

Reunião multiprofissional na alta complexidade: perspectiva do usuário em sua integralidade

Multiprofessional meeting in high complexity: the user's perspective in its entirety

Amanda Caroline da Fe Pereira^{*}
Ana Paula Barboza Dantas^{**}
Ilka de Lima Souza^{***}

Resumo: O estudo é resultado de pesquisa com lócus na Unidade de Terapia Intensiva-Adulto do Hospital Universitário Onofre Lopes, considerando, o período de Pandemia do COVID-19. Teve como objetivo analisar a reunião multiprofissional como instrumento a ser utilizado na perspectiva de qualificar o cuidado integral aos usuários internados. Realizada abordagem qualitativa, desenvolveu revisão de literatura, bem como pesquisa de campo e análise documental. Foi realizada no período de 2019-2021. Para a coleta de dados foram aplicados questionários semiestruturados a equipe multiprofissional, por meio do aplicativo Google Forms. Os resultados apontam para o aprimoramento da assistência efetivada pela equipe multiprofissional aos usuários, com vistas a favorecer a diminuição de tempo de permanência destes na alta complexidade a partir da execução de ações na perspectiva de integralidade e da interdisciplinaridade, considerando a reunião

Abstract: The study is the result of research with the locus in the Adult Intensive Care Unit of the Onofre Lopes University Hospital, considering the COVID-19 pandemic period. It aimed to analyze the multidisciplinary meeting as an instrument to be used from the perspective of qualifying comprehensive care for hospitalized users. Performed a qualitative approach, developed a literature review, as well as field research and document analysis. It was carried out in the period 2019-2021. For data collection, semi-structured questionnaires were applied to the multidisciplinary team, through the Google Forms application. The results point to the improvement of the assistance provided by the multidisciplinary team to users, with a view to favoring the reduction of the time of permanence of these users in high complexity from the execution of actions from the perspective of integrality and interdisciplinarity, considering the meeting as a strategy of

* Assistente Social. Especialista na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase no Programa de Terapia Intensiva Adulto no Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN. Bacharel pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Capacitada na área de Saúde Pública e Serviço Social.

** Assistente Social. Especialista em Gestão Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN (2012). Graduada em Serviço Social pela mesma Universidade (2006). Desde 2015 atua como Assistente Social no Hospital Universitário Onofre Lopes - HUOL, onde também exerce a função de preceptoria e tutoria do Programa de Residência Multiprofissional UTI Adulto em Serviço Social.

*** Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2012), Mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2003) e Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1998). É Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte no departamento de Serviço Social. Tem experiência em Serviço Social, com ênfase em temas de discussão sobre: Famílias na Contemporaneidade; Serviço Social e Famílias; Serviço Social e Educação.

como uma estratégia de efetivação para esses elementos.

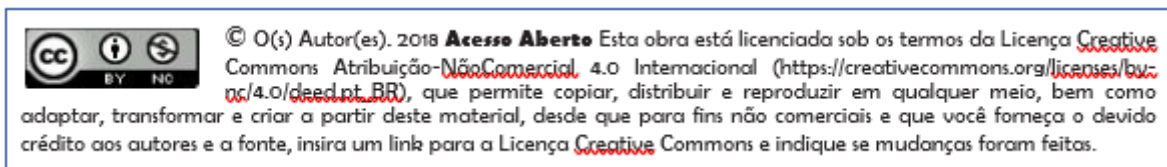
effectiveness for these elements.

Palavras-chaves: reunião multiprofissional; interdisciplinaridade; unidade de terapia intensiva adulto; integralidade

Keywords: multiprofessional meeting; interdisciplinarity; adult intensive care unit; integrality

Recebido em: 03/01/2022

Aprovado em: 01/04/2022



Introdução

O debate sobre o trabalho em equipe nos ambientes de saúde envolvendo categorias profissionais distintas têm sido cada vez mais ressaltado na área da saúde, principalmente em discussões que tratam sobre os processos de trabalho, gestão do cuidado e integralidade. Dessa forma, tem-se que após a instituição da saúde pública enquanto Sistema Único de Saúde, a sua estruturação foi desenvolvida com destaque em redes de atenção à saúde e com o uso de diversos tipos de tecnologias entendidas enquanto um

Conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, e programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. (BRASIL, 2009, p. 367).

Nesse sentido, entende-se que há necessidade de cuidar do usuário em sua totalidade, considerando os aspectos biopsicossociais e a realidade social na qual está inserido, se faz primordial para que seja garantida a integralidade do cuidado, conforme descrito na Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dentre os níveis de atenção ao cuidado, destacaremos o nível terciário, no qual se encontra a UTI-adulto, que de acordo com o anexo da Portaria Nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, compreende enquanto um espaço destinado ao cuidado de pacientes considerados graves os quais precisam de atendimento especializado a funcionar de modo ininterrupto para o tratamento e prolongamento da vida humana (BRASIL, 1998).

Para isso, é preciso a composição de uma equipe multiprofissional qualificada, conforme preconiza a Resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, a qual dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, para que ocorra o cuidado aos usuários de forma integrada. No sentido de atingir maior efetividade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, uma melhor assistência à sociedade para além do aspecto

biomédico, a Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, abarca a Política Nacional de Atenção Hospitalar-PNHOSP, no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde-RAS, que traz conceitos sobre a importância das equipes multiprofissionais e o trabalho interdisciplinar, da horizontalização do cuidado e do plano terapêutico.

Diante do exposto, o estudo cujos resultados são apresentados ¹ visou apreender as percepções da equipe multiprofissional sobre a execução da reunião multiprofissional para discussões de casos, como um meio de concretização de direito, ao cuidar do usuário em sua integralidade, no contexto da UTI-Adulto, do HUOL, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O interesse em pesquisar tal temática decorreu das vivências com a realidade social dos usuários internados no HUOL, a partir da inserção no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde-PRIMS², iniciado em março de 2019.

O estudo caracterizou-se pela abordagem qualitativa, entendendo-se que esta possui interpelação teórica e “permite esclarecer processos sociais que ainda são pouco conhecidos, proporcionando também o estabelecimento de novas abordagens, revisão, criação de novos conceitos e categorias durante o processo de pesquisa.” (MINAYO, 2013). Delimitou-se como objetivo geral analisar a reunião multiprofissional, com a perspectiva de atuação interdisciplinar, como instrumento utilizado no intuito de qualificar o cuidado integral aos usuários internados na UTI do HUOL.

Esse objetivo se desdobrou em três objetivos específicos, a saber: apreender a dinâmica das reuniões multiprofissionais realizadas no âmbito da UTI-Adulto do HUOL; identificar a percepção da equipe multiprofissional acerca da reunião para discussões de casos, de forma interdisciplinar, de modo a evidenciar suas potencialidades, limitações e estratégias para o seu fortalecimento—considerando também o período de Pandemia³ ocasionada pelo vírus SARS-Cov-2—e contribuir com o processo de qualificação da assistência efetivada pela equipe multiprofissional, com vistas a favorecer a diminuição de tempo de permanência do usuário na

¹ Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP/HUOL), por meio do Parecer Consubstanciado nº4.247.091–CAAE:29025420.8.0000.5292, emitido no dia 31 de agosto de 2020. Tal pesquisa foi realizada em conformidade com as determinações da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual trata sobre a Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais.

² Criado por meio da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, e demais Resoluções advindas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde (CNRMS).

³ O vírus SARS-CoV-2 ou Novo Coronavírus, descoberto no período de dezembro de 2019, na província de Wuhan na China, tem ocasionado diversos impactos na sociedade nos âmbitos: econômicos, biopsicossociais, culturais e políticos. No Brasil, os primeiros casos começam a surgir em meados de fevereiro e março de 2020, com propagações distintas em cada região do país. (MS, 2020)

UTI.

Dessa forma, para o desenvolvimento da pesquisa, o percurso metodológico se desdobrou em três etapas. A *revisão de literatura* efetivou-se no decorrer de toda a pesquisa, realizada por meio da aproximação e leitura de referenciais teóricos com discussões e análises sobre o SUS; clínica ampliada pelo viés da política de humanização a assistência hospitalar; cuidado assistencial na alta complexidade; reuniões multiprofissionais para as discussões de caso e o conceito de interdisciplinaridade. Outra etapa consistiu na *pesquisa documental*, a partir da coleta de dados em instrumentos normativos como leis, decretos e portarias, direcionando a abordagem de análise dos documentos que subsidiassem o conhecimento de normatizações, conceitos e diretrizes relacionadas à temática estudada; e por fim, a *pesquisa de campo in loco* na UTI-Adulto do HUOL, na qual foi enviado aos profissionais e residentes vinculados a UTI-Adulto um questionário *online* – contendo questões semiestruturadas– por meio do Aplicativo⁴ *Google Forms*. O processo de envio e recebimento das respostas dos sujeitos participantes ao questionário ocorreu entre setembro e outubro de 2020.

A coleta de dados da etapa de campo contemplou um universo de profissionais da UTI Adulto, que atuam diretamente com os cuidados do usuário, dos quais se destacam as seguintes categorias profissionais de nível superior das seguintes áreas: Enfermagem (21), Farmácia (01), Fisioterapia (10), Medicina (25), Nutrição (01), Psicologia (01) e Serviço Social (01) e, ainda, (01) Residente representante de cada categoria profissional que integrasse os programas de residência multiprofissional e médica, desde que já tivesse realizado o rodízio nesse cenário de prática ou que estivesse em rodízio no período de realização da pesquisa. Para a representação de cada categoria profissional foi utilizado o mínimo de 10% sendo definido pelo critério da não probabilística intencional, exceto para aqueles que têm apenas um profissional responsável pelo serviço, cuja amostra foi de 100%.

Destarte, a amostra⁵ foi composta por meio da técnica amostragem por julgamento, no qual 17 participantes responderam o formulário. Dessa forma, as divisões foram referentes aos profissionais da Enfermagem 02, Fisioterapia 02 e Medicina 02. Quanto aos demais profissionais, a coleta de dados partiu de amostragem não probabilística intencional. Nesse caso, estiveram incluídos os profissionais responsáveis⁶ pela atividade na Unidade pesquisada,

⁴ Aplicativo utilizado para que fossem garantidas as medidas de segurança necessárias, considerando a crise sanitária vivenciada.

⁵ Os participantes da pesquisa não serão identificados em virtude de questões éticas da pesquisa, aparecendo no decorrer do estudo como E1, E2, E3 e E4. Perfil dos participantes (tempo de atuação na instituição): E1: 01 a 02 anos – equivalente a 52,94%; E2: 02 a 03 anos – equivalente a 5,8%; E3: 04 a 05 anos –equivalente a 5,8%; E4:05 anos ou mais – equivalente a 35,29%.

⁶ A fim de que seja garantida a ética em pesquisa, não foi possível incluir a categoria profissional de Serviço Social

sendo estes das seguintes áreas: Farmácia 01, Nutrição 01 e Psicologia 01, totalizando 09 sujeitos. Acrescentado de um representante profissional da residência multiprofissional e 02 da residência médica⁷, que resultou em 08.

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram definidos em: profissionais de ensino superior que fizessem ou que já tivessem feito parte do quadro da UTI adulto, que tivessem participado de reunião multiprofissional para discussões de casos de usuários ao menos uma vez dentro da instituição hospitalar, bem como residentes que estivessem em rodízio no referido local no período da realização da coleta de dados, nos meses de setembro e outubro de 2020. Como critério de exclusão tem-se a participação de profissionais que trabalham em regime de plantão. Assim, compreendeu-se que poderiam ser restritas ou mesmo inexistentes a vivência desses sujeitos com a reunião multiprofissional.

A coleta de dados decorrente da etapa de campo foi submetida à técnica de análise de conteúdo, a qual abarca um conjunto de técnicas que tem por objetivo a obtenção de informações pertinentes para análise das comunicações que visam à obtenção de informações por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e indicadores. Possibilita a inferência de conhecimentos relacionados às condições de recepção das mensagens (BARDIN, 2004). Foram consideradas algumas variáveis relevantes para o estudo, como: gênero, profissão, ano de formação, tempo de trabalho na instituição, realização de outros cursos para além da graduação, tempo de atuação na UTI, vínculo empregatício, carga horária semanal de trabalho, quantidade de vínculos institucionais e ocupação de chefia/coordenação de setor.

Ante o exposto, além desta *introdução*, o artigo encontra-se organizado em 07 seções, as quais propõem evidenciar elementos referentes à discussão enunciada. *A segunda seção* traz um recorte do processo de implementação da saúde pública após a Constituição Federal de 1988 na perspectiva de retomar conceitos e princípios aqui entendidos como fundamentais no debate sobre a realização da reunião multiprofissional; *a terceira seção* objetiva retratar o contexto de trabalho de uma UTI adulto bem como caracterizar os profissionais que nela atuam; *a quarta seção* retrata sobre a percepção dos profissionais da UTI adulto do HUOL, sobre a realização da reunião multiprofissional; *a quinta seção* se dispõe a debater sobre o trabalho coletivo em saúde e sua relação com a interdisciplinaridade; *a sexta seção* traz um recorte do debate sobre

na coleta de dados, pois no quadro de profissionais da UTI Adulto há apenas 01 Assistente Social, e esta é coorientadora desse estudo.

⁷ Ressalta-se que foram escolhidos dois representantes da categoria médica de residentes, devido a grande quantidade desses profissionais presentes na UTI, sendo o dobro em comparação aos residentes multiprofissionais.

a integralidade e como isso se efetiva em um ambiente de UTI; e, por fim, tem-se as *considerações finais* com notas conclusivas referentes à temática ressaltada no artigo.

Caracterização do cenário da unidade de terapia intensiva adulto

Os serviços de saúde estão organizados em três níveis de atenção ao cuidado, sendo definidos de acordo com sua densidade tecnológica, quais sejam: *atenção básica/primária*, definida por fornecimento de ações e serviços de saúde, na perspectiva de proporcionar atendimento integral à saúde dos indivíduos, principalmente no âmbito da promoção e proteção da saúde, da prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. (BRASIL, 2017). O *nível secundário* integra um conjunto de ações e serviços especializados; enquanto o *nível terciário/alta complexidade* é constituído pelo uso de tecnologias consideradas de alto custo, tendo a incorporação dos demais níveis de atenção à saúde. (BRASIL, 2009).

No nível terciário está situada a UTI, com utilização de tecnologias duras, caracterizada pelo uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais, que requer equipe multiprofissional especializada (MERHY, 1997). De acordo com a RDC nº 7/2010, o local da UTI-adulto é destinado a cuidar de usuários em estado crítico que requerem atenção especializada de forma contínua, admitindo a internação de usuários a partir dos 18 anos de idade, podendo admitir idades inferiores de acordo com as normas institucionais.

Dessa forma, considerando a resolutividade do atendimento, o usuário internado deve ser tratado em seus aspectos biopsicossociais, recebendo assistência contínua considerando todas as categorias profissionais, ressaltando-se a humanização no cuidado da saúde, sobre a qual a RDC nº7/2010 explicita, no Art. 4º, definições quanto a dimensões a serem priorizadas e fortalecidas em uma perspectiva ampliada, no que diz respeito aos direitos da população usuária, dentre essas a humanização.

IX - Humanização da atenção à saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, religião, cultura, orientação sexual e às populações específicas. (BRASIL, 2010)

Nesse sentido, apreende-se o cuidado como indissociável da integralidade, sendo imprescindível prestar assistência além do viés de práticas clínicas, pois é um processo que envolve não só o usuário, mas também seus familiares e/ou visitantes. No contexto de atendimento a usuários graves⁸, em razão da rotina intensa do processo de trabalho realizado

⁸ Paciente com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua

na UTI, por algumas vezes, o trabalho pode ser estressante. A assistência pode se tornar mecanizada com viés apenas biológico e imediatista, devido à gravidade dos usuários internados, o uso intensivo de altas tecnologias para aumentar a acurácia⁹ nas investigações sobre doenças e o desconforto contínuo de lidar com o próprio ambiente da UTI. (ROSA et al. 2010).

No contexto hospitalar o trabalho deve partir de uma atenção integral ao usuário ao realizar uma abordagem completa, criando um ambiente de conforto e segurança para o usuário e sua família, associando os 03 níveis de tecnologias em saúde (duras, leve–duras e leves). Na perspectiva de melhorar e prolongar a vida, ressaltando a importância de incluir o indivíduo como principal sujeito do processo do cuidado em saúde, por meio da ampliação da autonomia e da aspiração das pessoas envolvidas, reconhecendo e incentivando sua atuação na produção de saúde, em consonância com a Política Nacional de Humanização-PNH do SUS (BRASIL, 2013), torna-se imprescindível o processo contínuo de formação em saúde para que esses preceitos sejam efetivados.

Nesse sentido, destaca-se o *locus* da pesquisa, referência em média e alta complexidade. Este dispõe de ambulatorios, bem como de 240 leitos de enfermaria e UTIs Pediátrica e Adulto. Especificamente de leitos da UTI-Adulto, contam com 19 ao total, sendo 04 leitos de Isolamento/Cirúrgico, 11 leitos de UTI Geral e 04 leitos de UTI Cardiológica. Composta por uma equipe multiprofissional, a UTI Adulto do HUOL abarca profissionais de nível superior, como categorias de Assistentes Sociais, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Médicos, Nutricionistas e Psicólogos.

Dentre as categorias profissionais participantes da pesquisa, tem-se que 29,5% são do gênero masculino enquanto 70,6% se identificaram do gênero feminino, sendo suas formações acadêmicas correspondentes, em sua maioria, ao período de 2018 correspondente a 23,5%; seguido do ano de 1999 com 11,7%, sendo todos com formação posterior à criação e regulamentação do SUS. Em relação à continuidade da formação após a graduação¹⁰, 23,5% informaram que não possuem pós-graduação, enquanto 76,5% responderam que sim.

Acerca da carga horária exercida pelos profissionais atuantes na UTI do HUOL, 100% dos enfermeiros entrevistados trabalham 36h por semana, com turnos manhã e/ou tarde,

autorregulação, necessitando de assistência contínua. (BRASIL, 2010)

⁹A acurácia é considerada uma medida de validade[...]permitem avaliar em que grau os dados medem o que eles deveriam medir ou o quanto os resultados de uma aferição correspondem ao verdadeiro estado do fenômeno aferido[...]em termos de sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo do método.(SILVEIRA; ARTMANN, 2009, p.877)

¹⁰ Ressalta-se que no formulário não foi colocado a opção de caracterização dessa pós-graduação.

compondo ao menos 01 enfermeiro em cada turno de trabalho, a cada 10 leitos de UTI. Assim, infere-se que é a categoria que está presente nas 24 horas do dia na prestação de assistência direta nesse ambiente e que conseqüentemente possui maior contato com os usuários.

Em relação aos profissionais médicos, 100% dos entrevistados trabalham no regime de 24h por semana, nos turnos manhã, tarde e/ou noite. Em seguida, tem-se os fisioterapeutas e nutricionistas em que 100% dos entrevistados possuem a carga horária de 30h por semana a ser exercida no turno da manhã. Enquanto os farmacêuticos e psicólogos exercem 40h por semana nos turnos manhã/tarde. Ademais, há os residentes multiprofissionais e médicos que exercem 60h por semana; os médicos atuam nos turnos manhã, tarde e/ou noite e as outras categorias nos turnos manhã/tarde. Compreende-se que o compartilhamento de diversos conhecimentos e saberes provenientes das diversas categorias profissionais que trabalham em equipe na prestação de assistência aos usuários internados podem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva da integralidade no cuidado em saúde.

Acerca do cenário recente da UTI do HUOL importa demarcar mudanças efetivadas diante do contexto da Pandemia, ocasionado pelo vírus SARS-Cov-2, pois a coleta de dados da pesquisa ocorreu no mesmo período da crise sanitária instaurada no país. No mês de junho de 2020, por meio de um ofício circular interno, a estrutura da UTI foi alterada bem como a rotina de trabalho dos profissionais de seu quadro. Dessa forma, dos 19 leitos existentes 10 leitos para tratamento de comorbidades de forma geral e 09 leitos destinados ao tratamento dos usuários com suspeita ou confirmação do vírus SARS-Cov-2. Foi adaptado um andar específico para alocação desses leitos. A equipe também foi realocada, com uma parte destinada a tratar exclusivamente dos usuários acometidos por covid-19 e outra a auxiliar nos cuidados dos demais usuários internados na UTI.

Nessa perspectiva e entendendo a reunião multiprofissional como um instrumento que pode propiciar uma visão do usuário em sua totalidade, a seção subsequente traz uma introdução a reflexões e análises que conduzam para melhor ampliação do conhecimento e debate sobre esse instrumento. Portanto, serão enfatizadas concepções que estão relacionadas ao trabalho em equipe, com destaque para trabalho multiprofissional, interdisciplinaridade e a própria reunião multiprofissional. Serão evidenciadas a apreensão dos sujeitos partícipes da pesquisa realizada, sobre tais conceitos.

A apreensão da reunião multiprofissional em saúde no ambiente de UTI

A UTI é um ambiente regido por uma rotina de trabalho intensa, efetivada por diversas categorias profissionais. Matos (2013), analisa o trabalho coletivo realizado na saúde o qual é

perpassado por diversas tensões, incluindo questões de hierarquização entre as categorias profissionais, o que pode gerar competitividade entre profissionais e, conseqüentemente, pode fragmentar o trabalho em saúde.

Em análise sobre o trabalho em equipe e reunião multiprofissional na saúde, Cardoso e Hennington (2011, p.86), subsidiadas por Costa, Enders e Menezes (2008 apud) ressaltam que o desenvolvimento desse trabalho representa um ponto central na reorganização da atenção à saúde no SUS, “sustentada por projetos assistenciais mais integrais e resolutivos que promovam mudanças nos processos de trabalho e nas formas de atuar sobre o processos saúde-doença através de uma maior interação entre os profissionais e suas ações”.

No ambiente hospitalar, as reuniões realizadas por equipes multiprofissionais têm o intuito, na maior parte das vezes, de discutir sobre um caso específico de um usuário em atendimento na instituição ou de todos que possam ser atendidos em um determinado setor. A reunião multiprofissional que ocorre na UTI do HUOL, conforme apreendido pelos partícipes da pesquisa, demarca aspectos que envolvem a importância da atuação das distintas áreas profissionais no processo de apreensão de informações sobre o usuário em perspectiva interdisciplinar, de modo a propiciar uma assistência que valorize o cuidado.

Excelente ferramenta para alinhar as informações entre as diversas especialidades sobre o paciente envolvendo desde o quadro clínico, tratamento ao planejamento. pode incluir familiares e pacientes caso verbalizem o desejo. (E4) Importante para analisar as especificidades de cada profissão permitindo uma assistência completa baseada na interdisciplinaridade e valorizando as contribuições de cada profissão em cada caso. Melhorando assim a qualidade do cuidado. (E1)

A reunião multiprofissional, se destaca, portanto, como um instrumento importante para contribuir no processo de garantia do atendimento integral ao usuário, a partir de um trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional. Assim, com a realização desta os profissionais podem realizar o planejamento e discussões relacionadas às particularidades daquele sujeito visando uma compreensão mais ampliada do processo saúde doença. As reuniões nessa perspectiva

[...] possibilitam que profissionais conversem sobre todos os usuários dos quais são responsáveis, suas necessidades clínicas e psicossociais e, sobretudo das possibilidades de (re)construção da vida cotidiana buscando fortalecer o Plano Terapêutico Singular mediante discussões atentas da equipe sobre as estratégias que estão sendo efetivas e aquelas que precisam de ajustes. (SANTOS, COIMBRA, KANTORSKI, et al., 2017, p.609)

A maior parte dos participantes apresentou um entendimento acerca da reunião como sendo esta importante para a gestão do cuidado e integração da equipe multiprofissional. Ressalta-se que 100% destes tiveram ao menos uma experiência de participação em reunião

multiprofissional realizada na UTI. As reuniões multiprofissionais passaram a serem priorizadas após implementarem o projeto de segurança do paciente¹¹ instituída pelas portarias nº 1377/2013 e 2095/2013, como um meio para atingir metas.

Ressalta-se que até o período da primeira semana de fevereiro de 2020, as reuniões ocorreram concomitantes ao horário de visita de familiares no turno matutino, compreendido entre 11h e 11h40min. Dentre os benefícios existentes na realização da reunião multiprofissional para os usuários, os entrevistados destacaram a possibilidade de uma análise mais ampliada sobre o processo saúde doença proveniente do compartilhamento de conhecimento dos diversos profissionais envolvidos. Conseqüentemente, propicia-se um acompanhamento e atenção ao paciente internado que considera um conjunto de aspectos relacionados às suas condições de vida, os quais podem ter sido determinantes no seu processo de saúde-doença

[...] Nestas reuniões são discutidos aspectos que são relevantes a cada profissão que atua no acompanhamento do paciente (farmacêutico, enfermeiros, fonoaudiólogo, médico, fisioterapia, psicólogos e assistente social) de modo que ocorre uma avaliação mais abrangente do paciente como um todo, não esquecendo de avaliar apenas o quadro clínico, mas seus aspectos psicossociais, econômico e melhorando a segurança terapêutica com revisão de prescrições e demais aspectos relacionados ao acompanhamento do paciente internado. (E4)

[...] o paciente é um ser multideterminado, quando adoece amplos setores da sua vida estão relacionados com esse processo, para compreensão e tratamento é importante considerar esses aspectos e não focar apenas em uma área/saber. (E1)

Em reação ao local de realização da reunião, essa ocorria em espaço aberto, no corredor da UTI, em horário concomitante as visitas de familiares desse setor. Por não haver estrutura física adequada para a realização da reunião, os familiares que passavam pelo corredor acabavam por ouvir as discussões realizadas pelos profissionais, o que dificulta a execução do sigilo e fragmenta a humanização e o acolhimento voltados para a família, pois essa acaba por ouvir informações para as quais podem não estar preparados para vivenciar. Situação evidenciada pelos profissionais.

[...] quanto ao espaço físico é necessário uma sala apropriada em que todos possam ficar sentando em uma "mesa redonda", um ambiente em que não ocorro interferências desnecessárias, sem ruídos externos. (E4)

[...] há a necessidade de um espaço confortável e sigiloso para que aconteça a reunião. (E1)

Os participantes da reunião multiprofissional na UTI são os próprios profissionais que

¹¹ O projeto de segurança do paciente institui 06 protocolos a serem seguidos pelas instituições hospitalares, sendo estas: Cirurgia Segura; Identificação do Paciente; Prática de Higiene das mãos; Prevenção de Quedas; Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos e, Úlcera por Pressão (BRASIL, 2013)

trabalham nesse espaço e que apresentem disponibilidade no horário estabelecido. A reunião começa sendo conduzida por um médico, que explica que os casos a serem explanados são referentes àqueles sob sua responsabilidade de cuidado. Ressalta-se que atualmente apenas 01 médico diarista, de um quadro de 25 médicos ¹², tem realizado essa discussão. Dessa forma, as reuniões são executadas apenas quando esse médico está presente. As assertivas a seguir ressaltam a apreensão sobre a necessidade de inserção de outros profissionais nesse processo, de modo a também dinamizar e otimizar a realização das reuniões.

Acredito que precisa haver maior empenho dos profissionais médicos na realização das visitas e na compreensão de sua importância [...] (E1)

[...] Poderia ser dividida duas reuniões simultaneamente, dividida por leitos. Para assim otimizar o tempo dos profissionais que por vezes são sobrecarregados já. E também descentralizar o profissional que a conduz, realizando um rodízio semanal onde cada categoria profissional seria o responsável por conduzir/intermediar a visita. (E1)

Após a exposição dos casos, é feita uma breve explanação acerca da história clínica do paciente e pergunta-se, pontualmente, o que cada profissional tem a contribuir com o caso, considerando a sua área de atuação. Evidencia-se que os médicos plantonistas de turno e de final de semana, na maior parte dos casos, ressaltam que não conduzem a reunião por possuírem dificuldades de acompanharem a rotina do setor e, assim, por não acompanharem sistematicamente os casos dos usuários internados.

Salienta-se que não há documentos ou protocolos institucionais que direcionem ou sistematizem o modo como a reunião deve ser conduzida. Nessa perspectiva, foi perguntado aos profissionais atuantes na UTI sobre os limites e possibilidades da realização da reunião multiprofissional, considerando a inexistência de diretrizes para a sua efetivação.

[...] há a necessidade de um espaço confortável e sigiloso para que aconteça a reunião, bem como a maior frequência de sua realização. A participação dos profissionais do quadro também seria de suma relevância. (E1)

Considera-se que 88,23% dos entrevistados destacou como limites para efetivação da reunião a dificuldade de todas as categorias profissionais participarem e a falta de regularidade das discussões de caso, enquanto 11,76% respondeu que a reunião não apresenta nenhum limite ou precisa de melhorias. A não disposição de todos os profissionais ocorre, pois de acordo com a RDC nº7 de 2010, que estabelece quais categorias profissionais pertencem a equipe mínima da UTI, não são todos os profissionais de saúde que possuem locação exclusiva na UTI, dentre

¹² A informação sobre o quantitativo dos profissionais foi obtida em novembro de 2019 por meio de dados divulgados pela EBSEH em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/16628/3782588/UTI+ADULTO+NOVEMBRO+2019.pdf/67cb9c279154de8-ad59-8a90cfb50a38>.

esses, destacam-se: nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais e psicólogos. Desse modo, por não estarem alocados exclusivamente na UTI precisam prestar assistência a outros setores do hospital. Na maior parte das vezes, essas categorias profissionais se apresentam, exclusivamente, por meio dos residentes multiprofissionais no momento de realização das reuniões.

Diante do exposto, ressalta-se que após o agravamento do período de Pandemia ocasionado pelo COVID-19, houve mudanças na rotina de trabalho. Levando em consideração as medidas sanitárias em caráter mundial de distanciamento social para evitar aglomerações, ocorreu a suspensão da realização da reunião multiprofissional do período de março de 2020 até a segunda metade do período de agosto do mesmo ano. As reuniões retornaram no período de agosto, por meio da iniciativa dos residentes multiprofissionais que começaram a discutir os casos dos usuários em seus aspectos biopsicossociais, ao menos uma vez por semana. No período de setembro a dezembro de 2020, as reuniões perderam a regularidade, pois os residentes iniciaram seu processo de aprendizagem sobre a RAS no município de Natal em suas respectivas instituições, estando afastados do HUOL durante esse período.

Destarte, também procurou-se evidenciar entre os sujeitos participantes da pesquisa quais os possíveis impactos gerados pela pandemia no trabalho do setor da UTI, considerando-se a ausência das reuniões multiprofissionais. Assim, 82,35% dos participantes relataram que a não realização das reuniões impactou no cuidado efetivo ao usuário e na articulação da equipe. Infere-se que as respostas mais recorrentes trouxeram problemáticas, como: equipes sobrecarregadas, perda do ritmo e das informações dos usuários, cuidado fragmentado e comunicação fragilizada. Esse momento reforçou práticas profissionais individualizadas, sendo priorizado os aspectos biomédicos em relação aos aspectos biopsicossociais dos usuários.

[...] a ausência ou descontinuidade da reunião multiprofissional implica em menor eficácia do trabalho e pode provocar maior vulnerabilidade para o paciente. Uma vez que a soma das intervenções dos vários profissionais não tem o mesmo resultado de um trabalho alinhado onde todos compartilham as informações. (E4)

[...] no período da pandemia passamos a trabalhar com equipes reduzidas. Apesar da medida de distanciamento social ter sido importante no controle da pandemia da COVID-19 e do colapso dos serviços de saúde. A equipe ficou fragilizada diante da possibilidade da perda de um ente querido, ou até mesmo da sua própria vida. Muitos se infectaram e adquiriram a covid-19, necessitando se afastarem dos seus serviços essenciais (E4)

A realização da reunião multiprofissional possibilita aos profissionais compreenderem a atuação de outras categorias e, concomitante a isso, o compartilhamento de saberes e apreensões heterogêneas da realidade de saúde do usuário, os quais podem levar a avaliações e

encaminhamentos unificados em relação às decisões e ao desenvolvimento de ações em saúde.

Além de se constituir como um espaço potencializador de construção coletiva, a reunião incentiva uma melhor colaboração entre profissionais e uma melhor intervenção em face das demandas e necessidades do usuário, o que possibilita auxiliar na diminuição de seu tempo de internação na UTI. Uma vez que, oportuniza a compreensão por parte da equipe profissional sobre o cuidado em todas as dimensões de vida, biopsicossociais. Dessa forma, observa-se a importância de as reuniões serem realizadas subsidiadas por uma perspectiva interdisciplinar.

Interdisciplinaridade como eixo integrador do trabalho coletivo em saúde

As organizações de saúde em geral, sobretudo, no hospital, o cuidado é “necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais.” Cecílio e Merhy (2002, p.02). Os autores dão ênfase à presença de mecanismos de dominação e de relações assimétricas entre esses profissionais. Mecanismos estes que “ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça”. Para uma melhor compreensão sobre a funcionalidade do trabalho multiprofissional e a colaboração em modo interdisciplinar, é preciso explicar alguns conceitos, as quais sejam: *I) multidisciplinaridade, II) pluridisciplinaridade, III) transdisciplinaridade e IV) interdisciplinaridade.*

A *multidisciplinaridade* diz respeito à realização do trabalho sem integração com outras categorias profissionais envolvidas no processo de trabalho, ou seja, sem trocas de saberes. Ou, ainda, como expressa, Ely (2003, p.114), “o trabalho acontece de forma isolada, geralmente com troca e cooperação mínima entre as disciplinas”. Quanto à *pluridisciplinaridade*, refere-se a uma integração entre vários campos disciplinares, interligados, como um conjunto de “disciplinas que se agrupam de forma justaposta, com cooperação, porém cada profissão decide isoladamente” (ELY, 2003, p.114). A *transdisciplinaridade* possui um nível mais avançado de interação entre as áreas de conhecimento com atividades que se assemelham à perspectiva multifuncional em que as especificidades profissionais deixam de ser prioritárias na execução do cuidado, por conseguinte há o risco de diluição de especificidades profissionais, na medida em que “a coordenação é realizada por todas as disciplinas e interdisciplinas, propondo a criação de um campo com autonomia teórica, disciplinar e operativa” (ibid., p.114).

Para concretização do aspecto interdisciplinar, a reunião multiprofissional se destaca como um instrumento importante para contribuir no processo de garantia do atendimento integral ao usuário, a partir de um trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional, pois é na realização desta que os profissionais podem realizar planejamento e discussões relacionadas

às particularidades daquele sujeito para uma compreensão mais ampliada do processo saúde doença.

Por conseguinte, os sujeitos participantes da pesquisa foram questionados quanto à sua compreensão sobre interdisciplinaridade e se em algum momento de sua formação tiveram contato com a temática ou fizeram algum curso sobre esse assunto. Desse modo, 76,47% respondeu não ter tido contato com a temática de forma aprofundada, enquanto 23,52% afirmou que já tiveram. Diante do exposto, a compreensão dos participantes sobre o que é uma atuação interdisciplinar apareceu como algo pontual e generalista, correspondente a 70,5%. As respostas mais recorrentes inferem que uma atuação interdisciplinar corresponde à gestão do cuidado, possibilita uma visão ampla do ser humano e auxilia no cuidado da equipe para o usuário, na continuidade do cuidado, bem como na interação entre os profissionais.

Vários profissionais desenvolvendo, juntos, problemáticas. (E1)
A busca do melhor cuidado ao paciente e a minimização de danos. (E1)
Imprescindível para um gestão do cuidado eficiente. (E4)
É a interação multiprofissional. (E4)
Facilidade da gestão de processos (E3)

Dentre a expressão mais recorrente nas respostas, tem-se que 80% dos participantes mencionou o *cuidado* a ser realizado aos usuários, como um meio de alcançar o trabalho em uma perspectiva interdisciplinar. Acerca do cuidado em saúde, entende-se como um ato que

[...] recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde. (CECÍLIO E MERHY, 2002, p.2).

Nessa perspectiva, salienta-se a importância de haver um processo contínuo de qualificação do trabalho coletivo, uma vez que todo indivíduo deve receber, no decorrer de sua internação, assistência integral e de forma interdisciplinar, dispondo de discussão sobre sua situação de saúde, que deve ser avaliada em equipe de modo multiprofissional, com o propósito de planejar a forma de intervenção mais adequada. (ARAÚJO e DRADOSAVAC, 2014).

Portanto, o conceito de interdisciplinaridade é pensado a partir de um nível avançado de troca de saberes e integrativa entre as áreas, nesse pressupõe um processo contínuo de socialização do conhecimento de forma mútua, rompendo com as relações de poder instituídas historicamente (SILVA e MENDES, 2013; ORTIZ, 2014). Dessa forma, as relações profissionais tendem à horizontalidade, estabelecendo-se uma troca recíproca entre os diversos saberes profissionais.

A interdisciplinaridade situa-se, portanto, em um nível avançado de

cooperação e coordenação, de forma que todo conhecimento seja valorizado, com relações de intersubjetividade e de copropriedade baseadas em uma atitude de diálogo[...]é preciso haver respeito à autonomia e à criatividade inerente a cada uma destas áreas, para que não sejam influenciadas ou excluídas deste processo (ELY, 2003, p.114).

Ressalta-se que no processo do cuidado, na área da saúde, é preciso que o trabalho multiprofissional vise à perspectiva interdisciplinar para que o cuidado se concretize conforme preconizam os instrumentos normativos de âmbito nacional. Infere-se que a atuação sob uma perspectiva interdisciplinar ratifica o rompimento do cuidado compartimentado e fragmentado, cujo exercício pode ser ainda evidenciado em processos de trabalho em saúde.

Apesar de a maior parte dos profissionais não demonstrarem uma compreensão definida sobre interdisciplinaridade, 64,70% respondeu que a reunião multiprofissional ocorre de forma interdisciplinar.

[...] Cada profissional aborda aspectos de sua competência, estas informações são aproveitadas por todos nas reuniões. (E4)

Sim, já que é facultado a cada área se pronunciar sobre o cuidado do paciente em discussão. (E1)

Sim, pois todos tentam ajudar agregando com suas experiências. (E4)

Entende-se que na maior parte dos relatos demonstra-se confusão de conceitos entre o trabalho em equipe multiprofissional – que ocorre a partir da intervenção de diversas categorias profissionais, mas não há obrigatoriedade de interação entre ela – e a reunião na perspectiva interdisciplinar. Compreende-se que a interdisciplinaridade, também pode ser definida como uma área que “se distingue dos demais conceitos por não se limitar às metodologias de apenas uma ciência” (JAPIASSU, 1976, p.74).

O trabalho em equipe pressupõe o entendimento das atribuições e práticas dos demais profissionais e o reconhecimento de que o saber do outro é indispensável. Ou seja, pauta-se em relações de legitimação, dessa forma percebem suas qualidades, potência, bem como seus limites. De acordo com o art. 3º da Portaria nº 3390/2013, entende-se que o trabalho multiprofissional em caráter interdisciplinar deve ser executado, pois

Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde[...]ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. (BRASIL, 2013).

Dessa forma, compreende-se que a interdisciplinaridade deve ser realizada nos processos de trabalhos hospitalares, independente do possível posicionamento do profissional de saúde, levando em consideração o trabalho em equipe multiprofissional

Acredito que ainda tem muito a ser construído nessa perspectiva, inclusive, com mais precisão conceitual e melhor definição do que seja interdisciplinaridade para os profissionais de saúde, no entanto, observo como sendo um celeiro para desenvolver um trabalho amplo que contemple a complexidade e a articulação entre teoria e prática. (E4)

A reunião é ainda muito medicocêntrica, e se baseia muitas vezes em colocar a visão de casa profissional para o médico. (E1)

Conforme evidenciado, a hegemonia do trabalho nas diversas instituições de saúde é centrada no modelo biomédico, com ênfase no diagnóstico e no tratamento, em que as outras categorias profissionais, agregam seu trabalho em torno dessa percepção sendo comandados por ela. (LIMA E ALMEIDA, 1999; PEDUZZI, 1998).

Apesar das discussões, por vezes, ocorrerem de forma não planejada e sistematizada, conforme exposto, não ofusca sua importância para a organização do processo de trabalho, possibilitando uma assistência contínua e resolutiva ao usuário e que propicie a relação de integralidade no cuidado, em seu aspecto multifacetado.

A integralidade e sua relação com o cuidado em saúde no ambiente de UTI

Com o conceito ampliado de saúde, trazido pela CF de 1988, tem-se compreensão da integralidade dos serviços de saúde como uma ação a ser utilizada em todos os níveis de cuidado em saúde, “[...]teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa deste paciente” (MATOS, 2001 apud BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, compreende-se que o avanço da tecnologia em saúde trouxe diversos aspectos positivos ao tratamento de sobrevivência dos usuários, mas só as técnicas médicas não são suficientes para cuidar do usuário em sua multidimensionalidade, tendo em vista as condições de vida em que está inserido, as quais interferem em sua saúde, como o acesso à alimentação saudável, à justiça social, à renda, à educação, ao lazer. É preciso resgatar cotidianamente, na rotina de trabalho dos profissionais de saúde o conceito difundido pela Reforma Sanitária, que consiste em:

a- integração das ações nos distintos níveis de complexidade no sistema de saúde; b - forma de atuação profissional abrangendo o conjunto de fatores determinantes e condicionantes da saúde; c - garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de saúde; e, d- articulação das políticas públicas vinculadas aos projetos de mudanças (PAIM, 2008 apud CAMARGO; BELLINI, 2014, p.7)

Diante das perspectivas apontadas e entendendo a reunião multiprofissional como um instrumento que pode propiciar uma apreensão do usuário em sua totalidade, buscou-se evidenciar a percepção da equipe multiprofissional acerca da reunião para discussões de casos,

efetivando um atendimento integral com vistas a favorecer a diminuição de tempo de permanência do usuário na alta complexidade.

Como resultado, 64,70% dos participantes expuseram uma compreensão do atendimento integral por meio da articulação das diversas categorias profissionais, como um meio de contemplar os aspectos biopsicossociais dos usuários.

O paciente crítico é muito complexo, o suporte intensivo engloba uma assistência em que não somente o paciente deve ser assistido, como também seus familiares. O paciente de UTI quando consciente necessita de apoio psicológico, de reabilitação fisioterápica e cuidados médicos e de enfermagem. Quando crítico em suporte ventilatória necessita de assistência integral de todos os profissionais da UTI. O compartilhamento da evolução deste paciente é fundamental para que todos atuem especificamente nas necessidades diárias do paciente. (E4)

Diz respeito a cuidado levando em consideração todas as perspectivas objetivas e subjetivas do cuidado, sejam elas físicas, biológicas, psíquicas, sociais, etc). (E3)

A execução da integralidade do cuidado ao usuário em ambiente hospitalar pode ser compreendida por meio de dois eixos. O primeiro consiste nas práticas multiprofissionais em seu processo de trabalho e o segundo a partir da intersectorialidade dos serviços, pois o hospital é apenas um ponto de uma rede de cuidado do sistema de saúde e o usuário possui necessidades cujo atendimento é transversal aos serviços de saúde.

Nesse sentido, faz-se necessário refletir que, devido ao grau de complexidade do serviço prestado, cada vez mais há uma exigência por profissionais especialistas, os quais tenham o conhecimento necessário para o manejo com os pacientes em estado grave. Contudo, em alguns aspectos, o profissional se torna especialista em um órgão ou em um saber específico, fragilizando a perspectiva do cuidado integral. Em contrapartida, na mesma proporção que há essa exigência pela alta especialização, há um discurso focado na perspectiva da gestão do cuidado¹³, que visa a não fragmentação dos processos de trabalho e, conseqüentemente, assistência à saúde prestada ao usuário.

O atendimento integral pode ser compreendido de uma maneira ampliada, centrada no indivíduo, sendo um termo multifacetado. Conforme resultado obtido, 11,76% dos participantes compreendem a integralidade como um atendimento para além da assistência hospitalar, contemplando o acesso a bens e serviços da rede socioassistencial.

O acesso de toda a população à saúde, por meio de ações preventivas e curativas, numa rede estruturada de serviços e assistência garantida em todos

¹³ “Consiste na capacidade técnica, política e operacional que uma equipe de saúde possui para planejar a assistência aos usuários, no plano individual ou coletivo, promovendo a saúde no âmbito biopsicossocial”. (LACERDA; MAGAJEWSK; MACHADO, 2010, p.42)

os níveis de complexidade. (E4)

Desse modo, compreendendo que as formas de acesso não são iguais para todos os sujeitos e que isso dificulta a efetividade da integralidade do cuidado, é preciso que os profissionais obtenham o conhecimento da rede de saúde e de suas formas de acesso, que resulte em um conjunto integrado de ações, articulando atenção primária, média e alta complexidade. Assim, o compartilhamento de diversos conhecimentos e saberes provenientes das diversas categorias profissionais que trabalham em equipe podem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva da integralidade no cuidado em saúde.

Em conformidade, apreende-se que é preciso uma integração entre a equipe multiprofissional propiciadora de uma visibilidade do contexto biopsicossocial do usuário a ser atendido, visando a qualificação no atendimento. Nessa esteira, a reunião multiprofissional pode propiciar a viabilidade dessa integração da equipe.

Nosso serviço dispõe de todos os profissionais necessários para essa assistência que ocorre diariamente independente da solicitação por um dos profissionais, de modo automático a fisioterapia assiste a todos os que tem necessidade, assim como a fonoaudiologia atende sempre que solicitado. Os demais profissionais atuam em todos que estão internados independente do quadro clínico. (E4)

Diante dos diversos entraves expostos no decorrer desse estudo, tem-se que 58,82% dos respondentes informou que não consideram que há efetivação da integralidade na assistência prestada na UTI, conforme demonstrado nos relatos.

[...] acho que em muitos casos nem todas as áreas contribuem de forma mais ativa [...] não há comunicação das áreas entre si e desconhece-se, muitas vezes, que intervenções estão sendo feitas em outras áreas que muitas vezes podem influenciar umas às outras. (E2)

Por mais que a UTI tenha certas iniciativas pontuais, a assistência ainda continua muito individualizada e nichada por profissão. (E1)

Embora às reuniões tenham esse objetivo sinto que não tem sido efetiva (E4)

Desse modo, infere-se que apesar de as reuniões para os estudos de casos acontecerem de forma esporádica e possuir uma equipe multiprofissional especializada, não é o suficiente para a garantia de um atendimento de forma integral e interdisciplinar, considerando seu contexto multifacetado, em que se precisa aperfeiçoar ainda mais as práticas de trabalho para que essas perspectivas sejam efetivadas.

Considerações finais

Conforme exposto no decorrer do estudo apresentado sobre a reunião multiprofissional no contexto da UTI-adulto do HUOL, com ênfase na apreensão da equipe multiprofissional

sobre esse instrumento como uma estratégia de efetivação da integralidade, e com base nos resultados obtidos por meio da revisão de literatura, pesquisas de campo e documental, salienta-se a importância da educação permanente em saúde e de documentos normativos que instituem a prática da reunião multiprofissional na UTI.

Ressalta-se ainda que os participantes das categorias E2 e E3, não apresentaram respostas, de forma aprofundada ou ampliada, às perguntas referentes à realização da reunião multiprofissional, execução da interdisciplinaridade, bem como sobre o atendimento integral ao usuário. Considerando os limites desse estudo, supõe-se que tal fato pode ser decorrente da fragilidade do processo de formação continuada em saúde, numa perspectiva coletiva e crítica, aliada às ciências sociais, com ênfase em estudos sobre determinação social em saúde. Dessa forma, entende-se essa ocorrência como possível reflexo da hegemonia biomédica existente nas instituições de saúde e em seu processo de formação.

Acerca do trabalho coletivo na UTI, compreende-se que o conjunto do atendimento realizado pela equipe em caráter interdisciplinar a partir das discussões de casos, reconhecendo o indivíduo em sua totalidade e a importância dos diversos saberes das categorias profissionais, resultam em melhorias na prestação do cuidado em saúde, por meio do planejamento do trabalho centrado nas necessidades do indivíduo para além da instituição hospitalar e integrando-o na rede sócio assistencial na perspectiva de integralidade do atendimento.

Apesar dos avanços alcançados na realização das reuniões, mesmo que esta ocorra de modo não regular, observa-se que há muito o que se percorrer, pois conforme demonstrado nos resultados, não há uma integração efetiva entre a equipe prestadora de serviço e com o desenvolvimento da pandemia essa articulação se tornou mais fragilizada. Há ausência de documentos normativos que instituem a obrigatoriedade da reunião multiprofissional, o que dificulta sua realização de modo regular e de forma a contemplar a presença dos diversos profissionais, considerando a carga de trabalho gerado pelo ambiente de prestação de cuidados intensivos e contínuos.

Realizar as discussões de casos em caráter interdisciplinar permite uma maior interação do trabalho coletivo em saúde, que descentralize o cuidado no saber médico, sendo possível que os diversos agentes envolvidos tenham ciência das particularidades de cada indivíduo, sem haver a diluição das especificidades de cada categoria profissional. Isso propicia uma ação com maior qualidade, visando a redução do tempo de internação do usuário na UTI e possibilitando a continuidade do cuidado articulado com a rede socioassistencial.

Dessa forma, conforme resultados expostos da coleta de dados, percebe-se a necessidade de realização de aperfeiçoamento constante das práticas por todos os profissionais de saúde,

por meio de capacitações que discutam em que consiste o atendimento interdisciplinar e sua importância, bem como acerca do local e horário definidos para a realização das reuniões como uma estratégia que auxilia na integralidade do cuidado de forma efetiva.

Assim, entende-se que os resultados da pesquisa demonstraram relevância social, acadêmica e profissional, pois retrataram elementos sobre a execução da reunião multiprofissional a partir da apreensão da equipe que participa, em que permite fornecer elementos que subsidiem o processo de qualificação do trabalho acerca da sistematização das ações, bem como possibilita a qualificação do processo ensino-aprendizagem.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. *Resolução N° 5, de 7 de novembro de 2014*. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília: CNRMS, 2014. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=10/11/2014>. Acesso em: 03 de out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização-folheto*. 1ª edição, 1ª reimpressão, 2013. Disponível em: https://www.google.com/search?q=politica+nacional+de+humaniza%C3%A7%C3%A3o&rlz=1C1GCEU_ptBRBR903BR904&oq=politica+nacional+de+humaniza%C3%A7%C3%A3o&aqs=chrome..69j57j0l2j0i39515.6416j1j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8. Acesso em: 10 de nov. de 2020.
- _____. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria n° 3390/2013*. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Oliveira, Roberta Gondim de (Org.) *Qualificação de gestores do SUS*. / Organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior. – Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009. Disponível em: <http://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd.pdf>. Acesso em: 25 de nov. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *RDC n° 7, de 24 de fevereiro de 2010*. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 25 de nov. 2020.
- BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço Social e saúde – formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2006. p. 88-110.
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). *Política social e democracia*. 2. ed. São Paulo:

Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 197-215.

- CAMARGO, Marisa; BELLINI, Maria Isabel Barros. The tripod guiding of attention in the National Healthcare Service (SUS) in Brazil: integrality, interdisciplinary and intersectoriality. *O TRIPÉ ORIENTADOR DA ATENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL: INTEGRALIDADE, INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE*. In: Rev. Documentos de Política Social: História, Investigación Y Desarrollo. España: Universidad de Murcia, n. 13, v. II, abr. 2014.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas, 2003. Disponível em: <https://docplayer.com.br/11198473-A-integralidade-do-cuidado-como-eixo-da-gestao-hospitalar.html>. Acesso em: 25 nov. de 2019.
- CUTOLO, Luiz Roberto Agea. *Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica*. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>. Acesso em: 04 de fev. de 2020.
- ELY, F. R. *Serviço Social e Interdisciplinaridade*. Katálisis, Florianópolis: EDUFSc, v. 6, n. 1, p.113-117, jan./jun. 2003.
- JAPIASSÚ, Hilton. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. *O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico*. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p. 86-101, 1999.
- MATOS, Maurílio Castro de. *Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 2013, p. 39 – 50.
- MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar assistência**. [S.l.: s.n.], 2003. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc>. Acesso em: 25 nov. de 2020.
- MERHY, E. E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.
- PORTAL EBSEERH/HUOL-UFRN. *Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte*. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/huol-ufrn>. Acesso em: 31 de nov. de 2019.
- PEDUZZI, Marina. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 1998. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Marina_Peduzzi/publication/47868233_Equipe_multiprofissional_de_saude_a_interface_entre_trabalho_e_interacao/links/5780461b08ae01f736e4a569/Equipe-multiprofissional-de-saude-a-interface-entre-trabalho-e-interacao.pdf. Acesso em: 15 de jan. de 2021.
- SANTOS, Elitiele Ortiz dos et al. Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho Team meeting: proposal for the work process organization. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 606-613, July 2017. ISSN 2175-5361. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5564>. Acesso em: 26 jan. de 2021. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.606-613>.
- SILVEIRA, Daniele Pinto da; ARTMANN, Elizabeth. Acurácia em métodos de relacionamento probabilístico de bases de dados em saúde: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 875-882, 2009. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/356596>. Acesso em: 03. dez. de 2019.
- _____. *Resposta nacional e internacional de enfrentamento ao novo coronavírus*. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/linha-do-tempo/>. Acesso em: 10 de jan. de 2021.
- ROSA, Beatriz Ângelo et al. Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do

The Environmental Stressor Questionnaire. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010, vol.44, n.3, pp.627-635. ISSN 0080-6234. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201000030001165&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2021.