RACE INTERDISCIPLINAR
Revista Científica Eletrônica
ISSN 2674 - 7154 VOL.02/2022

# A INTERDISCIPLINARIDADE NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS – HC/UFG

**LAYLA FERNANDA SOARES NUNES FILARDI**
Mestre Pela PUG – Go, Assistente Social pela UFG
Coordenadora do Serviço Social no Hospital Municipal de Itumbiara – Go
Coordenadora da Equipe Multiprofissional do Hospital Estadual São Marcos
Professora convidada no Programa de Residência multiprofissional do HC-UFG

**Resumo:**
Este artigo tem como objeto a Interdisciplinaridade na Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clinicas/ Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), a partir do que determina as Leis, Resoluções, Regimento Interno bem como o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) em vigor. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, delineada por meio de pesquisa bibliográfica e pesquisa documental e Observação Participante. As análises e reflexões críticas estão apoiadas no método dialético. Neste sentido, é possível apreender por meio do regimento interno, que a Residência Multiprofissional no HC/UFG possibilita construir competências compartilhadas para o cuidado em saúde, em que as diferentes profissões desenvolvam suas ações de forma articulada norteadas por uma formação interdisciplinar. A simples inserção de profissionais das diferentes áreas numa equipe de saúde ou programa de residência não é suficiente para garantir seu caráter interdisciplinar. Para tanto, faz-se necessário, respeito, abertura, vontade de colaboração, cooperação, tolerância, diálogo, humildade e ousadia constituídos enquanto aspectos inerentes a esse processo, requerendo a compreensão de que interdisciplinaridade é uma questão de atitude.

**Palavras-chave**: Saúde. Interdisciplinaridade. Residência Multiprofissional em Saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

A Residência, por ser multiprofissional, coloca em evidência a interdisciplinaridade, uma vez que não faz sentido adquirir o conhecimento de forma fragmentada. Nesse sentido, a atuação multiprofissional torna-se fundamental para a qualidade dos serviços apresentados com vistas à cidadania.

Diante disso, surgiu com a vivência enquanto Assistente Social residente do eixo Urgência e Emergência no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HC/UFG a opção de estudar sobre a Interdisciplinaridade. A escolha do tema foi motivador por diferentes fatores. Ao me familiarizar com o ambiente surgiram algumas indagações e inquietações referentes à necessidade de reflexão sobre o trabalho multiprofissional. Sobretudo pelas dificuldades expressas diante da relação entre as diferentes áreas do conhecimento.

Este artigo foi direcionado pelo método dialético materialista. Deste modo, pretende-se fazer uma reflexão sobre a Interdisciplinaridade na Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clinicas/ UFG, a partir do que determina as Leis, Resoluções, Regimento Interno e também o Projeto Pedagógico do Curso em vigor.

Desta forma, identifica-se a importância de ter como direcionamentos algumas aproximações enquanto referências conceituais, que nos servirão de parâmetros para analisar o objeto apresentado, destacando, inicialmente como constelação temática as seguintes categorias conceituais – Política de saúde, Interdisciplinaridade, Residência Multiprofissional em Saúde, a partir da pesquisa bibliográfica e pesquisa documental acerca das leis e documentos oficiais, direcionando o percurso metodológico nestas duas centralidades da pesquisa.

Para tanto, a estrutura deste artigo está organizada em três itens que se complementam e se interconectam. No primeiro, denominado Breve Histórico da Saúde Pública no Brasil, buscou-se historicizar alguns marcos importantes que foram constitutivos e constituintes às políticas de saúde no Brasil. O segundo item versa sobre as Relações disciplinares. No terceiro item denominado A residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clinicas/ UFG, traz uma breve contextualização sobre a Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil e na particularidade do HC/UFG.

As considerações finais, que não são finais para a pesquisa, mas finais para este trabalho, trazem os resultados do esforço da pesquisadora em traçar apontamentos sobre a pesquisa, bem como, sucinta inquietação para nova pesquisa.

## 2 Breve Histórico da Saúde Pública no Brasil

Diante do foco de nossa discussão, neste item optamos por abordar alguns marcos importantes que foram constitutivos e constituintes à trajetória da política de saúde no Brasil culminando na conquista de um modelo de saúde**,** denominado SUS – bem como as bases que alicerçaram a necessidade de uma ação interdisciplinar com vistas a efetivação da qualidade de saúde à população.

A Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988, depreende-se enquanto um marco significativo na história da saúde pública brasileira, a saúde passou a ser definida como direito de todos e dever de Estado garantido no art. 196, devendo ser cumprida mediante políticas sociais e econômicas.

Desta forma, a política pública de saúde, passa a ser deferida, constituída e gerenciada a partir de um sistema regulamentado por leis, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), o qual evidencia-se enquanto um arranjo organizacional que regulamenta a Constituição de 1988 a partir das leis 8.080/90 e 8.142/90[1].

Vale ressaltar que o SUS é fruto de um processo histórico enquanto política pública de saúde, que iniciou na década de 1930 com os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) em substituto às Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs).[2]

---

[1]Estas leis trazem às três esferas de governo a capacidade de definir, junto com os usuários, as ações e atividades do setor - prioridades, metas, financiamento e a fiscalização do poder público para impedir a ação inadequada no uso dos recursos públicos (GONÇALVES, 2006).

[2] As chamadas Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que sustentavam o programa eram mantidas mediante contribuições destes segurados com descontos mensais em seus salários. Contudo continuavam as históricas diferenças entre os trabalhadores, pois estas Caixas de Pensões atendiam a segmentos e empresas específicos. Os IAPs abarcaram todos os trabalhadores em suas categorias referidas, porém, com características próprias, o que possibilitava diferenças na atenção

Destacamos, ainda, que a assistência à saúde sempre esteve (desde sua configuração em âmbito nacional) atrelada à previdência[3]. Sendo assim,

> o que podemos perceber é que toda a preocupação com a saúde do trabalhador tinha como parâmetros a noção de saúde como ausência de doença, sendo que esta preocupação se dava para os indivíduos não adoecessem e pudessem gerar mais ônus ao Estado e ao empresariado (GONÇALVES, 2006, p.19).

Depreendemos nesta perspectiva uma compreensão assistencialista da política de saúde, pautada na tônica da relação Capital x Trabalho.

Destaca-se que no período que vai até 1945 com a ditadura Vargas, ocorreram pequenas alterações na área da saúde, permanecendo essa lógica assistencialista.

No período de 1946 a 1950 assume o general Eurico Gaspar Dutra (presidente eleito) e já neste primeiro ano de seu mandato foi promulgada a nova Constituição Brasileira que mantinha as conquistas sociais e garantia os tradicionais direitos civis e políticos. Essa Constituição assume a orientação liberal, embora abolindo alguns instrumentos que cerceavam a liberdade – restituindo alguns direitos.

O governo Dutra, na lógica de manter a regulamentação e preocupado com as possíveis inquietações, estabeleceu como meta, em 1948, o plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), tendo como objetivo a melhoria dos sistemas de saúde, alimentação, transporte e energia – embora não tenha sido colocado totalmente em prática. Verificamos com Couto, "[...] esse é o primeiro plano governamental que introduz a perspectiva de atendimento à questão social nas preocupações de governo." (COUTO, 2004, p.107, *apud* GONÇALVES, 2006, p.15).

Todavia, a ações de Dutra incomodaram a elite dominante; e diante da correlação de forças estabelecida resultou na vitória, por meio de eleições diretas, de Getúlio Vargas e, portanto, no regresso deste último ao poder, as ações do Ministério são esparsas e fragmentadas, evidenciando o pouco caso para com as ações da saúde, bem como a sua articulação às relações de trabalho.

Gonçalves evidencia que:

> Em 1953, já no segundo período de Vargas, foi criado o Ministério da Saúde, com pouca verba e um grande descaso das autoridades que restringia a atuação deste órgão. Refletindo na péssima situação de saúde coletiva – a falta de planejamento e as grandes burocracias aliadas à escassez de recursos geraram um grande déficit no Estado e resultaram na inocuidade das ações de saúde (GONÇALVES, 2006, p.20).

Vale ressaltar que o programa do segundo período assumido e governado por Vargas, reiterou o nacionalismo e populismo, sustentado novamente por ações que visavam controlar os trabalhadores por meio de políticas trabalhistas.

---

dos benefícios de uma categoria à outra, se caracterizavam em âmbito nacional, sob a presença direta do Estado em sua administração (GONÇALVES, 2006).

[3]Para maiores informações verificar: Oliveira e Teixeira (1986).

Nesse sentido, a política de saúde na década de 1950 frente ao modelo desenvolvimentista instaurado –, se aprofunda entre a relação médica curativa e as medidas preventivas de caráter coletivo, constituindo uma dualidade na área da saúde pública, visto que ao Ministério da Saúde era responsável pelas as ações de cunho "preventivo" (constituído, sobretudo, a partir das campanhas sanitárias); já a assistência médico-assistencial ficava sob responsabilidade dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs).

Diante dessa perspectiva, a assistência médica previdenciária**,** até 1964**,** foi fornecida basicamente pelos serviços próprios dos IAPs, todavia a dualidade apresentada por esse modelo de saúde tornou-se terreno fértil para emergência de um modelo privado de saúde, diante da compra dos serviços médicos aos hospitais privados.

Conforme Cohn e Elias (2001) em 1967 ocorreu a unificação de IAPs e a consequente criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Denota-se o aumento da cobertura previdenciária, atendendo quase a totalidade da população urbana e parte da população rural.

No entanto, o aumento substancial do número de contribuintes e, consequentemente, de beneficiários, roubos e desvios de dinheiro, investimento em prédios públicos etc, impossibilitou ao sistema médico previdenciário existente atender toda a população.

A solução encontrada pelo governo foi pagar a rede privada pelos serviços prestados à população. A estrutura foi se modificando tendo a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978, que contribuiu com os repasses à iniciativa privada. Antes, em 1974, os militares já haviam criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que ajudou a remodelar e ampliar a rede privada de hospitais, por meio de empréstimos com juros subsidiados.

Este modelo de seguro foi se tornando cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo, quanto do ponto de vista financeiro – dentro do INPS, decorrendo na criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) no ano de 1978.

Neste novo sistema houve maior cobertura à população[4] e, consequentemente, aumento de gastos. Considera-se que, até então, quem precisasse de assistência médica deveria pagar diretamente por ela, ou ser atendido em instituições filantrópicas, ou ainda estar formalmente inserido no mercado de trabalho.

No tocante às ações de saúde pública direcionadas com prevalência das ações preventivas (vacinação, saneamento, controle de endemias etc.), era de acesso universal, mesmo que funcionasse em paralelo às ações curativas. Como resultado, o modelo de atenção à saúde era inadequado às reais necessidades da população como um todo e sem integralidade, devido à nítida separação existente entre a prevenção e a cura, o que configurou este período com a denominação de sanitarismo-campanhista.

[4]Todos trabalhadores urbanos registrados formalmente pela CLT inseridos no mercado de trabalho e parte dos trabalhadores rurais.

Entretanto, nos anos 1970, esse sistema começa a mostrar sinais de esgotamento, desencadeando descontentamento no interior da sociedade, com destaque às problemáticas que vinha passando, sobretudo referente à qualidade dos serviços prestados.

Diante desse quadro, movimentos vão se reestruturando em defesa de uma política de saúde mais abrangente e disponível a todos. Um destes, surgido a partir de discussões entre os médicos sanitaristas, profissionais da saúde e representantes da sociedade civil, sobre as políticas de saúde e da reestruturação das organizações de trabalhadores da saúde, ficou conhecido como Movimento Sanitário; tendo atuação marcante no destino da condução de um sistema de saúde brasileiro (RONCALLI & SOUZA, 1998).

Percebemos, portanto, a abertura das discussões no cenário das políticas públicas, objetivando apresentar novas formas de ação, emergindo as Conferências, com maior ênfase e visibilidade a 7ª e a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Uma das estratégias postas decorrentes da 7ª Conferência foi à criação, em 1984, das Ações Integradas de Saúde (AIS), que tiveram propostas de articulação dos recursos federais, estaduais e municipais para a atenção à saúde. Sobre estas ações, Gonçalves evidencia:

> Inicia com estas ações um processo embrionário do SUS no que se refere à universalização (agora o direito à saúde na assistência médica era para toda a população, independente de vínculos previdenciários) priorização dos serviços de atenção primária à saúde, com ênfase à prevenção e descentralização nas decisões administrativas técnicas e políticas (GONÇALVES, 2006, p.33).

No ano de 1986, com o início de abertura democrática e a luta de movimentos sociais, em especial pelo projeto assumido desde o Movimento da Reforma Sanitária, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Surge então uma grande mobilização nacional pressionando a Assembleia Nacional Constituinte inserir o projeto defendido e aprovado pelos movimentos sociais na Constituição brasileira. Foi reforçada a necessidade de ampliar as propostas das AIS, almejando ações mais eficazes no que se refere à unificação do Sistema Saúde, com forte traços para a universalização e a descentralização político-administrativa (GONÇALVES, 2006).

Diante dessa conjuntura, é implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, cujo objetivo era unificar, racionalizar. Posteriormente, em 1990, criou-se o SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa.

Nesse sentido, o SUS foi sendo constituído diante de aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais, democratizar e descentralizar os recursos federais, estaduais e municipais, bem como pela correlação de forças expressas na realidade sócio-histórica brasileira. Cipriano Vasconcelos e Dário Pasche evidenciam que,

> O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existente nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim (VASCONCELOS & PASCHE, 2006, p.531).

Esses autores demonstram que a concepção do SUS baseou-se na formulação de um modelo de saúde voltado às necessidades da população, procurando resgatar o compromisso com Estado de direito, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania.

Vale ressaltar que a regulamentação do SUS só veio em 1990, através das Leis 8.080 e 8142. Essas leis possibilitaram emergir algo que no Brasil não era pensado: a saúde como um direito garantido pelo Estado, construído e deliberado em conjunto com a sociedade civil organizada a partir de uma série de ações na perspectiva mais ampliada da compreensão de saúde.

Destarte, o SUS, garantido pela Constituição e regulado pelas Leis orgânicas, prevê um sistema com princípios que direcionam e organizam o sistema.

No tocante aos princípios, são permeados por ideias de implementação do sistema e personificam o conceito ampliado da saúde enquanto direito. Sendo assim, são divididos em Princípios Doutrinários e Organizativos[5]: **Universalidade, Integralidade, Equidade, Regionalização, Hierarquização, Resolutividade, Descentralização, Participação da Comunidade, Complementaridade do Setor Privado e Intersetoriedade**.

Todas essas questões partem do pressuposto que a saúde deve ser contemplada em seus aspectos bio-psico-sociais com vistas à qualidade de vida. Para tanto, as ações não podem ser desenvolvidas isoladamente, mas em seu conjunto frente às diversas áreas de atuação que são constitutivas e constituintes do ser humano no bojo da sociedade em que está inserido**;** necessitando de ações conjuntas e articuladas para além da sobreposição das áreas disciplinares tanto da multidisciplinaridade quanto da interdisciplinaridade

Pelo exposto, este item buscou compreender a trajetória da política de saúde na realidade brasileira, em seus marcos fundamentais e principais que partiram de modelos associados à ausência de doença, em sua estrita vinculação às relações de trabalho e culminaram no modelo construído socialmente e garantido em lei reconhecido como SUS – com destaque a seus princípios e diretrizes que têm como marca solicitar o direito do cidadão e dever de Estado.

## 2 NIVEIS ESTABELECIDOS ENTRE AS ÁREAS DO CONHECIMENTO

[5] Princípios Doutrinários conferem a legitimidade ao SUS a partir das leis que o regulamentam. No tocante aos Princípios Organizativos, tratam, na realidade, de formas de concretizar o SUS na prática. (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)

No item anterior verificamos a trajetória de saúde na realidade brasileira, enfocando alguns marcos fundamentais que permitiram compreender a política de saúde em seu modelo dualista até a conquista do SUS. Verificamos, ainda, que ganhos significativos foram engendrados na perspectiva da garantia dos direitos. Nesse sentido, a atuação multiprofissional é fundamental para a qualidade dos serviços apresentados com vistas à cidadania – em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Partimos da premissa que a processualidade destes ganhos alcança sua efetividade a partir de uma atuação interdisciplinar, tornando-se imprescindível a compreensão da mesma enquanto referência conceitual.

Desta forma, o presente item centra em apresentar uma breve aproximação teórica a respeito do termo Interdisciplinaridade para subsidiar a discussão frente o processo de implantação da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG).

A interdisciplinaridade em si apresenta diversas abordagens, definições e conceitos, com polêmicas[6] entre seus estudiosos – alterando conforme a perspectiva teórico-metodológica assumida relacionada à visão de mundo, motivo este que possibilita-nos inferir que é um termo polissêmico. Contudo, compreendemos a importância desta discussão e, estaremos apontando questões acerca do surgimento e de sua conceituação para dar-nos base de análise à discussão no item 3 deste trabalho.

Quando falamos em interdisciplinaridade, estamos de algum modo, nos referindo a uma espécie de interação entre as disciplinas ou áreas do saber. Todavia, essa interação pode acontecer em níveis de complexidade diferentes, bem como apresentar-se com flexibilidades diante da perspectiva teórico-metodológica assumida. É justamente para distinguir tais níveis que emergiram os termos diferentes diante das flexibilizações e interações ocorridas entre as áreas do saber, quais sejam: **multidisciplinaridade**, **pluridisciplinaridade**, **interdisciplinaridade** e **transdisciplinaridade**.

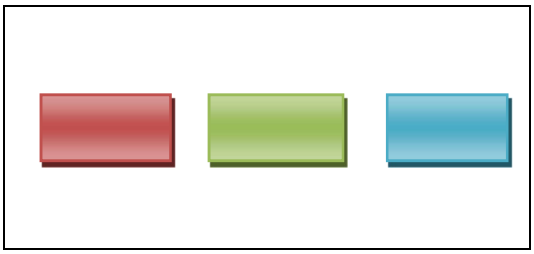
Sendo assim, discorreremos neste trabalho, sucintamente, sobre cada um deles buscando esclarecer as distinções conceituais.

No que se refere à **multidisciplinaridade**, ela representa o primeiro nível[7] de aglutinação entre as áreas de conhecimento, e se caracteriza por uma ação simultânea entre uma gama de disciplinas em torno de uma temática comum. Essa atuação, no entanto, ainda é muito fragmentada, na medida em que não se explora a relação entre os conhecimentos disciplinares, bem como não apresenta nenhuma forma de cooperação entre as disciplinas (JAPIASSÚ, 1976).

Seguindo esses direcionamentos, optamos por elaborar uma representação desta forma de interação para melhor visualização, assim representado:

**Figura 1- Multidisciplinaridade**

[6]Tais polêmicas não serão travadas neste estudo por não coadunar com nosso objeto
[7] Colocamos por ordem de grandeza, porque na interação entre as áreas do conhecimento podem caminhar para um outro nível "mais elevado"



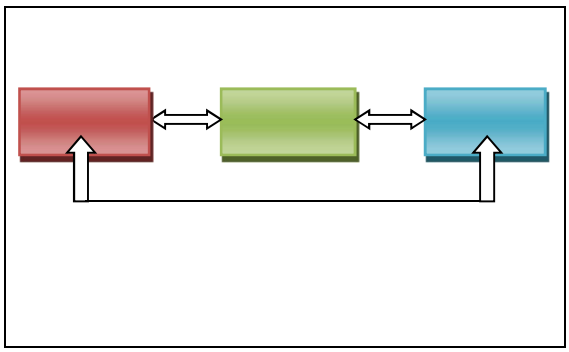
Fonte: Criação e elaboração da própria pesquisadora deste trabalho).

Na figura apresentada, cada retângulo se apresenta individualmente sem uma conexão entre si, de forma isolada. Nesse sentido, sua representação esquemática expressa uma relação disciplinar, em que cada retângulo representa o domínio[8] teórico-metodológico de uma determinada disciplina. Nesse sentido, podemos observar que os conhecimentos são estanques e estão todos em um mesmo nível hierárquico**,** bem como não há nenhuma conexão entre tais domínios disciplinares, o que sugere a inexistência de alguma organização ou coordenação entre tais conhecimentos.

O segundo nível é a **pluridisciplinaridade**, que possibilita uma aglutinação e/ou uma pequena identificação de interação entre as disciplinas. Diferentemente do nível anterior, observamos a presença de alguma forma de interação entre as áreas de conhecimento, embora com características ainda incipientes, posto que eles se situem num mesmo nível hierárquico, não havendo ainda nenhum tipo de coordenação proveniente de um nível hierarquicamente superior (JAPIASSÚ, 1976).

Nessa forma de integração/interação, também optamos por expressar sua representação, expressa pela figura a seguir:

**Figura 2 – Pluridisciplinaridade**



(Fonte: Criação e elaboração da própria pesquisadora deste trabalho)

[8] Vale ressaltar que neste trabalho optamos por expressar esta palavra "domínio" diante da integração/interação entre as relações disciplinares, por compreendermos que é o termo que melhor representa essa forma de aglutinação disciplinar; em que as áreas de conhecimento se apropriam de seus saberes e a utilizam como uma forma de domínio entre e/ou sobre as outras áreas do conhecimento – não permitindo nenhuma inserção disciplinar entre as áreas do conhecimento que não seja a própria.

A figura 2 ilustra a justaposição entre os retângulos, cada um representando em si mesmo e com uma pequena interação entre si. A figura apresentada sugere uma ligação entre os domínios disciplinares, indicando a existência de alguma cooperação e ênfase na relação entre tais conhecimentos.

Alguns estudiosos não chegam a estabelecer nenhuma diferença entre a multidisciplinaridade e a pluridisciplinaridade**;** todavia, preferimos considerá-la, pois a existência ou não de cooperação e diálogo entre as disciplinas é determinante para diferenciar esses níveis de interação entre as disciplinas, diferenciando-as.

No que tange a i**nterdisciplinaridade,** representa o terceiro nível de interação entre as disciplinas. Nesse sentido, a interdisciplinaridade é o movimento que privilegia o diálogo e a integração entre os diferentes campos do conhecimento (THIESEN, 2008).

Concordamos com Fazenda quando estabelece que interdisciplinaridade também é uma questão de atitude. Nesse sentido, define-se enquanto uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante da busca pelo conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para a concepção unitária do ser humano. Está associada, ainda, ao desenvolvimento de certos traços da personalidade, tais como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis entre outros (FAZENDA, 2008).

Essa mesma autora complementa que a interdisciplinaridade nomeia um encontro que pode ocorrer entre seres – **inter** – num certo fazer – **dade** – a partir da direcionalidade da consciência, pretendendo compreender o objeto, com ele relacionar-se, comunicar-se (FAZENDA, 1999)[9].

Depreende-se que a interdisciplinaridade caracteriza-se pela ausência de um significado único, possuindo diferentes interpretações, entretanto esta polissemia possibilita sua presentificação do termo nas novas atitudes em busca da unidade do pensamento. Tal atitude baseia-se no reconhecimento da provisoriedade do conhecimento, no ato de se questionar constantemente sobre as próprias posições assumidas e os procedimentos adotados, numa perspectiva de respeito à individualidade e de abertura a investigação, em busca da totalidade do conhecimento.

Nesse sentido, reforçamos e reiteramos que interdisciplinaridade pressupõe atitude, isto é, uma externalização da visão individual de mundo. Sobre essas considerações:

> Entendemos por atitude interdisciplinar, uma atitude diante de alternativas para conhecer mais e melhor; atitude de espera ante os atos consumados, atitude de reciprocidade que impele à troca, que impele ao diálogo – ao diálogo com pares idênticos, com pares anônimos ou consigo mesmo – atitude de humildade diante da limitação do próprio saber, atitude de perplexidade ante a possibilidade de desvendar novos saberes, atitude fio – desafio perante o novo, desafio em redimensionar o velho – atitude de envolvimento e comprometimento com os projetos e com as pessoas neles envolvidas, atitude, pois, de compromisso em construir sempre da melhor forma possível, atitude de responsabilidade, mas, sobretudo, de alegria, de revelação, de encontro, enfim, de vida (FAZENDA, 1994, p.82).

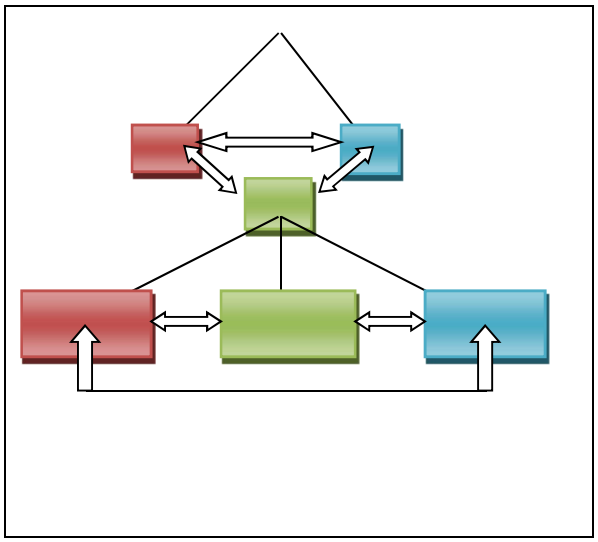
[9] Os grifos desta citação direta são nossos, devido a importância desta relação assinalada.

Segundo Japiassú (1976), interdisciplinaridade é caracterizada pela presença de uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas e, com isso, nas consequentes relações entre as mesmas; definidas a partir de um nível hierárquico ocupado por uma delas, que atua como integradora e mediadora dos discursos e, por decorrência, como coordenadora do campo disciplinar.

Ainda que, o ideal preconizado seja uma inscrição horizontal nas relações de poder, em que prevaleça inclusive uma dada reciprocidade entre os campos implicados e cujo objetivo é uma fecunda aprendizagem mútua por recombinação, ou melhor, por uma decodificação de princípios e conceitos no que tange a determinada problemática (JAPIASSÚ, 1976).

Assim como nos anteriores, optamos por elaborar uma representação deste nível de integração, assim apresentado:

**Figura 3 – Interdisciplinaridade**



(Fonte: Criação e elaboração da própria pesquisadora)

A Figura 3 ilustra as cores, se relacionando de forma orgânica e dinâmica que possibilita a re-construção contínua e dialética estabelecidas entre as áreas do conhecimento; estabelecendo novas relações e interações.

Diante disto, denota-se com clareza a existência de um nível hierárquico superior (mas não autoritário e hegemônico) procedente da coordenação entre as relações disciplinares. Dessa forma, evidenciamos que na interdisciplinaridade há cooperação e diálogo entre as áreas do conhecimento, se tratando de uma ação coordenada. Nesse sentido, essa axiomática comum, mencionada por Japiassú (1976), pode assumir as mais variadas formas. Na verdade, ela se refere ao elemento (ou eixo) de integração das disciplinas, que norteia e orienta as ações interdisciplinares.

O quarto e ultimo nível de inter-relação entre as áreas do conhecimento disciplinares é a **transdisciplinaridade**, representando um nível de integração disciplinar que excede e extrapola as relações estabelecidas com a interdisciplinaridade, trata-se de uma proposta relativamente recente no campo epistemológico.

Segundo Japiassú, ela se define como uma espécie de coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do sistema de ensino inovado, sobre a base de uma axiomática geral (JAPIASSÚ, 1976).

Deste modo, como se pode observar esta é uma forma de interação que possibilita a ocorrência de uma relação que extrapola e excede a integração de vários sistemas interdisciplinares; diante de um contexto mais amplo e geral, gerando uma interpretação totalitária dos fatos e fenômenos.

Este item apresentou uma aproximação teórica sobre as formas de interação, sobretudo da Interdisciplinaridade. Tais questões nos permitiram compreender que a interdisciplinaridade é um termo em constante construção e que se apresenta no movimento com a realidade em que está inserida, bem como diante da apreensão estabelecida entre os sujeitos envolvidos.

Embora tenhamos enfatizado as variedades dos níveis de interação entre as disciplinas, dentre os quais se destaca a interdisciplinaridade. Vale a pena destacar que, internamente, o próprio conceito de interdisciplinaridade apresenta suas variações, ou seja, é um conceito de caráter polissêmico que em seu interior possui flexibilidades.

Pelo exposto, este item apresentou uma aproximação teórica a respeito das relações disciplinares, sobretudo o conceito de Interdisciplinaridade. Tais questões nos permitiram compreender que a interdisciplinaridade é um termo em constante construção e que se apresenta no movimento com a realidade em que está inserida, bem como diante da apreensão estabelecida entre os sujeitos envolvidos.

Portanto, faz-se necessário (re)conhecer a realidade na Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), a partir do arcabouço legal que regulamenta o programa.

## 3 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO HOSPITAL DASCLÍNICAS/UFG

A residência multiprofissional ganhou destaque nos anos 2000, quando passaram a ser fomentadas iniciativas voltadas à reorientação da formação de recursos humanos para o SUS, com foco na integralidade e na intersetorialidade; compromissada com a gestão democrática numa perspectiva interdisciplinar (MENDES, 2013).

Como já evidenciado anteriormente, as inquietações sobre a interdisciplinaridade sempre fizeram parte dos meus estudos na trajetória de formação profissional, adensados à realidade da Residência Multiprofissional em saúde do Hospital das Clinicas/ UFG.

Diante disso, faremos uma breve contextualização sobre a Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil e na particularidade do HC/UFG.

Em 2005, com a promulgação da Lei nº 11.129, foi criada a Residência em Área Profissional de Saúde e instituído Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS, que tem por finalidade atuar na formulação e execução do controle dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2009).

De acordo com a portaria interministerial MEC/MS n. 45/2007, a Residência foi definida como ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões da saúde[10], sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 2007).

Diante desses dispositivos legais, vários programas surgiram no país, pleiteando financiamento do Ministério da Saúde –, o que levou a necessidade do estabelecimento de parâmetros de analise inspirados na Política de Educação Permanente para o SUS**,** privilegiando a dimensão pedagógica na avaliação dos programas (MENDES, 2013)

Em 12 de novembro de 2009, com a finalidade de uniformizar as Residências Multiprofissionais em Saúde, Foi instituído, pela Portaria Interministerial nº 1.077, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, com as seguintes atribuições: avaliar e acreditar os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residências em Área Profissional da Saúde, atendendo às necessidades sócio-epidemiológicas da população brasileira; credenciar os dois programas e as instituições habilitadas a oferecê-los; registrar certificados dos programas em questão, de validade nacional com especificação de categoria e ênfase por programa (BRASIL, 2009).

Destarte, as ações da Residência Multiprofissional em Saúde passaram a ser norteadas por uma formação interdisciplinar com uma compreensão satisfatória da realidade, permitindo aos indivíduos interpretar e questionar, e não apenas assimilar e reproduzir conteúdo. Desse modo, o Programa de

Residência sintoniza trabalho e formação, tomando o cotidiano dos serviços em saúde como *lócus* de ensino e aprendizagem. Ademais, rompendo com a lógica da fragmentação e da especialização em áreas, congregando diferentes profissões em busca de uma formação pautada pelo trabalho em equipe multiprofissional (DIAS, 2014).

Coetâneo a esse processo**,** a Comissão de Residência Multiprofissional e em Área de Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (COREMU/HC/UFG) foi criada, no ano de 2010, para implantar e consolidar os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG), por meio da Portaria HC/UFG n. 038 de 16 de maio de 2010, bem como para acompanhar os Programas de Residência em Área Profissional ligados aos cursos de Medicina Veterinária da UFG, *campi* Goiânia e Jataí.

Com a iminência da criação da COREMU/UFG, no seio da Pró-Reitoria de Pós-Graduação (PRPG) da UFG (Resolução CONSUNI 08/2014), formalizou-se a criação, no HC/UFG, em 2012, da Coordenação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área da Saúde do HC/UFG (CPRMS/HC) para coordenar as ações dos referidos programas, dentro dos marcos lógicos e legais da UFG e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde (CNRMS).

[10] A Resolução do CNS n. 287/1978 estabelece como profissões da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Portanto, a Residência Multiprofissional em Saúde e em Área da Saúde do HC/UFG – de acordo com a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) –, tem por objetivo geral construir competências compartilhadas para o cuidado em saúde, por meio da ação articulada entre diferentes profissões, tendo como eixo orientador os princípios e as diretrizes do SUS, bem como as necessidades locais e regionais (DIAS, 2014).

A partir da observação participante enquanto residente neste programa, destacamos que o HC/UFG possui três programas multiprofissionais, a saber: 1) Residência Multiprofissional em Saúde em especialidades clínicas e cirúrgicas, com área de concentração em saúde Materno Infantil; 2) Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência; 3) Residência Multiprofissional em Hematologia e Hemoterapia.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área da Saúde do HC/UFG têm em sua estrutura acadêmico-administrativa os seguintes sujeitos conforme o Regimento Interno dos mesmos, a saber: coordenador geral, subcoordenador geral, coordenador de atividades práticas, tutores de área e de núcleo, docentes, preceptores e residentes.

Para ingressar na residência no HC/UFG, o candidato deve ser aprovado em seleção pública, que é promovido pelo Centro de Seleção da UFG. A duração da Residência é de 24 meses para todas as áreas profissionais. Os residentes recebem uma bolsa no valor de R$ 2.976,26, devendo ter dedicação exclusiva, não podendo desenvolver outras atividades profissionais no período de realização do curso.

A Portaria nº 03/2010 coloca a exigência da elaboração de um trabalho final para a conclusão da residência**,** que pode ser apresentado na forma de monografia ou artigo científico – sob a orientação de um docente do programa, tendo como nota mínima 7,0 para aprovação.

Trata-sede uma formação que ocorre em dedicação de 60 horas semanais, das quais: 80% se concentram entre as atividades de prática assistenciais e teórico-práticas (correspondendo a 4.608 horas); e os 20% restantes englobam atividades teóricas (correspondendo à 1.152 horas) – o que perfaz um total de 5.760 horas para a obtenção do título de especialista na área de concentração escolhida pelo residente.

Diante da observação participante inferimos que na formação teórica, as atividades dividem-se em encontro de saberes, aulas multiprofissionais, seminários específicos de cada área (Urgência Emergência, Terapia Intensiva e Materno Infantil e Hematologia e Hemoterapia), bem como aulas especificas do eixo profissional. Essa carga horária é dividida ao longo da semana e complementada com dois plantões mensais de 12 horas dados no final de semana.

Além das aulas multiprofissionais, outro momento que podemos citar de interlocução entre as disciplinas são as discussões multiprofissionais de casos clínicos prevista no projeto pedagógico, realizadas pelos residentes, com a participação de preceptores e tutores das diversas áreas.

O campo de prática ocorre, basicamente, no Hospital das Clinicas/ UFG que é composto por maternidade, Clinicas, UTI's, Ambulatórios, Pronto Socorro adulto e pediátrico.

No intuito de promover a experiência da integralidade da atenção à saúde, o Projeto Pedagógico promove ações para a realização das atividades práticas do curso, nas parcerias com outras Instituições de Ensino Superior e com as Secretarias de Saúde Municipal e Estadual já existentes, bem como buscar-se-á novas parcerias de acordo com a necessidade do programa.

Vale ressaltar que os docentes no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HC/UFG são profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento de atividades teóricas previstas no Projeto Pedagógico, tanto do HC, quanto dos cursos de graduação da UFG, ambos com titulação de Mestre e Doutor.

A multiprofissionalidade é articulada pelos profissionais dos cursos de biomedicina, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e serviço social, que queiram se aprofundar teórico e tecnicamente, na formação para o trabalho em equipe e para as ações interdisciplinares na política pública do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao analisarmos os Projetos Pedagógicos dos Programas, pudemos notar que a capacitação profissional pela residência é uma estratégia para o processo de formação profissional na a área da saúde. Da mesma forma refere-se à abordagem interdisciplinar como meio de superar a fragmentação do saber, assim contribuindo para a construção de uma consciência sanitária que busque extrapolar as ações na prevenção e combate à doença, ao se dirigir essas ações no processo de elevação das condições materiais e vida da população.

Depreendemos ainda, que no Projeto Pedagógico um dos objetivos específicos é capacitar o profissional para atuação multiprofissional e interdisciplinar em Urgência e Emergência, Terapia Intensiva, Materno Infantil e Hematologia e Hemoterapia.

Vale destacar, ainda, que a característica da interdisciplinaridade como uma intensa troca entre especialistas que buscam a integração das disciplinas em um mesmo projeto, veiculando a ideia de reciprocidade, de mutualidade, reforçando uma produção de sentidos compartilhada (SAUPE, 2005).

A interação produz terreno fértil ao diálogo entre os envolvidos. Ainda nas linhas deste mesmo autor, a interdisciplinaridade depende, assim, de uma mudança de atitude em relação ao conhecimento e a troca de uma concepção fragmentada por uma concepção de unidade nas pessoas e em seus fazeres (SAUPE, 2005).

Nesse sentido, essas trocas entre diferentes saberes geram uma nova configuração interna, que, se ouvida e entendida, cria a possibilidade de atitudes interdisciplinares. Isso quer dizer que a atitude interdisciplinar não se dá porque duas ou mais profissões vão habitar o mesmo espaço, mas porque se produz um ambiente no qual os profissionais interagem, se comunicam, trocam e unem informações e conhecimentos.

Portanto, para haver interdisciplinaridade, são necessárias duas ou mais pessoas com seus diferentes saberes querendo interagir e comunicar seu conhecimento. O profissional que busca trabalhar na área da saúde deve ter em mente o perfil que esta atividade exige, que envolve trocas, sendo este um fator presente na quase totalidade de funções de outros setores: público ou privado (SAUPE, 2005).

Dentro desse cenário a Residência Multiprofissional busca promover a transformação dos serviços de saúde onde estiver inserida instigando a crítica sobre a prática interdisciplinar e as possibilidades e limites de transformação da realidade. (BRASIL, 2006).

A intrínseca característica da interdisciplinaridade confere caráter inovador aos programas de Residência Multiprofissional em Saúde, demonstrado principalmente por meio da inclusão das 14 categorias profissionais da saúde (Resolução CNS nº 287/ 1998). Este modo de operar a formação 'inter-categorias' visa à formação coletiva inserida no mesmo 'campo' de trabalho sem deixar de priorizar e respeitar os 'núcleos' específicos de saberes de cada profissão (BRASIL, 2006).

Assim como preconiza o arcabouço legal, pudemos identificar nos documentos de implantação que o Programa de Residência no Hospital das Clínicas tem uma abordagem interdisciplinar, articula diferentes campos de conhecimento das diversas áreas de atuação, e visa promover o desenvolvimento do trabalho em equipe, buscando romper com uma prática compartimentada e fragmentada, a partir da compreensão do conceito ampliado de saúde.

Pudemos identificar, ainda, no decorrer da análise documental, que o Programa de Residência do HC/UFG, é consistente e coerente com a concepção ampliada de saúde, preconizando uma atuação interdisciplinar. Vale ressaltar que a simples inserção de profissionais das diferentes áreas numa equipe de saúde ou programa de residência não é suficiente para garantir seu caráter interdisciplinar. Por isso, essa temática possibilita novas pesquisas sobre a processualidade no cotidiano, mas a partir da percepção dos próprios residentes.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve por centralidade temática: Saúde, Interdisciplinaridade e Residência Multiprofissional e Saúde. Nesse sentido, percebemos que a saúde representou avanços significativos que permitiram construir garantias de direitos a populações respaldadas constitucionalmente. Entretanto, assim como as demais áreas, a saúde também sofre em decorrência desse processo social, econômico, político e cultural que perpassam a sociedade brasileira – denominado como contrarreforma das políticas sociais, aqui em seu foco à política de saúde – rebatendo diretamente na qualidade de atendimento à população.

Contrapor a esse cenário repleto de avanços e retrocessos às políticas de saúde requer, dentre muitas coisas, uma luta constante na perspectiva da cidadania. Desta forma, a processualidade destes ganhos alcança sua efetividade a partir de uma atuação interdisciplinar, tornando-se imprescindível a compreensão da mesma enquanto referência conceitual para este trabalho ora apresentado. Portanto, a atuação multiprofissional torna-se fundamental para a qualidade dos serviços apresentados com vistas à cidadania.

A pesquisa bibliográfica (sobre as categorias conceituais sobre saúde e interdisciplinaridade); a observação participante enquanto residente, bem como a pesquisa documental acerca do regimento

interno, permitiu-nos trazer algumas compreensões de que a Residência Multiprofissional no HC/UFG possibilita construir competências compartilhadas para o cuidado em saúde, em que as diferentes profissões desenvolvam suas ações de forma articulada norteadas por uma formação interdisciplinar

Nesse sentido, ao propiciar a vivência intensiva nos serviços e propor um eixo integrador entre as diferentes áreas profissionais, articulando as diferentes profissões entre si, denota-se que a Residência Multiprofissional em Saúde possibilita a reflexão sobre o cotidiano de execução da política de saúde e contribui para a diluição de relações institucionais verticais, naturalizadas e cristalizadas.

Se é verdade que a implantação da residência multiprofissional trouxe novas possibilidades, também é certo que trouxe imensos desafios aos profissionais que atuam no cotidiano de execução da política.

A adesão a um projeto interdisciplinar carece de transformações, desconstrução e reconstrução do que é apresentado tradicionalmente. Nisto**,** está implícito o processo de aprender a conviver – o que não deixa de ser um desafio à todos aqueles que se sentem atraídos pelo desenvolvimento de ações cotidianas na perspectiva interdisciplinar.

Para tanto, faz-se necessário, respeito, abertura para o outro, vontade de colaboração, cooperação, tolerância, diálogo, humildade e ousadia constituídos enquanto aspectos inerentes a esse processo, requerendo à compreensão de que interdisciplinaridade é uma questão de atitude.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência Multiprofissional em saúde:* experiências, avanços e desafios. Brasilia: Ministério da Saúde, 2006.

**_____.Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional deInclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e aSecretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 26 nov. 2015.

_____.MEC/MS **Portaria Interministerial** nº. 45/2007.

**_____.Portaria Interministerial nº 1.077 de 12 de novembro de 2009**. Dispõesobre Residência Multiprofissional em Saúde e a Comissão Nacional de ResidênciaMultiprofissional em Saúde. Disponível em: http://www.proex.unifesp.br/multiprofissional/docs/legislacao/portaria_1077.pdf. Acesso em: 22 out. 2015.

COHN, A.; E. P. E. M. **Saúde no Brasil** – políticas e organização de serviços. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

COREMU. **Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional doHC/UFG**. Goiânia, 2012.

DIAS, Heloisa Helena Rodrigues. **O aperfeiçoamento dos assistentes sociais no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em um hospital universitário** [manuscrito] – 2014.

FAZENDA, I. **Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro** – Efetividade e Ideologia. São Paulo, Loyola, 1979.

_____. **Interdisciplinaridade**: história, teoria e pesquisa. Campinas: Papirus, 1994.

_____. P**ráticasInterdisciplinares na Escola**. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. **O Que é interdisciplinaridade**? — São Paulo: Cortez, 2008.

GONÇALVES, C. A. **Direitos à saúde:** um estudo sobre as práticas dos assistentes sociais das unidades de saúde de Sorocaba – SP – 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP. São Paulo: PUC-SP, 2006.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

NUNES, Layla Fernanda Soares.***(des)*caminhos da interdisciplinaridade na Clínica de Ortopedia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás HC/UFG - Relato da experiência antropológica** [manuscrito]/ Layla Fernanda Soares Nunes. - 2013.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEXEIRA, S. M. F. In: **Previdência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ Abrasco, 1986.

RONCALLI, A. G.; SOUZA, E. C. F. A saúde no Brasil**:** trajetórias de uma política assistencial. In: **Odontologia Social**: textos selecionados. Natal: UFRN, 1998.

SAUPE, Rosita. **Competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar**. Interface, 2005, v.9.

SILVA, Letícia Batista; MENDES, Alessandra ,Gomes. **Serviço Social, saúde e a interdisciplinaridade: algumas questões para o debate.**In: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana (orgs.). Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: Papel Social, 2013.

THIESEN, J. da S. **A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem**. Rev. Bras. Educ. [online]. vol.13, n.39, p. 545-554, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v13n39/10.pdf>. Acesso em: 14/12/2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde HC/UFG. Goiânia, 2014.

VASCONCELOS, C.. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.