

CONTEXTO HOSPITALAR E PRÁXIS MULTIPROFISSIONAL: INTERFACES E DESAFIOS

Hospital context and multiprofessional praxis: interfaces and challenges

Contexto hospitalario y praxis multiprofesional: interfaces y desafíos

NATANE GONÇALVES DA SILVA
TATIANA BENEVIDES MAGALHÃES BRAGA
MARCIANA GONÇALVES FARINHA

Resumo: Este trabalho analisou as relações multiprofissionais em um hospital do interior de Minas Gerais-Brasil, em seus aspectos sociais, institucionais e relacionais. Utilizou-se metodologia qualitativa de perspectiva fenomenológica-existencial, com dados construídos via entrevistas semiestruturadas realizadas com profissionais de diferentes categorias. Na análise, foram descritas articulações de sentido realizadas pelos profissionais e procedeu-se a hermenêutica de sua contextualização e constituição. A partir da paisagem social assim constituída, as relações de sentido foram cerzidas para compor sua trama significativa. Na dinâmica das relações multiprofissionais, desvelaram-se as seguintes dimensões de influência: social, epistemológica, formativa, experiencial, institucional e dimensão das relações multiprofissionais propriamente ditas. Analisando-se essas dimensões, destacam-se desencontros no diálogo multiprofissional influenciados pelas representações sociais sobre profissões de saúde, condicionantes sociais e institucionais e um fazer ainda centrado no modelo curativo e na hegemonia médica. Conclui-se pela necessidade de abertura de espaços reflexivos sobre as práticas profissionais em saúde.

Palavras-chave: Fenomenologia; Equipe Multiprofissional; Psicologia institucional; Hospital.

Abstract: This work analyzed multiprofessional relationships in a hospital in the interior of Minas Gerais-Brazil, focusing on their social, institutional, and relational aspects. A qualitative methodology with an existential-phenomenological perspective was used, constructed data through semi-structured with professionals from different categories. The analysis described the meaning articulations performed by the professionals and proceeded with the hermeneutics of their contextualization and constitution. From the social landscape thus constituted, the meaningful relationships were interwoven to compose their significant framework. In the dynamics of multiprofessional relationships, the following dimensions of influence were unveiled: social, epistemological, formative, experiential, institutional, and the dimension of multiprofessional relationships themselves. By analyzing these dimensions, mismatches in multiprofessional dialogue were highlighted, influenced by social representations of health professions, social and institutional conditioning, and a practice still centered on the curative model and medical hegemony. The study concludes with the need for reflective spaces on professional practices in health.

Keywords: Phenomenology; Multiprofessional Team; Institutional psychology; Hospital.

Resumen: Este trabajo analizó las relaciones multiprofesionales en un hospital del interior de Minas Gerais-Brasil, en sus aspectos sociales, institucionales y relacionales. Se utilizó una metodología cualitativa desde una perspectiva fenomenológica-existencial, con datos recolectados a través de entrevistas realizadas a profesionales de diferentes categorías. En el análisis, se describieron las articulaciones de sentido realizadas por los profesionales y se procedió con la hermenéutica de su contextualización y constitución. A partir del paisaje social así constituido, se entretejieron las relaciones de sentido para componer su trama significativa. En la dinámica de las relaciones multiprofesionales, se revelaron las siguientes dimensiones de influencia: social, epistemológica, formativa, experiencial, institucional y la dimensión misma de las relaciones multiprofesionales. Al analizar estas dimensiones, se destacan desencontros en el diálogo multiprofesional influenciados por las representaciones sociales sobre las profesiones de la salud, condicionantes sociales e institucionales, y una práctica aún centrada en el modelo curativo y en la hegemonía médica. Se concluye la necesidad de abrir espacios reflexivos sobre las prácticas profesionales en salud.

Palabras clave: Fenomenología; Equipo Multiprofesional; Psicología institucional; Hospital.

Oriunda de processos sociais, econômicos e geopolíticos decorridos na Idade Moderna, a noção organicista de saúde nasce articulada ao fortalecimento da ciência como modelo de construção da verdade pautado na racionalidade, em detrimento do dogma religioso medieval, fazendo emergir novos modos de representação da normatização social, do conhecimento e do próprio corpo. Separado da instância da mente, o corpo passa a ser visto como sistema de engrenagens – nexos causais descobertos pelo experimento científico, explicáveis pela anatomia, fisiologia e bioquímica, e manipuláveis pela técnica (Gadamer, 2011). Nesse paradigma racionalista e mecanicista, o processo de conhecimento configura-se pelo binômio sujeito-objeto, traduzido na saúde pelo binômio médico-paciente. Na saúde organicista, a cadeia de relações biológicas de causa e efeito constitui tanto a representação do corpo como máquina quanto a ideia de tratamento como eliminação de doenças. Instaura assim a polarização normal-patológico em substituição à polarização medieval pecado-virtude, operada pela Igreja Católica (Foucault, 1963/2011).

Medicina e Enfermagem são os precursores da saúde a se estabelecer em paradigmas científicos. No início do século XVIII, descrições médicas focavam possíveis relações entre processos fisiológicos e a experiência sensível do doente, utilizando alusões e metáforas. Já no fim do século XVIII e início do século XIX há mudanças relevantes no olhar médico: anatomistas descrevem o encéfalo destacando aspectos como textura, forma e cores, atribuindo objetividade à observação direta, num critério de verdade que funda a saúde moderna (Foucault, 1963/2011). Já a enfermagem desloca-se de uma ótica ligada à caridade religiosa do período medieval para uma institucionalização do cuidado, fundado em termos técnicos e biológicos na Idade Moderna (Koerich et al., 2017). O discurso sobre o corpo foca progressivamente na racionalidade, na descrição do visível e na correspondência entre este e o até então invisível – os elementos biológicos observados a nível microscópico (Foucault, 1963/2011). No desenvolvimento de relações causais emergem as especialidades em saúde. No período da Revolução Industrial (1760-1840), emancipam-se campos como psicologia e nutrição, com sua correspondente profissionalização. Tal processo se intensifica com a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), quando emergem profissões como fisioterapia e terapia ocupacional, sedimentando o campo da saúde na sua relação com as demandas sociais e a racionalidade científica.

A instituição hospitalar emerge no século XVIII alinhada à noção organicista de saúde, centrada na ausência de doença biológica (Foucault, 1963/2011) e, simultaneamente, reproduz seu paradigma: mecanismos de manejo e sedação eliminam manifestações do doente para fazê-lo funcionar apenas como corpo biológico; recursos institucionais como diagnóstico, laudos, prontuários e consultas circunscrevem o discurso médico enquanto ordem de verdade sobre o adoecimento; a estrutura arquitetônica restringe a circulação do doente no hospital enquanto facilita a circulação de médicos e paramédicos. A relação sujeito-objeto científico, traduzida na relação

médico-paciente, derivava referências para diversos especialistas em saúde: medicina, fisioterapia, psicologia, enfermagem, nutrição, terapia ocupacional, etc., instauraram uma metodologia de trabalho na qual avaliação e intervenção dirigida ao recorte especializado em detrimento da inter-relação dos múltiplos aspectos em saúde e entre estes e o contexto socioambiental mais amplo.

Todavia, ao fim do século XIX e início do século XX, surgem críticas ao positivismo, à neutralidade, ao pragmatismo e ao mecanicismo como fiadores da racionalidade científica. A hermenêutica (Dilthey, 1910/2010) discute os riscos do abstracionismo científico que, ao deslocar os fenômenos de seu contexto concreto de constituição, desconsidera influências sociais e políticas na produção do conhecimento. Já a fenomenologia aponta os riscos do processo de naturalização das interpretações do sujeito tomadas como realidade objetiva, num realismo ingênuo que se distancia dos fenômenos (Merleau-Ponty, 2018). Assim, reconhecer a integração corpo-consciência desvela a incoerência epistemológica das tentativas de suprimir a subjetividade no estudo do corpo e suprimir o corpo ao estudar a subjetividade (Merleau-Ponty, 2018). No desenvolvimento das ciências da saúde, a conexão entre saúde, ciência e sociedade foi incluída na discussão epistemológica, produção de pesquisas, políticas públicas e difusão cultural de representações e informações sobre saúde, abrangendo tanto diretrizes e protocolos, como no programa Humaniza SUS (Ministério da Saúde, 2010), quanto conceitos como promoção de saúde (Brown et al., 2006) e território em saúde (Monken & Gondim, 2018). Nesse sentido, saúde e ciência são campos imersos na complexidade social, em que perspectivas de pensamento e fatores sociais se entrecruzam e criam aproximações, cisões, conflitos, discursos hegemônicos e contra-hegemônicos.

Por exemplo, ao estabelecer-se a partir da Revolução Industrial, a Nutrição focaliza duas correntes de pensamento. A ótica biológica articulava a fisiologia dos alimentos a doenças orgânicas, com estudos de laboratório visando gerar tecnologias de uso individual e a ótica social voltava-se a políticas públicas em nível populacional, como programas de distribuição de alimentos em casos de risco alimentar (Vasconcelos, 2002). Desta derivam os atuais estudos de aproveitamento integral de alimentos e de identificação de alimentos nutricionalmente adequados e economicamente acessíveis. Já na saúde mental, várias abordagens discutem os lugares de poder instituídos quando a práxis se orienta pela noção organicista de saúde, que separa o objeto (o doente) e o isola, tal como é feito em laboratório, a partir do método das ciências naturais (Amarante, 2019).

Nas equipes multiprofissionais tal questão é significativa: ao reduzir o indivíduo a objeto, as profissões de saúde se exercem fragmentando a organização laboral em várias especialidades, dificultando a integração do ensino clínico e favorecendo a alienação do trabalho na engrenagem da lógica capitalista. A perspectiva epistemológica racionalista de desenvolvimento dos saberes em saúde trouxe muitos avanços metodológicos, tecnológicos e cien-

tíficos. Porém, também o risco de fragmentar mente, corpo e contexto social, apresentando limitações no que se refere à integração dos diversos conhecimentos entre as profissões de saúde, entre os saberes de saúde e o saber do sujeito sobre si mesmo, e entre saúde e meio socioeconômico e cultural.

Nesse contexto, cabe compreender a inserção das concepções contemporâneas de saúde na geopolítica internacional, tendo como palco a Organização Mundial de Saúde (OMS). Segundo Brown et al. (2006) a OMS foi presidida por conflitos recorrentes entre o olhar socioeconômico/preventivo – voltado ao desenvolvimento socioeconômico e à igualdade social – e tecnológico/curativo – vinculado a interesses econômicos de agentes financeiros mundiais. O modelo tecnológico/curativo nasceu ligado ao capitalismo e à hegemonia positivista, visando criar medicamentos para intervir nas relações de causalidade científica que determinam processos biológicos de saúde-doença. No início do século XX crescem corporações voltadas ao consumo de medicações e outras tecnologias de eliminação/manejo de desconfortos físicos.

Na segunda metade do século XX, fatores sociopolíticos fortalecem a noção de saúde socioeconômica e preventiva. O advento da Guerra Fria (1947-1991) levou ao Estado de Bem Estar Social em alguns países europeus, visando minorar revoltas sociais via garantia de direitos. Nos Estados Unidos, a luta por direitos civis da população negra alterou a política conservadora dos anos 1950, gerando, na OMS, o reconhecimento da necessidade de melhorar a infraestrutura em saúde. Com a independência, países africanos reivindicaram, no plano internacional, atenção a situações de pobreza extrema como eixo básico para garantir direitos como saúde e educação (Brown et al., 2006). Tal cenário fomentou na OMS uma perspectiva voltada à participação popular, à saúde comunitária, à lógica multidimensional e à busca de soluções a problemas ambientais e econômicos, tendo como efeito a Declaração de Alma Ata (1978), que afirma tais elementos relacionando desenvolvimento social e saúde e articulando promoção da saúde e promoção da cidadania. Porém, na década de 1980 se fortaleceram as corporações de saúde e grandes agentes econômicos, o Banco Mundial ganhou espaço no setor de saúde via políticas de financiamento e o orçamento da OMS foi congelado em 1990. Sob a tese de que a proposta socioeconômica não podia ser alcançada, advogavam pela “Atenção primária seletiva à saúde”: “cestas básicas de serviços” para populações pobres compostas apenas por técnicas de baixo custo (Brown et al., 2006), visando preservar um mercado privado que venderia recursos mais sofisticados.

No período de redemocratização do Brasil, entre as décadas de 1970 e 1980, o Movimento Sanitário se constituiu visando criar um sistema universal de saúde com participação popular, influenciado pelo cenário internacional e contrapondo-se ao modelo curativo e centralizador gerido pela Ditadura Militar (1964-1985). Surgiu ainda Movimento Antimanicomial, que criticava o modelo de curativista e segregacionista na saúde mental e buscava substituí-lo por uma diretriz voltada à reinserção social dos usuários

(Amarante, 2019). No final dos anos 1980, os dois projetos contribuíram para ressaltar a relevância das equipes multiprofissionais na rede de atenção e a visão holística dos sujeitos (Amarante, 2019). O Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1988) estabeleceu princípios herdeiros da concepção socioeconômica/preventiva: a participação popular instituiu a articulação entre cidadania e saúde, descentralização e regionalização aproximam a população da gestão, os níveis de atenção destacam a esfera preventiva e integralidade, universalidade e equidade visam garantir condições democráticas de acesso à saúde, articuladas ao desenvolvimento socioeconômico.

Todavia, a criação do SUS não significou a queda do paradigma tecnológico/curativo, que emerge em processos contemporâneos, como a medicalização de experiências como parto, menopausa, sexualidade e desempenho escolar. A medicalização, difundida pelo Estado, indústria, sociedade e instituições como forças motrizes, deslocou-se de uma prática hegemonicamente exercida pela medicina enquanto instituição de controle social, para a produção tecnológica de grandes corporações na assistência à saúde no século XXI (Frazão & Minakawa, 2018). Tal gestão financeira da medicalização, pautada na biomedicina enquanto campo de saber, leva informações sobre medicina que passaram a ser difundidas em redes digitais, tornando os fármacos, que tinham aplicação padronizada pela técnica médica, elementos apropriados pelos indivíduos como produtos de consumo utilizados como meio de produção de suas identidades.

O modelo curativo, centrado na doença e na medicina de tradição hospitalar, é ainda hegemônico na formação de diversos profissionais de saúde no país (Campos, 1999). Assim, a proposta do SUS enfrenta em conjunto a hegemonia tecnológico-curativa e os avanços do neoliberalismo, com uma concepção político-econômica privatizante e de assistência mínima à população (Cunha, 2017). Nas práticas cotidianas do SUS, situamos então um campo de conflitos, ambiguidades e tensões entre a proposta socioeconômica/preventiva original e a hegemonia geopolítico-financeira dos discursos do modelo tecnológico e curativo. Na organização da assistência, o SUS enfrenta obstáculos em torno da fragmentação dos saberes ligada à tradição de separatividade das disciplinas e objetos de trabalho, que ocasiona um olhar fragmentado ao sujeito (Spink, 2017), prejudica o princípio da integralidade pautado no diálogo entre membros da equipe e direciona o cuidado ao modelo curativo, obscurecendo condicionantes relacionais e sociais (Silva & Tavares, 2004).

A superação desses obstáculos demanda diálogo socialmente inserido, que articula a esfera afetiva de aceitação das diferenças à ótica epistemológica de construção dos diversos objetos científicos (Spink, 2017), considerando ainda o panorama de relações econômicas, geopolíticas e institucionais na formação das noções e políticas de saúde (Brown et al., 2006). Nesse viés, valoriza-se a interdisciplinaridade e o cuidado dirigido a todos os aspectos que constituem integralmente os indivíduos, tanto profissionais quando usuários dos serviços de saúde (Spink, 2017). Na formação profissional, observa-se

um jogo de forças entre propostas de educação contínua que visam alçar perfis profissionais na ótica da saúde multidimensional e projetos mais frequentes que, sob verniz multidimensional, guardam estruturas voltadas à lógica capitalista e produtivista, afastando o profissional da compreensão situacional e integral do indivíduo (Silva & Tavares, 2004).

A negligência de condicionantes não biológicos despolitiza a compreensão dos processos de saúde-doença, ofuscando a relação entre promoção da saúde e promoção da cidadania. A construção da cidadania, enquanto “direito a ter direitos” (Arendt, 2013), requer reconhecimento da legitimidade de participação no agir social, favorecendo a autonomia dos sujeitos, entendida como cuidado com a própria vida, conferindo direcionamento e significação às experiências (Braga, 2014). Historicamente, ao regular condutas e minimizar a singularidade do sujeito no viés exclusivo do corpo, a perspectiva hospitalar deslegitimou o saber do indivíduo sobre si, podendo agravar o sofrimento quando fatores sociais, institucionais, políticos, afetivos e outros perseveram vicissitudes que não possuem lugar no âmbito do tratamento (Braga, 2014). Promoção da saúde e da cidadania implicam assim espaços de pertencimento e cuidado, tanto de profissionais quanto usuários dos serviços, implicando crítica do viés curativista, integração de vários saberes sobre o sujeito e reconhecimento da integralidade do ser social e não subordinado ao capital e à produtividade, num olhar ampliado e contextual das demandas (Silva & Tavares, 2004).

O desenvolvimento tecnológico propiciado pelo capitalismo permitiu criar novas tecnologias de cuidado, todavia o enviesamento para o lucro produziu novas formas de medicalização, distorcendo os objetivos do tratamento, que amiúde se dirigem para manter um mercado consumidor em detrimento da cura definitiva de problemas de saúde. Tal processo de crescimento financeiro, tecnológico e cultural da indústria biomédica afetou o funcionamento social e o modo como o acesso à saúde é ofertado (Frazão & Minakawa, 2018). Muitas das alterações vividas neste panorama têm implicações no campo das relações e práticas multiprofissionais, já que este sofre influências das transformações nas diversas profissões de saúde, bem como das alterações nas políticas de saúde, na produção técnica, tecnológica e industrial, nas mudanças culturais e na sociedade como um todo.

Nesse contexto, a presente pesquisa teve como objetivo compreender as relações multiprofissionais em uma instituição hospitalar de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais-Brasil, abrangendo aspectos sociais, institucionais e relacionais. Assim, adotou como objetivos específicos investigar a noção de saúde utilizada pelos profissionais, a percepção dos profissionais sobre o contexto hospitalar, a percepção dos profissionais sobre o trabalho multiprofissional, a percepção dos profissionais sobre a rotina de trabalho e as percepções e representações sociais dos profissionais no tocante às profissões de saúde.

Método:

A pesquisa adota metodologia qualitativa de perspectiva hermenêutico-fenomenológica. Foram obedecidos os procedimentos éticos, com autorização da instituição, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realização das entrevistas em sala reservada e utilização de nomes fictícios para preservar o sigilo dos entrevistados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em 2019, CAEE (Suprimido para submissão). Todos os profissionais de saúde, excetuando-se estagiários e residentes, foram convidados a participar de modo presencial e individual. Explicou-se objetivos e procedimentos de pesquisa e foram aceitos os profissionais que se voluntariaram, sendo marcadas as entrevistas conforme disponibilidade do participante. Foram realizadas duas entrevistas de uma hora com cada participante, tendo a segunda o objetivo de detalhamento dos elementos trazidos na primeira. Participaram 17 profissionais das categorias de enfermagem de nível técnico, enfermagem, medicina, nutrição e fisioterapia, de 22 a 57 anos. Os critérios de inclusão adotados foram ser trabalhador de saúde em nível técnico e superior do hospital investigado, sendo contempladas as categorias que lidam com a assistência ao paciente, além de contemplar a faixa etária de 18 a 65 anos. Os critérios de exclusão adotados foram ser psicólogo, dada a especificidade desse serviço no hospital, não atuar no hospital estudado ou em contato direto com o atendimento ao paciente e não ser profissional de saúde. Os dados dos participantes se encontram na Tabela 1.

Visando abrir espaço para a expressão dos discursos, percepções, significações e afetos dos participantes sobre o tema, a entrevista adotou o modelo semiestruturado e se baseou em um roteiro contendo os seguintes tópicos de investigação: trajetória na saúde, compreensão da noção de saúde, percepções sobre o contexto hospitalar, considerações sobre a rotina de trabalho, organização das relações, tarefas e sentidos na instituição, percepções sobre o trabalho multiprofissional, vivências e momentos de contato multiprofissional no contexto hospitalar. O método de entrevista semidirigida buscou contemplar os elementos constantes nos objetivos da pesquisa, sendo acionados como disparadores para evocar as percepções dos entrevistados. Houve, todavia, abertura para explorar qualquer tema que se apresentasse como relevante ao problema de pesquisa nas falas dos profissionais. As entrevistas foram gravadas por meio de gravador digital e mediante autorização dos participantes, posteriormente transcritas em computador e a gravação guardada como preconizado pelas normas do CEP.

Tabela 1: Quadro de Participantes

| Nome Fictício | Profissão | Setor de trabalho | Gênero |
|----------------------|-----------------------|--------------------------|---------------|
| Amarílis | Enfermagem | Enfermaria de Pediatria | Feminino |
| Jasmim | Enfermagem | Enfermaria de Pediatria | Feminino |
| Azaléia | Enfermagem | Enfermaria de Pediatria | Masculino |
| Sálvia | Fisioterapia | Enfermaria de Pediatria | Feminino |
| Clívia | Medicina | Enfermaria de Pediatria | Feminino |
| Girassol | Medicina | UTI Pediátrica | Feminino |
| Lótus | Técnico em Enfermagem | Enfermaria de Pediatria | Feminino |
| Hortênsia | Técnico em Enfermagem | Enfermaria de Pediatria | Feminino |
| Íris | Técnico em Enfermagem | Enfermaria de Pediatria | Feminino |
| Tulipa | Técnico em Enfermagem | Enfermaria de Pediatria | Feminino |
| Orquídea | Técnico em Enfermagem | Enfermaria de Pediatria | Feminino |
| Camélia | Enfermagem | Pronto Socorro Pediatria | Feminino |
| Margarida | Medicina | Pronto Socorro Pediatria | Feminino |
| Lírio | Medicina | Pronto Socorro Pediatria | Masculino |
| Dália | Nutrição | Enfermaria de Pediatria | Feminino |
| Rosa | Nutrição | Enfermaria de Pediatria | Feminino |
| Violeta | Técnico em Enfermagem | Enfermaria de Pediatria | Feminino |

Fonte: as autoras

A metodologia de análise adotada pauta-se pela perspectiva hermenêutico-fenomenológica (Braga, 2014; Critelli, 2016; Gadamer, 2011), pela qual experiências e percepções dos sujeitos estão entremeadas no contexto concreto do mundo em que habitam. Para a hermenêutica-fenomenológica, os fenômenos estão simultaneamente entremeados na rede histórica de significações da experiência concreta e articulados na relação entre sujeito que percebe e mundo percebido (Gadamer, 2011). Assim, ao expressar sua perspectiva particular, os participantes se articulam com o contexto mais amplo em que essa perspectiva se constituiu: com seu processo histórico, suas condições pragmáticas, suas redes relacionais e os significados que se entrecruzam nessas esferas e se sedimentam no cotidiano. A condição relacional entre consciência e mundo coloca, diante de cada um, uma perspectiva que se apresenta e que, embora limitada em sua interface, é também integrante da multiplicidade do real. Assim, compreende-se que cada participante contata experiências sobre o fenômeno que são simultaneamente singulares e representativas; direta e concretamente vividas, porém atravessadas pelas significações sociais e pela história do contexto em que se apresentaram.

Para articular o conjunto das diferentes perspectivas numa constelação que implica as percepções e vivências dos participantes, o material foi analisado tanto sob a ótica do participante singular como em sua relação com narrativas de outros participantes. Foram realizadas duas leituras iniciais para explorar e conhecer o material, buscando compreender o decurso das experiências, reflexões e impressões narradas. Na primeira leitura, buscou-se aproximar do olhar dos profissionais e na segunda leitura foram destacados elementos significativos e temas relevantes. Foram elencados aspectos como noções de saúde e suas implicações no trabalho, redes de relações afetivas e institucionais, atividades desenvolvidas e saberes proferidos no espaço social, influências sociais e históricas na carreira e na relação entre as profissões no hospital, entre outros.

Em seguida, a análise se voltou para o discurso narrado por cada participante, explicitando destacando em suas experiências os elementos mais significativos na relação com os tópicos relevantes. A partir do desenho da rede de temas significativos de cada participante, foi realizada uma composição entre os diversos participantes, identificando expressões e narrativas representativas das experiências comuns e aspectos de diferenciação entre os profissionais. Buscou-se assim investigar pontos de articulação e afastamento entre os sentidos atribuídos à multiprofissionalidade, núcleos de experiência e interpretação comum e sua relação com a formação acadêmica, as compreensões institucionais, a tradição de pensamento científico, as políticas públicas e outros aspectos do contexto. O terceiro momento da análise foi, portanto, de articulação entre a constelação interpretativa construída a partir dos relatos e registros oferecidos pelos participantes e um diálogo com autores, pesquisas e dados contextuais com o fenômeno investigado, buscando

articular o fenômeno encontrado no campo ao contexto social mais amplo (Braga, 2014).

Resultados e Discussões

Foram identificadas as seguintes dimensões de influência na dinâmica das relações multiprofissionais no contexto estudado: dimensão social, dimensão formativa, dimensão epistemológica, dimensão institucional e dimensão da relação multiprofissional propriamente dita. A dimensão social refere-se à relação entre uma profissão e o contexto social mais amplo – elementos socioeconômicos e de percepção social que permeiam a carreira. Na dimensão formativa, observou-se o tipo, escolha e qualidade da formação na relação com a práxis multiprofissional. Na dimensão epistemológica, analisou-se as concepções e conceitos operados no cotidiano profissional. Na dimensão institucional, consideraram-se os aspectos da herança histórica, da organização administrativa e da dinâmica de relações na instituição hospitalar estudada, bem como nas políticas públicas que a atravessam. Por fim, na dimensão da relação multiprofissional propriamente dita ponderou-se sobre a relação entre a instituição, as diferentes profissões e sua multiprofissionalidade.

Dimensão social

A escolha profissional desvelou a reprodução, entre categorias profissionais, de desigualdades políticas como as de classe e gênero. Nesse sentido, a principal diferença se deu entre medicina e enfermagem: enquanto houve quem optou pelo curso de enfermagem ou técnico em enfermagem buscando melhoria das condições de vida num cenário de poucos recursos, médicos relataram acesso a recursos financeiros facilitadores do ingresso na graduação, como aulas em instituição particular voltadas ao vestibular de medicina e capacidade de custear moradia em outra cidade. Nenhum médico relatou origem em classes populares e nenhum técnico de enfermagem relatou origem em classes média alta ou alta. Discrepâncias econômicas se refletiram também na formação: alguns entrevistados da enfermagem relataram falta de acesso a certos conteúdos no curso, que apenas vieram a aprender na prática; já uma fisioterapeuta e uma nutricionista relataram formação embasada. Médicos criticaram uma formação elitista, voltada ao lucro no mercado e desatenta à assistência popular, dificultando o diálogo com outros profissionais e com o paciente. Tais falas indicam que disparidades de classe no acesso à formação podem contribuir para compor distinções hierárquicas entre profissões mesmo antes da atuação, acentuando desigualdades de poder e fala no cotidiano das relações multiprofissionais.

O trajeto de escolha profissional mostrou distinções simbólicas nas representações sociais (Moscovici, 2015) das profissões de saúde: a figura do médico foi idealizada por pessoas próximas, enquanto o curso de enfermagem surgiu como segunda opção, indicando diferenças de percepção social do valor de ambos. Estereótipos também ocorreram entre os

profissionais que, embora afirmassem a necessidade da equipe multiprofissional, expressaram visão equivocada sobre o papel de certas profissões, expondo a influência das representações sociais na dinâmica de legitimação de discursos e práticas laborais. Por exemplo, mencionou-se como função do nutricionista solicitar alimentação ao paciente e como função do psicólogo conter aspectos emocionais de pacientes e acompanhantes para que sigam condutas determinadas por outros profissionais a fim de reduzir o tempo de internação e melhorar o fluxo no hospital.

Em contrapartida, quatro entrevistados criticaram a visão de outros sobre seu papel, entre eles enfermeiros, técnicos de enfermagem (TE), nutricionista e médicos. Duas enfermeiras relatam sobrecarga da enfermagem advinda de representações sociais da profissão como colocada a serviço do médico, sendo que uma delas também aborda a representação da enfermagem como “chata” por operar limites institucionais ao paciente, muitas vezes prescritos pelo médico. Neste aspecto, uma técnica de enfermagem abordou a relação entre desigualdade de gênero e depreciação da profissão, com ancoragens com ideias de prostituição e fragilidade feminina, silenciando enfermeiras perante médicos: *“tinham medo de falar ‘não’(...) isso foi bem preconizado na enfermagem (...) desde Ana Neri”*(Íris). Há relação histórica entre dominação de gênero e representação social da enfermagem: o cuidado da enfermeira sob supervisão do médico, tradicionalmente masculina, reproduzia, na saúde, laços domésticos patriarcais, em que o pai supervisionava o cuidado materno (Gugel et al., 2020). Essa herança vem sendo alterada: Machado et al. (2017), mostram diminuição para 85,1% das quase 100% de enfermeiras em 1970, enquanto as médicas saltaram de 18,08% na faixa etária entre 65 e 69 anos para 53,31% na faixa abaixo de 29 anos (Scheffer & Cassenote, 2013).

A nutricionista Rosa abordou desconhecimento da atuação, pois outros profissionais associam a nutrição a qualquer problema relacionado à alimentação, como falta de água ou entraves logísticos na entrega de comida. Também os médicos relatam visões equivocadas sobre si. A médica Margarida afirma que os pacientes procuram atendimento para solicitar exames e quando estão doentes, sem caráter preventivo. Para ela, o fato de que o médico *“está se tornando um pedidor de exames (...) serve ao capitalismo”*(Margarida), desconsidera outros aspectos a serem avaliados, como sono, rotina, alimentação e condições de vida e descontextualiza elementos sociais, como influências da mídia e sobrecarga de atividades, já que a falta de tempo pode ter efeitos sobre a saúde. Em sua fala, nota-se conexões entre representações sociais atribuídas aos pacientes e prevalência do modelo curativista (Brown et al., 2006), influenciada por interesses econômicos e afastada da ótica multidimensional e preventiva da saúde. O binômio médico-prevenção é desconstruído em prol do binômio médico-cura, o que fortalece o eixo tecnologia-saber médico produzido nas mercadorias capitalistas (Frazão & Minakawa, 2018).

Explicações dadas pelos pesquisados sobre as dificuldades de compreensão de sua profissão

incluíram ausência de “diálogo”, “discussão” e “interesse na área do outro”. Assim, as falas sobre representações sociais revelaram a produção dos problemas de relação multiprofissional: distorções no olhar sobre cada profissão dificultam o entrosamento da equipe e a tomada de decisões conjuntas, distanciando o próprio saber-fazer profissional do de outras categorias. Elas geram ainda entraves na organização das relações institucionais, reforçando pré-conceitos e afastando a possibilidade de um trabalho multiprofissional horizontal e em equipe.

Dimensão formativa

A ausência ou precariedade de temas multiprofissionais ou transdisciplinares na graduação foi, para vários profissionais, um dos fatores para a incompreensão e desvalorização do diálogo interdisciplinar e, portanto, um entrave à atuação efetivamente multiprofissional. Uma enfermeira disse não ter desenvolvido trabalhos em equipe durante a graduação, mas somente na atuação posterior. A técnica de enfermagem Íris relatou ter sido pouco enfatizado em sua formação profissional tanto o relacionamento com o paciente quanto as questões de equipe: *“como eu acho que não foi enfatizado muito, eu fui aprendendo na prática (...) não só no relacionamento com o paciente, com a equipe também,”* Já uma médica afirmou que a graduação deve voltar-se ao tratamento da doença e situações de maior complexidade. Para ela, temas multiprofissionais e perspectivas de saúde nem mesmo devem ser abordados, já que “sua mudança” da visão curativista para a preventiva ocorreu pela experiência e não pela formação. Assim, o papel do médico se reduziria a ações estritamente técnicas e objetivas, afastadas da subjetividade humana.

O médico Lírio afirmou a falta de qualificação para atuação preventiva, multiprofissional e voltada à saúde pública como fruto da própria condição da medicina. Para ele, a demanda por médicos na saúde pública é ligada à retenção de áreas de mercado com salário elevado, levando muitos médicos a atuar em função do salário e tornando a medicina um campo de busca por status social. A atuação em saúde pública acabaria com baixa qualificação, já que os médicos *“vão atender nas unidades básicas e de pronto atendimento não tão qualificados (...) Nem estão interessados em trabalhar bem (...) porque é visto como algo temporário. (...) vai ter uma medicina de má qualidade, pouco resolutive”* (Lírio). O olhar hegemonicamente fragmentado, mecanicista e atômico do paciente, visto na formação como soma de engrenagens a compor o funcionamento biológico, também foi referido como dificultador da multiprofissionalidade. Uma fisioterapeuta, por exemplo, descreveu que sua formação permitiu visão global do paciente por ter acesso a “todas as partes”, descrevendo-o a partir do movimento corporal. Uma técnica de enfermagem relatou um estudo excessivamente teórico, com pouco contato com o paciente.

Tais descrições podem ser associadas tanto à história da saúde científica (Foucault, 1963/2011), voltada à cisão entre o olhar objetivo/racionalista e o

paciente reduzido à condição de corpo/objeto, quanto à tendência de reprodução do modo fragmentado de produção capitalista nas práticas formativas contemporâneas (Na perspectiva fenomenológica de uma relação indissociável entre eu e mundo, as múltiplas dimensões da existência coabitam em nosso devir e a perspectiva epistemológica de análise como fragmentação de diferentes componentes que se somariam numa totalidade construiria um distanciamento dos fenômenos tal como se apresentam (Heidegger, 2021). No campo da saúde, a lógica categorizadora ainda hegemônica na formação (Silva, 2023; Teixeira et al., 2024) leva a um olhar excessivamente focal, em que o sujeito tende a ser visto por cada profissional na perspectiva de sua atividade específica para com ele. Sendo o tratamento focado no procedimento, volta-se não ao sujeito, mas ao órgão, distúrbio psíquico ou outro elemento específico. Essa abordagem traz duas importantes implicações: tanto distancia os profissionais de saúde do campo mais amplo de existência dos sujeitos submetidos ao tratamento quanto dificulta o diálogo interdisciplinar, já que a ênfase nos diferentes focos profissionais dificulta a construção de um olhar que entrelace as múltiplas dimensões de existência do sujeito e compreenda as interfaces e influências mútuas entre as diferentes ações em saúde e aspectos da realidade vivida pelos atendidos.

Dimensão epistemológica

As noções sobre saúde e doença aludidas se compuseram por aspectos tecnológico-curativos, preventivos e ambientais, biológicos e de políticas de saúde. O viés curativista surgiu nos percalços de muitos participantes em definir saúde sem contrapô-la à doença. Embora uma profissional definisse estritamente saúde em termos de produtividade e ausência de doença, outros referiram noções mistas entre a ideia de doença e fatores multicausais. Mesmo usando termos mais amplos, como “sofrimento” ou “mal estar”, como meios semânticos para englobar aspectos não biológicos, muitos profissionais definiram saúde de modo negativo, por exemplo, tomando bem-estar como ausência de mal-estar ou sofrimento. Destacou-se a falta de uma noção positiva da saúde, pensada a partir de si mesma e não via negação da “doença” ou termos assimilados, como “mal estar”.

Já considerações sobre uma noção preventiva não foram formuladas em termos de definições conceituais, mas de descrições das condições de pacientes em exemplos que, mormente, buscaram abranger não apenas a doença, mas promoção do bem-estar em dimensões multideterminantes da saúde. Nesse âmbito, alguns profissionais defenderam a definição da Organização Mundial da Saúde (1946) de saúde como bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença. Ilustram tal posição falas como “saúde é estar bem o corpo, a alma, um todo” (Jasmim), “é o cuidado nosso, emocional, fisiológico (...) para não adoecer” (Azaleia), “saúde é a sensação de bem-estar” (Girassol), “saúde é tudo: se você tiver saúde, o resto você consegue; se você não tiver, não consegue” (Lótus).

Dez dos dezessete profissionais, incluindo enfermagem, medicina (Lírio) e nutrição citaram mais aspectos do que os definidos pela OMS, abrangendo esferas relacionais, psicológicas, físicas, sociais, laborais, de lazer e hábitos de vida, sociopolíticas, espirituais, fatores de gestão do atendimento, acesso a informações e outros dispositivos ligados à política de saúde. Assim, a definição da OMS emerge e até se amplia no contato dos profissionais com a práxis: ao descrever condições de saúde, torna-se impossível não descrever o campo de vivência concreta dos sujeitos diante da multidimensionalidade da vida. Tal contraste entre conceitos abstratos e descrições da práxis aponta para o risco de fragmentar a prática quando a integralidade não é assaz conceituada na formação. Na referência à experiência pessoal, dois profissionais de medicina, uma nutricionista, duas técnicas de enfermagem e uma enfermeira criticaram o conceito da OMS, alegando ser inviável manter o bem-estar em várias áreas na sociedade atual. Para eles, o foco na produtividade e a mídia geram uma “lógica da doença” e há incoerências na noção da OMS em casos como o de pessoas com paralisia cerebral, que também podem ser consideradas saudáveis. Alguns entrevistados mantiveram o discurso coerente à crítica à OMS, porém novas contradições ocorreram em falas que preconizavam a eliminação de sintomas/expressões do problema como único papel do profissional de saúde, revelando uma perspectiva curativista, ainda que multidimensional, da saúde.

Embora os entrevistados citassem fatores extra biológicos de influência na saúde, enfatizavam aspectos diretamente ligados à condição biológica ou ao uso de medicação. A nutricionista Dália, por exemplo, abrangeu aspectos físicos, psicológicos e ambientais na definição de saúde e ressaltou a prevenção, associando saúde ao acesso a condições materiais de vida e a direitos como tratamento e trabalho. Porém, ao relatar um trabalho anterior de cunho preventivo numa instituição alimentar visando evitar doenças, chamou esse trabalho de “indireto”, como se a lida direta com a saúde fosse, de fato, a lida com a doença na instituição. Em suas palavras “...fiquei um ano e seis meses num restaurante universitário [realizando trabalhos de segurança de alimentos] (...) saiu a remoção e eu vim lotada pro hospital (...). E aí eu comecei a trabalhar com diretamente com a saúde, antes era lidar com a saúde, mas de forma indireta”. Do mesmo modo, uma médica define a saúde como bem-estar físico, mental e espiritual, porém a compreende de modo binomial, no contexto de uma separação mente-corpo, exclui condições sociais e materiais de vida e restringe ainda mais sua noção de saúde ao definir o que doença como perturbação apenas física ou psíquica.

Em geral, notou-se um olhar ainda hegemonicamente biológico-curativista, organizado em torno do tratamento da doença. Grande parte dos profissionais analisa criticamente essa visão, considera necessário tomar o indivíduo como histórico-cultural e social e dá importância a ações de promoção, prevenção e reabilitação para que entraves nos serviços sejam superados. Todavia, mesmo em

falas mais questionadoras, amiúde há dificuldade em sustentar um conceito abrangente sobre saúde e mais ainda de operacionalizá-lo na práxis cotidiana. Nesse sentido, ainda que a disseminação de um discurso mais amplo sobre saúde na história recente (Brown et al., 2006) se faça sentir nas definições formais e descrições de experiências, observa-se ainda influência do viés focado no manejo de doenças em detrimento da prevenção, reproduzindo a via social e epistemológica que enfatiza o olhar mecanicista de cisão entre corpo, mente e dimensões sociais, explicados e manipulados pelo positivismo biológico e biologizante (Foucault, 1963/2011; Gadamer, 2011; Spink, 2017).

Tal hiato entre discurso, experiência e prática profissional e institucional pode ser compreendido a partir do distanciamento entre três dimensões. Numa primeira dimensão, a sedimentação epistemológica e histórica na formação profissional e na organização institucional das instituições de saúde privilegia de um olhar biologizante e fragmentado sobre o sujeito (Foucault, 1963/2011; Spink, 2017; Silva, 2023, Teixeira et al., 2024). Assim, a formação baseia-se em procedimentos e informações que frequentemente distanciam teoria e prática ou não incluem outros temas para além daqueles diretamente associados à função específica a ser desempenhada pelo profissional e a organização institucional privilegia a execução dos procedimentos específicos designados a cada cargo, sem maior espaço para a compreensão mais ampla das múltiplas práticas profissionais atuando em conjunto. Numa segunda dimensão, a construção de discursos recentes sobre saúde, que articulam saúde e condições psicossocioeconômicas mais amplas (Brown et al., 2006), figurou na formação teórica dos profissionais, sem no entanto serem oferecidos meios institucionais e materiais de efetivação dessa perspectiva epistemológica e conceitual nas práticas oferecidas, máscaras pela ordem formativa e institucional fragmentada. Finalmente, numa terceira dimensão, o contato vivencial com o paciente, com outros profissionais e com o fenômeno da saúde, que em si mesmo é multidimensionado, leva à experiência direta de outros elementos implicados no trabalho desenvolvido pelo profissional para além daqueles que fazem parte de seu escopo formativo. As dificuldades de articulação entre essas três dimensões levam a contradições entre discursos e compreensões sobre saúde, formação e prática profissional, algumas vezes reconhecidas pelos próprios profissionais nas dificuldades que apontam em efetivar a compreensão de saúde que postulam na prática profissional que exercem.

Dimensão institucional

No âmbito institucional, os participantes abordaram como temas significativos dimensões organizacionais, como divisão do trabalho, relações entre atores institucionais, comunicação interna e processos decisórios, dinâmicas interinstitucionais, como a relação entre problemas do sistema de saúde e instituição e, elementos da rede pública de assistência, sua política e suas falhas. Quanto

à organização institucional, elencou-se reverses na sobrecarga de trabalho, relação profissional-paciente, comunicação, hierarquia e autonomia de decisões. Alguns profissionais de saúde aludiram um processo em que problemas de gestão geram adoecimento dos atingidos por esses problemas e de suas relações interpessoais, dificuldades na divisão igualitária do trabalho, lida automatizada com o trabalho, absenteísmo e dificuldade para preencher vagas, sobrecarregando ainda mais outros profissionais. Os TE citaram mais sobrecarga de trabalho, seja de modo crítico, apontando dificuldades na divisão, planejamento do trabalho e respeito a direitos trabalhistas, seja compreendendo-a como característica inerente à profissão, à qual o profissional deve se adaptar. Todavia, médicos, enfermeiros, TE e nutricionistas, relataram sobrecarga de trabalho ligada a problemas institucionais. Ao refletirem durante a entrevista, acabaram por ligá-los a lacunas nas políticas públicas, tais como mudanças de diretrizes, ausência de recursos humanos e insumos insuficientes ou inadequados.

Os problemas comunicacionais com o paciente foram discutidos em termos de impasses dos profissionais em orientar em saúde frente à concorrência com informações da mídia, internet ou à própria discordância pessoal do paciente. A mídia nesse sentido é tanto descrita por uma médica num papel negativo, produzindo discursos questionáveis sobre a saúde e mesmo contrários ao saber médico em campos como a propaganda e a indústria de alimentos, quanto ressaltada positivamente por uma técnica de enfermagem, para quem os meios de comunicação contribuíram para a difusão do conhecimento científico na população e, conseqüentemente, para a defesa dos próprios direitos em relação à saúde. Tal contraste entre as falas traz à tona um aspecto paradigmático das dificuldades institucionais: o acesso a outras fontes de informação para além do discurso do especialista acaba por vezes questionando o lugar de saber e poder instituído na relação entre usuário e profissional. Em que pese a possível existência de informações incorretas pela propaganda, a contraposição de informações também aponta para a reivindicação de um espaço de diálogo sobre as ações de saúde que, embora presente nos princípios do SUS, encontra resistências na herança histórica de condutas hegemônicas tomadas pelo especialista a um paciente ideal, silenciado, passivo e sujeito às condutas impostas.

Entre os percalços na comunicação entre pares, entrevistados das áreas de enfermagem e nutrição relataram uma hierarquia institucional excessiva, que por vezes limita a autonomia profissional e atrasa a tomada de decisões em relação ao paciente. A ausência de reuniões, espaços de planejamento e discussão do trabalho foi relatada como entrave tanto no processo de comunicação institucional quanto nas relações de hierarquia. Alguns profissionais citaram, como obstáculos à organização do trabalho, burocracia e dificuldade de acesso a profissionais de hierarquia superior para propor melhorias, diminuindo agilidade e resolutividade frente aos

problemas. Comentou-se ainda sobre vivências de frustração quando problemas institucionais prejudicam o tratamento de um paciente. Embora os entrevistados apontassem problemas diferentes e algumas vezes tenham contradito falas uns dos outros, todos consideraram que os problemas institucionais avaliados criam obstáculos à realização do trabalho.

Ao relacionar saúde, instituição e políticas públicas, dois entrevistados de medicina, três técnicos de enfermagem, uma enfermeira e uma nutricionista citaram o adoecimento dos profissionais devido à dinâmica institucional. Uma médica citou a noção de adoecimento institucional, afirmando que “*a instituição também está doente*”. Para ela, esse adoecimento possui duplo caráter: instituições operadas por indivíduos que não alcançaram equilíbrio pessoal acabariam adoecidas e, simultaneamente, uma visão tradicional e inadequada das instituições sobre os indivíduos geraria um funcionamento inadequado e conseqüentemente seu adoecimento. Para entrevistados de nutrição e enfermagem, questões de organização do trabalho e sobrecarga geram desgaste e adoecimento dos profissionais, porém elas se originam em óbices das políticas públicas, obstruindo sua resolução institucional.

Embora a ideia de adoecimento institucional tenha se revelado significativa, os relatos mostram seu uso polissêmico, designando desde problemas nas políticas públicas até problemas individuais. Ao ponderar sobre a pergunta feita, alguns profissionais percebem atravessamentos institucionais e sociopolíticos nas práticas de saúde, porém mostram dificuldades em nomear e refletir sobre tais processos para uma melhor compreensão de sua prática, por vezes atribuindo ao equilíbrio individual processos coletivamente constituídos ou atribuindo estritamente a políticas públicas externas a solução dos problemas institucionais, desvelando uma lacuna na formação profissional e na discussão teórico-técnica para compreender mais amplamente as influências sociais, institucionais e políticas sobre a saúde.

Para uma das entrevistadas, o preconceito no tocante ao serviço público também contribui para problemas na rotina institucional, sobretudo quando pessoas mais ricas associam genericamente instituições públicas ao mau atendimento mesmo frente a um bom trabalho, cobrando constantemente os profissionais e aumentando sua sobrecarga. Um médico menciona que há muitos hospitais públicos melhores do que privados, pois atuam também em pesquisa científica e têm recursos ausentes na rede particular. Profissionais de diversas áreas, como medicina, nutrição e enfermagem, referiram ausência de políticas preventivas. Foram citadas ausência de prevenção em saúde nas escolas, de programas educativos de prevenção em saúde, de fortalecimento do atendimento na atenção básica e de solução de problemas sociais como no saneamento, infraestrutura e meio ambiente. Um médico apontou ainda para falta de interesse de sua classe em especializar-se em certas áreas por razões comerciais, priorizando, por exemplo, a estética ao

invés da atenção básica. Assim, os profissionais apontam para o papel amplo do Estado na construção das políticas de saúde, que abrange ações para além da oferta de dispositivos como hospitais ou unidades básicas. Percebem, ainda, uma influência prejudicial da disseminação ideológica e cultural de um olhar de desprezo à dimensão pública. Tais aspectos podem ser associados ao percurso histórico neoliberal, cuja disseminação ideológica do Estado Mínimo favorece o desinvestimento dos sistemas públicos (Cunha, 2017), bem como dificulta a compreensão da população em relação à importância da prevenção, bem como ao peso e ao papel do Estado na construção de ações de saúde.

Entre os entraves nas políticas públicas, alguns entrevistados destacaram a atual ênfase na lógica hospitalar em desfavor da lógica preventiva, cuja construção necessitaria ser pensada em termos coletivos, com maior resolutividade na atenção básica para evitar o agravamento de casos. Para alguns entrevistados, da ênfase curativista decorreria um adoecimento institucional no sistema de saúde em geral: a falta de prevenção e promoção, diminuindo a resolutividade na atenção primária, acarretaria maior adoecimento dos pacientes, desvalorização do profissional da atenção primária e sobrecarga de trabalho em níveis de maior complexidade, gerando adoecimento dos profissionais. Assim, um médico relacionou a demanda do pronto socorro às lacunas do investimento na atenção primária e uma nutricionista afirmou que “*o hospital devia se chamar instituição de doença*” (Lírio), já que a focaliza. Cita-se ainda a falta de recursos que garantam qualidade ao serviço, gerando necessidade de adaptação nem sempre adequada do tratamento, e precariedade de alguns dispositivos em que há excesso de pacientes por profissional, gerando falta de vagas e atendimento inadequado.

As falas ilustram os impactos, entre os profissionais, da cena de saúde pública no país, que depende da função do Estado e das responsabilidades individual e coletiva sobre a saúde, além da administração de recursos alinhada às diretrizes do SUS. As críticas se coadunam a pesquisas sobre o tema: Cunha (2017) refere os impactos de medidas neoliberais, como o novo regime fiscal, no sucateamento da saúde pública e Almeida (2013) identifica o dobro de investimentos públicos em ações ligadas à doença, como cirurgias, do que em atenção básica, como vacinas e consultas, relacionando tal distribuição à hegemonia curativista.

Dimensão da relação multi-profissional propriamente dita

Nesta categoria, foram elencados como temas: concepção do trabalho multiprofissional na instituição, integração multiprofissional e disparidades de voz entre profissões, imagens distorcidas sobre as profissões e atuação multiprofissional e, finalmente, interferência das falhas institucionais no trabalho multiprofissional.

Quatorze dos dezessete entrevistados citou a relevância do trabalho multiprofissional. Todavia, muitos não creem ser preciso uma rotina estruturada

de troca coletiva, considerando suficiente o contato pessoal e pontual entre profissionais para conferir multiprofissionalidade. Para alguns, a prática da multiprofissionalidade em setores com tal troca já é mais ampla em comparação a setores do hospital nos quais não percebem diálogo multiprofissional. Um médico traz como exemplo de multiprofissionalidade a atuação junto a vítimas de violência, destacando o mérito de integrar cuidado físico e psicológico à avaliação da estrutura psicossocial. Todavia, tal experiência é relatada como uma situação em que a multiprofissionalidade “*funciona bem*” em contraposição a um cotidiano a integração multiprofissional é mais rarefeita. Porém, outros profissionais criticaram tal modelo. Para eles, a falta de sistematização de aparatos multiprofissionais limita a tomada de decisões conjuntas e reflete a falta de uma política de valorização profissional em espaços de debate e decisão de equipe. Lótus, técnica de enfermagem, afirma “*deveria ter uma abertura melhor da parte deles, um olhar melhor pra enfermagem quando a enfermagem começa a falar*” Segundo outra técnica de enfermagem, Orquídea, “*falta a questão multidisciplinar (...) o paciente aqui há ‘trezentos anos’ (...) podia discutir... um de cada equipe: o que acontece? como melhorar? Aqui, não (...) desvaloriza enfermagem, fisio, nutri...”, pois os médicos “reúnem (...) decidem o tratamento, fazem, pronto.”*

Analisando as entrevistas, observa-se que a hegemonia da troca multiprofissional pontual e a carga da iniciativa individual relaciona-se a carências na formação acadêmica e na pauta institucional. A visão pontual desconsidera que várias vias de interação multiprofissional dependem, no âmbito institucional, da legitimação e implementação de espaços de discussão e planejamento conjunto e em longo prazo e, no âmbito acadêmico, da ampliação da compreensão do campo de cuidado e do objeto de estudo das disciplinas científicas ligadas a cada profissão. Nesse contexto, o trabalho multiprofissional acaba por assumir, em alguns relatos, um caráter de excepcionalidade para casos específicos ou em que a multiprofissionalidade é utilizada para fazer frente a outros problemas, como atendimento de demandas sem fluxo definido ou manejo da precarização da estrutura.

As representações de senso comum sobre as profissões e a falta de cuidado epistemológico sobre a multiprofissionalidade se expressam em relatos de interação multiprofissional em contextos nos quais há uma expectativa distorcida sobre a atuação profissional, como o nutricionista ser chamado a convencer o paciente sobre o consumo de uma dieta ou o psicólogo a produzir a conduta esperada pela equipe no paciente ou na família. O verniz da atuação multiprofissional pode operar para transpor conflitos institucionais e preservar a relação com profissionais considerados de maior hierarquia. Assim, por exemplo, uma técnica de enfermagem relata operar imposições indesejadas por pacientes e acompanhantes, como restringir visitas, alimentos e circulação nos quartos, realizando funções determinadas pela instituição e mesmo por outros profissionais.

No eixo institucional, foram também citadas defasagens estruturais que obstruem a ação multiprofissional. Assim, alguns trabalhadores relataram realizar tarefas que não seriam de seu escopo de atuação devido à equipe reduzida, causando não apenas sobrecarga, mas precarização do serviço pela falta de expertise crucial ao bom avanço de certas tarefas. Já três profissionais de enfermagem (Camélia, Tulipa e Azaleia) destacaram a multiprofissionalidade como meio de distribuir a sobrecarga frente ao mister de suprir demandas cumpridas por outras competências. Nesse contexto, o labor multiprofissional torna-se sinônimo de divisão de tarefas frente à carga de trabalho e desloca-se da acepção original de conexão entre múltiplos profissionais para um trabalho que amplie o olhar sobre o sujeito e a saúde, que ademais precisaria de boa distribuição laboral para ocorrer regular e efetivamente. Além disso, num contexto de sobrecarga em que profissionais se tornam meros executores de tarefas, dificulta-se a articulação e reflexão entre diferentes perspectivas epistemológicas necessária à multiprofissionalidade. Por exemplo, uma nutricionista relatou querer realizar um projeto preventivo multiprofissional com psicólogos para orientar familiares de crianças na reeducação alimentar, inviável num cenário de sobrecarga de tarefas.

A ausência de clareza sobre atribuições das diferentes profissões, a sobrecarga de tarefas e a inserção de tarefas fora do escopo laboral original do profissional acabam por criar entraves na legitimação de um espaço e tempo apropriados ao desenvolvimento da práxis em equipe. Para alguns profissionais, isso acaba por aumentar a sobrecarga de trabalho, pois pode ocasionar agravos ao paciente e perda de agilidade na integração de procedimentos. Por outro lado, contribui para a centralidade das decisões na figura do médico, já que vários procedimentos devem ser decididos em pouco tempo. A ausência de institucionalidade para a discussão multiprofissional acaba reproduzindo o modelo tradicional, no qual decisões sobre o paciente cabiam aos médicos (Silva, 2018). Nas falas de alguns entrevistados, sendo um deles médico, a organização institucional acaba por operar uma hierarquia que coloca a medicina como centralizadora das decisões em saúde. Tal situação é considerada pelos entrevistados como dificultadora de uma proposta multiprofissional efetiva.

A partir dos relatos, pode-se considerar que a centralidade no médico é um fator de resistência histórico, mas também um efeito da falta de institucionalização da multiprofissionalidade. O trabalho que respeita a autonomia de cada profissional exige integração da equipe e desmistificação da atuação de profissionais não médicos em situação de emergência ou alta complexidade. Na ausência dessa integração, a centralidade no médico se torna um recurso facilitado, porém precário, para evitar a fragmentação do tratamento. Se muitos profissionais se veem pouco ouvidos, os médicos também não estão confortáveis nessa posição, pois acabam responsabilizados individualmente pelo olhar sistêmico que deveria ser construído pela equipe.

Em contrapartida, para alguns entrevistados, dois deles críticos à soberania médica, a integração multiprofissional na instituição tem melhorado com os anos, pois mudanças que deslocaram a atuação curativista rumo à atuação preventiva geraram a contratação de profissionais inexistentes anteriormente, como fisioterapeutas e nutricionistas, que ocuparam novos espaços de prática e fala. Para Rosa: *“(...) antes era muito centralizado no médico, ele era o detentor do conhecimento (...) outros profissionais eram meros coadjuvantes (...) com o tempo foi percebendo-se que quanto mais pessoas, mais ideias, mais visões (...) melhor o tratamento”*.

Ao analisar amplamente as relações multiprofissionais exercidas na instituição hospitalar estudada, é possível compreender que as mudanças institucionais ocorrem de forma lenta, retomando uma importante questão da psicologia institucional: a relação entre instituído e instituinte. Fenomenologicamente, podemos compreender que os elementos instituídos estão permeados por movimentos de naturalização de interpretações de mundo sedimentadas, dificultando a construção de um olhar que suspenda as interpretações estabelecidas em favor de um olhar mais fidedigno aos fenômenos, nesse caso às demandas e situações vividas na práxis cotidiana na instituição de saúde. Já a emergência de compreensões e práticas instituintes se produz no próprio movimento de transformação constante do devir, que apresenta constantemente novas experiências e possibilidades. As transformações históricas na sistematização da saúde no contexto brasileiro a partir do estabelecimento do Sistema Único de Saúde, do fortalecimento da atenção primária, da consolidação do campo de saúde da família (Ministério da Saúde, 2010), bem como as mudanças históricas no desenvolvimento das ações de saúde no contexto internacional (Brown et al., 2006) também figuram como fatores significativos para a inclusão de novas profissões e práticas no contexto da instituição hospitalar estudada.

Considerações Finais

A atuação em saúde possui diversos fatores de influência: a estrutura de desigualdades econômicas e de reconhecimento social nas diferentes formações e exercícios profissionais; dificuldades de conceituação epistemológica da saúde de modo abrangente, integrativo e resolutivo, que desvelam divergências epistemológicas pouco discutidas entre as profissões; problemas na efetivação das políticas públicas de saúde; problemas institucionais para sistematizar espaços de multiprofissionalidade quanto para manter uma estrutura adequada de trabalho e, finalmente, dificuldades na conceituação e operacionalidade do trabalho multiprofissional propriamente dito.

No campo formativo, prepondera uma instrução curativista entre os profissionais; no campo sociopolítico e institucional, temos dificuldades estruturais de organização estatal e dificuldades de comunicação e articulação de espaços de discussão; no campo epistemológico, temos a herança ainda predominante das concepções biologizantes de

saúde. Entre essas esferas, operam-se obstáculos para uma efetiva multiprofissionalidade, demonstrando ainda mais claramente a correlação entre trabalho em equipe e concepção preventiva e abrangente de saúde. A ausência da multiprofissionalidade na formação acadêmica pode reforçar representações sociais desencontradas sobre o fazer profissional e intensificar a organização profissional segregada na prática profissional. Por outro lado, a ausência de institucionalidade para a práxis multiprofissional no cotidiano do atendimento pode intensificar a reprodução histórica da hegemonia biológica nas concepções de saúde e dificultar o alcance de legitimidade dessa discussão na formação profissional. Ademais, a construção de uma compreensão preventiva e não apenas curativista na saúde demanda a compreensão de múltiplos eixos de construção da saúde, que dependem da articulação multiprofissional. A partir disso, cada profissional atua e enxerga a promoção de saúde dentro e fora do ambiente hospitalar de maneira singular, perpassando sua experiência de vida, sua formação e suas relações profissionais e multiprofissionais. Desse modo, a concordância de ações frente ao paciente e a outros profissionais de sua equipe acaba sendo dificultada na ausência de uma discussão sistematizada.

Há uma dificuldade de compreender como as várias dimensões de problemas – na formação, na organização institucional, nas políticas públicas, nas representações sociais sobre a saúde – se articulam na experiência concreta de trabalho. Sem ter havido uma discussão a respeito na formação profissional, sem uma compreensão clara da atuação de colegas de outras profissões e sem processos de análise e reflexão contínua no ambiente de trabalho visando compreender as dimensões influentes na práxis, muitos profissionais relatam dificuldades para a efetivação de uma atuação integrada. Nessa perspectiva, a centralidade no médico é um fator de resistência histórico mas também uma consequência da falta de multiprofissionalidade. Como o trabalho respeitando a autonomia de cada profissional exige integração realizada na equipe, a centralidade no médico se torna um arranjo precário para evitar a fragmentação de olhares sobre o tratamento na ausência dessa integração. Tais dificuldades ocorrem assim sob o pano de fundo da ausência de conhecimento acadêmico sobre a atuação de cada profissional, da ausência de uma cultura preventiva que discuta ações em longo prazo e da ausência de uma institucionalização do diálogo multiprofissional.

Todavia, o reconhecimento da necessidade de atenção a essas questões, apresentado nas críticas de vários profissionais e em discussões sobre possibilidades de atuação conjunta, aponta para o estabelecimento da relevância da multiprofissionalidade na atuação em saúde. Assim, considera-se que, na instituição estudada, a compreensão e o exercício da multiprofissionalidade estão ainda em transição de um modelo curativo para um modelo mais amplo de saúde. Eles enfrentam como dificultadores a falta de campos formativos, estrutura e apoio adequados ao desenvolvimento da

multiprofissionalidade nas políticas públicas e na organização institucional. A ausência de políticas efetivas na capacitação e institucionalização da multiprofissionalidade é agravada ainda pela precarização do cuidado em saúde. Ambos dificultam o planejamento e a integração das ações de saúde, o diálogo da equipe e a organização do trabalho pela incompreensão do exercício e da ótica de cuidado das diferentes profissões. A ausência de discussões obstrui ainda o desenvolvimento das concepções em saúde que possam articular as ações de maneira mais efetiva e limita o aprimoramento profissional ao restringir a possibilidade de reconhecer campos de cuidado para além da própria esfera de atuação.

Tais elementos apontam para a necessidade de espaços reflexivos e de formação continuada nas instituições de saúde que possam abranger aspectos subjacentes aos processos institucionais e às políticas públicas de saúde, bem como a desmistificação da atuação de profissionais não médicos em situação de alta complexidade. Nesse sentido, seriam importantes estudos sobre experiências de capacitação e implementação de práticas de integração multiprofissional. Também se mostra necessário o aprofundamento da discussão sobre a ênfase hospitalar nas políticas públicas e sua relação com a gestão de políticas públicas e as concepções de saúde operantes na práxis cotidiana dos profissionais.

Referências

- Almeida, N. D. (2013). A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(1), 01-09.
- Amarante, P. (2019). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. (4a. ed., 3a. Reimp.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Arendt, H. (2013). *As origens do totalitarismo*. São Paulo: Companhia de Bolso.
- Braga, T. B. M. (2014). *Atenção Psicológica e Cenários Sociais*. Curitiba: Juruá.
- Ministério da Saúde. (2010). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (4a ed.). Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
- Brown, T. M., Cueto, M., & Fee, E. (2006). A transição de saúde pública internacional para global e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13(3), 623-647. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702006000300005>
- Campos, G. W. S. (1999). Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(1), 187-194. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000100019>
- Critelli, D. M. (2016). *Análítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica-existencial* (2a. ed.). São Paulo: EDUC, Brasiliense.
- Cunha, J. R. A. (2017). O direito à saúde no Brasil: da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais. *Cadernos Ibero-Americano de Direito Sanitário*, Brasília, 6(3), 65-89, jul./set, 201765 <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v6i3.39>
- Dilthey, W. (2010). *A construção do mundo histórico nas ciências humanas*. São Paulo: Ed. Unesp.
- Foucault, M. (2011). *O nascimento da clínica*. (7a. ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Original publicado em 1963).
- Frazão, P., & Minakawa, M. M. (2018). Medicalização, desmedicalização, políticas públicas e democracia sob o capitalismo. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(2), 407-430. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00123>
- Gadamer, H. (2011). *O caráter oculto da saúde*. (3a. ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Gugel, S. C. R., Duarte, C. S., & Lima, A. P. L. (2020). Valorização da enfermagem brasileira: analisando aspectos históricos e de gênero. *Revista Nursing*, 23(264), 3930-3933. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i264p3930-3937>
- Heidegger, M. (2021). *Seminários de Zollikon*. (M. A. Casanova Trad.). Rio de Janeiro: Via Verita. (Original publicado em 1987).
- Koerich, A.M.E., Costa, E., Coelho, E. S. M., Costa, R., Carvalho, J. B., & Borenstein, M. S. (2017). A organização da Enfermagem e da Saúde no contexto da Idade Moderna: o cuidado e a ciência no mundo e no Brasil. In Padilha, M. I., Borenstein, M. S., & Santos, I. (Orgs.). *Enfermagem: história de uma profissão*. (2a. ed.). São Caetano do Sul: Difusão Editora.
- Machado, M. H. (Coord.). (2017). *Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil*. Rio de Janeiro: NERHUS-DAPS-ENSP/Fiocruz, 748p. Recuperado de: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>
- Merleau-Ponty, M. (2018). *Fenomenologia da Percepção*. (5a. ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Monken, M. & Gondim, G. M. M. (2018). O uso do território na Atenção Primária à Saúde. In M. H. M. Mendonça, G. C. Matta, R. Gondim, L. Giovanella (Org.). *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. (pp. 143-176). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Moscovici, S. (2015). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. (11a. ed.). Petrópolis: Vozes.

Organização Mundial da Saúde. (1946). *Actas oficiais de la OMS*, nº2, p.100. Recuperado de: <http://www.who.int/home-page/index.es.shtm>. Acesso em: 09 jun. 2021.

Organização Mundial da Saúde. (1978). *Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários 1978*. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em 01 dez. 2019.

Scheffer, M. & Cassenote, A. J. F. (2013). A feminização da medicina no Brasil. *Revista Bioética*, Brasília, 21(2), 268-277.

Silva, G. T. R. (2023). A educação interprofissional e a formação técnica de nível médio em saúde. *Revista Enfermagem Atenção Saúde*, 12(1), e202367. <https://doi.org/10.18554/reas.v12i1.6782>

Silva, J. P. V., & Tavares, C. M. M. (2004). Integridade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2(2), 271-286. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000200004>

Silva, L. B. (2018). Residência multiprofissional em saúde: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis* 21 (01), 200-209. <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>

Spink, M. J. (2017). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. (7a. ed.). Petrópolis: Vozes.

Teixeira, C. P., Braga, A. M., Azevedo, K. S., Guilam, M. C. R., & Azevedo, D. P. G. D. (2024). Contribuições de metodologias ativas problematizadoras na formação em saúde: uma revisão integrativa. *Revista Portal: Saúde e Sociedade*, 9(Especial), 1-18. <https://doi.org/10.28998/rpss.e02409005esp>

Vasconcelos, F. A. G. (2002). O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. *Revista de Nutrição*, 15(2), 127-138. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732002000200001>

Natane Gonçalves da Silva – Universidade Federal de Uberlândia

Tatiana Benevides Magalhães Braga – Universidade Federal de Uberlândia

Marciana Gonçalves Farinha – Universidade Federal de Uberlândia

Contato para Correspondência: Tatiana Benevides Magalhães Braga - Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia - Avenida Pará 1720 Bloco 2C Sala 45 - Campus Umuarama, Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - MG, 38405-240

Data de submissão: 29/01/2024

Primeira decisão editorial: 16/05/2024

Aceite para publicação: 17/07/2024