

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

REUNIÕES MULTIPROFISSIONAIS COMO ESTRATÉGIA PARA EFETIVAÇÃO DA  
CLÍNICA AMPLIADA: REFLETINDO A FORMAÇÃO EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL.

JAQUELINE SOUZA VENTURA

DOURADOS-MS

FEVEREIRO 2021

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

REUNIÕES MULTIPROFISSIONAIS COMO ESTRATÉGIA PARA EFETIVAÇÃO DA  
CLÍNICA AMPLIADA: REFLETINDO A FORMAÇÃO EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL.

Projeto de Pesquisa apresentado à  
Comissão de Avaliação de Pesquisa e Extensão  
CAPE/ HU - UFGD do Programa de Residência  
Multiprofissional em Saúde como requisito  
parcial à obtenção da titulação de especialista  
em atenção à saúde cardiovascular.

Orientador: Prof. Dr. Conrado Neves  
Sathler.

JAQUELINE SOUZA VENTURA

DOURADOS-MS

FEVEREIRO 2021

## Sumário

1.	Introdução .....	7
2.	A Clínica Ampliada e Compartilhada e a Formação Profissional.....	8
3.	Considerações finais .....	18
	REFERÊNCIAS .....	20

**REUNIÕES MULTIPROFISSIONAIS COMO ESTRATÉGIA PARA EFETIVAÇÃO DA  
CLÍNICA AMPLIADA: REFLETINDO A FORMAÇÃO EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL.**

**MULTIPROFESSIONAL MEETINGS AS A STRATEGY FOR EFFECTIVENING THE  
ENLARGED CLINIC: REFLECTING TRAINING IN A MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE  
PROGRAM.**

**Jaqueline Souza Ventura**

Psicóloga. Residente em Atenção à Saúde Cardiovascular pela Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. jaqventura@hotmail.com.

**Conrado Neves Sathler**

Doutor em Linguística Aplicada pela Universidade Estadual de Campinas. Docente de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados. conradosathler@ufgd.edu.br.

**Autor correspondente**

Nome: Jacqueline Souza Ventura. Rua: Francisco Martins Viegas nº 458 – Altos do Indaiá. Dourados – MS CEP: 79823-580 Telefone: (67) 98214-6553 e-mail: jaqventura@hotmail.com

**Resumo:** Este trabalho explana inquietações e atravessamentos experienciados por uma Psicóloga decorrentes de reuniões multiprofissionais no processo de formação em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Reflete a potencialidade dessa ferramenta como meio de efetivação da Clínica Ampliada e Compartilhada no contexto hospitalar. O objetivo é contribuir com a Saúde Coletiva no desenvolvimento da produção de Saúde em ato apoiada na Clínica Ampliada e Compartilhada. É uma pesquisa qualitativa que utiliza o método narrativo autobiográfico, valorizando experiências concretas ao mesmo tempo em que lhes atribui significados, aprovada pela Comissão de Avaliação de Pesquisa e Extensão (CAPE) – HU-UFGD expresso no processo nº 23529.018368/2020-22. Espaços como o acompanhamento clínico e as disciplinas ofertadas pelo programa fomentam elaborações para construção de novas práticas. Fazem parte dos objetos desta narrativa as vivências, as referências bibliográficas e um diário de campo, focos de investigação e de produção de conhecimento. Uma comunicação efetiva e transversal é imprescindível para o desenvolvimento de um atendimento exitoso. Analisar como são conduzidas as reuniões multiprofissionais torna possível observar a concepção de Saúde de seus participantes, sendo essa compreensão e a forma como agimos em equipe fatores determinantes na configuração da assistência prestada. Portanto, um novo modo de produção de cuidado deve perpassar pela Clínica Ampliada e Compartilhada, sustentando um olhar não hegemônico de produção atrelado à Saúde Coletiva, apresentando pensamento clínico ampliado com enfoque no usuário do serviço e na sua dimensão biopsicossocial.

**Palavras-chave:** Formação Profissional em Saúde; Residência Hospitalar; Equipe Multiprofissional.

**Abstract:** This work explores concerns and crossings experienced by a Psychologist arising from multiprofessional meetings in the training process in a Multiprofessional Residency in Health program. It reflects the potential of this tool as a means of implementing the Expanded and Shared Clinic in the hospital context. The objective is to contribute to Collective Health in the development of Health production in an act supported by the Expanded and Shared Clinic. It is a qualitative research that uses the autobiographical narrative method, valuing concrete experiences at the same time

that it assigns meanings to them, approved by the Research and Extension Evaluation Commission (CAPE) - HU-UFGD expressed in process No. 23529.018368 / 2020-22. Spaces such as clinical follow-up and the disciplines offered by the program encourage elaborations for the construction of new practices. Experiences, bibliographical references and a field diary, foci of research and knowledge production are part of the objects of this narrative. Effective and transversal communication is essential for the development of a successful service. Analyzing how multiprofessional meetings are conducted makes it possible to observe the health concept of its participants, this understanding and the way we act as a team determining factors in the configuration of the care provided. Therefore, a new mode of care production must pass through the Expanded and Shared Clinic, sustaining a non-hegemonic view of production linked to Collective Health, presenting expanded clinical thinking with a focus on the user of the service and its biopsychosocial dimension.

**Keywords:** Professional Training in Health; Hospital Residence; Multiprofessional Team.

## **1. Introdução**

O presente trabalho é produzido a partir de reflexões sobre a prática de uma residente de Psicologia inserida em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) com ênfase em Atenção à Saúde Cardiovascular do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD).

Este trabalho se constrói pensando na RMS como ambiente de formação que incentiva o desenvolvimento de práticas que resultem na melhoria do atendimento à saúde pública e no modo de gerar cuidado. Dito isto, analiso minha experiência durante o processo de formação na RMS, com uma visão crítica direcionada neste momento para as reuniões multiprofissionais que atravessaram minha atuação nos diferentes setores do hospital. Saliento que também participei de reuniões multiprofissionais em outros campos de atuação, como na Unidade Básica de Saúde (UBS) e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), porém este estudo se restringe às experiências nas reuniões multiprofissionais desenvolvidas no ambiente hospitalar.

Presenciar a forma como são conduzidas as reuniões multiprofissionais me despertou inquietações no sentido de como esta ferramenta vem sendo insatisfatoriamente usufruída, uma vez que, a partir de uma execução adequada, essa ferramenta pode funcionar como uma estratégia potente para a efetivação da Clínica Ampliada e Compartilhada (CAC) dentro da realidade hospitalar.

A CAC é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). Essa diretriz desloca o conceito de Saúde do modelo biomédico para a noção de produção social. Com isso enfatiza a importância da autonomia do indivíduo no seu processo de tratamento. Deve-se respeitar a subjetividade de cada indivíduo e de cada coletividade atendida e buscar torná-los corresponsáveis pela condução dos processos de cuidados. A CAC se solidifica necessariamente em uma perspectiva de trabalho transdisciplinar e multiprofissional.

Levando em consideração os fazeres e desafios da Psicologia diante do processo de adoecimento, internação ou outros tratamentos, compreendo que nosso trabalho consiste também na construção de espaços de Saúde que colaboram com a expressão das subjetividades, avaliando, sugerindo e implementando ações práticas

fundamentadas na política de humanização que sirvam para o fortalecimento de uma clínica participativa e emancipadora de sujeitos e desejos. Sendo assim, o presente estudo se empenha em refletir o uso da estratégia de reuniões multiprofissionais no ambiente hospitalar a partir de experiências concretas durante a formação de uma residente de Psicologia na realidade de um hospital universitário, ponderando as potencialidades e desafios no uso dessa estratégia como uma possibilidade para efetivação da CAC.

Por fim, os objetivos desse trabalho consistem em contribuir com a Saúde Coletiva no desenvolvimento da produção de Saúde em ato apoiada na Clínica Ampliada e Compartilhada, analisar as experiências vividas nas reuniões multiprofissionais durante o período de formação na RMS, contribuir para o aperfeiçoamento da ação de reunião multiprofissional e analisar a importância dessa estratégia no ambiente hospitalar.

## **2. A Clínica Ampliada e Compartilhada e a Formação Profissional**

As residências multiprofissionais e em área profissional da Saúde foram criadas a partir da publicação da Lei nº 11.129 de 2005, são norteadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e viabilizadas para que auxiliem com as demandas e realidades locais e regionais de Saúde (BRASIL, 2007).

A RMS é um programa de pós-graduação na modalidade lato sensu caracterizado pelo método de formação de ensino em ato. Este método é fundamentado na perspectiva da aprendizagem significativa, no sentido de que a aprendizagem ocorre com a reflexão sobre as vivências práticas do serviço e tem o potencial de modificar o contexto ao mesmo tempo em que o estuda. Esse método supõe o aumento da motivação e a possibilidade de produção de sentidos daquilo que é aprendido (BRASIL, 2006).

De encontro ao exposto, esse estudo se desenvolve como uma reflexão sobre experiências concretas vividas durante esse processo de formação, no qual o método de aprendizado é similar ao utilizado na perspectiva da educação continuada. Em síntese a formação ocorre pela imersão dos residentes em diferentes espaços da Rede

de Atenção à Saúde, em que as melhorias são viabilizadas a partir da construção de uma visão crítica das práticas lá exercidas. A solidificação de novas formas de produções de Saúde se fundamenta em leituras e discussões também propiciadas por esse espaço acadêmico/prático da RMS.

Ao contextualizar a RMS, é preciso ressaltar que as atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada em equipe multiprofissional. Especificamente na ênfase de Atenção à Saúde Cardiovascular na RMS do HU-UFGD, a equipe é composta por três profissionais: um enfermeiro, um nutricionista e um psicólogo. O programa exige dedicação exclusiva, possui carga horária de sessenta horas semanais e duração de dois anos. A carga horária total da RMS é de 5.760 horas, sendo 80% destinada às atividades práticas e teórico-práticas e 20% às estratégias educacionais teóricas.

Devido à discussão central do trabalho permear a efetivação da CAC no contexto hospitalar, existe a necessidade de compreensão do que é a CAC enquanto política do SUS, o que essa diretriz preconiza e seus desdobramentos.

Para isso, primeiramente devemos tomar conhecimento da Política Nacional de Humanização (PNH), que foi lançada em 2003 e tem como objetivo viabilizar a implementação dos princípios do SUS para que sejam colocados em prática nos diferentes espaços da Rede de Saúde visando mudanças no modo de gerir e cuidar. Construída com base em experiências de humanização exitosa, no enfrentamento de dificuldades em cada serviço de Saúde, a PNH estimula a autonomia dos usuários no cuidado de si e a corresponsabilidade junto aos profissionais de Saúde. Humanização aqui deve ser compreendida como valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de Saúde (BRASIL, 2010).

Entre as diretrizes da PNH, destaco a CAC que se refere a uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que compreende de forma ampliada o processo de saúde/doença. A CAC encoraja práticas que produzem enfrentamento da fragmentação dos conhecimentos nas ações de Saúde e diminui assim respectivos danos e ineficácia de um trabalho fragmentado. A prática clínica, nessa perspectiva, deve se efetivar utilizando recursos que permitam diagnósticos ampliados em Saúde

englobando variáveis do adoecimento que estão além do enfoque orgânico. Dispõe ainda sobre o valor imprescindível de um diálogo qualificado, tanto no que se refere ao diálogo entre os membros da equipe de trabalho quanto entre equipe e usuário. Esse diálogo deve ocorrer de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a Saúde dos usuários do SUS (BRASIL, 2013).

A CAC engloba cinco eixos fundamentais em sua proposta, são eles: 1- Compreensão Ampliada do Processo Saúde-Doença, 2- Construção Compartilhada dos Diagnósticos e Terapêuticas, 3- Ampliação do Objeto de Trabalho, 4- A Transformação dos Meios ou Instrumentos de Trabalho e 5- Suporte Para os Profissionais de Saúde.

Durante a trajetória vivida na residência percebo várias ferramentas que possibilitariam o fomento da CAC dentro da realidade hospitalar, que é o ambiente da maior parte da formação dos residentes. Neste sentido, destaco a reunião multiprofissional, devido sua capacidade de comportar ou agir em concordância com os eixos fundamentais da CAC. Porém, na prática me deparo com uma ferramenta com potencial ainda pouco explorado, observo pontos de melhorias que auxiliariam em uma construção de uma ação mais significativa na efetivação da CAC. A atual forma de execução desta prática está diretamente ligada à concepção de Saúde dos atores que participam da ação.

Percebo durante as participações em reuniões multiprofissionais que, na maioria das vezes, elas ocorrem de forma vertical, hierarquizada, centrada na figura médica e reduzida a uma compreensão biomédica do paciente. Via de regra essa reunião é compreendida como mera formalidade da prática e acaba por se aproximar de uma lista de checagem de procedimentos, dispositivos utilizados pelo paciente e medicações ao invés de ser utilizada como ambiente de empenho dos diferentes profissionais envolvidos, tais como: enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos, na construção de um plano terapêutico que considere as dimensões biopsicossociais do paciente.

Existem muitas correntes teóricas que contribuem para o trabalho em saúde, podemos separá-las em três grandes enfoques: o Biomédico, o Social e o Psicológico. Esses possuem características diferentes, existindo, em cada um deles, uma tendência

para valorizar mais um tipo de problema e alguns tipos de solução, muitas vezes de maneira excludente. Diante desse contexto, a proposta da CAC se constitui como uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. É preciso reconhecer que em dado momento, de acordo com cada situação, vai existir a predominância de um enfoque, mas isso não deve significar a negação de outros enfoques e possibilidades de ação (BRASIL, 2009).

Saliento que em diversos momentos durante a prática em meus atendimentos, me deparo com aflições dos usuários que em nada se referem ao seu quadro clínico quando entendido de forma biomédica, com isso, quando os profissionais envolvidos no atendimento não se disponibilizam a acolher aquilo que o usuário apresenta como demanda emergente, ocasiona uma resistência na relação e dificulta a promoção de um trabalho exitoso. Essa postura dos profissionais, por vezes impedem indivíduos de prosseguir com tratamento.

Quando se desloca o conceito de Saúde, se altera também a terapêutica ofertada que, conseqüentemente, não ficara restrita somente aos fármacos e à cirurgia, contemplando demais recursos terapêuticos como, por exemplo, a escuta da palavra, a Educação em Saúde e o apoio psicossocial (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Casos em que o usuário é o único que pode fazer retiradas de benefícios ou quando a rede de apoio do usuário é restrita e eles são os responsáveis pelo cuidado de outras pessoas, é preciso que seja realizada uma articulação com a rede que supra essas questões psicossociais para que o usuário tenha condições de permanecer internado para receber o tratamento adequado.

Na perspectiva da CAC é fundamental o deslocamento do objeto de trabalho dos prestadores de serviço de Saúde, este objeto, geralmente, é classificado pela medicina tradicional como tratamento de doenças. Para a CAC existe a necessidade de incorporar a ele, além das doenças, as situações que aumentam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas. A modificação mais importante, contudo, seria a compreensão de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que esse esteja encarnado em sujeitos, em pessoas (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Neste mesmo sentido, Campos (2002) evidencia a necessidade de ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica tradicional. Movendo-se da enfermidade como único objeto de conhecimento e de intervenção para passar a considerar o sujeito e seu contexto social, econômico e cultural, entre outros.

O conceito de Saúde Ampliada diz sobre a doença não ser a única preocupação da vida do sujeito, entendendo o sujeito como pertencente a um contexto, ou seja, um sujeito biopsicossocial. Compreende também que muitas doenças se desencadeiam quando esses sujeitos vivenciam situações difíceis como os processos de luto, de desemprego e de prisão de familiares, entre outras, e a persistência dessas situações pode produzir agravos no seu quadro clínico. Esses casos demandam capacidade da equipe em realizar uma escuta acolhedora, já que parte da cura ou da melhora depende de que o sujeito aprenda formas menos danosas de lidar com situações adversas e indesejáveis (BRASIL, 2009).

Ainda sobre o conceito ampliado de Saúde, é possível afirmar que:

Essa alteração do "objeto" e do "objetivo" do trabalho clínico exigirá mudança nos meios de intervenção, sejam eles diagnósticos ou terapêuticos. Lidar com pessoas, com sua dimensão social e subjetiva e não somente biológica; esse é um desafio para a saúde em geral, inclusive para a clínica realizada em hospitais. Para que o diagnóstico consiga avaliar a vulnerabilidade, a equipe deverá colher dados e analisar o problema de saúde encarnado em um sujeito em um contexto específico; para esse fim, além de utilizar a semiologia tradicional, será necessário agregar elementos da história de vida de cada pessoa, identificando fatores de risco e de proteção (CAMPOS; AMARAL, 2007).

O diagnóstico de uma doença sempre parte de um princípio universalizante, generalista, ou seja, ele supõe alguma regularidade entre os usuários. Mas essa universalidade é verdadeira apenas em parte. Ela pode gerar à suposição de que sempre bastaria o diagnóstico para definir todo o tratamento a ser ofertado para aquela pessoa. Entretanto compreender contexto sociocultural e econômico do usuário por exemplo, pode alterar ao menos em parte a conduta dos profissionais de Saúde. O diagnóstico que pressupõe uma certa regularidade está fundamentado em um contexto ideal e para que se realize uma clínica adequada é preciso saber algo além do que o sujeito apresenta de igual, devemos estar atentos àquilo que ele

apresenta de singular. Inclusive um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo (BRASIL, 2009).

Devemos considerar o espaço territorial em que a residência está inserida. O Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados atende um grande número de pessoas indígenas, a diversidade dentre os usuários atendidas pelo hospital é enorme, prestar uma assistência respeitosa, humanizada, é inerente ao conhecimento das especificidades de cada usuário.

Na prática cotidiana dentro dos serviços de Saúde, muitos profissionais tendem a considerar tudo o que não diz respeito às doenças como uma demanda excedente, algo que ultrapassa a gama de seus deveres como profissional. A CAC, no entanto, busca integrar as mais diversas abordagens no intuito de viabilizar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em Saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Enquanto equipe é necessário discutir a fragmentação do processo de trabalho e, em relação ao usuário, é preciso criar um contexto favorável para que esse possa falar de seus sentimentos em relação aos temas e atividades não restritas à doença e internação (BRASIL, 2009).

Para o usuário reafirmar sua existência para além da patologia que ele apresenta, é preciso reafirmar que ele é um sujeito não restrito a sua internação e tratamento, acolher e escutar o indivíduo e o que é representativo para ele, facilita a criação de um vínculo terapêutico de confiança que possibilita guiar condutas dos profissionais de forma mais humanizada e significativa para a adesão e cooperação do usuário.

Baixa adesão ao tratamento, recorrentes reinternações e evasões hospitalares são apenas alguns dos exemplos de atitudes de usuários que evidenciam a complexidade dos sujeitos que utilizam serviços de Saúde e os limites de uma prática clínica centrada na doença. É indispensável que a compreensão acerca do usuário do SUS não se limite às expressões das patologias pelas quais estes sujeitos são acometidos ou das quais são portadores (BRASIL, 2001).

Sobreira e Sathler (2020) reiteram que um novo modo de produção de Saúde só é possível a partir de uma nova forma de compreender Saúde. Uma nova forma onde a CAC se faz presente, sustentando um olhar não hegemônico de produção, atrelado à perspectiva de Saúde Coletiva onde o objeto de trabalho deixa de ser centrado na doença e passa a ser um pensamento clínico ampliado, no qual o enfoque é o usuário do serviço, entendido na sua dimensão biopsicossocial.

Campos e Amaral (2007) salientam que a ampliação do conceito de Saúde está diretamente relacionada à ampliação do grau de autonomia dos usuários. Autonomia entendida aqui não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma expansão da capacidade do usuário em lidar com sua própria rede ou sistema de dependências, como sua idade, condição debilitante (hipertensão, diabetes, câncer), seu contexto social e cultural, a própria subjetividade e a relação de afetos em que cada indivíduo inevitavelmente está envolvido.

Dentre as atividades a serem realizadas pelos profissionais da Saúde, a educação em Saúde deve ser tratada como primordial, visto que constitui a base para o desenvolvimento de um trabalho efetivo. Para que o indivíduo caminhe em busca de uma autonomia do cuidado, é importante que os profissionais de Saúde não sejam os detentores do saber e sim que o usuário se sinta cada vez mais capacitado para cuidar de si, para isso é necessário sempre incluir ele nas decisões sobre seus tratamentos. Um usuário esclarecido a respeito de si, se torna um usuário com maior grau de autonomia do cuidado, o qual deve ser tido como objetivo de uma promoção de Saúde emancipadora.

Na medida em que a história clínica aproxima os sintomas e queixas dos elementos da vida do sujeito permite que haja um aumento da consciência sobre as relações da queixa com a vida. Quando a patologia ou os seus determinantes são externos ao usuário, a cura também está fora, o que implica em uma certa condição de passividade em relação à doença e ao tratamento (BRASIL, 2009).

A ampliação do grau de autonomia pode ser avaliada pelo aumento da capacidade dos usuários em compreender e tutelar sobre si mesmo e sobre o mundo.

O grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado e de compreensão sobre seu processo saúde/doença (CAMPOS; AMARAL, 2007).

A elaboração do processo de adoecimento busca solidificação de uma autonomia do cuidado. O usuário deve ser instigado a pensar sobre fatores relacionados ao seu adoecimento, estilo de vida, deslocamento assim esse indivíduo da condição de paciente, sujeitado, o fazendo perceber sua relevância como parte integrante da restauração de seu bem-estar.

Uma discussão clínica satisfatória tem início a partir de uma anamnese ampliada, onde o profissional pode perceber que a história clínica revela um sujeito doente imerso em teias de relações com as pessoas e as instituições e que muitos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas. É importante criar um espaço em que o sujeito possa falar e refletir sobre seus sintomas e situá-los em sua vida, isso implica em analisar a situação vivida, tornando esse sujeito protagonista no processo de sua cura e gerando autonomia (BRASIL, 2009).

A ideia de que todo sofrimento requer uma medicação é extremamente difundida, mas não deve ser propagada na mesma proporção. Quando possível, a equipe deve incentivar a capacidade de cada pessoa experimentar e lidar com os revezes da vida e auxiliar para que construa uma forma de enfrentamento mais produtiva. Evitar a dependência de medicamentos é essencial, assim como aumentar o interesse do usuário por hobbies e novos projetos. A vida é mais ampla do que os meios que a gente vai encontrando para que ela se mantenha saudável. O processo de medicalização da vida diminui a autonomia e aumenta a dependência ou a resistência ao tratamento, transformando o centro da vida do usuário dos serviços de Saúde em uma interminável sucessão de consultas, exames e procedimentos (BRASIL, 2009).

A delimitações de espaço dentro do hospital também refletem a preponderância do modelo medicalocêntrico, uma vez que em todos os setores existem espaços reservados para profissionais médicos, já as demais categorias profissionais não compartilham da mesma prerrogativa. Interessante observar como tal organização está presente através até mesmo da estrutura física, essa lógica

difundida por anos tem suas raízes expressas de diferentes formas, algumas mais explícitas outras menos, mas claramente ainda existem muitas forças que trabalham para manutenção deste modelo.

Campos e Amaral (2007) afirmam que para que a reformulação do conceito ampliado de Saúde seja possível na prática clínica, é preciso que se recorra a conhecimentos já sistematizados em outras áreas, no que diz respeito ao funcionamento do sujeito quando considerado para além de sua dimensão orgânica ou biológica. Essa reformulação requer também uma nova semiologia e uma nova terapêutica, sendo possível encontrar parte desses conhecimentos necessários em áreas de estudo como: Saúde Coletiva, Pedagogia, Psicologia, Antropologia, Ciências Sociais e Políticas e, até mesmo, em noções de Gestão e de Planejamento.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS nos atenta sobre a indissociabilidade entre os modos de produzir Saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, ou seja, a indissociabilidade entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de Saúde e produção de subjetividade. Também ressalta o objetivo da política em provocar inovações tanto nas práticas gerenciais quanto nas práticas de produção de Saúde em ato (BRASIL, 2004).

Neste sentido destaco o afastamento que ocorreu de forma compulsória, uma decisão unilateral da gestão, que afastou apenas os residentes multiprofissionais pelo período de aproximadamente três meses, resultando em prejuízos na formação, evidenciando uma visão por parte da gestão de quais categorias profissionais são indispensáveis e quais podem ser sacrificados, uma vez que a residência médica não teve sua permanência em cenário de prática contestada.

A forma tradicional de fazer gestão tem uma visão muito restrita do que é uma reunião. Para que uma equipe consiga elaborar um projeto terapêutico e negociá-lo com o usuário, é importante lembrar que a reunião de equipe não é um espaço centrado em uma figura da equipe que distribui tarefas às demais. Uma reunião deve ser um espaço de diálogo e onde todos tenham direito à voz e à opinião. Como vivemos em um uma sociedade em que os espaços do cotidiano são muito autoritários, é comum que alguns estejam acostumados a mandar e outros mais

propensos a apenas seguir orientações. Criar um clima fraterno de troca de opiniões, inclusive críticas, associado à objetividade nas reuniões, exige um aprendizado de todas as partes e é a primeira tarefa de qualquer equipe (BRASIL, 2009).

Em síntese, os únicos setores em que houve uma movimentação no sentido de realizar uma reunião multiprofissional foram na Clínica Médica, Hemodinâmica e na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, nos demais setores (Maternidade, Clínica Cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Clínica Pediátrica) pelos quais passei, as informações trocadas entre os profissionais aconteciam pela leitura de prontuários e evoluções ou diálogos nos corredores.

Na clínica médica, que foi o primeiro setor ao qual meu grupo de residente foi inserido, recebemos orientações de que as visitas multiprofissionais como denominavam nesse setor, ocorriam todas as quintas-feiras. Contudo a prática naquele local ocorria da seguinte maneira, um dos médicos plantonistas conduzia a ação, este ordinariamente convidava apenas os acadêmicos e residentes da medicina, os residentes multiprofissionais deveriam permanecer atento para conseguir participar e acompanhar a ação. Essa visita percorria por todos os quartos do setor, as conversas ocorriam em termos técnicos que dificultava ou inviabilizava a compreensão do paciente e do familiar sobre o quadro clínico, eram feitas rodas para a discussão do caso onde reforço a exclusão do paciente e do familiar, muitas vezes profissionais virados de costas para os usuários do serviço, que estavam tendo o seu caso exposto e debatido sem sua participação ou compreensão.

Ao perceber a forma como é conduzida tal ação, me sinto desestimulada em participar, passando a fazer minhas intervenções após essa visita, para prestar uma assistência no sentido de acolher os sentimentos e compreender o significado atribuído por esses sujeitos e familiares diante daquilo que presenciavam.

No setor da hemodinâmica como éramos supervisionados apenas por uma enfermeira, se tornava mais fácil a discussão dos casos atendidos, existia então uma valorização dos diferentes saberes no momento de elaborar os encaminhamentos de cada caso.

Outro setor onde ocorre a reunião multiprofissional, é a Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Neste local a reunião ocorre todos os dias sendo inviabilizada apenas diante de intercorrências no setor. Por mais que seja o único local onde os diferentes profissionais se mobilizam para a reflexão sobre os casos, ainda ocorre de forma muito centrada na figura do médico e em uma visão biológica do paciente. Usualmente quem conduz a reunião é o médico, se a figura médica não pode se fazer presente à reunião não é realizada, a reunião não é cancelada caso seja outro profissional que se ausente.

No espaço dos acompanhamentos clínicos, que são os momentos em que residentes, preceptores e tutores se reúnem para discussão de caso, por vezes é possível notar falas que reproduzem a ideia do modelo biomédico. Portanto a disseminação dos conceitos de Saúde Ampliada, Clínica Ampliada e Compartilhada, Saúde Coletiva devem ser cada vez mais difundida por esses espaços, na busca de uma concepção de Saúde que respeite a complexidade dos sujeitos.

### **3. Considerações finais**

Neste trabalho compartilho uma experiência concreta, após dois anos de imersão na Rede de Saúde Pública, durante o processo de formação em um programa de RMS cujos objetivos perpassam a disseminação de saberes para produção de novas práticas na área da Saúde pensadas a partir do contato com o cotidiano e com as realidades enfrentadas nesses serviços.

Historicamente, o ambiente hospitalar se desenvolveu em uma lógica biomédica, centrada na cura da doença, na qual pacientes são resumidos a sua patologia. A humanização caminha no sentido contrário, entendendo que a construção de um indivíduo saudável só é possível quando acolhe as subjetividades e que o tratamento da enfermidade quando dissociada do contexto social resulta em um tratamento falho e limitado.

Existe uma ampla gama de material quando pesquisamos a CAC na Atenção Básica, já em relação a estratégias de efetivação da CAC no ambiente hospitalar os materiais são encontrados em quantidade significativamente inferior, sendo este um dos pontos positivos da elaboração deste trabalho.

Entre os achados a partir das reflexões produzidas, fica claro que a enfermidade deve ser compreendida como parte da vida e não como a existência concreta do sujeito hospitalizado. Ao propor refletir sobre ferramentas eficazes na promoção de melhorias na construção de uma saúde pública de qualidade, humanizada e emancipadora, e as reuniões multiprofissionais se destaca como uma opção possível.

Mas para que a mesma possa ocorrer de forma descentralizada é preciso romper com paradigmas ainda muito presentes no ambiente hospitalar, que são vestígios do modelo biomédico e a cultura medicalocêntrica enraizada nesses locais.

Percebo que a dificuldade em produzir uma comunicação efetiva parte também de uma falha presente durante a graduação de forma geral, tendemos a voltar nossa atenção para o aprendizado do domínio de técnicas para atuarmos junto ao indivíduo atendido, passando por despercebido a importância do saber trabalhar em equipe. As intervenções na área da Saúde demandam das diferentes categorias profissionais que ali atuam, além de habilidades e conhecimentos que são específicos da sua categoria, uma capacidade e disponibilidade para se comunicar, pois a comunicação é imprescindível para um atendimento exitoso.

Desta forma ao atribuir sentido as vivências da formação da residência, a presente pesquisa pode contribuir com reflexões sobre a compreensão de Saúde ampliada e seus desdobramentos para atuação dos profissionais inseridos na atenção hospitalar.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial MEC/MS no 45, de 12 de janeiro de 2007. **Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A Clínica Do Sujeito: Por Uma Clínica Reformulada E Ampliada**. Publicado em Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital**. Rio de Janeiro: Ciência saúde coletiva, 2007.

SOBREIRA, Fernando Augusto Gomes; SATHLER Conrado Neves. **Uma narrativa autobiográfica sobre a graduação e pós-graduação em psicologia na perspectiva da clínica ampliada e compartilhada**. Saúde em Redes, 2020.