – Maria Aparecida Pedrossian (instituição executora), com docentes de vários cursos da área de saúde da UFMS (instituição formadora), atendendo as normativas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde do Ministério da Educação.

O processo de trabalho proposto no projeto pedagógico do programa é o trabalho em equipe multiprofissional. Para tanto, os residentes foram divididos em duas equipes formadas por profissionais das diferentes categorias, os quais assumem os cuidados dos pacientes considerados críticos em vários setores do hospital.

No primeiro ano os residentes atuaram em clínicas não especializadas, como Clínica Médica, Clínica Cirúrgica Geral, Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias, e Pronto Atendimento Médico. No entanto, é importante ressaltar que tais unidades, frequentemente, atendem pacientes gravemente enfermos na realidade local. No segundo ano, com mais conhecimento e experiência, finalizaram o processo de formação atuando seis meses na Unidade de Terapia Intensiva Adulta Geral e seis meses na Unidade Coronariana.

Os pacientes atendidos pela equipe multiprofissional eram selecionados por meio de uma triagem realizada em grupo, pautada na identificação daqueles de maior vulnerabilidade biológica, social e/ou psicológica. Após seleção dos pacientes, cada residente realizava uma avaliação específica de sua área, e, em conjunto, elaboravam o plano terapêutico singular, que funcionava como diretriz para o atendimento da equipe. Pactuou-se que durante todo o processo de treinamento em serviço, o quantitativo mínimo de pacientes assumidos por cada equipe era de três.

As intervenções planejadas eram implementadas e acompanhadas por tutores/preceptores de cada área profissional, para o alcance dos objetivos propostos, tendo o paciente como elemento participante do processo de produção da saúde. Semanalmente, em um processo coletivo, residentes, tutores e preceptores discutiam os casos clínicos, para reavaliação das condutas, e propostas novas ações, traçando metas e objetivos a serem alcançados na assistência integral ao paciente.

O preparo para alta hospitalar sempre foi trabalhado a partir da admissão. Nesse processo, além dos encaminhamentos e contato com as unidades de saúde de referências do paciente, eram implementadas ações de educação em saúde para pacientes/familiares/

cuidadores. Cuidados ensinados à acompanhantes e familiares foram treinados no próprio ambiente hospitalar, visando diminuir as ansiedades e garantir continuidade e eficácia dos cuidados prestados aos pacientes fora dos muros da instituição. Além disso, com o objetivo de diminuir as taxas de reinternações, quando necessário, promovia-se a inter-relação com os serviços de assistência social, psicologia e fonoaudiologia, integrando-os no plano de alta.

Em relação a desafios, destaca-se a integração com a equipe médica, que constitui uma das metas a serem alcançadas pela coordenação e residentes do Programa. No entanto, é importante ressaltar que alguns avanços já foram conquistados, sendo esses ainda pontuais, mas com evolução gradativa. A exemplo, as solicitações de pareceres; participação em decisão por ortotanásia, com prévia discussão entre as equipes e familiares; discussão de casos a beira do leito, em conjunto com os residentes médicos; entre outras conquistas que dinamizam a integração das equipes na atenção aos pacientes.

Nessa direção, ainda há muito a ser construído com destaque para a programação da alta hospitalar multiprofissional e o aperfeiçoamento da construção coletiva do projeto terapêutico balizando a ação assistencial da equipe. Na prática, observamos casos em que a alta hospitalar foi baseada apenas em critérios médicos, desconsiderando outras categorias profissionais envolvidas com a assistência ao paciente. No caso da enfermagem, por exemplo, alguns pacientes receberam alta sem o devido preparo para cuidados básicos de vida, como alimentação via gastrostomia ou sonda nasoenteral, higiene e conforto, além de mudança de decúbito e aquisição de colchão piramidal. Poderíamos citar vários exemplos; o fato é que o despreparo de pacientes e familiares para a alta, do ponto de vista integral e não apenas biomédico, pode resultar em insucessos de tratamento e aumentar as taxas de reinternações.

Outro desafio a ser assinalado é o alcance da devida integração de preceptores e tutores, bem como a manutenção destes no Programa, haja vista a inexistência de programa de incentivo institucional, o aumento da carga de trabalho sem mudança na remuneração, a falta de capacitações na área de ensino, entre outros. Ademais, muitos desses profissionais não gozaram, ao longo de sua formação acadêmica, de metodologias de ensino pautadas no trabalho multiprofissional em busca da integralidade dos cuidados. A educação permanente juntamente com o estímulo para que os egressos continuem participando do programa, como

preceptores ou tutores, são caminhos implementados como apostas para melhorar esse quadro.

A maneira como está estruturado o processo de formação implementado pelo PREMUS, embora hajam algumas falhas, permite a formação de um novo profissional, com visão e experiência ampliada de saúde, com reconhecimento das implicações que as particularidades de cada pessoa propiciam à saúde, com facilidade para o relacionamento multiprofissional e interpessoal. E, a cima de tudo, com maior capacidade para atender o princípio de resolutividade do SUS. Assim, programas com filosofia administrativa e organizacional e metodologia de ensino semelhantes devem continuar a existir e outros vir a serem criados, visando especialização em áreas de conhecimento específico, assim como despertar uma prática assistencial mais crítica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É lícito concluir que, através da busca constante pela clínica ampliada, assistência multiprofissional e implementação do projeto terapêutico singular, a residência multiprofissional explorou novos horizontes e preencheu algumas lacunas do processo de produção de saúde local.

A filosofia do PREMUS-APC é buscar cada vez mais resolutividade para os problemas de saúde local. Entretanto, sabemos que o alcance da plena integralidade do cuidado está além dos nossos muros. É preciso reformulação nos projetos políticos pedagógicos e reorganização dos estabelecimentos de saúde e, sobretudo, mudança de ideologia de trabalho em saúde por parte dos profissionais e gestores.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). 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; 2006.
2. Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Saude soc.* 2004;13(3):5-15
3. Ferreira TS, Campos LF. O conhecimento veiculado em literatura nacional sobre integralidade em saúde. *Cogitare enferm.* 2009;14(2):368-73.
4. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araujo DP, Guimaraes J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciênc. saúde colet.* 2012;17(2):555-60.
5. Camelo SHH. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. *Cogitare enferm.* 2011;16(4):734-40.