RENAN GARCIA GUILHERME

**Educação e Prática Interprofissional em uma Residência Multiprofissional Autogerida
em Saúde da Família**

São Paulo

2020

RENAN GARCIA GUILHERME

**Educação e Prática Interprofissional em uma Residência Multiprofissional Autogerida
em Saúde da Família**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eucenir Fredini Rocha

São Paulo

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Guilherme, Renan Garcia.

Educação e Prática Interprofissional em uma Residência Multiprofissional Autogerida em Saúde da Família / Renan Garcia Guilherme; orientador Eucenir Fredini Rocha -- São Paulo, 2020.

211 p. : fig. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Educação interprofissional. 2. Residência multiprofissional. 3. Educação em Saúde. 4. Trabalho em equipe. I. Rocha, Eucenir Fredini. II. Título.

Guilherme RG. Educação e Prática Interprofissional em uma Residência Multiprofissional Autogerida em Saúde da Família. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: 20/03/2020

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a): Marina Peduzzi

Instituição: Universidade de São Paulo

Julgamento: Aprovado

Prof.(a) Dr.(a): Ana Carolina Basso Schmitt

Instituição: Universidade de São Paulo

Julgamento: Aprovado

Prof.(a) Dr.(a): Brígida Gimenez Carvalho

Instituição: Universidade Estadual De Londrina

Julgamento: Aprovado

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os mestres e professores que durante a minha trajetória me fizeram acreditar na luta por um sistema de saúde único e universal e no poder popular. Agradeço à minha professora e orientadora, Eucenir, por ter sido uma destas influências, e por ter se mostrado sempre tão disponível e generoso

Agradeço a toda a minha família, em especial à minha mãe, Celma, ao meu pai, Walter, e à Cássia, minha irmã, por todo o amor e incentivo desde sempre.

Agradeço a todos os meus colegas de trabalho das Residências da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, pela inspiração diária, companheirismo e empatia, principalmente, nos momentos em que eu não pude estar presente.

Agradeço também aos meus amigos e amores: Anaísa Cristina, Carla Hayashi, Mariane Hara, Nayara Souza, Talita Ponce e Vitor Cunha, por terem sido apoio constante e tornado essa caminhada acadêmica menos difícil.

Agradeço também a todos os meus guias e forças do universo que abrem meus caminhos, obrigado!

RESUMO

Guilherme RG. Educação e prática interprofissional em uma residência multiprofissional autogerida em saúde da família [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2020. Versão Corrigida.

A discussão sobre a educação e prática interprofissional, apesar de extremamente importante e internacionalmente vista como potente no sentido do cuidado integral e resolutivo, ainda é incipiente no Brasil, e as residências Multiprofissionais são consideradas espaços potentes para o seu desenvolvimento. Os Ministérios da Saúde e Educação, através do Edital nº 12, de 28 de agosto de 2015, pela primeira vez permitiram que serviços de saúde não vinculados a instituições de ensino superior propusessem Programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Este estudo se debruçou sobre uma residência multiprofissional em Saúde da Família que é autogerida, ou seja, sem vinculação com uma instituição de ensino superior, no interior do Paraná, e teve como objetivo principal compreender o trabalho em equipe desenvolvido no programa e suas possíveis inter-relações com as propostas de Educação e Prática Interprofissionais. Teve como objetivo também a proposição de estratégias para o aprimoramento do programa no sentido da interprofissionalidade. Trata-se, portanto de um estudo de caso de abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, em que foram realizadas análises documentais do Projeto Político Pedagógico e Matriz Curricular do programa, assim como grupos focais com os atores diretamente envolvidos (tutores, preceptores e residentes). Foi possível concluir que há uma desatualização do projeto político pedagógico, que não condiz com o currículo real vivenciado na residência. A matriz curricular do programa traz potencialidades em relação à aquisição de competências colaborativas por meio do uso de metodologias ativas e temáticas abrangentes focadas nas necessidades dos territórios. Os atores envolvidos na residência consideram os momentos teóricos da residência como potentes em relação à interprofissionalidade e influenciadores de um olhar diferenciado dos residentes acerca dos processos de trabalho nas unidades, porém este olhar não tem reverberado em uma atuação conjunta com as equipes de funcionários das unidades, encontrando dificuldades na qualificação dos serviços, fazendo com que, muitas vezes, os residentes, em relação ao restante da equipe, trabalhem de forma segregada, em lógicas distintas, em que os residentes encontram mais amparo para trabalharem de forma colaborativa. Estas fragilidades evidenciam a necessidade de mais interação entre a gestão e a residência, e entre a residência com os cenários de prática, tendo a interprofissionalidade

como objetivo comum para que as provocações realizadas nos momentos teóricos encontrem um terreno fértil para a prática interprofissional.

Palavras-chaves: Educação interprofissional. Residência multiprofissional. Educação em Saúde. Trabalho em equipe.

ABSTRACT

Guilherme RG. Interprofessional education and practice in a self-managed multi-professional residence in family health [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2020. Versão Corrigida.

The review of interprofessional education and practice, although extremely important and internationally understood as potent in the knowledge of integral and resolute care, is still incipient in Brazil, and Multi-professional residences are considered influential sites for development. The Ministries of Health and Education, through Edict No. 12 of August 28, 2015, for the first time allowed health services not linked to college institutions to propose Residency Programs in Health Professional Area. This study focused on a multi-professional self-managed Family Health residency not linked to a college institution, in the countryside of Paraná, and aimed to understand the teamwork developed in the program and its possible interrelations with the proposals of Interprofessional Education and Practice. Its objective was also to propose strategies for the program improvement towards interprofessional way. It is, therefore, a case study of qualitative approach, descriptive and exploratory, in which documentary analyzes of the Pedagogical Political Project and Curriculum Matrix of the program were performed, as well as focus groups with the actors directly involved (tutors, preceptors, and residents). It was possible to conclude that there is an outdated pedagogical political project, which does not suit the actual curriculum experienced at the residence. The program curriculum matrix brings potential concerning the acquisition of collaborative skills through the use of active and thematic comprehensive methodologies focused on the needs of the territories. The Residence actors consider the theoretical moments as influential regarding interprofessional which influences a differentiated residents point of view about the work processes in the units, but this scenario has not reverberated in a collective action with the crew, who find difficulties to qualify services, often promoting residents to work in a segregated process concerning the crew in different logics, where residents find more support to work collaboratively. These vulnerabilities highlight the necessity for more interaction between management and residence, and between residence and practice scenarios, with interprofessional as a common purpose so the provocations performed in theoretical moments find fertile ground for interprofessional practice.

Keywords: Interprofessional education. Multi-professional residence. Health education. Teamwork.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1 -	Disciplinas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Autarquia Municipal de Apucarana, PR, 2017	56
Quadro 1.2 -	Trilha de aprendizagem, R1, eixo transversal dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Autarquia Municipal de Apucarana, PR, 2019	62
Quadro 1.3 -	Trilha de aprendizagem, R1, eixo transversal do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Autarquia Municipal de Apucarana, PR, 2019	65
Quadro 1.4 -	Critério da “avaliação do meio do caminho” do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Autarquia Municipal de Apucarana, PR, 2019	69
Quadro 1.5 -	Semana padrão do residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Autarquia Municipal de Apucarana, PR, 2019	69
Quadro 4.1 -	Metodologias de ensino utilizadas no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Autarquia Municipal de Apucarana, PR, 2019	105
Quadro 4.2 -	Competências para a EIP nos encontros teóricos do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Autarquia Municipal de Apucarana, PR, 2019	117

LISTA DE SIGLAS

ACP	Atenção Centrada no Paciente
AMUVI	Associação dos Municípios do Vale do Ivaí
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CAPS-IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CIHC	Canadian Interprofessional Health Collaborative
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional, Área Profissional da Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EIP	Educação Interprofissional
ESF	Estratégia Saúde da Família
JAIFE	Japan Association for Interprofessional Education
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NATTA	Núcleo de Aconselhamento, Testagem e Tratamento
NDAE	Núcleo Docente Assistencial Estruturante
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PIP	Prática Interprofissional
PPP	Projeto Político Pedagógico
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	POLÍTICAS INDUTORAS DE FORMAÇÃO PARA O SUS	21
1.2	AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS	26
1.3	A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL (EIP) NA SAÚDE	34
1.3.1	Comunicação Interprofissional	38
1.3.2	Cuidado Centrado no Paciente/Família/Comunidade.....	40
1.3.3	Esclarecimento de papéis.....	41
1.3.4	Funcionamento de equipe	42
1.3.5	Liderança Colaborativa.....	43
1.3.6	Resolução de Conflitos Interprofissionais	43
1.4	CARACTERIZANDO O MUNICÍPIO DE APUCARANA	44
1.5	CARACTERIZANDO A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE APUCARANA.....	47
1.5.1	Estrutura do Programa	52
1.5.2	Estrutura Curricular	54
1.5.3	Matriz curricular (2016-2017)	55
1.5.4	Avaliação dos Residentes	58
1.5.5	Nova estrutura Curricular	59
2	OBJETIVOS	73
2.1	OBJETIVO GERAL	73
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	73
3	METODOLOGIA.....	77
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	85
4.1	DOCUMENTOS ESTRUTURADORES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA	85
4.1.1	Projeto Político Pedagógico.....	85
4.1.2	A Interprofissionalidade no Projeto Político Pedagógico do Programa	87
4.1.3	A Interprofissionalidade na Matriz Curricular do Programa.....	104
4.1.4	A Interprofissionalidade no Programa de Residência, Segundo os Tutores, Preceptores e Residentes.....	124

4.2	A RESIDÊNCIA E AS ESTRATÉGIAS FACILITADORAS PARA A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL.....	125
4.2.1	Residência como Primeiro Contato com a EIP	125
4.2.2	Eixo Teórico como Incentivador para uma Prática Interprofissional	129
4.2.3	Atividades em Pequenos Grupos por Cenários de Prática	131
4.2.4	Uso de Metodologias Ativas	133
4.2.5	Integração dos Tutores na Residência.....	134
4.2.6	Intersecção com Outros Programas (Interdisciplinaridade e Integralidade) ..	136
4.3	DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL.....	137
4.3.1	Intersecção com Outros Programas (Dificuldade de Colaboração)	138
4.3.2	Introdução Tardia sobre o Tema da EIP	139
4.3.3	Divergências na Facilitação da EIP.....	141
4.3.4	Desconhecimento dos Preceptores acerca dos Processos Pedagógicos da Residência	143
4.4	A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO COM BASE NOS FUNDAMENTOS DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL.....	145
4.4.1	Planejamento do Cuidado (Matriciamento e Projeto Terapêutico Singular) .	145
4.4.2	Reuniões entre Residentes nas Unidades	148
4.4.3	Atendimento Compartilhado (Atividades Grupais e Consultas).....	150
4.5	O ENCONTRO DO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE E A RESIDENCIA: DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL.....	154
5	CONCLUSÃO	167
	REFERÊNCIAS	175
	APÊNDICES.....	191
	ANEXO	215

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Desde que me formei pela Universidade Estadual de Londrina, em 2012, trabalhei na Estratégia Saúde da Família no município de Apucarana, área que sempre tive afinidade desde os primeiros anos de graduação e a área em que me especializei.

Após três anos trabalhando na assistência, fui convidado pelos gestores da Autarquia Municipal de Saúde, no final de 2015, para me tornar tutor/docente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que estava sendo concebida no município.

Os Ministérios da Saúde e Educação, através do Edital n.º 12, de 28 de agosto de 2015, pela primeira vez permitiram que serviços de saúde reconhecidos pelo setor da saúde como rede Sistema Único de Saúde-Escola (SUS-Escola), não vinculados a instituições de ensino superior, propusessem Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (Brasil, 2015).

Participar do processo de construção de uma residência autogerida, ou seja, sem ligação com uma instituição de ensino superior, tem sido um grande desafio para todos os envolvidos, e nos coloca em necessidade constante de aprimoramento para que possamos fortalecer o programa e oferecer uma formação que consiga tornar os egressos aptos a trabalharem de forma resolutiva e integral, transformando seus cenários de prática e fortalecendo o Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, ingressei, em 2017, no Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo, por acreditar que o programa teria um formato que faria sentido para o meu trabalho no contexto da residência.

Diante do exposto, tenho sido levado por inquietações profissionais fomentadas pelas discussões realizadas nas disciplinas do mestrado, a fortalecer o trabalho da residência no sentido da interprofissionalidade. E, para tanto, seria necessário entender em maior profundidade como tem sido oportunizadas a educação e a prática para a interprofissionalidade no programa, bem como me aprofundar nos fatores que influenciam no desenvolvimento destas práticas, sendo estes, portanto, os maiores objetivos deste estudo.

Arruda et al. (2017) reafirma a residência multiprofissional como importante Estratégia de fomento à Educação Interprofissional (EIP) e relembra da baixa produção científica nacional relacionada ao tema na perspectiva da pós-graduação. O autor evidencia também a heterogeneidade existente nas organizações das residências pelo país, permitindo múltiplas experiências em relação à EIP com cenários muito favoráveis e outros menos para este tipo de formação.

Pretende-se, portanto, com esta análise, angariar subsídios cientificamente consistentes para propor adequações no escopo do programa e também contribuir com a literatura acerca da EIP na pós-graduação em saúde, principalmente, neste momento histórico em que há um estímulo para a produção científica que demonstre as peculiaridades das estratégias de EIP pelo país, justamente, pela ainda incipiente discussão a respeito do tema no Brasil.

Apesar das dificuldades, a implantação da residência em Apucarana permitiu uma reflexão dos processos de trabalho em saúde no município, evidenciando a necessidade de elaboração e implantação de protocolos assistenciais e de fluxogramas de atendimento, o qual desencadeou uma série de processos de reestruturação, especialmente a partir de processos coletivos de discussões e proposições de mudanças.

Como outras contribuições de residência ao município, podemos citar também a descentralização da atenção pré-natal para as unidades (que antes era centralizado), a intensificação de ações de educação continuada para as equipes, e a ampliação de alguns atendimentos multi e interprofissionais à população.

Porém, após o primeiro ano da residência, era possível perceber - através das avaliações, fóruns, e encontros de discussões pedagógicas - uma dificuldade em proporcionar uma formação e práticas realmente integradas, que priorizassem o trabalho em equipe e com foco no usuário. Foram expostas como possíveis fragilidades, neste sentido, a fragmentação da matriz curricular em disciplinas, a desconexão entre teoria e prática, a escolha das temáticas discutidas e a utilização de metodologias tradicionais de ensino/aprendizagem.

Pensando na superação destas fragilidades, foram pensadas importantes mudanças durante o ano de 2017, colocadas em prática no início do ano de 2018 - entre elas, estão o abandono das disciplinas de forma tradicional e a priorização de metodologias ativas de ensino/aprendizagem.

Frente a essa realidade, este trabalho pretende colaborar no sentido de refletir sobre as dificuldades e potencialidades de uma residência autogerida no que tange à ativação dos processos de educação e de prática interprofissionais.

Esta colaboração deve ser feita, como mencionado anteriormente, mediante o levantamento de subsídios para contribuirmos com a organização de propostas para o fortalecimento deste programa na direção da EIP.

Pretende-se também contribuir para a reflexão de outros programas de residência acerca da EIP, expondo uma realidade regional, pois acredita-se ser imprescindível na consolidação e ampliação da Residência, como estratégia de fortalecimento do SUS, o reconhecimento das diferentes realidades encontradas no país, principalmente neste momento

em que se discute nos fóruns e encontros nacionais de residências em saúde a necessidade da criação de uma Política Nacional de Residência, que respeite e considere as particularidades locais regionais na sua construção.

1.1 POLÍTICAS INDUTORAS DE FORMAÇÃO PARA O SUS

Desde a instituição do Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil, pela Lei n.º 8.080 de 1990 (Brasil, 1990), observou-se a necessidade de reorientação na formação de profissionais de saúde para que se tornassem aptos a trabalharem em consonância com o novo sistema de saúde, o qual tem como princípios a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação popular (Brasil, 2006).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, Lei n.º 8.080/90 afirmam que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde e colocam a integração ensino-serviço como o eixo estruturante da formação destes recursos para a saúde (Brasil, 1990).

Em 1994, é implantada a Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde, propondo um novo modelo de assistência que substitui o enfoque individual pelo coletivo (familiar e comunitário) e a ênfase da prática curativa para a prevenção e promoção da saúde (Costa Neto, 2000).

Para além de um novo modelo assistencial, a ESF se coloca como principal eixo estruturante e de acesso ao sistema de saúde, uma vez que representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contrarreferência para os diferentes níveis do sistema (Brasil, 1997).

Para a atuação neste novo modelo proposto, é necessária uma nova forma de prática profissional com foco na equipe como unidade produtora dos serviços de forma democrática e participativa, rompendo com o modelo biomédico tradicional e permitindo mais diversidade das ações, buscando permanentemente o consenso. Além da necessidade da visão ampliada do processo saúde-doença e do conhecimento da realidade da população sob sua responsabilidade para o planejamento das ações (Brasil, 1997).

Portanto, o advento dessa nova estratégia de assistência e organização do sistema de saúde veio expor de forma ainda mais evidente a necessidade de novas políticas para a formação profissional.

Durante os anos de 1990, algumas ações foram iniciadas neste sentido, como por exemplo, a rede UNIDA, a qual tratava da junção de vários projetos de integração ensino-

serviço-comunidade do Brasil e da América Latina, o que culminou em uma teoria em que para haver uma mudança na formação dos profissionais da saúde o ensino deveria ser multiprofissional, dar lugar ao usuário por meio da gestão participativa e ter uma ampla interação com o sistema de saúde (Pinheiro et al., 2006).

Entre 2001 e 2004, são aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde (exceto Medicina Veterinária, Psicologia, Educação Física e Serviço Social), as quais afirmam que a formação em saúde deve focar o SUS em seus princípios e o trabalho em equipe (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Considerando que no Brasil as universidades gozam de autonomia garantida por lei, estas diretrizes servem como referência, mas não garantem uma ampla adequação destes currículos a nível nacional, havendo, ainda, muitas disparidades nas formações em saúde pelo país (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

No início do Governo do ex-presidente Luís Ignácio Lula da Silva, em 2003, o Ministério da Saúde, no intuito de criar uma política de valorização dos trabalhadores do SUS, criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (Brasil, 2003). Esta secretaria se torna responsável por toda a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde no país, tendo, por exemplo, entre outras responsabilidades, a de monitorar o projeto político-pedagógico, o processo de certificação e a avaliação de desempenho dos envolvidos nos programas de provisão de profissionais da área saúde no âmbito do SUS.

Em 2004, o Ministério da Saúde lança a Portaria n.º 198/GM/MS, instituindo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (Brasil, 2004). Propondo a implantação de Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locais regionais) com o objetivo de ampliar a oferta de formas de capacitações voltadas para o SUS, não só com a ampliação de cursos técnicos e pós-graduações, como também proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários de práticas de saúde, promovendo a educação permanente das equipes de saúde nos serviços e fortalecendo a participação social no sistema em busca da integralidade.

Um ano depois, em 2005, a Portaria n.º 2117/2005 institui parceria entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde (por meio da SGTES), para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde, desenvolvendo projetos e programas que articulem as bases epistemológicas da saúde e da educação superior, visando à

formação de recursos humanos em saúde coerente com o SUS, com as Diretrizes Curriculares Nacionais e com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Brasil, 2005b).

Neste mesmo ano, fruto desta cooperação entre os ministérios, surge o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, buscando a geração do conhecimento para a integralidade por meio da interação ensino-serviço e da inserção dos estudantes no cenário real de práticas da rede do SUS, com ênfase na atenção básica desde o início de sua formação. Em 2007, foi aprovada a ampliação do Pró-Saúde para todas as profissões de saúde (Brasil, 2009).

Segundo Haddad et al. (2012), o Pró-saúde, que abrangeu um total de 359 cursos de graduação no Brasil, foi importante para impulsionar a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais e também contribuiu para a ampliação da percepção dos estudantes sobre os determinantes sociais no processo de saúde-doença e no cuidado centrado no usuário, entre outros benefícios.

Ainda no ano de 2005, outro importante passo rumo à formação para o SUS é dado: as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde passam a ser oficialmente reconhecidas pelos Ministérios da Saúde e Educação, através do SGTES, pela promulgação da Lei n.º 11.129 de 2005, que também institui o Programa Nacional de Bolsas para estas residências (Brasil, 2005b).

As Residências Multiprofissionais em Saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinadas às profissões da saúde (Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional) com carga horária de sessenta horas semanais e duração mínima de dois anos. Trata-se de treinamento em serviço, buscando uma formação integral e interdisciplinar e orientada pelos princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2010).

No ano de 2008, como desdobramento e fortalecimento do Pró-saúde, foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho, o PET Saúde, com a proposta de ser o eixo condutor para a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; sendo assim, tem como principal inovação a introdução do incentivo à pesquisa como estratégia de formação e reconhecimento das necessidades dos serviços de saúde e da população (Costa; Borges, 2015).

O PET Saúde tem como pressuposto a educação pelo trabalho e oferece editais de bolsas em três modalidades: tutoria (para profissional docentes das instituições participantes dos programas que orientem as vivências em serviço e produzam ou orientem a produção de

conhecimento relevante na área da saúde pelos estudantes), preceptoria (profissionais da rede do SUS que realizam orientação em serviço aos estudantes participantes do programa), e aos próprios estudantes como incentivo à iniciação ao trabalho e produção científica, já que tem como requisito para a participação, a realização e divulgação de trabalhos científicos que traduzam as experiências vividas nos territórios (Brasil, 2010).

Segundo Haddad et al. (2012), o PET Saúde destaca-se por introduzir a pesquisa clínica, a pesquisa-ação e a pesquisa sobre ensino e aprendizagem e sobre a gestão dos serviços da saúde. O que conjuntamente com a prática nos serviços de saúde aliados aos processos de ensino-aprendizagem tem contribuído para qualificação da atenção à saúde prestada, o que já está devidamente evidenciado em estudos comparativos publicados.

Em nível de graduação em saúde, vale ressaltar que todas as DCNs dos cursos da saúde de alguma forma preveem uma formação para o trabalho em equipe. A maioria das DCNs utiliza os termos interdisciplinar e multiprofissional para expressar essa formação. Em poucos casos, como no curso de Medicina e Psicologia, há a utilização do termo interprofissional em alguns momentos (Amaral, 2016).

Porém, Batista (2012) lembra que a implantação das DCNs tem encontrado dificuldades, principalmente, no que diz respeito às formas de integração curriculares e de interação profissional. É possível perceber que estas dificuldades perduram até hoje, haja visto que ainda é mais comum encontrar cursos de saúde com enfoque uniprofissional.

A REBETIS (Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde) tem se destacado neste sentido ao criar estratégias de fomento da discussão da interprofissionalidade nos espaços de graduação em saúde, principalmente através de colóquios e editais de cursos para professores e gestores das universidades (Costa, 2018).

É importante lembrar que destas estratégias citadas acima, a rede UNIDA e o PET saúde também têm trabalhado atualmente de forma bastante abrangente no território nacional para impulsionar a educação e prática interprofissional em nível de graduação, e, inclusive, para impulsionar a efetivação das Diretrizes Curriculares Nacionais. Para Batista (2012), as políticas indutoras de mudanças na graduação são potenciais espaços para a EIP.

No estatuto da rede UNIDA e na apresentação disponível no site da associação, encontra-se a meta de “induzir modelos de educação profissional interdisciplinares, multiprofissionais e que respeitem os princípios do controle social e do SUS”. Apesar de não constar nestes documentos a menção direta ao termo “educação interprofissional”, a associação vem incentivando projetos neste sentido, e, principalmente, a produção científica e a discussão a respeito da EIP, por meio de seminários, publicações, e recentemente a abertura

de um edital de chamamento para colher relatos de experiência sobre ações de EIP no Brasil. O nome do livro será “A formação interprofissional no cotidiano: o que dizem as experiências locais?” (Rede Unida, 2012).

Quanto ao PET Saúde, a EIP também não está claramente explicitada nas bases do programa, porém sabe-se que esta estratégia tem permitido experiências interprofissionais, por meio de grupos tutoriais de trabalho em equipe com diferentes profissões, construindo processos de trabalho comuns entre estas, conjuntamente com os processos específicos de cada área de formação. Neste sentido, destaca-se o PET Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que foi a primeira experiência institucional de educação pelo trabalho em grupos tutoriais interprofissionais na atenção básica, envolvendo todos os cursos da saúde da instituição. O projeto está em atividade desde 2009 (Câmara et al., 2015).

Em 2019 o PET-saúde tem, pela primeira vez, a interprofissionalidade como discussão central de suas atividades, com 120 projetos aprovados, dando um passo importante nas graduações em saúde em relação à EIP (Freire Filho et al., 2019).

Percebe-se que as estratégias de readequação na educação para a prática no SUS vieram evoluindo em complexidade, principalmente, nas últimas duas décadas, apostando principalmente na interação ensino-serviço-comunidade, no trabalho em equipe multiprofissional e no incentivo à pesquisa e à produção científica. Pode-se dizer também que há atualmente uma preocupação com a discussão da educação interprofissional, com a adoção mais recente deste termo nas discussões e por meio dos formatos de educação propostos pelas políticas indutoras, criando potentes espaços para a EIP.

Em nível de pós-graduação, todas as publicações encontradas na literatura que citam a EIP estão atreladas aos Programas de Residência, reforçando a ideia de que estes programas têm um grande potencial para o desenvolvimento desta prática.

Em estudo recente sobre a EIP nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no estado de São Paulo, Miranda Neto (2015) conclui que os princípios, os valores e os objetivos da EIP aproximam-se aos das residências e que a abordagem da EIP se mostra adequada aos modelos de formação dos programas. A residência se mostra importante para fortalecer a identidade profissional, desconstruir estereótipos profissionais e no reconhecimento de competências comuns para a condução das práticas colaborativas.

Por estar inserido no contexto da Residência e perceber os múltiplos fatores que podem influenciar na consolidação da EIP, reforça-se a necessidade do aprofundamento da discussão sobre o tema, pois quanto mais estas forem fortemente incorporadas na organização político-pedagógica destes, mais se potencializa o processo das residências no sentido de

influenciar positivamente no modelo assistencial dos municípios em que estão inseridas, já que existem grandes evidências da influência da prática interprofissional na qualificação do cuidado.

1.2 AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS

No Brasil, a especialização em formato de residência tem tradição na área médica, sendo que os primeiros programas foram criados nos anos de 1940, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores no Rio de Janeiro (Brasil, 2006).

A partir daí, várias residências médicas passaram a se desenvolver nas mais diversas especialidades nos anos que se seguiram. A primeira residência em medicina comunitária teve início no ano de 1976, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, financiada pela Secretaria de Saúde do Estado e objetivando a formação de médicos mais resolutivos, críticos e humanistas (Brasil, 2006).

No intuito de atingir um trabalho interdisciplinar, esta residência se torna multiprofissional no ano de 1978. E com base nesta experiência, surgem modelos similares na Paraíba e Rio de Janeiro com base municipal (Rosa; Lopes, 2009).

Outras residências multiprofissionais passaram a ser criadas neste período. Este fenômeno caminhava no contexto da Reforma Sanitária, em tempos de ditadura militar, momento em que se discutia fortemente a universalidade da saúde pública, os determinantes sociais do processo saúde-doença e a constituição do campo da Saúde Coletiva (Nunes, 2005).

Muitos destes programas não tiveram continuidade devido à política de desobrigação do estado para com os setores sociais e de saúde, que seguiu com força nos anos seguintes (Rosa; Lopes, 2009).

Inclusive a pioneira, a do Rio Grande do Sul, também deixou de ser multiprofissional em 1983, tornando-se apenas médica, fruto da recente regulamentação em nível nacional das residências médicas (em 1981) e falta de regulamentação das multiprofissionais, culminando numa desvalorização e posterior corte das bolsas das demais profissões (Silva et al., 2007).

Com o advento do SUS, em 1988, volta a tomar força a discussão sobre a necessidade de formação de profissionais preparados para trabalhar nos moldes do sistema e seus princípios, que, apesar de ser uma discussão antiga no movimento da reforma sanitária, passam neste momento a ser garantidos por lei.

Esta discussão ganha novo formato em 1994 com a implantação da Estratégia Saúde da Família, quando se mostra necessário um novo profissional capaz de se ocupar dos

pressupostos e desafios apresentados pelo novo modo de organização de atenção básica no país (Abib, 2012). Em 1997, os municípios passam a requisitar das universidades este novo profissional (Ros et al., 2006).

Neste mesmo ano, após intensos debates entre diversos setores do Ministério da Saúde, foi apresentada a proposta de criação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família a fim de formar profissionais preparados para atuar em conformidade com a Estratégia (Santos, 2010).

Em 1999, o Ministério da Saúde, conjuntamente com alguns militantes do Movimento Sanitário propuseram articular alguns grupos interessados em criar esta nova residência multiprofissional em Saúde da Família. Desta proposta, culminaram em alguns projetos de instituições interessadas na implantação destas residências, em que, além das especificidades de cada profissão, seria abordada na formação destes profissionais uma área comum para se discutir questões como administração, epidemiologia, promoção de Saúde, Integralidade, trabalhos com grupos Terapêuticos, Interconsultas, educação popular etc. (Brasil, 2001).

O Ministério da Saúde lança então, em 2000, uma proposta de financiamento internacional para estas residências por concorrência pública, que passou a ser oficialmente assegurado em 2001, e as residências passam então a funcionar com incentivo a partir de 2002, com dezenove programas de residência em Saúde da Família, que mesmo com formatos diversificados, tinham o objetivo da integração de todas as profissões da área da Saúde neste processo de formação (Ros et al., 2006).

A ampliação das residências ganha força em 2003 com a criação da SGTES e a integração dos Ministérios da Saúde e Educação para os assuntos que forem de interesse dos dois ministérios. No ano seguinte, a SGTES daria suporte a 22 residências multiprofissionais com 158 bolsas por acreditar na potencialidade destes programas na transformação do SUS (Brasil, 2006).

Em 2005, a SGTES institui oficialmente a modalidade Residência Multiprofissional em Saúde, através da Portaria Interministerial MS/MEC n.º 2.117, que imputa à secretaria a responsabilidade da seleção e credenciamento dos programas, ficando com o Ministério da Saúde a responsabilidade técnico-administrativa dos mesmos, e para o Ministério da Educação, a certificação destes residentes (Brasil, 2005b).

Em 30 de junho de 2005, pela Lei n.º 11.129, foi criado um órgão importantíssimo nas futuras regulamentações das residências: a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS (Brasil, 2005a). Porém, apesar do órgão existir na teoria, ainda não havia legislação referente à sua composição e, portanto, não era possível

fazer a nomeação de seus representantes, sendo assim, a CNRMS demorou em começar a funcionar.

Esta morosidade na composição da Comissão Nacional causou o incômodo de que as residências multiprofissionais já existentes não conseguiam certificar seus egressos na modalidade de residentes, apenas com o título de especialistas, já que, segundo a portaria que criou a modalidade de residência multiprofissional, a certificação pelo Ministério da Educação dependia de avaliação por parte da CNRMS (que ainda não havia sido nomeada) (Brasil, 2006).

Este incômodo não acontecia com os egressos das residências médicas, pois estes obedecem a regulamentações próprias, e já tinham uma comissão funcionante, a Comissão Nacional de Residência Médica.

A composição da CNRMS foi então eleita por consenso no Oitavo Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) em 2006 (Brasil, 2006), que só foi oficializada no ano seguinte, através da Portaria Interministerial n.º 45, de 12 de janeiro de 2007 (Brasil, 2007b).

A nomeação da Comissão foi finalmente feita em julho de 2007 (Brasil, 2007c), permitindo assim que esta iniciasse seu trabalho, o que foi muito importante para as futuras regulamentações e discussões acerca dos rumos das residências, e principalmente por poder iniciar a certificação de acordo com a especificação de cada categoria e ênfase do programa.

Além de criar a composição da CNRMS, a Portaria Interministerial n.º 45, de 12 de janeiro de 2007, é um marco de início de regulação do programa, já que esta portaria coloca as principais regras gerais de funcionamento dos mesmos, divulgando inclusive as possíveis categorias profissionais participantes, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Brasil, 2007b).

A portaria traz os principais eixos que devem nortear a construção destes programas. São eles (Brasil, 2007b, p 2-3):

- Cenários de educação em serviço representativos da realidade socioepidemiológica do País;
- Concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;
- Política nacional de educação e desenvolvimento no SUS aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada entre as distintas esferas de governo;
- Abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;

- Estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurada em itinerário de linhas de cuidado de forma a garantir a formação integral e interdisciplinar;
- Integração ensino-serviço-comunidade por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, promovendo articulação entre ensino, serviço e gestão;
- Integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão na saúde;
- Integração com diferentes níveis de formação dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o ensino de educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde;
- Articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;
- Descentralização e regionalização contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;
- Monitoramento e avaliação pactuados para garantir que o sistema de avaliação formativa seja dialógico e envolva a participação das instituições formadoras, coordenadores de programas, preceptores, tutores, docentes, residentes, gestores e gerentes do SUS e o controle social do SUS, considerando a conformação da política, da execução e da avaliação dos resultados;
- Integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e à Gestão do Sistema.

A partir das legislações acima citadas, várias resoluções passaram a ser discutidas e geradas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde na tentativa de aprimoramento destas instruções gerais e para o estabelecimento de critérios nacionais que guiem a construção dos programas.

A principal resolução criada pela CNRMS é a n.º 2, de 13 de abril de 2012, que coloca as diretrizes gerais para o funcionamento destas residências no país (Brasil, 2012b). Segundo a resolução, as Residências Multiprofissionais constituem modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* com integração ensino-serviço-comunidade, destinado às profissões da saúde (excetuada a médica), com carga horária de 60 horas semanais, duração mínima de dois anos e em regime de dedicação exclusiva. É direcionado preferencialmente aos recém-formados e devem ser priorizadas áreas de interesse para o SUS.

Os programas podem ser construídos para diferentes áreas de concentração e não apenas para a Saúde da Família. E, para isso, a CNRMS criou câmaras técnicas específicas de cada área para ajudá-la na autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de programas de residência, e também para melhor embasá-los na elaboração de possíveis futuras diretrizes curriculares gerais e específicas. Existem então seis possíveis áreas de concentração, portanto, seis câmaras técnicas: 1- Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Especialidades Clínicas e Cirúrgicas; 2- Intensivismo, Urgência e Emergência; 3- Atenção

Básica, Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva; 4- Saúde Mental; 5- Saúde Funcional e 6- Saúde Animal e Ambiental (Brasil, 2012a).

As instituições serão responsáveis pela organização do Projeto Pedagógico (PP) dos respectivos programas. O PP de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões (Brasil, 2012b).

Para ser caracterizado como Multiprofissional, o programa deverá ser constituído por, no mínimo três profissões da saúde e, quando o programa se constituir por mais de uma área de concentração, cada área deverá também contemplar, no mínimo, três profissões da saúde (Brasil, 2012b).

As atividades teóricas, práticas e teórico-práticas de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser organizadas por (Brasil, 2012b, p. 2):

1. “Um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar;
2. Um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do Programa;
3. Eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional”.

É esperado que dois programas de diferentes áreas de concentração interajam nos seus processos de ensino aprendizagem, se tiverem afinidades programáticas, ou seja, se tiverem conteúdos pertencentes a mesma área temática (Brasil, 2012a). Por exemplo, uma residência multiprofissional em Saúde da Família pode ter interações com uma Residência em Saúde Mental, cujas interações podem ocorrer nos serviços, ou em momentos teóricos, como por exemplo, um encontro de discussão de alguma área temática em que os dois se enquadrem, como a epidemiologia ou planejamento em saúde, por exemplo.

Os programas Multiprofissionais devem ser orientados por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem voltados a oferecer uma formação fundamentada na ação integral, configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, clínica ampliada, e deve ser multiprofissional e interdisciplinar, construindo competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde (Brasil, 2012b).

Quanto à divisão da carga horária existe uma resolução da CNRMS de 2014 que coloca que 80% da carga horária total deve ser realizada sob a forma de atividades práticas e

teórico-práticas. Sendo as atividades práticas o treinamento em serviço com supervisão, e as teórico-práticas aquelas que se fazem por meio de simulação em laboratórios, ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, análise de casos clínicos e ações de saúde coletiva, entre outras, sob orientação do corpo docente assistencial (Brasil, 2014).

Os outros 20% das atividades devem acontecer no formato de estratégias educacionais teóricas, cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, com orientação do corpo docente e/ou convidados. As estratégias educacionais teóricas, teórico-práticas e práticas dos programas devem necessariamente, além de formação específica de cada profissão, contemplar temas relacionados à bioética, à ética profissional, à metodologia científica, à epidemiologia, à estatística, à segurança do paciente, às políticas públicas de saúde e ao SUS (Brasil, 2014).

Quanto a avaliação do desempenho dos residentes, esta deverá ter caráter formativo e somativo, com utilização de instrumentos que contemplem os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores e deve ser sistematizada semestralmente. Ao final do programa, deverá ser apresentado, individualmente, um trabalho de conclusão de residência, consonante com a realidade do serviço em que está inserido, sob orientação do corpo docente (Brasil, 2014).

Quanto ao corpo docente assistencial, existem os seguintes cargos:

Coordenador do Programa: Profissional com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos nas áreas de formação, atenção ou gestão em saúde. É função do coordenador, entre outras, garantir a implementação do programa, coordenar processos de auto avaliação do programa e os processos de atualização do projeto político pedagógico, mediar ações conjuntas entre gestão, ensino, educação, pesquisa e extensão, fomentar a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do SUS, e responsabilizar-se pela documentação do programa e atualização de dados junto às instâncias institucionais locais de desenvolvimento do programa e à CNRMS (Brasil, 2012b).

Docente: São profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas. Articulam junto ao tutor mecanismos de estímulo para a participação de preceptores e residentes nos projetos de pesquisa e intervenção. Apoiam a coordenação dos programas na elaboração e execução de projetos de educação permanente em saúde para a equipe de preceptores e orientam e avaliam os trabalhos de conclusão do programa elaborados pelos residentes, entre outras funções (Brasil, 2012b).

Tutor: Profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de no mínimo três anos. A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes. É papel do tutor promover estratégias de articulação ensino-serviço realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa; planejar atividades de educação permanente em saúde para os preceptores; planejar em conjunto com os outros atores envolvidos na residência ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde; participar do processo de avaliação dos residentes; contribuir na avaliação do aprimoramento do projeto político pedagógico do programa em conjunto com os preceptores e orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência (Brasil, 2012b).

A tutoria deve ser realizada de duas formas distintas: a Tutoria de Núcleo, que corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico de cada profissional e a Tutoria de Campo, que corresponde à atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes no âmbito do campo mais amplo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa (Brasil, 2012b).

Preceptor: profissional com formação mínima de especialista, inserido no cenário de prática, onde faz supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes no serviço. O preceptor deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, a não ser que as atividades desenvolvidas possam ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, como por exemplo: gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária etc. (Brasil, 2012b).

O preceptor deve facilitar a integração do residente com a equipe de saúde, usuários e outros residentes e participar, junto com os residentes das atividades de pesquisa e intervenção realizados nos serviços. Devem avaliar potencialidades e fragilidades dos residentes e encaminhar ao tutor para adequação das atividades; deve participar da avaliação de desempenho dos residentes junto com os tutores, entre outras funções (Brasil, 2012b).

Apesar de existirem diretrizes básicas para a formulação das residências, observa-se na prática, em fóruns, congressos e encontros de representantes dos programas que as residências funcionam de formas bem distintas pelo Brasil.

Santos (2010, p. 10) coloca que, em 2010, os cursos de Residência multiprofissional em saúde da família funcionavam de formas bastante diferentes em todo o território nacional

e que desde o início dos debates sobre as suas implantações discutia-se muito sobre como criar características gerais para os programas e respeitar ao mesmo tempo as especificidades locorregionais.

É possível ainda perceber essas grandes diferenças, e um dos possíveis motivos para essa diversidade de desenhos seria a falta de legislação mais específica para cada tipo de programa de Residência e instruções mais claras sobre os conteúdos a serem abordados nas atividades teóricas e teórico-práticas.

No momento, é recorrente entre os envolvidos com programas de residências multiprofissionais a discussão da criação de uma política Nacional de Residências em Saúde que respeite as especificidades locorregionais, mas que dê mais consistência e uniformidade para estes programas no Brasil.

Em junho de 2016, na cidade de Curitiba, aconteceu o VI Encontro Nacional de Residências em Saúde. Neste encontro, foi redigida coletivamente, entre tutores, preceptores, coordenadores e residentes de todo o país, uma carta oficial do encontro, destinada à Comissão Nacional de Residências em Saúde. Nesta carta, entre outras reivindicações, está a necessidade da construção de uma Política Nacional de Residências em Saúde e, para isso, reivindicam a realização do V Seminário Nacional de Residências em Saúde para a discussão e construção desta política. Durante os debates deste evento, foi possível também confirmar na prática que as diferenças entre os formatos dos programas são realmente numerosas (Fórum Nacional de Residências em Saúde, 2016).

Apesar de todas as dificuldades encontradas pelos programas de residência multiprofissional desde o início de seu histórico, elas são vistas como potenciais transformadoras para um SUS mais consistente.

A cidade de Apucarana, no estado do Paraná, que conta desde 2016 com duas residências multiprofissionais, aposta nestes programas como estratégia indutora de mudanças na saúde a nível local por permitir uma reflexão e adequação dos serviços em conformidade com as legislações e literaturas existentes no campo da saúde, por meio da interação ensino-serviço-comunidade e da pesquisa.

Algumas mudanças já são perceptíveis, mas muitas dificuldades são encontradas na efetivação destes programas no município, sendo que uma das maiores é garantir um formato de educação e prática interprofissionais que garantam uma preparação para o trabalho em equipe.

Ao estudar a literatura relacionada às residências multiprofissionais, percebe-se que a preparação para o trabalho em equipe tem sido um desafio comum na construção dos programas de residência a nível nacional.

Arruda et al. (2017) relembram que a heterogeneidade entre os programas permite realidades mais e menos favoráveis para a educação para a interprofissionalidade. Em seu estudo recente sobre a EIP na residência da Escola de Saúde Pública do Ceará, o autor encontrou, em seu contexto, alguns fatores que desafiam o desenvolvimento da EIP, sendo elas: a falta de infraestrutura, a insustentabilidade financeira e a herança de uma formação uniprofissional das graduações em saúde. O autor conclui que apesar dos desafios, os processos pedagógicos da residência estão evoluindo na direção do fortalecimento da EIP.

Medina (2016), ao estudar a EIP em uma residência do estado de São Paulo, com enfoque na inserção da terapia ocupacional, concluiu que entre outros fatores, a dificuldade dos residentes em entender os limites entre a atuação uniprofissional e interprofissional, advinda do desconhecimento acerca das atribuições das outras profissões, dificultam o desenvolvimento da EIP.

Casanova et al. (2015), ao estudarem duas residências públicas do estado de São Paulo, também reiteram que reconhecer os limites e as especificidades de cada profissão é de suma importância no desenvolvimento da EIP e, para além disso, colocam que, para o trabalho em equipe ocorrer de forma efetiva, há a necessidade de centrar o trabalho conjunto nas necessidades do paciente/comunidade.

Observa-se, portanto que construir um programa de residência direcionado à EIP é um desafio que ultrapassa inclusive a quebra de paradigmas construídos pelas visões biomédicas e uniprofissionais incorporadas pelas graduações, que ainda encontram muita dificuldade em permitir uma formação mais ampla e fiel às Diretrizes Curriculares Nacionais.

1.3 A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL (EIP) NA SAÚDE

Dentre os principais eixos para a construção das residências multiprofissionais, segundo os Ministérios da Saúde e da Educação, estaria a integração de saberes e práticas que permitam construir “competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação para o trabalho em equipe” (Brasil, 2007b, p. 9). Sabe-se que esta integração vai de encontro ao que se denomina atualmente como Educação Interprofissional em Saúde (EIP).

A educação interprofissional tem sido extremamente valorizada devido ao seu grande potencial para formar profissionais aptos a atuarem de forma colaborativa, de modo a alcançarem a prestação de um cuidado mais resolutivo, integral e seguro (Reeves, 2016).

A EIP é discussão mais comum na Europa e Estados Unidos, onde acontece há cerca de trinta anos, sendo mais recente no Brasil (Batista, 2012). Prova desta ainda incipiente discussão em território nacional é a recente criação do descritor específico “Educação interprofissional” no DECS - Descritores em Ciências da Saúde, que não existia até 2018.

Peduzzi et al. (2013), em revisão bibliográfica sobre o tema, percebem que há na literatura definições ainda imprecisas sobre os termos que definem esta integração profissional na educação e no trabalho em equipes de saúde, o que contribui para uma certa inconsistência na produção científica acerca do tema.

Os autores perceberam que é comum a utilização do termo “Interdisciplinar” na literatura para tratar da interação de disciplinas na educação e pesquisa e que quando se trata da integração das profissões nas práticas da saúde é comumente utilizado o mesmo termo, considerando cada profissão como uma disciplina (Peduzzi et al., 2013). Porém, os mesmos relembram que quando se trata da educação para a prática de profissionais de saúde este termo não seria adequado:

A formação dos profissionais de saúde, mesmo que uniprofissional, sempre será interdisciplinar (ainda que implícitas) em decorrência do reconhecimento que o processo saúde-doença envolve diversos determinantes que extrapolam os limites anatomopatológicos e, portanto, conjuga um amplo leque de disciplinas em cada uma das áreas profissionais. Portanto, a educação profissional em saúde pode ser interdisciplinar com base na interação e na integração das diferentes disciplinas de cada área, não sendo, nestes moldes, interprofissional. (Peduzzi et al., 2013, p. 4)

Sendo assim, os termos Educação Interprofissional (EIP) e Prática Interprofissional (PIP) ao tratar da prática nos serviços de saúde, são os mais aceitos atualmente pela comunidade científica internacional, inclusive pela Organização Mundial da Saúde.

A definição de EIP da CAIPE (Centre for the Advancement of Interprofessional Education) é bastante aceita e propagada na literatura sobre o tema, e define que a educação interprofissional ocorre quando “[...] duas ou mais profissões aprendem com, de e sobre cada uma delas para melhorar a colaboração e qualidade do cuidado”, o que a diferencia da educação multiprofissional, pois “duas ou mais profissões aprendem lado a lado”, não havendo então a devida integração dos saberes neste caso (Centre for the Advancement of Interprofessional Education, 2016, tradução nossa).

Peduzzi et al. (2013) trazem uma apuração deste conceito, uma vez que abrange vários outros autores, tanto da literatura nacional quanto da internacional:

Profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulam seu saber específico com o dos outros na organização do trabalho, o que possibilita tanto compartilhar as ações como delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa. Essa flexibilidade permite otimizar os recursos e ampliar o reconhecimento e a atenção às necessidades de saúde próprias de usuários e população de cada território e serviço, visto que as necessidades são heterogêneas e complexas e requerem ser apreendidas de forma integral e não apenas focadas na demanda espontânea (Peduzzi et al., 2013, p. 1).

Reeves (2016) lembra que tem se identificado mundo afora que a EIP tem papel principal na melhoria de sistemas e nos resultados da atenção à saúde e, portanto, nos últimos dez anos, tem estado na “vanguarda de muitas pesquisas, políticas, e atividades regulatórias em nível internacional” (Reeves, 2016, p. 2).

Reflexo desta importância da EIP no impacto da atenção à saúde é a ênfase que a Organização Mundial da Saúde (2010) tem dado para o tema, como a elaboração do documento “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”.

Este documento serve como incentivador da pesquisa e desenvolvimento de práticas de educação interprofissional a nível mundial e utiliza como conceito de EIP uma descrição quase idêntica à da CAIPE, a qual dá bastante ênfase para a interprofissionalidade voltada para a prática profissional, por meio da prática colaborativa. A Prática Colaborativa se dá quando os diversos profissionais integrados trabalham para alcançar os objetivos de saúde de indivíduos e comunidades podendo agregar neste processo qualquer indivíduo cujas habilidades possam ajudar nesta conquista (Organização Mundial da Saúde, 2010).

Para Peduzzi et al. (2016b), a prática colaborativa seria a efetiva comunicação, articulação das ações e colaboração entre os profissionais da equipe e entre os profissionais da equipe com a rede de serviços, buscando qualidade da atenção às necessidades dos usuários.

Os mecanismos para a melhor efetividade da EIP e prática colaborativa diferem entre os sistemas de saúde, sendo assim, “os responsáveis pela elaboração das políticas de saúde devem utilizar os mecanismos que são mais adequados e aplicáveis ao contexto local ou regional” (Organização Mundial da Saúde, 2010, p. 7).

Neste sentido, existem em vários países organizações comprometidas, especificamente no estudo da EIP, em busca de experiências e na construção de evidências para o aperfeiçoamento desta prática.

Dentre as organizações mundiais de estudo da EIP, além da CAIPE no Reino Unido, existem, nos Estados Unidos, a AIHC (American Interprofessional Health Collaborative), no Japão, a JAIPE (Japan Association for Interprofessional Education) e, no Canadá, a CIHC (Canadian Interprofessional Health Collaborative) (Centre for the Advancement of Interprofessional Education, 2016, tradução nossa).

No Brasil, há uma rede que envolve estudantes, docentes, pesquisadores e trabalhadores da saúde que se articulam social e politicamente para a defesa e expansão da interprofissionalidade: trata-se da REBETIS (Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde). Um dos exemplos da contribuição da REBETIS para a expansão da discussão da interprofissionalidade na saúde é o CIETIS (Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde), evento anual que reúne profissionais da saúde e pesquisadores para discutirem experiências de educação interprofissional e de trabalho colaborativo em saúde (Costa, 2018).

Na América Latina, a discussão sobre a EIP começa a avançar significativamente nos últimos anos, sendo que em 2016 aconteceu uma grande reunião técnica em Bogotá, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que contou com a presença dos representantes dos Ministérios da Saúde e Educação e instituições de ensino superior em saúde dos países da América latina e Caribe para um diagnóstico da situação desta discussão nestes países, instrumentalizá-los e criar pactuações para a consolidação da interprofissionalidade à nível local e regional. Como fruto deste encontro na Colômbia, nasce a Rede Regional da América Latina e Caribe para o mútuo apoio e acompanhamento das pactuações estabelecidas para a consolidação da EIP (Organização Pan-americana de Saúde, 2017).

Neste encontro, em Bogotá, nasce um plano de ação organizado para a Implementação da Educação Interprofissional no Brasil, o qual elenca cinco linhas de ação prioritárias: o fortalecimento da Educação Interprofissional como dispositivo para a reorientação dos cursos de graduação em saúde, o levantamento das iniciativas de educação interprofissional no Brasil, o desenvolvimento dos docentes na direção da EIP, o fortalecimento dos espaços de divulgação e produção do conhecimento em EIP, e a garantia de que a Educação Interprofissional esteja nos espaços de educação permanente em saúde (Brasil, 2017).

No eixo que trata da inserção da EIP nos espaços de educação permanente do SUS, é colocada como uma das prioridades a inserção da interprofissionalidade nas residências em saúde (Brasil, 2017).

Houve como parte deste plano de ação a posterior realização da Oficina de Alinhamento Conceitual sobre Educação e Trabalho Interprofissional, em junho de 2017, que aconteceu no Brasil por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) para técnicos dos Ministérios da Saúde e Educação, representantes e conselhos nacionais relacionados à saúde, associações de educação das profissões da área da saúde e conselhos de classe (Brasil, 2017).

O plano de ação tem gerado também outros importantes frutos, como o fortalecimento da pesquisa em relação ao tema no Brasil e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que já existe desde 2008, mas com o tema, em 2019, da interprofissionalidade. Foram 120 projetos aprovados pelo Brasil, sendo que todos os coordenadores destes projetos foram treinados sobre as bases conceituais e metodológicas da EIP (Freire Filho et al., 2019).

Em nível mundial, a CIHC, do Canadá, contribuiu significativamente para o aprimoramento da discussão do tema ao publicar, em 2010, uma sistematização de competências essenciais para o desenvolvimento da EIP, visando à prática colaborativa. Este modelo de competências, pelo seu caráter didático, foi adotado como **principal referencial teórico** para a análise e discussão dos resultados da presente dissertação, merecendo, portanto, uma melhor explicitação de seus atributos.

As competências são divididas em seis domínios: Comunicação interprofissional, Cuidado centrado no paciente família e comunidade, Esclarecimento de papéis, Funcionamento de Equipe, Liderança Colaborativa e Resolução de Conflitos Interprofissionais (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010, tradução nossa).

1.3.1 Comunicação Interprofissional

Sobre a comunicação interprofissional, o documento traz que a comunicação adequada passa pela capacidade de escuta e o cuidado com a linguagem verbal e não verbal e deve ser transparente para todos os envolvidos, incluindo pacientes e comunidade, para construir consensos sobre os cuidados a serem desenvolvidos e despertar confiança entre os envolvidos. A comunicação adequada permite a divisão de tarefas e planos de cuidado colaborativos importantes para uma prática interprofissional (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Em estudo recente realizado por Souza et al. (2016) para compreender as concepções dos profissionais de Enfermagem sobre trabalho em equipe e seus elementos constituintes, a

comunicação foi compreendida como “[...] transversal aos demais atributos do trabalho em equipe. Por meio da racionalidade comunicativa constrói-se confiança, vínculo, respeito mútuo, reconhecimento do trabalho do outro e colaboração” (Souza et al., 2016, p. 4).

A Canadian Interprofessional Health Collaborative também coloca esta competência como uma das duas competências principais, que influenciam todas as outras - por exemplo, a de “Funcionamento de Equipe” é extremamente importante para profissionais que trabalham em conjunto, porém é mais esporádica para profissionais que acessam outros com menos frequência, uma vez que a comunicação interprofissional e o cuidado centrado no paciente são relevantes em todas as situações.

1.3.2 Cuidado Centrado no Paciente/Família/Comunidade

Sobre a competência do cuidado centrado no paciente família e comunidade, o documento traz este domínio no sentido de integrar o paciente/família/comunidade como parte do processo de construção dos cuidados em saúde, ouvindo e percebendo suas necessidades. É necessário garantir a devida educação e suporte destes, dividindo informações de forma respeitosa e clara para encorajar a discussão e participação nas tomadas de decisão e nos planos terapêuticos (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Tanto a produção nacional quanto a internacional destacam a necessidade de colocar o foco do trabalho em equipe nos pacientes e, portanto, nos objetivos comuns da equipe, e nos resultados que buscam produzir para assegurar maior resolutividade aos serviços e qualidade na atenção à saúde (Agreli et al., 2016).

Vários países, como os Estados Unidos e o Reino Unido, estão implementando políticas de fortalecimento da ACP (Atenção Centrada no Paciente) por julgarem essencial para um cuidado mais resolutivo (Agreli et al., 2016).

Em revisão bibliográfica a respeito da ACP, Agreli et al. (2016) percebem que, embora a literatura internacional estabeleça a ACP como domínio de competência das práticas interprofissionais, ainda há uma ausência de uma definição consensual para o termo ACP entre a literatura nacional e internacional, o que dificulta a discussão mais aprofundada. Porém, encontramos no nível nacional abordagens que se aproximam da ACP, como o processo de trabalho usuário centrado; o método clínico centrado na pessoa/medicina centrada no paciente; e a clínica ampliada - entretanto a característica essencial é o protagonismo do usuário, com as suas amplas e reais necessidades, no momento de pensar o cuidado, deslocando-se assim de uma lógica prescritiva.

Apesar desta inconsistência na literatura em relação a ACP, existem alguns consensos sobre as características, sendo elas:

- 1) perspectiva ampliada do cuidado à saúde, que coloca a necessidade do reconhecimento e resposta integral às necessidades de saúde de usuário, família e comunidade; 2) participação do paciente no cuidado, que remete à necessidade de empoderamento e apoio para o autocuidado e autonomia, e 3) relação profissional e paciente, que contempla a expressão da subjetividade dos partícipes enquanto sujeitos dotados de autonomia. (Agreli et al., 2016, p. 3)

A prática interprofissional colaborativa centrada no usuário/paciente teria uma potencialidade para se desenvolver no contexto nacional na atenção primária pela forma em que esta está organizada no Brasil, no sentido de que a Unidade de saúde da família é o

contato preferencial dos usuários e onde encontram a equipe de referência do seu território (Agreli et al., 2016).

A participação do usuário nos serviços de saúde no Brasil, em especial na atenção primária, se dá quase que exclusivamente através dos conselhos de saúde. Porém não é somente desta forma de participação que trata a Atenção Centrada no Paciente. A incorporação do usuário deve ser realizada nas práticas cotidianas de cuidado, gerando um cuidado mais efetivo, com autonomia e autorresponsabilização. Nesse contexto, os profissionais assumiriam um papel de “educadores aprendizes”, por meio de um conhecimento consensual com a comunidade e fazendo desta parte do trabalho em equipe (Araújo; Araújo Junior, 2016).

Para além das inconsistências em relação a terminologia ligada ao termo ACP na literatura, fica evidente que para uma educação e prática interprofissional são necessárias abordagens usuário-centradas ou uma educação que permita o desenvolvimento dessa tecnologia de cuidado, em que a necessidade do paciente seja colocada em primeiro plano.

Quando o foco do cuidado está na necessidade do usuário/população, assume-se uma concepção ampliada do processo de adoecer em que se analisa suas necessidades de forma integral. Uma vez que a saúde é concebida de forma ampliada, o trabalho em equipe é naturalmente requerido para dar conta de toda essa dimensão do cuidado em saúde (Brasil, 2017).

Portanto, acredita-se que romper com o modelo biomédico dicotômico, ampliando a visão do processo saúde-doença dos estudantes e embutindo na prática destes a atenção centrada na pessoa, naturalmente facilitaria o desenvolvimento do trabalho em equipe e das práticas colaborativas, uma vez que, quando se identifica a diversidade de necessidades em saúde, percebem-se os limites de cada atuação profissional e evidenciada a necessidade de uma atuação diferenciada e interprofissional.

1.3.3 Esclarecimento de papéis

Para a CIHC, o esclarecimento de papéis é essencial para a educação e prática interprofissional, o qual trata do conhecimento por partes dos profissionais envolvidos no seu papel e nos papéis dos outros profissionais para alcançar as metas de saúde da população. Este conhecimento permite, além do trabalho conjunto, que os profissionais dividam papéis de forma colaborativa e se consultem para acessar o conhecimento alheio, alcançando maior resolutividade (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Sobre a aquisição de competências específicas de cada profissão, Peduzzi et al. (2013) defendem que é necessário que se mantenha o ensino uniprofissional e multiprofissional como complemento da EIP, pois o aprimoramento das especificidades de cada profissão é necessário, inclusive para que a colaboração seja mais eficiente, porém, que os momentos de aprendizado uni e multiprofissional devem ser realizados sob uma perspectiva interprofissional, já preparando os envolvidos para a colaboração (Peduzzi et al., 2013).

Este pensamento vai de encontro ao que Gastão Wagner sugere quando desloca a concepção rígida e disciplinar de “corpus” das profissões, concebida por Bourdieu, para a concepção de “núcleo”, em que, mesmo que exista uma delimitação da identidade social de cada profissão, esta acontece de forma mais flexível e aberta, podendo haver mais interação dos saberes de cada profissão com um saber mais amplo e possível a todas elas. Trata-se, portanto, do “campo” da saúde coletiva, cujo acionamento do saber específico das profissões ocorra como “uma possibilidade e não como uma ocorrência automática” (Campos, 2000).

Esta concepção também converge com a questão da Atenção Centrada no Paciente, uma vez que sendo a intervenção de cada profissão uma possibilidade, e não uma ocorrência automática, existe a potencialidade de se oferecer um cuidado voltado para a real necessidade dos sujeitos, mas não um cuidado pré-determinado, reduzido às possibilidades de uma profissão, ou até mesmo de um serviço, mas, sob influência destas competências colaborativas, é possível acionar outros saberes, profissões e até níveis de complexidade dentro do sistema para um cuidado mais integral.

1.3.4 Funcionamento de equipe

A complexidade organizacional do trabalho pode influenciar no desenvolvimento do trabalho em equipe, portanto os estudantes/profissionais devem regularmente parar para refletir sobre sua efetividade no trabalho em equipe, sempre tendo consciência e comprometimento com as éticas interprofissionais. Trata-se de entender os princípios da dinâmica de trabalho em equipe para viabilizar a colaboração interprofissional (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Para este funcionamento, é necessário desenvolver princípios que respeitem os valores éticos dos envolvidos, facilitar as discussões e interações entre os membros da equipe e participar e respeitar a participação de outros sujeitos nas tomadas de decisões de forma que se construa uma tomada de decisão colaborativa (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Deve-se ter em mente que é necessário buscar relações de trabalho saudáveis e efetivas, tanto com os membros da equipe quanto com o paciente/comunidade, respeitando as éticas de equipe, incluindo a confidencialidade, alocação de recursos e profissionalismo (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

1.3.5 Liderança Colaborativa

A liderança em uma prática interprofissional também deve ser colaborativa, de forma que os envolvidos determinem colaborativamente quem irá exercer a liderança grupal em cada situação. Essa liderança entre os membros é baseada na necessidade de especificar tipos de expertises diferentes e necessárias para um determinado momento vivido pelo grupo. Mesmo diante de uma liderança, as responsabilidades pelos processos escolhidos serão sempre compartilhadas, uma vez que, diante da liderança colaborativa, as estratégias de ação serão sempre pactuadas entre os membros do grupo, visando o melhor resultado para o paciente/família/comunidade (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Existem duas abordagens importantes do líder frente à equipe: a orientação das tarefas e a orientação dos relacionamentos. Na primeira, o líder ajuda os membros nos meios para atingirem os objetivos acordados pelo grupo, e, na segunda, o líder garante meios que permitam que os sujeitos trabalhem o mais efetivamente possível juntos (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Neste modelo de liderança, o paciente também pode exercer a função de liderança em determinados processos, e a função de líder pode se mover em determinadas tarefas de forma que vários sujeitos possam colaborar nesta função, ou seja, a liderança não é estática e deve servir aos interesses do grupo.

Em alguns casos, pode inclusive existir dois líderes, um para garantir que os processos internos de trabalho da equipe estejam fluindo, e outro, mais diretamente dedicado às questões relacionadas aos pacientes/família/comunidade, servindo como um link entre a equipe e a comunidade (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

1.3.6 Resolução de Conflitos Interprofissionais

Para o desenvolvimento da prática interprofissional, é essencial também que, tanto a equipe quanto os pacientes, consigam lidar com os desentendimentos entre eles. O termo “Conflito Positivo” deve ser usado para interpretar as diferenças de opiniões de forma

saudável e para encorajá-las a serem encaradas como interações construtivas (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Os eventos que levam às diferenças de opinião e aos conflitos podem surgir de várias fontes, como as diferenças relacionadas às funções na equipe: estes conflitos surgem nas diferenças das percepções acerca das funções na equipe, na divisão de responsabilidades, sobrecargas ou ambiguidade de funções entre os envolvidos. As diferenças relacionadas aos objetivos da equipe: essas podem surgir por causa de diferentes abordagens de cuidado, crenças religiosas, espirituais e pessoais (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Algumas atitudes que podem contribuir para melhor abordagem dos conflitos são: identificar situações que são comumente conflituosas e que levem a desacordos e tomar medidas construtivas para abordá-las; observar estas situações de conflito, como ambiguidade de função e diferenças nos objetivos da equipe, e criar diretrizes para que os conflitos sejam expostos e discutidos no sentido de se encontrar a causa e encontrar coletivamente adequações para minimizá-los, dando característica de crescimento qualitativo para os conflitos (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

1.4 CARACTERIZANDO O MUNICÍPIO DE APUCARANA

O município de Apucarana conta com área territorial de 555.395 km², agregando cinco distritos administrativos: Apucarana, Correia de Freitas, Pirapó, São Pedro e Vila Reis. Com grau de urbanização de 94,36 % e população estimada de 132.691 pessoas (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, 2017).

Apucarana exerce influência regional e é a sede da Associação dos Municípios do Vale do Ivaí (AMUVI), que congrega 25 municípios e população estimada de 317.119 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017).

Atualmente, Apucarana tem taxa de escolaridade na faixa etária de 6 a 14 anos de idade com 97,8%, a qual se encontra abaixo da média nacional de 98,4 % (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017), entretanto a cidade conta com seis faculdades: quatro públicas e duas particulares.

No município, 41,6% dos domicílios apresenta cobertura de esgoto sanitário, arborização em vias públicas em 92,8% dos domicílios e 62,4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017).

Possui 33.224 pessoas em emprego formal, sendo a indústria o principal setor empregatício com 12.611 empregados. Destaca-se o ramo da indústria têxtil, do vestuário e artefatos de tecido, que emprega 6.709 pessoas, considerado o principal ramo de atividade industrial da cidade (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, 2017).

As outras atividades econômicas estão em ordem decrescente: serviços (com 11.986 empregados), comércio (7.122), construção civil (1.081) e agropecuária (421) (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, 2017).

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 11.09 para mil nascidos vivos, a qual está abaixo da realidade nacional (13,8), mas acima da estadual (10,9) (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2017).

O índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,748, considerado alto, porém está abaixo da média estadual que é de 0,790, ocupando a 583ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2017) (Figura 1.1).

Figura 1.1 - IDH Apucarana comparado

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017).

Apucarana é sede da 16ª Regional de Saúde do Paraná que abrange 17 municípios: Apucarana, Arapongas, Bom Sucesso, Borrazópolis, Califórnia, Cambira, Faxinal, Grandes Rios, Jandaia do Sul, Kaloré, Marilândia do Sul, Marumbi, Mauá da Serra, Novo Itacolomi, Rio Bom, Sabaúdia e São Pedro do Ivaí. (Figura 1.2). A população estimada da regional é de 352.126 habitantes.

Figura 1.2 - Representação 16ª Regional de Saúde

Fonte: Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Paraná (2017).

O município é habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal através da Portaria n.º 2.564 de 04 de maio de 1998, publicada em Diário Oficial da União em 05/05/98. A rede de Atenção Básica à Saúde é composta por 28 Unidades Básicas de Saúde, nove Unidades de Apoio, contando com 43 equipes de PSF e 25 equipes de Saúde Bucal e 4 equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (tipo 1). A cobertura pela Estratégia de Saúde da Família é de 100%, apesar de existirem algumas equipes desfalcadas de recursos humanos.

A cidade possui laboratório de Análises Clínicas, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço Móvel de Urgência (SAMU) com três ambulâncias de suporte básico e uma de suporte avançado, Centro Infantil, Escola da Gestante, Farmácia Central/CAF, Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD), Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS IJ) e Núcleo de Aconselhamento, Testagem e Tratamento (NATTA).

O Centro Infantil e a Escola da Gestante são serviços de atendimento centralizado - o primeiro presta atendimento pediátrico ambulatorial para suprir a demanda das unidades que não contam com pediatra, fazendo, portanto, o atendimento de nível primário, que poderia ser realizado nas unidades de saúde da família. A escola da gestante atendia, até 2016, a totalidade dos atendimentos pré-natais, entretanto, no momento, atende os pré-natais de médio

e alto risco, e os de risco habitual apenas nas unidades de saúde da família, onde o atendimento pré-natal ainda não foi descentralizado.

As consultas e exames especializados estão pactuados no Consórcio Intermunicipal de Saúde, que atende todos os municípios da regional, com sede em Apucarana, e o agendamento acontece por meio de uma central que também regula os atendimentos.

Os atendimentos hospitalares são prestados por dois hospitais de nível terciário e de natureza jurídica privada, sendo um hospital geral e um materno-infantil, oferecendo um total de 273 leitos, dos quais 161 são destinados ao SUS, através de parceria público-privada atendendo todos os municípios da décima sexta regional de saúde.

Os hospitais possuem 16 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adultos e 12 de UTI infantil, todos ofertados ao sistema. O número de leitos cadastrados pelo SUS é de 1,31 para cada mil habitantes e um total de 2,22 leitos para cada mil habitantes.

Pode-se dizer que o município de Apucarana tem um índice de desenvolvimento alto e exerce bastante influência regional, pois conta com uma extensa infraestrutura de assistência à saúde, desde a atenção básica até os serviços de nível terciário, podendo ser considerado um rico campo de ensino-aprendizagem nesta área.

Porém, apesar de uma boa infraestrutura física ainda existem muitos desafios no que tange ao trabalho integrado de rede e à resolutividade da atenção básica. Prova disso é a persistência de serviços centralizados, oferecendo assistências que deveriam estar naturalizadas nos processos de trabalho das equipes da estratégia Saúde da Família.

Acredita-se que a residência possa não só usufruir da rede de serviços, mas também contribuir com debates que possam transformar os processos de trabalho das equipes, no que diz respeito a uma assistência mais integral e resolutiva, e uma das características que se destaca neste processo é justamente a possibilidade de um cuidado interprofissional para aprimorar a resolutividade da Atenção Básica.

1.5 CARACTERIZANDO A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE APUCARANA

Em consonância com uma necessidade do serviço municipal de saúde em qualificar a assistência em saúde do município, a Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana propôs a implantação de três programas de residência, sendo o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica – Ênfase em Rede Cegonha.

A autarquia conseguiu o credenciamento junto ao Ministério da Educação dos três Programas, com 27 vagas no total, todas elas contempladas com bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde.

O programa de residência em enfermagem obstétrica é destinado apenas a enfermeiros e conta com três vagas anuais. Os residentes deste programa atuam na rede de atenção materno-infantil do município, tendo momentos de atuação na atenção básica, contribuindo com atendimentos (puericultura, pré-natal e atendimentos puerperais) e capacitações com as equipes, mas atuam principalmente no hospital materno-infantil, realizando a assistência ao pré-parto, parto e pós-parto.

A residência multiprofissional em saúde mental é destinada a psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, com três vagas por categoria, totalizando nove vagas anuais. Estes residentes atuam na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, portanto nos CAPS-AD e CAPS-IJ, no apoio de gestão da RAPS, com algumas vivências também na atenção básica, principalmente em momentos de matriciamento.

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, que se trata do local de estudo desta pesquisa, é destinado a Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Odontólogos e Psicólogos, com três vagas para cada categoria profissional, totalizando dezoito residentes distribuídos em três Unidades de Saúde da Família.

Apesar de muito recente, já é possível perceber alguns impactos deste programa na atenção à saúde do município. A descentralização do atendimento pré-natal de risco habitual, antes centralizado na escola da gestante, foi fortemente ampliada com a chegada dos residentes, que passaram a realizar este atendimento nas unidades de forma multiprofissional.

O atendimento em grupos já acontecia, principalmente pelo NASF, mas o processo de trabalho dos residentes permitiu uma notória ampliação, e diversificou, principalmente, a diversidade de abordagens grupais, que tinha anteriormente uma forte predominância de enfoque na hipertensão e diabetes.

Algumas das novas experiências grupais são: os grupos noturnos com foco na saúde do trabalhador, atendimento grupal e multiprofissional para autistas, atendimento grupal com enfoque psicossocial para adolescentes e seus responsáveis, atendimento grupal e multiprofissional para crianças asmáticas, atendimento grupal e multiprofissional para cuidadores de acamados, entre outros.

Outra importante contribuição da residência é o atendimento aos escolares, que foi fortemente ampliado com atividades de prevenção e promoção baseados no Programa Saúde

na Escola. O programa já existia no município, mas por algumas dificuldades no processo de trabalho das equipes não era devidamente executado, reduzindo muitas vezes apenas à saúde bucal.

Outra experiência que pode ser destacada como importante tem sido a ampliação da educação continuada com as equipes das unidades, como tem acontecido na maioria das unidades onde há residência, mas ainda existe muita dificuldade em relação à educação permanente, existindo poucos momentos em que se discute processo de trabalho nas unidades, e quando acontece tem se restringido à equipe de residentes.

A inserção da pesquisa em saúde no município também é algo que veio com a residência. Os trabalhos de conclusão da residência são orientados no sentido de pesquisarem questões que tenham relevância para a saúde da população local, portanto é a primeira vez que a pesquisa se integra ao processo de trabalho do município, sendo que para a execução do programa foi criado o departamento de Ensino e Pesquisa dentro da Autarquia Municipal de Saúde.

Para além dos trabalhos de conclusão, os residentes são incentivados a pesquisarem e participarem frequentemente de eventos científicos. Um trabalho apresentado pelos residentes na 3ª Mostra Paranaense de Projetos de Pesquisa para o SUS, em 2017, em Curitiba, recebeu o Prêmio Inova Saúde Paraná que premia os trabalhos que mais se destacaram na apresentação de soluções inovadoras para os problemas de saúde pública no estado. O projeto premiado foi um relato de experiência de atendimento grupal e multiprofissional noturno para pacientes diabéticos insulínod dependentes. Esta mostra é uma parceria do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (Inesco) com a Escola de Saúde Pública do Paraná.

Percebe-se que, em pouco tempo, já foi possível observar alguns benefícios da residência para a saúde local, porém é importante destacar que o programa abrange apenas seis das 28 unidades de ESF do município, e que cada unidade que recebe a residência tem suas particularidades que, entre outros fatores, podem contribuir e dificultar a efetivação de experiências exitosas.

Percebe-se também que, mesmo com várias experiências positivas, o processo de trabalho da residência como um todo ainda não tem permitido uma real integração dos profissionais para um trabalho em equipe não está permitindo uma reformulação dos processos de trabalho das equipes para um trabalho com foco no usuário e ainda há uma predominância de ações curativas.

No final de 2015, o edital da residência foi aceito pelo Ministério e deu início ao processo de estruturação do programa. Este processo teve de ser feito de forma extremamente

rápida, já que foram apenas cinco meses para selecionar e capacitar os tutores e preceptores, definir e estruturar os cenários de prática onde os residentes iriam atuar, estruturar o Projeto Político Pedagógico (PPP) e realizar o processo para selecionar os residentes que iriam ingressar nos programas.

Nesse período, foi realizada uma capacitação sobre metodologia ativa de ensino-aprendizagem com uma professora da Universidade Estadual de Londrina com carga horária de 22 horas, direcionado os tutores, pois nem todos tinham afinidade com este tipo de abordagem.

As unidades que seriam os cenários de prática dos residentes foram selecionadas, utilizando como critério a estrutura física, recursos humanos e materiais adequados para atuação.

Para compor a equipe que iria organizar e conduzir a Residência, foram selecionados sete servidores por meio da titulação e perfil para compor a equipe, sendo eles seis tutores, um de cada categoria profissional e uma enfermeira coordenadora do Programa com titulação de mestre. Dos seis tutores, dois são mestres, dois são mestrandos, e dois são especialistas.

Considerando que não houve muito tempo para capacitar os preceptores e preparar as equipes para receber os residentes, existiram alguns conflitos iniciais nos cenários de prática. Muitos dos preceptores não entendiam suas atribuições e os outros profissionais das unidades não compreendiam as particularidades do processo de trabalho da residência, sendo que, inicialmente, os residentes foram tratados como estagiários de graduação e tiveram certa dificuldade para se integrarem às equipes. Muitas destas dificuldades ainda persistem em grande parte das equipes.

Uma das grandes dificuldades no processo de construção do programa tem sido a questão da preceptoria. Considerando a possibilidade de estrutura física e de recursos humanos, foi pactuado que o enfermeiro coordenador das unidades seria o preceptor de todos os seis residentes que receberia, entretanto as questões de dificuldade técnica, que não pudessem ser orientadas pelo preceptor, quando se tratar de alguma questão técnica específica de cada área, seria orientada pelo tutor mediante demanda de cada residente.

As dificuldades com a preceptoria foram aparecendo ao longo dos meses, sendo que a dificuldade de integração entre preceptor-residente foi visível em alguns casos.

Uma pesquisa acerca das percepções dos preceptores desta residência sobre suas experiências foi realizada por alguns atores envolvidos no programa e apresentado no VI Encontro Nacional de Residências em Saúde, em julho de 2016, em Curitiba. Foi encontrado, então, que os preceptores enxergavam a residência como um grande desafio, descrevendo-a

como “enriquecedora” e “estimulante”, porém referenciavam um aumento do stress devido ao acúmulo de funções trazido pela residência.

Como aspectos de maior dificuldade, foram citados o acúmulo de função que dificultaria no acompanhamento adequado dos residentes, a dificuldade no acompanhamento de diferentes áreas profissionais pelo mesmo preceptor, a falta de proatividade de alguns residentes e o gerenciamento de conflitos entre residentes e equipe (Guilherme et al., 2016).

Foram colocadas como sugestões de melhoria uma readequação do espaço físico das unidades para comportar toda a equipe, a readequação de recursos humanos das equipes para que os preceptores possam se dedicar mais aos residentes e educação continuada com os preceptores sobre questões referentes à residência (Guilherme et al., 2016).

Para amenizar estas dificuldades, foi realizada, no mesmo ano, uma parceria da prefeitura de Apucarana com o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírion Libanês e o Ministério da Saúde para ofertar o curso de especialização *lato sensu* em Preceptoria no SUS no município. Todos os preceptores foram liberados pela autarquia para o cumprimento da carga horária referente à pós-graduação e já é possível observar alguma melhora nas relações preceptores-residentes-equipe após o seu início, porém ainda é evidente a dificuldade de integração dos residentes com as equipes das unidades que, muitas vezes, trabalham em lógicas distintas.

Pensando nestas dificuldades, no final do ano de 2017, iniciou-se um processo de mudança da residência no sentido de tentar mais integração entre os residentes e para que estes conseguissem uma melhor integração com as equipes nos cenários de prática, além de conseguirem ser atores de mudanças nos processos de trabalho das unidades no sentido da integralidade de forma interprofissional. Para tanto, foram abandonadas as disciplinas, que eram rígidas e não permitiam uma adaptação conforme as necessidades dos residentes, e optou-se pelo uso de metodologias ativas nos momentos teóricos, no sentido de melhorar a interação e a troca de saberes entre as profissões.

Optou-se também por fazer, por meio das temáticas abordadas nos encontros teóricos, uma defesa política do SUS, tentando trazer aspectos que despertem os profissionais para as bases teóricas da Reforma Sanitária e para aspectos mais atuais que influenciem na garantia da saúde como direito de todos e dever do estado.

Durante este momento, os tutores têm se capacitado, por iniciativa própria, no esforço de garantir uma boa utilização destas metodologias, por meio de cursos e oficinas, e colocam, como meta para o ano de 2020, a reestruturação do Projeto Político Pedagógico.

Para uma maior compreensão das mudanças ocorridas, será apresentada a estrutura básica do programa e depois a estrutura curricular anterior (2016-2017) e a nova (2018-2019).

1.5.1 Estrutura do Programa

A carga horária total do programa é de 5760 horas, sendo 60 horas semanais. 80% desta se dá sob a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas e 20% sob forma de estratégias educacionais teóricas, em conformidade com a Resolução CNRMS n.º 05 de 07 de novembro de 2014. Sendo assim, durante dois anos os residentes devem cumprir um total de 4608 horas práticas e 1152 horas referentes às atividades teóricas.

O Projeto Político Pedagógico (PPP) é o mesmo que concorreu ao edital para a implantação da residência em 2015 e nunca foi atualizado. Há grande inconsistência entre o que se encontra no projeto e o que se apresenta na prática.

Os atores envolvidos no programa, além dos residentes, são: a coordenação, os tutores e os preceptores.

O Coordenador deve ter no mínimo título de mestre e três anos de experiência profissional na área de atuação. É eleito para um mandato de dois anos, não havendo limite para reeleições.

O Regimento Interno do programa especifica as atribuições de cada um dos atores envolvidos no processo pedagógico da residência. Estas atribuições serão apresentadas a seguir de forma geral no texto e mais minuciosamente em notas de rodapé.

Segundo o Regimento, é papel do coordenador¹ arcar com as questões de planejamento e supervisão do programa, garantindo o bom andamento do mesmo, tanto das

1 Atribuições do Coordenador: Comparecer às reuniões da COREMU; Discutir e votar as matérias constantes da pauta das reuniões; Coordenar o planejamento e supervisionar a execução dos Programas nas áreas sob sua responsabilidade; Resolver questões administrativas da Área de Concentração que representa, encaminhando ao Coordenador da COREMU questões que transcendam essa esfera de ação; Indicar seu substituto eventual; Comunicar formalmente à COREMU as faltas e transgressões disciplinares dos Profissionais de Saúde Residentes; Propor sanções, de acordo com o que estabelece este regimento; Encaminhar à COREMU os pedidos de licença para afastamentos dos Profissionais de Saúde Residentes; Emitir pareceres quando solicitado pela COREMU; Coordenar o planejamento das provas de seleção e de avaliação dos Profissionais de Saúde Residentes conjuntamente com a COREMU; Colaborar com os Tutores nos processos de avaliação dos Profissionais de Saúde Residentes; Elaborar relatório e parecer com providências a serem adotadas diante dos resultados das avaliações de Tutores, Preceptores e Profissionais de Saúde Residentes; Comunicar à COREMU ocorrências envolvendo os Tutores, Preceptores e Profissionais de Saúde Residentes; Analisar e aprovar escalas de férias dos Profissionais de Saúde Residentes e rodízios de cenários de prática; Elaborar, anualmente, os Planos de Ensino do Eixo Transversal do Programa, contendo os planos de atividades teóricas e práticas; Aprovar e supervisionar os Planos de Ensino de cada especialidade do seu Programa de Residência; Cadastrar os Profissionais de Saúde Residentes no Sistema de Informações Gerenciais das Residências do Ministério da Saúde - SIGRESIDÊNCIAS: <http://sigresidencias.saude.gov.br> e nos Sistemas de Informações da Comissão Nacional nos endereços a seguir: Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS:

questões pedagógicas quanto das avaliações dos envolvidos no programa, aplicando as sanções necessárias em casos de desobediência ao estatuto.

Os Tutores² são docentes qualificados para dar aporte teórico e teórico-prático para os Profissionais de Saúde Residentes durante suas atividades na residência. Devem ter experiência de pelo menos três anos de atuação profissional e, preferencialmente, título de mestre ou especialização. Na residência de Apucarana, os tutores são profissionais da rede que são escolhidos de acordo com a titulação e experiência em docência e organizam e desenvolvem as atividades teóricas, bem como acompanham os residentes na prática através de visitas aos serviços (Apucarana, 2016).

Os Preceptores³ são profissionais da rede de serviços da Autarquia Municipal de Saúde ou das instituições conveniadas, os quais são supervisores diretos dos Profissionais de Saúde Residentes durante a prática no dia a dia, participando do processo de formação prática e avaliação formativa dos mesmos. Na Residência em Saúde da Família, os preceptores são os enfermeiros coordenadores das unidades, sendo assim, não existe uma preceptoria específica

<http://cnrms.mec.gov.br>, no período determinado. Atualizar mensalmente da frequência e situação dos Profissionais de Saúde Residentes no SIG-RESIDÊNCIAS. Cumprir, divulgar e fazer cumprir este Regimento (Apucarana, 2016).

2 Atribuições do Tutor: Acompanhar a frequência dos Profissionais de Saúde Residentes, informando as suas ausências ao Coordenação do Programa até o 5º dia útil após a falta; Organizar e implementar o Programa de Residência em conformidade com a legislação; Manter atualizadas as fichas cadastrais dos Profissionais de Saúde Residentes; Manter-se atualizado e fazer cumprir as normas e resoluções emanadas pelos respectivos Conselhos Nacionais; Zelar pelo bom andamento das atividades práticas e didáticas; Aplicar a avaliação de cada Profissionais de Saúde Residentes, a partir dos critérios estabelecidos pela COREMU; Participar das reuniões do respectivo Programa de Residência, sempre que convocado; Solicitar aos preceptores de campo avaliações formativas individuais dos Profissionais de Saúde Residentes sob sua responsabilidade; Realizar em conjunto com o Coordenador do Programa de Residência escala de atividades dos Profissionais de Saúde Residentes, incluindo plantões e férias; Elaborar, anualmente, o Plano de Ensino de Residência em sua especialidade, contendo os planos de atividades teóricas e práticas; Promover a integração dos Profissionais de Saúde Residentes com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos) e demais serviços; Comunicar ao Coordenador de Programa eventuais faltas cometidas por Profissionais de Saúde Residentes ou Preceptores, que comprometam o bom funcionamento dos Programas de Residência; Encaminhar ao Coordenador de Programa: a) Frequência mensal dos Profissionais de Saúde Residentes até o segundo dia útil de cada mês, contendo assinatura do Tutor, Preceptor e Profissionais de Saúde Residentes; b) Pedidos de licenças, afastamentos e desligamentos do Programa solicitados por Profissionais de Saúde Residentes; c) Avaliação formativa bimestral, trimestral ou semestral, de acordo com a especialidade; d) Solicitações quanto as questões disciplinares. Utilizar preferencialmente metodologias ativas de ensino visando um aprendizado significativo e o estímulo à visão crítica dos Profissionais de Saúde Residentes; Aplicar metodologias formativas e contínuas de avaliação visando à compensação de possíveis fragilidades dos Profissionais de Saúde Residentes em tempo hábil; Cumprir, divulgar e fazer cumprir este Regimento. (Apucarana, 2016).

3 Atribuições do Preceptor: Orientar e supervisionar diretamente o treinamento do Profissional de Saúde Residente em sua área; Acompanhar o treinamento do Profissional de Saúde Residente em todas as etapas; Auxiliar o Profissional de Saúde Residente na resolução de problemas de natureza ética e técnica, surgidas durante o treinamento; Observar a pontualidade e a frequência do Profissional de Saúde Residente de acordo com o cronograma de atividades, assinando a folha ponto diariamente; Avaliar em conjunto com o Tutor o desempenho do Profissional de Saúde Residente na sua área; Participar da avaliação do Programa de Residência (Apucarana, 2016).

para cada profissão, a não ser para os dentistas, que possuem um preceptor específico para questões técnicas, que é o dentista da unidade em que está inserido (Apucarana, 2016).

O programa tem coordenação específica, mas é supervisionado por uma Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (COREMU), a instância maior de deliberação do programa e que conta com a participação de representantes docentes, discentes e da gestão, eleitos entre seus pares para compor a comissão. A eleição dos representantes discentes é feita anualmente, e dos docentes a cada dois anos, e a representação da gestão acontece conforme disponibilidade.

As reuniões da COREMU acontecem mensalmente, e extraordinariamente, quando convocados pelo coordenador ou pela maioria dos seus membros. É papel da comissão planejar, dirigir, controlar e avaliar o programa de residência, zelando pelo bom funcionamento deste e propondo adequações quando necessário. Discute-se nas reuniões questões de ordem tanto estruturais quanto pedagógicas e resoluções de conflitos.

Além das reuniões da COREMU, os residentes possuem um coletivo de organização própria que se reúne uma vez por mês nos espaços da instituição. Este coletivo tem a participação unicamente dos residentes com o intuito de permitir um espaço de trocas de experiências e desenvolvimento político deles. É neste momento também que são levantadas questões a serem discutidas na COREMU pelos representantes discentes do programa. A liberação para a participação deste coletivo é garantida pela coordenação na agenda das atividades da residência.

1.5.2 Estrutura Curricular

As 4.608 horas práticas do programa são realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, existindo a possibilidade de vivências em outros serviços para o conhecimento da rede.

As 1.152 horas referentes às atividades teóricas são realizadas majoritariamente no Polo da Universidade Aberta do Brasil, as quais eram realizadas, até 2018, em formas de aulas expositivas, correspondem a uma média de dois períodos de quatro horas de carga horária teórica por semana. Para melhor entendimento do processo de construção da residência, é necessária a divisão da estrutura curricular em antes e depois de 2018, uma vez que a partir deste ano acontece uma importante mudança na forma de estruturação da mesma, em que se abandona a matriz curricular disciplinar na aposta de uma construção mais fluida e integrada entre os saberes e também entre os profissionais envolvidos.

Do início da implantação da residência até o ano de 2018, existia uma matriz curricular (Quadro 1.1) que dividia os encontros teóricos por disciplinas. As disciplinas eram divididas entre um ou dois tutores responsáveis em pensar e conduzir os encontros semanais com os residentes.

Apesar da orientação, pelas normativas da CNRMS, para a utilização das metodologias ativas nos programas de residências, existia uma certa resistência por parte dos tutores, que ainda não se sentiam à vontade na utilização destas, e acabavam por utilizar metodologias mais tradicionais.

As metodologias ativas de ensino, no campo da saúde, são metodologias que enfocam a transformação da realidade social por meio da análise de problemas e propondo ações para modificar seus fatores estruturantes. Este tipo de metodologia vem sendo considerada a mais adequada na formação voltada para as necessidades do SUS (Marin et al., 2010).

Na aprendizagem baseada em problemas, como exemplo de metodologia ativa, os estudantes são abordados em pequenos grupos em que utilizam seus conhecimentos prévios e o estudo teórico para a resolução de problemas baseados em situações da prática, estimulando assim, seu raciocínio crítico, habilidade de comunicação e a capacidade de aprender a aprender (Marin et al., 2010; Mesquita et al., 2016).

A reformulação do currículo está em processo de discussão constante por parte do Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) do programa, composto pelos tutores e coordenação. A principal discussão após estes dois anos iniciais tratava-se de permitir uma fluidez ao currículo, que era demasiadamente rígido, e não permitia uma integração dos saberes e sua adaptação conforme as necessidades dos residentes. Optou-se, portanto, no final de 2017, em abandonar o formato de disciplinas para ano seguinte.

Pretendia-se, também, que estas discussões fossem sempre realizadas de forma interprofissional, contribuindo com uma menor fragmentação do conhecimento e buscando uma formação que instrumentalizasse os envolvidos para o trabalho em equipe com foco no usuário, já que por mais que existissem profissionais de diversas áreas, estes interagiam muito pouco entre si nos momentos teóricos, o que acabava por dificultar também a integração e colaboração na prática.

1.5.3 Matriz curricular (2016-2017)

Os momentos teóricos eram e continuam sendo divididos em três eixos, além de ser uma sugestão da CNRMS e, desta forma, optou-se por manter esta divisão para 2018 por

acreditar que converge com o desenvolvimento de competências colaborativas entre as profissões; os eixos eram, e continuam sendo, portanto, os seguintes:

- I) Eixo Transversal do Programa: trata-se de discussões mais amplas do campo da saúde e são realizadas em conjunto com os residentes e tutores de outros programas (obstetrícia e saúde mental);
- II) Eixo Transversal da Área de Concentração: trata-se de discussões do interesse da Saúde da Família e Saúde Coletiva, são realizadas com todos os residentes da Atenção Básica;
- III) Eixo Específico da Área Profissional: são discussões uniprofissionais referentes aos assuntos específicos de cada profissão e são realizadas na forma de encontros entre o tutor de cada área profissional com seus respectivos residentes.

As disciplinas trabalhadas em cada um desses eixos são as expostas no Quadro 1.1:

Quadro 1.1 - Disciplinas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Autarquia Municipal de Apucarana, PR, 2017

Eixo	Participação	Disciplinas
Transversal do Programa	Todos os residentes dos três programas: Obstetrícia, Saúde mental e Atenção Básica.	R1: <ul style="list-style-type: none"> • Integração do Residente a Instituição; • Sistema Único de Saúde e Políticas Públicas de Saúde; • Atenção Primária e Promoção da Saúde; • Epidemiologia e Vigilância Epidemiológica; • Ética e Bioética, Metodologia de Pesquisa; • Bioestatística. R2: <ul style="list-style-type: none"> • Redes de Atenção à Saúde; • Participação e Controle social; • Segurança do paciente; • Programas e Políticas Públicas de Saúde; • Sistemas de Informação.
Transversal da Área de Concentração	Todos os residentes da Atenção Básica	R1: <ul style="list-style-type: none"> • Território, organização e planejamento em saúde; • Estratégia da Atenção Básica Básica/Saúde da Família; • Processo de Trabalho em Saúde; • Núcleo de Apoio à Saúde da Família;

Eixo	Participação	Disciplinas
		<ul style="list-style-type: none">• Abordagem domiciliar e familiar;• Intervenções em saúde coletiva.

continua

conclusão

Transversal da Área de Concentração	Todos os residentes da Atenção Básica	R2: <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento e Avaliação de Serviços de Saúde; • Aspectos Farmacêuticos e Gestão de Medicamentos; • Gestão de Pessoas; • Intervenção de urgência e emergência na ESF; • Atenção em saúde mental; • Cuidados paliativos; • Saúde do trabalhador; • Atenção em saúde bucal.
Específico da Área Profissional	Uniprofissional. Cada residente com seu respectivo tutor.	<ul style="list-style-type: none"> • Tutorias com estudos de caso, discussões acerca de vivências da realidade de cada profissão e orientação do Trabalho de Conclusão da Residência.

Fonte: O autor.

Nas atividades do eixo específico de cada área profissional, também denominadas Tutorias de Núcleo, os tutores de cada profissão se encontram com os residentes do seu núcleo profissional para a condução de discussões mais técnicas ou pertinentes e específicas de cada profissão. Estes conteúdos são flexíveis para se adaptarem às necessidades dos residentes, sendo que estes traziam situações vividas na prática para teorização em conjunto com seus pares e o tutor de núcleo. Estes encontros aconteciam, em média, quinzenalmente, com duração de quatro horas. As disciplinas não são mais utilizadas, mas as tutorias de núcleo permanecem.

1.5.4 Avaliação dos Residentes

A avaliação do desenvolvimento dos residentes era formativa e contínua, por meio da avaliação de alcance de competências esperadas pelos Tutores e Preceptores baseadas nas etapas do Programa. A avaliação é sempre expressa pela terminologia “apto” ou “não apto”, não havendo notas em expressões numéricas.

As avaliações por competências eram feitas bimestralmente por cada tutor com seu respectivo residente em conjunto com o preceptor. A avaliação era feita utilizando-se de um instrumento que expressa três tipos de competências: as específicas de cada área, as compartilhadas e as de NASF (estas últimas competências não se aplicavam aos profissionais da enfermagem e odontologia). Por se tratar de uma avaliação formativa quando um residente é considerado inapto em algumas destas competências são discutidas estratégias para que estas sejam atingidas até o final do programa.

A avaliação por competências foi abandonada no final do primeiro ano da residência, após dificuldades na sua utilização. Não houve uma ampla discussão e embasamento teórico para sua construção, tornando o instrumento demasiadamente amplo e confuso.

Neste contexto outra metodologia de avaliação foi priorizada, por existirem tutores que tinham vivência e afinidade com a mesma, trata-se do Portfólio.

O portfólio é instrumento contínuo de reflexão em que são incentivadas análises críticas acerca de sua prática nos serviços, sua autopercepção sobre seu desenvolvimento, suas percepções acerca das ligações da teoria com a prática, entre outros fatores que o residente perceber ser de importante expressão, além disso, era lido pelo tutor com a frequência pactuada com cada residente.

O portfólio é considerado uma forma democrática de avaliação por permitir a reflexão por parte dos estudantes, de forma a levar em consideração o processo individual de evolução ao longo do curso, subsidiando assim adequações no processo de trabalho por parte dos envolvidos (Friedrich et al., 2010).

Além da avaliação pelo portfólio, acontecia também as rodas de conversa com “avaliação 360°”, voltada à prática e contava com a autoavaliação dos residentes, avaliação de cada residente pelo preceptor e avaliação do preceptor por cada residente, que acontecia mensalmente.

A avaliação final do residente ocorria com a apresentação do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), com o pressuposto básico de ser uma pesquisa que contribuísse para o aprimoramento dos serviços com foco nas necessidades do território. Para a avaliação do TCR, também eram utilizados o conceito “apto” e “não apto”. O portfólio, a avaliação 360° e o TCR permanecem na nova estrutura curricular.

1.5.5 Nova estrutura Curricular

Em dezembro de 2017 e em janeiro de 2018, aconteceram duas semanas pedagógicas, quando se reuniram os tutores e coordenação para repensar os rumos pedagógicos do programa. O intuito das reuniões era pensar estratégias para aumentar a interação entre os residentes na parte teórica e prática e foram colocadas como prioridades a exclusão das disciplinas de forma tradicional, utilização de metodologias ativas e mais integração entre os tutores e residentes nos momentos teóricos e práticos.

A matriz curricular continuou sendo dividida entre os três eixos: um que abrange todos os programas de residência (eixo transversal - ET), outro que abrange todos os profissionais

da residência em Saúde da Família (eixo transversal do programa – ETP) e um outro eixo que prioriza as questões de cada núcleo profissional (Tutoria de Núcleo – TN).

A nova matriz curricular, ainda em discussão e aperfeiçoamento, utiliza o que tem sido denominado de “Trilhas de Aprendizagem”, que são caminhos alternativos e flexíveis para promover o desenvolvimento das pessoas (Freitas, 2002), assim, permitindo ao profissional alguma possibilidade de autonomia sobre os rumos do seu aprendizado, como bem colocado a seguir:

Quando o profissional define um curso de ação a ser seguido para o seu crescimento está, na prática, construindo uma trilha. Cada um concebe sua trilha de aprendizagem a partir de suas conveniências, necessidades, ponto de partida e ponto a que deseja chegar, integrando em seu planejamento as expectativas da organização, o desempenho esperado, suas aspirações, as competências que já possui e aquelas que necessita desenvolver. Levando em consideração todas essas variáveis, o profissional elege, dentre os recursos educacionais disponíveis, aqueles mais adequados aos seus objetivos e preferências (Freitas; Brandão, 2005, p. 6).

As trilhas de aprendizagens, no programa de residência, são encontros, pré-determinados a princípio pelos tutores/docentes com a utilização de diversas metodologias, majoritariamente ativas, que podem ser modificadas, tanto em suas metodologias quanto na sua cronologia, conforme avaliação da necessidade dos residentes frente às dificuldades teóricas e teórico-práticas.

No contexto da residência a primeira “trilha base” foi construída após o primeiro Fórum de Avaliação dos residentes, em que estes ao avaliarem retrospectivamente todos os encontros teóricos sugeriram uma cronologia que, segundo os mesmos, traria melhor amparo para prática, e também sugeriram a adição e supressão de algumas temáticas. A sugestão dos residentes foi avaliada por todos os tutores, que também sugeriram a adição e supressão de alguns temas e foi então construída esta primeira trilha em que se mesclava o interesse dos residentes com a visão da experiência dos tutores.

A partir de então, os tutores se reúnem quinzenalmente no NDAE (Núcleo Docente Assistencial Estruturante) para aprimorar os próximos encontros, repensar a cronologia destes, podendo antecipar determinadas discussões teóricas, se julgarem necessário, baseado nos encontros, momentos avaliativos presenciais na análise dos portfólios dos residentes e nas demandas levantadas pelos residentes nas reuniões auto-organizadas e nas reuniões da COREMU.

Além destes encontros, existe a “Avaliação do meio do Caminho”, no final do primeiro ano. Neste encontro, os residentes avaliam o que já aprenderam, sugerem uma nova

cronologia e metodologia para os encontros passados, entram em contato com a “trilha de aprendizagem” organizada para o segundo ano e também fazem sugestões para estes encontros futuros.

Estas sugestões são avaliadas pelos tutores no NDAE e servem de base para a construção da “Trilha de Aprendizagem” do ano seguinte.

A trilha de aprendizagem, como utilizada na residência, não permite, portanto, uma interferência individual de cada residente nas interferências sobre os rumos de seu aprendizado, se diferenciando portanto dos conceitos de trilhas de aprendizagem encontradas na literatura, mas trata-se de encontrar as necessidades do grupo em concomitância com a experiência dos tutores na avaliação dessas necessidades, já que, para as necessidades individuais de aprendizado, é resguardada a Tutoria de Núcleo.

Existem duas trilhas. Uma no ET, com todos os programas, e uma no ETP, para os residentes da Saúde da Família. Os encontros de Tutoria de Núcleo continuam acontecendo e são construídos de acordo com a necessidade de cada categoria profissional, conforme suas necessidades individuais.

Os encontros do ET e ETP devem contemplar pelo menos uma das três dimensões de formação a seguir: Dimensão política e ético-ideológica do trabalho no SUS (Desafios contemporâneos do SUS), Dimensão técnica-instrumental do trabalho no SUS e Dimensão da Produção de conhecimento no SUS e para o SUS, abrangendo preferencialmente mais de uma dimensão.

No eixo transversal, existem também os Encontros Integrativos que acontecem com a presença dos residentes e tutores de todos os programas do primeiro e segundo ano do programa. Estes encontros são de caráter mais interdisciplinar, em que se discutem temas mais atuais, de influência social, e acontecem geralmente no formato de mesas redondas.

Parte do Eixo Transversal são também os Seminários de Pesquisa, que se trata dos encontros de apresentação da construção e desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Residência. Desde o primeiro, ano os residentes fazem uma construção coletiva do TCR apresentando nestes seminários o resultado da construção de cada etapa da sua pesquisa, desde a construção do pré-projeto até os resultados finais. O seminário acontece com a presença de todos os residentes e tutores, que discutem coletivamente o trabalho de cada residente. Além destes momentos, existe também a orientação individual do TCR de cada residente durante todo o percurso do programa.

Como exemplo da “Trilha de Aprendizagem”, encontra-se a seguir a Trilha do Eixo Transversal do primeiro ano, ou seja, as temáticas a serem discutidas por todos os programas,

conjuntamente, em cada encontro do ET no primeiro ano da Residência (Quadro 1.2). As trilhas do segundo ano de residência estão nos Apêndices A e B.

Quadro 1.2 - Trilha de aprendizagem, R1, eixo transversal dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Autarquia Municipal de Apucarana, PR, 2019

TRILHA DE APRENDIZAGEM R1-ET	TEMÁTICAS	METODOLOGIA
ENCONTRO 1 A	Acolhimento dos residentes; Apresentação da Residência de Apucarana; Perspectivas de Formação em Serviço e o Futuro do SUS.	Aula Expositiva e Palestra com convidada externa
ENCONTRO 2 A	Avaliação de Portfólio; Como fazer e receber críticas.	Aula dialogada e análise do instrumento “como fazer e receber críticas” em pequenos grupos
ENCONTRO 3 A	Residências e Metodologias ativas de aprendizagem	Filme introdutório + PBL (Situação Problema 1 “Novidades” - Abertura)
ENCONTRO 4 A	Residências e Metodologias ativas de aprendizagem	PBL (Situação Problema 1 “Novidades” - Fechamento)
ENCONTRO 5 A	“Conhecendo a rede 1” (nível primário, secundário, terciário, conceito de rede, atribuições de cada serviço, intersetorialidade)	Aula dialogada + Atividade em pequenos grupos: Conhecer a rede de Apucarana
ENCONTRO 6 A Encontro integrativo	Atenção à saúde da população LGBTI	Mesa redonda com lideranças do Movimento LGBT + Advogada do movimento + Profissional de Saúde Mental
ENCONTRO 7 A	Conhecendo a rede 2 (Níveis de atenção, Conhecendo a rede local)	Filme sobre RAS + Exposição das sínteses das atividades realizadas em pequenos grupos + Levantamento de dúvidas sobre intersetorialidade
ENCONTRO 8 A	Conhecendo a rede 3: Intersetorialidade: Perspectivas e desafios locais	Mesa Redonda sobre Intersetorialidade com representantes da Assistência Social, Educação e Saúde + Resposta das dúvidas levantadas no encontro anterior
ENCONTRO 9 A	Território: primeiras aproximações	Leitura de texto em pequenos grupos + síntese em grande grupo + Solicitação de atividade: Conhecendo o Território para cada grupo de cada cenário.

continua

continuação

TRILHA DE APRENDIZAGEM R1-ET	TEMÁTICAS	METODOLOGIA
ENCONTRO 10 A	Território: Primeiras aproximações	Apresentação e discussão da atividade sobre território em grande grupo
ENCONTRO 11 A	Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde: Determinantes Sociais da Saúde e Determinação social em saúde	Dinâmica: “Corrida dos privilégios” + mapa conceitual em pequenos grupos + comparação dos mapas conceituais em grandes grupos
ENCONTRO 12 A Encontro integrativo	Educação popular em Saúde	Convidado: Simulação de metodologias Freirianias para discutir o tema, com convidado externo especialista em educação popular.
ENCONTRO 13 A	A história da saúde pública no Brasil 1	Filme + divisão em pequenos grupos para cada período histórico
ENCONTRO 14 A	A história da saúde pública no Brasil 2: Reforma Sanitária e SUS: fundamentos históricos, políticos e ideológicos.	Apresentação de cada grupo (contextualização de cada período histórico) de modo criativo :teatro, jornal, paródias, audiovisual etc.
ENCONTRO 15 A Encontro Integrativo	Seguridade Social e Previdência no Brasil	Mesa redonda com convidada externa Assistência Social (discussão: da construção a reforma da previdência.
ENCONTRO 16 A	Reforma Sanitária e SUS: Participação popular e controle social	Vídeo + pequenos grupos (leitura e discussão com texto de apoio) + grande grupo (síntese) + Roteiro para visita à reunião do Conselho Municipal de Saúde + textos de apoio para construção de atividade para próximo encontro “simulação de conferência nacional”
ENCONTRO 17 A	Reforma Sanitária e SUS: Participação popular e controle social	“simulação de conferência nacional” + discussão em grande grupo e síntese para ser anexada ao portfólio
ENCONTRO 18 A	Metodologia de Pesquisa: Método Quantitativo	Aula Expositiva Dialogada
ENCONTRO 19 A	Metodologia de Pesquisa: Método Quantitativo	Aula Expositiva Dialogada
ENCONTRO 20 A	Metodologia de Pesquisa: Método Qualitativo	Aula Expositiva Dialogada
ENCONTRO 21 A	Metodologia de Pesquisa: Método Qualitativo	Aula Expositiva Dialogada

continua

continuação

TRILHA DE APRENDIZAGEM R1-ET	TEMÁTICAS	METODOLOGIA
ENCONTRO 22 A Encontro Integrativo	Dimensões culturais da morte e repercussões nos serviços de saúde	Mesa Redonda com convidada externa especialista em cuidados paliativos
ENCONTRO 23 A	Bioestatística	Aula Expositiva
ENCONTRO 24 A	Bioestatística	Aula Expositiva
ENCONTRO 25 A	Introdução ao Materialismo Histórico e Dialético	Aula Expositiva Dialogada
ENCONTRO 26 A	Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Sistemas de Informação)	Vídeo + discussão em pequenos grupos com textos de apoio + síntese em grandes grupos e apresentação das fichas de notificação do SINAN
ENCONTRO 27 A	Seminário de pesquisa 1: apresentação dos pré-projetos de TCR	Apresentação de Seminário + Discussão
ENCONTRO 28 A Encontro integrativo	Saúde de Imigrantes e Refugiados	Mesa Redonda com especialista
ENCONTRO 29 A	Cuidado centrado na pessoa/comunidade versus lógica biomédica	Artigos entregues anteriormente + Construção de Mapa Conceitual em pequenos grupos + Síntese em grande grupo + Solicitação atividade para o território “experiências exitosas”
ENCONTRO 30 A	Cuidado centrado na pessoa/Comunidade: medicalização, psicopatologização e farmacologização;	Apresentação dos residentes em grande grupo sobre atividades exitosas de cuidado centrado na pessoa e discussão sobre os limites possibilidades dos serviços + fechamento aula dialogada sobre medicalização
ENCONTRO 31 A	Processo de trabalho em saúde 1: Trabalho em equipe, atribuições individuais e coletivas, comunicação, liderança, gestão e cogestão.	Vídeo + discussão sobre processo de trabalho em cada serviço + textos para guiar atividade do próximo encontro
ENCONTRO 32 A	Seminário de pesquisa	Seminário + Discussão
ENCONTRO 33 A	Processo de trabalho em saúde 2: Processo de Trabalho em Saúde da Família, NASF e Saúde Mental.	Reapresentação da análise dos processos de trabalho, agora sob fundamentação da literatura + síntese da análise para anexar no portfólio
ENCONTRO 34 A Encontro integrativo	Saúde da População Negra e Indígena; Movimentos Sociais.	Mesa Redonda com líderes dos movimentos sociais

continua

conclusão

TRILHA DE APRENDIZAGEM R1-ET	TEMÁTICAS	METODOLOGIA
Encontro 35 A	Avaliação do Meio do Caminho	Revisão retrospectiva e Reflexão prospectiva da trilha de aprendizagem pelos residentes
ENCONTRO 36 A	3º encontro científico das residências em saúde de Apucarana	Apresentação dos TCR

Fonte: O autor.

Os encontros do Eixo Transversal do Programa, específico de cada programa de residência, contam com outra Trilha de Aprendizagem, portanto, semanalmente o residente tem um encontro com todos os programas no período da manhã (4 horas), com a trilha exposta acima, e no mesmo dia, no período da tarde o encontro específico de seu programa (4 horas).

A trilha do Eixo Transversal do Programa de Residência em Saúde da Família, do primeiro ano, é a apresentada no Quadro 1.3.

Quadro 1.3 - Trilha de aprendizagem, R1, eixo transversal do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Autarquia Municipal de Apucarana, PR, 2019

TRILHA DE APRENDIZAGEM R1 – ETP - SAÚDE DA FAMÍLIA	TEMÁTICAS	METODOLOGIA
ENCONTRO 1 B	Deontologia profissional; Ética; Direitos e Deveres das profissões.	Encenação de atitude antiética pelos tutores + problematização das impressões em grande grupo + distribuição dos códigos de ética (texto impresso) por profissões + grande grupo: encontrar convergências e divergências entre os códigos de ética + discutir mitos relacionados a cada profissão.
ENCONTRO 2 B	Nova PNAB + Tipos e Composições do NASF	TBL (Team Based Learning)
ENCONTRO 3 B	NASF – Legislação, processo de trabalho e ferramentas tecnológicas do NASF	PBL (Problem Based Learning) (pequenos grupos, ouvir notícia fictícia no rádio sobre NASF, ler a notícia, levantar problemas, hipóteses e construir as questões de aprendizagem)

continua

continuação

TRILHA DE APRENDIZAGEM R1 – ETP - SAÚDE DA FAMÍLIA	TEMÁTICAS	METODOLOGIA
ENCONTRO 4 B	NASF – Legislação, processo de trabalho e ferramentas tecnológicas do NASF	Pequenos grupos: fechamento do TBL aberto no encontro anterior + Grande grupo: quiz sobre o conteúdo, gincana entre as equipes (avaliação da fixação)
ENCONTRO 5 B	Instrumentos de Abordagem Familiar (Genograma, Ecomapa, Escala de Coelho)	Pequenos grupos: Escrever caso familiar complexo existente no território; Grande Grupo: Apresentação e discussão de cada caso; Grande Grupo: Aula expositiva: Genograma + Ecomapa + Escala de Coelho Pequenos Grupos: Aplicar os instrumentos para os casos relatados.
ENCONTRO 6 B	Matriciamento / Apoio matricial	Vídeo + Grande Grupo: eleger um dos casos do encontro anterior Pequenos Grupos: Pensar na resolução do caso eleito, com texto de apoio, sob três perspectivas: educação continuada, estratégias de cuidado e mudança dos processos de trabalho. Grande Grupo: Role-play: Simulação de reunião de Matriciamento e discussão prévia.
ENCONTRO 7 B	Projeto Terapêutico Singular (PTS)	Vídeo + Texto de apoio + Role-play: Simulação Construção de PTS (um grupo interpreta família, outro paciente, outra equipe) + Discussão sobre potencialidade e fragilidades na simulação e as possibilidades do PTS.
ENCONTRO 8 B	Projeto de Saúde no território (PST)	Vídeo apresentando território + Divisão por categoria profissional (texto de apoio) levantamento de problemas e estratégias de superação para o território; Apresentação em grande grupo.

continua

continuação

TRILHA DE APRENDIZAGEM R1 – ETP - SAÚDE DA FAMÍLIA	TEMÁTICAS	METODOLOGIA
ENCONTRO 9 B	Política Nacional de Humanização + Acolhimento na Atenção Básica	World Café: Cada Tutor responsável por uma estação para a discussão de duas diretrizes da PNH (com texto de apoio): Acolhimento, Gestão Participativa e cogestão, Ambiência, Clínica ampliada e compartilhada, Valorização do Trabalhador, Defesa dos direitos dos Usuários. Todos os residentes devem passar por todas as estações até esgotarem o conceito. Grande Grupo: Amarrar todos os conceitos com base na literatura
ENCONTRO 10 B	Epidemiologia e Vigilância em saúde, notificação.	Aula Expositiva Dialogada + solicitação de seminário para próximo encontro
ENCONTRO 11 B	Epidemiologia e Vigilância em saúde, notificação.	Apresentação de Seminário: Principais (Ciclo da Doença, sintomas, formas de prevenção, diagnóstico, tratamento, vigilância epidemiologia e notificação, medidas de controle possíveis de serem aplicadas pelas equipes)
ENCONTRO 12 B	Processos Grupais na Atenção Básica	Role-play de um processo Grupal. (Adaptação de GVGO - Grupo de Verbalização e Grupo de Observação) – 3 grupos: equipe, acessantes e um grupo de observação que destaca pontos para discussão. Grande grupo: Discussão sobre possíveis fragilidades e potencialidades na condução do grupo. Pequenos Grupos: Texto de apoio, cada grupo discute um tema: Papel do coordenador de grupo segundo Andaló Tipos de Grupos segundo Zimerman Papéis mais comuns desempenhados nos grupos segundo Zimerman; Grande Grupo: Apresentação de sínteses; Reanálise do grupo encenado; Troca entre os residentes dos materiais de apoio.

continua

conclusão

TRILHA DE APRENDIZAGEM R1 – ETP - SAÚDE DA FAMÍLIA	TEMÁTICAS	METODOLOGIA
ENCONTRO 13 B	Desenvolvimento humano e puericultura	PBL – Pequenos Grupos: abertura de situação problema: caso complexo de saúde da criança
ENCONTRO 14 B	Saúde Mental na Atenção Básica	Aula dialogada com especialista da Saúde Mental + Discussão sobre realidade dos processos de trabalho das unidades voltados para as questões de saúde mental e qualidade de vida
ENCONTRO 15 B	Desenvolvimento humano e puericultura	PBL – Pequenos Grupos: Fechamento da situação problema; Grande Grupo: Oficina de Shantalla
ENCONTRO 16 B	SAD - Serviço de Atenção Domiciliar (legislação, modalidades e dinâmica de funcionamento)	Aula expositiva com representante do SAD de Londrina
ENCONTRO 17 B	PSE - Programa Saúde na Escola	TBL
ENCONTRO 18 B	PNAN e segurança alimentar e nutricional	Aula expositiva dialogada + Discussão de casos trazidos pelos residentes
ENCONTRO 19 B	Trabalho em Equipe: Interprofissionalidade e práticas colaborativas; Atuação multiprofissional X interprofissional; Núcleo e campo da saúde coletiva.	World Café: Cada tutor conduz a discussão sobre um dos conceitos com texto de apoio; residentes rodiziam entre os conceitos fechando consensos; Grande grupo: Amarração de todos os conceitos com base na literatura e discussão sobre os processos de trabalho na unidade na perspectiva do trabalho em equipe.

Fonte: O autor.

Ao final do primeiro ano, os residentes se encontram na Avaliação do Meio do Caminho, para fazer uma avaliação retrospectiva dos encontros e uma reflexão prospectiva dos encontros do ano seguinte, propondo adaptações nas trilhas de aprendizado.

A avaliação das trilhas é feita de acordo com os critérios apresentados no Quadro 1.4.

Quadro 1.4 - Critério da “avaliação do meio do caminho” do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Autarquia Municipal de Apucarana, PR, 2019

Conteúdo	Método	Processos avaliativos
<ul style="list-style-type: none"> • Ordem cronológica • Aplicabilidade teórico-prática • Aprofundamento • Relevância social • Sugestões 	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação dos recursos educacionais ao tema • Metodologia instigante • Metodologia estimula o trabalho em equipe • Diversificação • Metodologia estimula o raciocínio crítico-reflexivo • Sugestões 	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência • Formato • Permite / Favorece reflexão e qualificação profissional e dos processos • Diversificação • Sugestões

Fonte: O autor.

Quanto às formas de avaliação dos residentes, foi abandonada, por hora, a avaliação por competências, mas continua sendo utilizado o portfólio, as avaliações 360°, e a avaliação final por meio do trabalho de conclusão de residência.

No sentido de se ter mais clareza de como se dividem as atividades, o Quadro 1.5 o exemplo de semana padrão do programa:

Quadro 1.5 - Semana padrão do residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Autarquia Municipal de Apucarana, PR, 2019

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ	Cenário de prática (R1 E R2)	Cenário de prática (R1 E R2)	Eixo Transversal R1 (todos os programas/ semanal) R2 (cenário de prática)	Eixo Transversal R2 (todos os programas/ semanal) R1 (cenário de prática)	Reuniões do NDAE (quinzenal) OU Reunião da COREMU (mensal) (R1 E R2)
TARDE	Cenário de prática (R1 E R2)	Cenário de prática (R1 E R2)	Eixo Transversal do programa (residentes da Atenção Básica/ semanal) OU Tutoria de Núcleo (cada categoria profissional / mensal) R2 (cenário de prática)	Eixo Transversal do programa (residentes da Atenção Básica/ semanal) OU Tutoria de Núcleo (cada categoria profissional / mensal) R1 (cenário de prática)	Reunião auto-organizada dos residentes (mensal) OU Avaliação tutor/preceptor ou tutor/preceptor/residente (mensal) (R1 E R2)
NOITE		Cenário de prática (R1 E R2)			

Fonte: O autor.

Mais especificidades em relação ao currículo do programa ficarão evidentes na análise do Projeto Político Pedagógico no desenvolvimento da dissertação.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender o trabalho em equipe desenvolvido no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Apucarana-PR e suas possíveis interações com as propostas de Educação e Prática Interprofissional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o Projeto Político Pedagógico e Matriz Curricular da Residência, objetivando detectar aspectos que estejam relacionados ao trabalho em equipe e à educação e prática interprofissional.
- Compreender a prática dos atores envolvidos na residência (tutores, preceptores e residentes) em relação ao desenvolvimento da educação e prática interprofissional no programa.
- Propor estratégias de adequação do programa na direção da Educação e Prática interprofissional.

3 METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório em que foram realizadas análises documentais e grupos focais.

Pope e Mays (2009, p. 128) colocam que:

Os estudos de caso tem maior valor quando uma mudança de política estiver ocorrendo em estabelecimentos desorganizados e quando for importante compreender por que tais intervenções alcançam o sucesso ou fracassam. Muitas intervenções, tipicamente dependerão do envolvimento de várias partes interessadas diferentes para ter sucesso, de modo que é geralmente necessário ser sensível a aspectos de colaboração e conflito que as abordagens tradicionais de pesquisas em serviços de saúde não são projetadas para abordar.

Ainda, segundo Pope e Mays (2009, p. 131), um aspecto diferenciador da pesquisa com estudo de caso é justamente “[...] o uso de múltiplas fontes de evidências com o objetivo de assegurar a abrangência dos achados, bem como potencialmente fortalecer sua validade”. Conclui-se, portanto, que a presente pesquisa se trata de um estudo de caso por analisar em profundidade uma experiência única de um determinado local, estudando o objeto de pesquisa sob diferentes aspectos e técnicas.

Como abordagem metodológica, optou-se pela pesquisa qualitativa, pois atende os objetivos do estudo ao permitir a captação de questões subjetivas e experienciais dos sujeitos. Para Minayo et al. (2010), esta metodologia atua com base nos significados e características subjetivas e próprias dos seres humanos, e diz respeito às relações, processos e fenômenos que não podem ser quantificados.

O projeto foi aceito pelo Comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), com número CAAE 88740018.6.0000.0065, (Anexo A) e, após o aceite, foram iniciadas as etapas de coletas dos dados. Um termo de liberação foi assinado pelo secretário de saúde do Município de Apucarana para registro formal da permissão da realização do estudo com os profissionais da Autarquia de Saúde (Apêndice C).

A coleta dos dados da pesquisa se deu em duas etapas.

Primeira Etapa – Análise Documental

Primeiramente, foi realizada uma análise documental dos instrumentos estruturadores da residência, sendo eles: o Projeto Político Pedagógico (PPP) e a Matriz Curricular.

Para Pimentel (2001, p. 2), a análise documental trata-se de uma “garimpagem” em que se criam categorias de análise orientadas pelo problema proposto pela pesquisa, “[...] estabelecendo a montagem das peças, como num quebra-cabeça”. Portanto, orientado pelos problemas e objetivos da pesquisa e embasado pela literatura levantada, os documentos foram avaliados na busca por fatores favoráveis e desfavoráveis para a Educação e Prática Interprofissional.

Análise Documental - Análise Do Projeto político Pedagógico

Foram feitas diversas leituras sistemáticas do documento em busca de termos, ou trechos do texto que convergiam ou se distanciavam da literatura sobre a Educação e prática Interprofissional, sendo utilizados como referência principal os domínios de competência para a Educação Interprofissional da Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC, 2010). Este referencial Teórico também foi adotado como referência principal para todas as outras análises.

Análise Documental - Análise Da Matriz Curricular

Para uma melhor sistematização da análise dos dados, a Matriz Curricular foi analisada sob dois aspectos complementares.

Primeiro foi realizada uma análise referente somente às metodologias de ensino-aprendizagem empregadas, e suas interações com a Educação e Prática interprofissional. Para isso foram levantadas todas as metodologias utilizadas nos encontros teóricos contidos na Matriz Curricular.

Nos encontros em que a metodologia, ou a dinâmica empregada não estava suficientemente clara ou sistematizada na matriz curricular do programa foram requisitadas de forma complementar os planos de aula individuais de cada tutor responsável pelo respectivo encontro.

Em um segundo momento foram acrescentadas nesta análise as temáticas abordadas em cada um dos encontros teóricos. Estes foram analisados individualmente em relação a cada uma das seis competências apresentadas pela Canadian Interprofessional Health Collaborative para que fosse possível analisar as potencialidades e fragilidades destes encontros em relação às práticas colaborativas.

A sistematização da organização dos dados para análise foi apresentada em forma de quadro no momento da discussão dos resultados.

Segunda Etapa – Grupos Focais

Foram realizados três grupos focais: um com os tutores do programa, um com os preceptores e outro com os residentes, com o objetivo da compreensão dos diversos olhares acerca da prática destes atores envolvidos na residência (tutores, preceptores e residentes) em relação ao desenvolvimento da educação e prática interprofissionais no programa.

O grupo focal ocupa uma posição intermediária entre a técnica de observação participante e a da entrevista aberta (Morgan, 1997).

Trata-se de uma forma de interação que valoriza a comunicação entre os participantes. Com perguntas abertas e problematizações disparadas pelo entrevistador, criam-se interações entre os participantes que exploram aspectos importantes para os mesmos em seu próprio vocabulário, criando novas perguntas e estabelecendo suas prioridades. Este tipo de interação permite captar valores (sub)culturais e normas do grupo, além de consensos e dissensos entre os participantes (Pope; Mays, 2009).

A ênfase do grupo focal, segundo Gui (2003, p. 3) está na:

[...] interação dentro do grupo, baseada em tópicos oferecidos pelo pesquisador, que assume o papel de moderador. O principal interesse é que seja recriado, desse modo, um contexto ou ambiente social onde o indivíduo pode interagir com os demais, defendendo, revendo, ratificando suas próprias opiniões ou influenciando as opiniões dos demais. Essa abordagem possibilita também ao pesquisador aprofundar sua compreensão das respostas obtidas.

Um grupo focal foi realizado como teste com seis residentes de outro programa multiprofissional da mesma instituição em estudo, no polo da Universidade Aberta do Brasil de Apucarana, no mês de Abril de 2019. O grupo teste não foi gravado e teve como objetivo, apenas, avaliar se a condução e as perguntas disparadoras seriam suficientes para responder aos objetivos propostos no estudo.

Este foi conduzido por uma colaboradora da pesquisa, psicóloga da rede, tutora do Programa de Residência em Saúde Mental, mestre em Psicologia e com experiência na condução de grupos focais. Esta assumiu, portanto, a qualidade de moderadora principal de todos os grupos focais realizados na pesquisa, para tanto, foi instrumentalizada pelo pesquisador sobre o tema da EIP e sobre os objetivos da mesma.

O fato de o pesquisador criar e dirigir o grupo focal pode torná-lo menos natural do que na observação participante (Gui, 2003), portanto para a presente pesquisa o pesquisador assumiu a qualidade de observador, ou Moderador Assistente, conforme propõe Barbour (2009) para todos os grupos focais realizados.

O grupo focal dos tutores foi realizado no mês de maio de 2019, com 78 minutos de duração e contou com quatro dos seis tutores do programa, excluindo-se o pesquisador, que participou na modalidade de moderador assistente, e um tutor que estava afastado de sua função.

O grupo focal dos preceptores do programa ocorreu em maio de 2019, teve duração de 70 minutos, participaram seis preceptores, garantindo-se que houvesse um preceptor por cada unidade onde atuam os residentes.

O terceiro grupo foi realizado com doze residentes, teve duração de 98 minutos e aconteceu em Junho de 2019. Participaram um residente de cada área profissional referente a cada ano da residência, sendo, portanto, seis residentes do primeiro ano e seis residentes do segundo ano. Todos os grupos se deram também na Universidade Aberta do Brasil de Apucarana.

Os participantes dos grupos focais receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice D), que foi lido e assinado no momento das entrevistas.

Quanto ao desenvolvimento do grupo focal os três seguiram a mesma dinâmica pré-estabelecida (Apêndice 2). Foram explicitados os objetivos e metodologia da pesquisa, feita uma rodada de apresentação (idade, sexo e categoria profissional) e lido conjuntamente o conceito de Educação Interprofissional para que fosse garantida uma mínima aproximação com o tema da pesquisa. Em seguida foram apresentadas quatro questões disparadoras intercaladas com suas respectivas discussões no grupo.

As falas dos grupos focais foram gravadas, posteriormente transcritas e em seguida apresentadas aos participantes. Após a concordância com os conteúdos das mesmas, os audios foram apagados e elas foram analisadas.

Os materiais empíricos resultantes da transcrição das falas foram analisados com base na análise de Conteúdo pelo referencial de Bardin (2009). Segundo a autora, este método de análise visa o conhecimento de variáveis psicológicas, sociológicas, históricas, entre outras, por meio de mecanismos de dedução, permitindo um desvendar crítico da mensagem recebida.

São as etapas da análise de conteúdo de Bardin: a pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados pela inferência e a interpretação (Bardin, 2009, p. 121).

Na pré-análise foram escolhidos os referenciais teóricos e os indicadores relacionados aos objetivos do estudo que guiarão a análise do conteúdo exposto. Foram realizadas diversas leituras sistemáticas do material e feitos os primeiros recortes do texto que continham a essência das suas mensagens para uma melhor organização dos dados.

Ainda na pré-análise foram impressas diversas cópias dos textos, por opção do pesquisador, que tiveram seus conteúdos recortados, resguardando-se os sentidos e o contextos das frases, e aproximando-as por padronização e por equivalência, sendo, portanto, uma primeira codificação que antecedeu a categorização.

Na exploração do material, já submetido a um estudo mais aprofundado do referencial teórico da Educação Interprofissional, iniciou-se o processo de definição das categorias respeitando os critérios expostos por Bardin (2009) de exclusão mútua, pertinência, objetividade e produtividade.

Nesta etapa surgiram quatro categorias analíticas: 1 - A Residência e as Estratégias Facilitadoras para a Educação Interprofissional, 2 - Desafios para a Efetivação da Educação Interprofissional, 3 - A Construção do Cuidado com Base nos Fundamentos da Prática Interprofissional, 4 - O Encontro do Trabalho das Equipes de Saúde e a Residência: Desafios na Construção da Prática Interprofissional.

Para melhor discussão e interpretação dos resultados, feitos através da inferência, algumas categorias foram subdivididas em sub-categorias que permitiram um maior aprofundamento da discussão. Nesta etapa foram realizadas análises do conteúdo apresentados pelas falas existentes em cada categoria fazendo um paralelo com outras realidades apresentadas na literatura e também com dados apresentados na fase anterior do estudo, a análise documental.

No momento de apresentação dos resultados, foram utilizados códigos para se referir aos participantes, sendo usada a letra “R” para residentes, “T” para tutores e “P” para preceptores, com um número correspondente a ordem de apresentação no dia de condução do grupo.

A pesquisa não trouxe nenhum benefício direto aos participantes, sendo a participação de caráter voluntário. O benefício trazido pelo estudo é o aprimoramento do programa de residência por estratégias de adequação baseados nos resultados obtidos por ele, tratando-se, portanto, de um benefício indireto.

Os materiais provenientes de todas as etapas da coleta de dados foram triangulados no momento da análise dos mesmos. A triangulação envolve a comparação dos resultados entre dois ou mais métodos de coleta, ou, mais simplesmente, entre duas ou mais fontes de dados,

conforme dissertam Pope e Mays (2009). Desta forma, a triangulação permitiu um maior aprofundamento sobre o objeto estudado, conforme observa-se nas discussões dos resultados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DOCUMENTOS ESTRUTURADORES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

4.1.1 Projeto Político Pedagógico

O Projeto Político Pedagógico (PPP) da residência foi construído em setembro de 2015 em um curto prazo, considerando a necessidade do rápido envio para cadastro na plataforma do Ministério da Educação (MEC). Foi escrito pelo Secretário de Saúde que se baseou no PPP de outras residências em Saúde e, desde a sua aprovação, o documento nunca foi modificado.

Trata-se de um documento de 25 páginas que contém apenas as informações obrigatórias, segundo a plataforma do MEC, a saber: dados pessoais e formação/titulação da coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional e da coordenação do programa de Residência em Saúde da Família, dados da instituição executora, da instituição formadora e financiadora e os cenários de prática próprios e conveniados.

Na parte pedagógica do projeto, encontram-se as áreas de concentração e número de vagas solicitadas para cada área, a justificativa do programa, objetivo geral, objetivos específicos, as pactuações com o gestor local de saúde e parcerias, as diretrizes pedagógicas, informações sobre o processo seletivo, as formas de avaliação discente e de autoavaliação do programa, a infraestrutura dos espaços pedagógicos, dados pessoais e titulação/formação do núcleo docente-assistencial, a matriz curricular com as disciplinas de cada eixo do programa, a semana padrão das atividades da residência, o perfil geral do egresso e específico para cada área de concentração, o ano de criação do projeto, a duração e a carga horária semanal.

Em primeira análise, fica evidente a desatualização do PPP, no sentido de que a maioria das informações contidas no documento não condiz com a realidade vivida na prática da residência e muitas nunca foram de fato colocadas em prática. Nem mesmo o corpo docente condiz com a realidade, sendo que, dos tutores citados no documento, apenas dois dos seis profissionais citados ainda fazem parte do programa.

Os preceptores são citados como sendo os mesmos profissionais que exercem a função de tutor/docente, sendo que na prática os profissionais preceptores são enfermeiros dos

serviços que recebem os residentes e não exercem a função de instrução teórica destes fora do campo.

No projeto, a carga horária teórica ainda está separada por disciplinas não mais utilizadas. A avaliação dos residentes também não condiz com a descrita, pois não são realizadas avaliações por competência e nunca foram utilizadas notas para avaliar o conhecimento teórico dos residentes em relação ao conteúdo, mesmo quando utilizadas as disciplinas, o que não condiz com o descrito no documento.

Esta desatualização vem do fato deste PPP ter sido construído com a finalidade de cadastro na plataforma do MEC, não sendo fruto de discussões entre os envolvidos acerca da formação dos residentes. As discussões sobre os caminhos estruturais, metodológicos e políticos da residência foram acontecendo posteriormente nas reuniões do Núcleo Docente Assistencial e nos momentos de avaliação dos residentes acerca do programa, enquanto este já estava em andamento. Sendo assim, as mudanças práticas foram ocorrendo e não formalizadas no PPP, a ponto que, atualmente, o que acontece na prática tem muita pouca relação com o descrito no projeto.

Para Medeiros et al. ([20--]), o PPP é estrutura fundamental do currículo das instituições de ensino e devem ser atualizados com base no dia a dia dos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.

Libâneo et al. (2003) colocam que o currículo expresso nos documentos formais das instituições dificilmente expressam de fato o que acontece na prática pedagógica, portanto existem o Currículo Formal, o Currículo Real e o Currículo oculto.

O Currículo Formal é aquele expresso nos documentos oficiais, principalmente pelo Projeto Político Pedagógico. O Currículo Real é aquele que parte da prática dos professores, que tem influência nas ideias, na experiência e na forma com que colocam em prática aquilo que é programado formalmente. O Currículo Oculto é a troca de valores que estão implícitos, mas não efetivamente ensinados, são as relações de poder, as percepções e as crenças que são estabelecidas e influenciam o processo pedagógico (Libâneo et al., 2003).

Apesar de considerar estas diferenças entre o currículo formal e o real, fica evidente a necessidade urgente de atualização formal do PPP, uma vez que este não tem sido utilizado nem como suporte teórico e pedagógico para a construção do programa e tampouco tem sido alimentado com as mudanças ocorridas na prática, nem mesmo em seus elementos mais basais como, por exemplo, a definição do corpo docente estruturante.

Santos (2010) deixa mais evidente a necessidade de que as mudanças ocorridas nas práticas pedagógicas sejam refletidas nos projetos, uma vez que:

O Projeto Político-pedagógico não se resume a um conjunto de planos de capacitação e nem deve simplesmente ser arquivado depois de pronto ou encaminhado às autoridades interessadas, como prova de cumprimento de uma atribuição. Deve ser visto como uma construção coletiva, a ser vivenciada em todo o processo educativo e por todos os atores nele inseridos (Santos, 2010, p. 52).

Pode-se dizer, que apesar de não formalizadas as mudanças, a construção do programa, a partir de 2018, quando se abandonou a matriz curricular por disciplinas, tem sido coletiva e contínua, uma vez que todos os tutores de todos os núcleos de profissões participam do planejamento do programa em uma reunião quinzenal, e também com a participação dos residentes nos momentos de avaliação e participação dos representantes discentes nas reuniões da COREMU.

A construção de um novo PPP é, portanto, algo que vem sendo discutido e, principalmente, a necessidade de se construir um projeto que caminhe cada vez mais na direção da Educação Interprofissional em Saúde, e reafirma-se então a extrema importância de se analisar o programa sob este viés teórico para que se possa fazer mudanças efetivas na busca por uma educação com a ênfase no trabalho em equipe.

4.1.2 A Interprofissionalidade no Projeto Político Pedagógico do Programa

Segundo Willgerodt (2017), para alinhar os currículos às competências da EIP, não é necessário construir um novo currículo, mas, sim, integrar a EIP no currículo já existente. Para tanto, é necessário encontrar fundamentos do currículo que já caminhem em direção aos pressupostos da EIP para que exista mais conhecimento e apropriação por partes dos docentes e residentes, e também encontrar pontos de fragilidade em que poderiam ser utilizadas estratégias de EIP e não são alcançadas.

Na análise documental do Projeto Político Pedagógico sob uma perspectiva da Educação interprofissional, foram levantados os aspectos que se relacionam com a EIP, em menor e maior grau. Estas aproximações se dão nos seguintes tópicos do documento: introdução, justificativa, objetivo geral, objetivo específico, articulação com políticas de saúde, pactuação com o gestor de saúde, diretrizes pedagógicas, avaliação discente, avaliação do programa, corpo docente e perfil dos egressos.

O texto do PPP se utiliza de várias terminologias diferentes para fazer referência a natureza do trabalho em equipe esperado para a Residência, evidenciando uma fragilidade ou uma certa confusão teórica na fundamentação.

Na justificativa, é utilizado o termo “equipes interdisciplinares”: “[...]aptos a trabalharem em **equipes interdisciplinares** visando a promoção da saúde, prevenção de agravos, o tratamento e reabilitação do usuário para atuar na atenção à saúde do indivíduo, família e comunidade visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da população” (Apucarana, 2016, p. 3).

Já no objetivo geral, aparece uma única vez no documento a utilização do termo “interprofissional” ao se referir à prática: “Formar profissionais aptos para atuar na Estratégia Saúde da Família, com capacidade gerencial e clínica na atenção à saúde do indivíduo, família e comunidade, mediante os princípios do SUS com vistas à construção do novo paradigma de assistência à saúde mediante **práticas interprofissionais**, com capacidade de intervenção crítica na organização do processo de trabalho local e do trabalho em equipe, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da população” (Apucarana, 2016, p. 3).

No objetivo específico, é feita nova referência à interdisciplinaridade: “[...]Capacitar o residente para intervenções no processo saúde-doença, nos aspectos sociais, epidemiológicos e clínicos, com **interdisciplinaridade** nas ações em equipe” (Apucarana, 2016, p. 4).

Na parte do documento que trata da articulação com as políticas de saúde e pactuações com a gestão local, aparecem os termos “transdisciplinar e multiprofissional”: “[...]A saúde deve ser percebida e concebida como um objeto complexo, cuja produção requer uma abordagem **transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional**” (Apucarana, 2016, p. 5).

Nas diretrizes pedagógicas, é utilizado novamente o termo “multiprofissional”: “[...] na integração entre teoria e prática que instrumentalize para a intervenção competente e na **integração multiprofissional** que garanta a articulação técnica de saberes” (Apucarana, 2016, p. 6).

No perfil esperado dos egressos, é utilizado o termo “interdisciplinar” novamente e existe uma referência às terminologias de “núcleo” e “campo” do saber, amplamente discutidas por Gastão Wagner (2000), embora não haja referência ao autor no documento:

Espera-se, ao longo desta modalidade de formação, que além das usuais práticas de cada núcleo profissional, o pós-graduando desenvolva competências para atuar de forma **interdisciplinar**, ou seja, no campo do pensar-fazer comum a todas as áreas profissionais. Nesse sentido, suas ações devem ser sustentadas pela base epistemológica de cada profissão (Núcleo do saber), porém, deverão envolver o cruzamento dos diferentes saberes e práticas (Campo comum), que configuram os diversos núcleos de conhecimento das profissões. Deverão, portanto, aprimorar a lógica da unificação conceitual dos métodos e estruturas em que as potencialidades das disciplinas são ampliadas. O Campo, uma ampliação situacional do núcleo, orientada pela necessidade de se cumprirem objetivos acordados em um dado corpo de saber-fazer interdisciplinar (Apucarana, 2016, p. 8).

Fica evidente na análise do documento que há uma preocupação com a integração destes residentes para um trabalho em equipe, ficando também evidente que esta preocupação se dá tanto para uma integração teórica dos saberes quanto para o nível das ações práticas destes profissionais nos serviços de saúde. Apesar de legítima, esta preocupação não se demonstra com uma fundamentação concreta do ponto de vista teórico, uma vez que são utilizadas diversas terminologias, com significados distintos, para explicar este anseio pela integração profissional.

Do ponto de vista de educação e prática interprofissional, pode-se dizer que existem alguns poucos elementos no documento que vão de encontro a este referencial e fica muito mais evidente uma fundamentação pautada na multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, que, inclusive, são os termos que mais aparecem.

A confusão entre estes termos ainda é muito comum, como lembrado por Ceccim:

[...] o conceito e sua história ainda são pouco conhecidos e seu uso, no mundo do trabalho ou da educação, ainda vem permeado pela confusão, quando não tomado como simples sinônimo das palavras “multiprofissionalidade”, “multidisciplinaridade” e “interdisciplinaridade”. Refiro “palavras” e não “termos” ou “conceitos” porque tampouco estes últimos, mais frequentes no tocante ao trabalho em equipe, recebem tratamento conceitual ou terminológico quando utilizados por gestores, docentes, trabalhadores e conselheiros de saúde. (Ceccim, 2018, p. 1740).

O texto do PPP traz de forma equivocada o termo “equipes interdisciplinares” para se referir à equipe de profissionais trabalhando integradamente no contexto da residência. Para melhor compreender esta inconsistência, é importante relembrar a diferença entre a disciplina e profissão.

“[...] disciplina é recorte ou domínio de informação técnica ou científica, profissão é recorte de ofício, de poder de exercício formal de uma ocupação” (Ceccim, 2018, p. 1740). Portanto disciplina refere-se à uma área do conhecimento, sendo assim, é possível existirem propostas uniprofissionais que ainda assim são interdisciplinares, pois se utilizam de diversas áreas do conhecimento para sua construção. Peduzzi et al. (2013) defendem ainda que a formação em saúde naturalmente é interdisciplinar em algum nível, uma vez que para se formar um profissional de saúde, mesmo que uniprofissionalmente, não é possível abrir mão de outras áreas do conhecimento, haja vista a complexidade da compreensão do processo saúde-doença.

Para além da diferenciação entre disciplina e profissão é importante distinguir os diferentes níveis de interação entre estes, apresentados pelos prefixos “multi” ou “inter”,

utilizado no contexto do PPP de forma mista, evidenciando a falta de rigor com as terminologias adotadas. O prefixo “multi” refere-se às áreas do conhecimento ou de profissões que “caminham em paralelo, mas com pouca ou inexistente interação”; já o prefixo “inter” expressa “forte interação e articulação” entre estes (Costa, 2017).

No PPP, ainda aparece o anseio por uma abordagem “transdisciplinar” da saúde. O prefixo “trans” denota uma conjunção tão grande entre disciplinas a ponto de haver uma fusão epistemológica e uma quebra de barreiras, a ponto de se criar um novo paradigma de conhecimento (Domingues, 2001). Trata-se, portanto, de uma construção extremamente complexa e eminentemente filosófica, não encontrando lugar na prática da formação em saúde hoje em dia, em que as barreiras entre as disciplinas e profissões são muito concretas. Porém Ayres (1997) ressalta que mesmo que o termo não tenha se consolidado, a sua discussão vale a pena por seu caráter crítico em relação à rigidez da ciência.

Em nível mundial, é na busca pela Educação e Prática interprofissional que tem se debruçado os intelectuais do campo da saúde como uma aposta para a superação da fragmentação do olhar e das intervenções nas práticas dos serviços. Vale ressaltar que não se nega a importância da interdisciplinaridade, uma vez que a ampliação da diversidade e principalmente da integração de disciplinas pode ser riquíssima para a formação em saúde. Ainda, é possível, como colocado por Costa (2017), que a interdisciplinaridade seja utilizada como dispositivo disparador para a interprofissionalidade, portanto é importante que a educação interprofissional encontre também uma educação interdisciplinar capaz de ampliar a visão e o conhecimento dos profissionais de saúde.

A discussão sobre a incorporação da estratégia de EIP também tem sido pauta frequente na construção da prática da residência de Apucarana pelos tutores e coordenação, mas esta preocupação não está explícita no projeto político pedagógico do programa. Levando em consideração o contexto de construção do documento, é possível compreender esta inconsistência teórica, mas é emergente a necessidade de adequação do documento para que este tenha um rigor científico e possa de fato se tornar um documento que respalde e reflita as atividades pedagógicas do programa.

Este rigor em relação à terminologia e adequação do PPP no sentido da EIP não se trata de mero preciosismo. Conforme exposto por Marcelo Viana da Costa, no artigo “A potência da educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde”, a necessidade deste rigor em relação à terminologia é importante e, para assegurar a sustentabilidade da EIP, são necessárias bases sólidas, uma vez que não se trata de uma tarefa simples, já que formar profissionais mais colaborativos implica em

“mudanças culturais com grandes desafios que também são institucionais e políticos” (Costa, 2017, p. 18).

Nuin e Francisco (2019) também consideram que para um programa ser bem sucedido em direção da EIP este deve ter muito claro a definição de EIP adotada e as estratégias escolhidas para o seu desenvolvimento, desde as metodologias até as formas de avaliação empregadas.

Costa (2017) faz uma análise interessante sobre alguns aspectos fundamentais que devem ser levados em consideração, quando se propõe uma formação na direção da EIP, e lembra que o desenvolvimento da EIP sofre influência de três dimensões da realidade (macro, meso e micro), que são interdependentes, e que a melhor articulação entre elas influencia em uma maior possibilidade de sucesso de uma proposta de EIP (Oandasan; Reeves, 2005 apud Costa, 2017).

No nível macro, estão as políticas de educação e saúde que reconhecem estes modelos teórico-conceituais e metodológicos (Costa, 2017). No que tange a residência, pode-se dizer que as portarias que as regulamentam em nível nacional, por mais que considerem o desenvolvimento das “competências compartilhadas” na construção das mesmas (o que tem relação com a EIP), ainda não tem uma fundamentação que de fato guie ou auxilie estes programas a desenvolverem ações neste sentido, nem tampouco citam os termos EIP ou prática interprofissional em seus textos, portanto, não obstante a importância destes programas para a qualificação do SUS, estes ainda carecem de maior suporte nesse nível macro.

O nível meso refere-se às propostas curriculares propriamente ditas, em que residem as intencionalidades das propostas pedagógicas na direção da EIP e também o apoio institucional para a inserção destas propostas (Costa, 2017). Neste sentido, pode-se seguramente dizer que o PPP da residência não reflete de fato à intencionalidade pedagógica das abordagens realizadas com os residentes, tanto pela desatualização em relação às mudanças feitas na prática dos encontros teóricos e teórico-práticos quanto pela confusão das terminologias explicitadas no documento que não acompanham as discussões entre os tutores e coordenação, os quais estão amadurecendo seus conhecimentos em relação à EIP e tentando pensar em estratégias que, de fato, qualifiquem o programa nesta direção. Estes pontos ficarão mais claros, posteriormente, quando da análise da matriz curricular.

No nível micro, encontram-se as relações interpessoais e suas relações de poder que influenciam no desenvolvimento das competências colaborativas (Costa, 2017). As dificuldades e potencialidades relacionadas a este nível não são possíveis de serem observadas

no PPP, mas é possível dizer, a princípio, que a tentativa da aproximação da residência na direção da EIP não se trata de algo formalmente instituído, ou seja, não se trata de uma preocupação dos gestores municipais, pois estes não têm influenciado diretamente nos processos pedagógicos do programa, mas se trata de uma preocupação da gestão direta da residência e do corpo docente da mesma, que possui autonomia para decidir a respeito destes processos.

Portanto, de acordo com o PPP, é possível assegurar uma fragilidade da dimensão meso em relação à EIP. Mais uma evidência dessa fragilidade seria a ênfase dada na interação entre o “núcleo” e o “campo do saber”, extremamente valorizada no documento, o que de forma isolada, acaba caracterizando uma formação que se voltaria mais para as ações multiprofissionais do que para as interprofissionais propriamente ditas.

Na Educação interprofissional, seria necessário ir além da interação do campo com o núcleo, que é a “aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar” (Campos, 2000). Ou seja, na EIP, além das competências próprias da sua profissão e aquelas do campo maior da saúde, comuns a todas as profissões envolvidas, existe a necessidade de se adquirir competências relacionadas à colaboração entre as profissões, portanto, existe, para além do campo e do núcleo, um terceiro terreno que precisa ser desbravado, quando se trata da EIP.

Estas competências colaborativas dizem respeito às questões de ordem das relações interpessoais, ou seja, por mais que sofram influências dos níveis macro e meso é na dimensão micro que elas se fundamentam. Costa (2017) lembra que a literatura mostra pouca clareza sobre os aspectos que estão envolvidos neste fenômeno. D’Amour et al. (2005) se destacam neste sentido dizendo que a colaboração se sustenta pelos pilares do compartilhamento, da parceria, da interdependência e do equilíbrio das relações de poder. Entende-se, portanto, que por mais que estas questões relacionadas às competências colaborativas sejam de fato complexas e, muitas vezes, subjetivas, seria imprescindível que o PPP demonstrasse uma preocupação na garantia do desenvolvimento destas.

O não aparecimento da interprofissionalidade de forma explícita no PPP traz relação com o ainda recente contato e amadurecimento dos tutores, que constroem toda a pedagogia do programa, com essa estratégia de educação conforme observam-se nas falas a seguir:

T2: “[...]eu não sabia o que era o conceito de interprofissionalidade até entrar aqui. E eu mesmo nunca tinha tido a oportunidade de trabalhar no interprofissional, apenas multiprofissional. Aos poucos nós fomos tendo maior contato com o que de fato era a interprofissionalidade, hoje talvez isso esteja muito mais claro para todos [...]”

T4: “[...] quando a gente começou a estruturar a residência houve dificuldades em distinguir o que é do núcleo, o que é do campo. E aí isso foi me direcionando para o interprofissional, eu fui buscar leitura, nós fomos nos capacitando também né [...]”

É importante ressaltar que o programa de residência de Apucarana por se tratar de uma residência autogerida, sem relação direta com uma Universidade, carece ainda mais de um suporte nos níveis macro e meso, por não ter tradição de ensino e pesquisa, mas é possível apostar que esta possibilidade de se ter maior proximidade com os serviços possa facilitar por outro lado a gerência das dificuldades relacionadas ao nível micro.

Outro tópico encontrado no PPP, uma possível contribuição para a EIP, seria o de “Número de profissionais” exposto na introdução do projeto. O documento inicia a apresentação do programa de forma extremamente sucinta, expondo os núcleos de profissões em que serão dispensadas as vagas. São seis núcleos profissionais diferentes com três vagas cada. A grande variedade de profissões trabalhando juntas poderia ser, em tese, um facilitador para uma atuação interprofissional, porém é importante lembrar que, conforme já reforçado anteriormente por Peduzzi et al. (2013), esta variedade por si só não garante uma atuação integrada no sentido da interprofissionalidade com a devida colaboração entre estes, podendo se limitar a uma atuação multiprofissional, por exemplo.

Este desafio na integração deste grande número de profissionais se evidencia na seguinte fala:

P3 “Quando a gente recebe os residentes na unidade a gente fica muito empolgado, porque são seis novos profissionais pra ajudar a gente a resolver os problemas, mas conforme passa o tempo, a gente percebe que é muito difícil organizar o trabalho”

Portanto, por mais que o programa ofereça uma grande variedade de profissões trabalhando e aprendendo juntas, é necessário investigar de que forma esta interação se dá neste contexto, com base na experiência dos diferentes atores que nela se inserem.

Mais um ponto exposto no PPP a ser destacado como um facilitador para as práticas interprofissionais é o fato deste colocar outros serviços, e não somente a Unidade básica de Saúde, como possíveis cenários de prática dos residentes. Este contato acontece na forma de vivências com tempo pré-determinado em outros serviços da rede e da rede intersetorial com o objetivo do reconhecimento, por parte destes profissionais, das possibilidades de cuidado existentes, e de que forma estes estão estruturados no contexto local, além do incentivo a criação de vínculo e de fluxos de contrarreferência destes serviços com as unidades básicas de saúde, na perspectiva da integralidade.

Esta inserção dos residentes em outros pontos da rede se dá no segundo ano, no “Projeto Rede em Movimento”, em que uma vez por semana, durante quatro meses, cada

equipe de residentes, lotada em alguma unidade básica da rede, se desloca para outros serviços. Em 2018, esta atividade foi realizada no CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas), no CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e Centro-Dia do Idoso (serviço de proteção social especial para pessoas idosas em situação de vulnerabilidade ou risco social).

Acredita-se que este tipo de inserção possa contribuir para o desenvolvimento de uma prática interprofissional nos territórios, uma vez que uma das bases do trabalho interprofissional é o cuidado com o foco nas necessidades de saúde da população visando a integralidade. Peduzzi (2017) lembra que as necessidades em saúde têm se tornado cada vez mais complexas na contemporaneidade e que, além das práticas colaborativas dentro do próprio serviço, existe a “necessidade de colaboração entre diferentes serviços da rede de atenção à saúde e também intersetorial” (Peduzzi, 2017, p. 38).

Agreli et al. (2016 p. 3), também colocam que, no contexto da Atenção Centrada no Paciente e prática Interprofissional Colaborativa, “amplia-se a necessidade da prática comunicativa para além da própria equipe, contemplando a necessidade de colaboração também com outras equipes e serviços”.

Portanto, com base no exposto, acredita-se que estas eventuais inserções dos residentes nos outros pontos da rede possa fortalecer o vínculo da atenção básica com estes serviços, uma vez que permite que estes profissionais conheçam as potencialidades e fragilidades da rede, fortalecendo portanto a coordenação do cuidado por parte da atenção primária e contribuindo para uma atuação mais integral e com foco no usuário, o que, se analisado de forma isolada, contribuiria para uma atuação na direção da interprofissionalidade.

Outro ponto importante encontrado no projeto que também caminha no sentido da EIP é a clara preocupação com uma formação voltada para uma concepção ampliada de saúde e, principalmente, na atenção centrada nas necessidades dos sujeitos e dos territórios. Várias afirmativas encontradas no documento vão de encontro à essas perspectivas. Na justificativa, encontra-se: “[...] a concretização das propostas das mudanças do modelo de atenção à saúde, deixando de ser centrado na doença.” e “[...] a inserção da equipe na comunidade proporciona o conhecimento da sua realidade, promovendo a saúde com a participação e corresponsabilidade de todos.” (Apucarana, 2016).

Nos objetivos encontramos, “[...]o fazer saúde baseado em uma nova forma de pensar: abrangente e positiva. A saúde deve ser percebida e concebida como um objeto complexo.” e

“[...]capacitar o residente para intervenções no processo saúde-doença, nos aspectos sociais, epidemiológicos e clínicos” (Apucarana, 2016).

Mas esta preocupação fica ainda mais evidente no último tópico do documento, quando se coloca o perfil do egresso esperado pela residência:

[...]acredita-se na possibilidade de que esta modalidade de residência forme perfis grupais de trabalhadores capacitados para migrar da visão uniprofissional, médico-centrada, passando por uma visão centrada no usuário para chegar a um estado mais avançado, ou seja, a implementação de novos modelos de atenção-gestão dos sistemas e serviços de saúde[...] (Apucarana, 2016, p. 20)

A atenção centrada no paciente (ACP) é um dos principais domínios de competências colaborativas e sua importância é unânime na literatura relacionada à EIP, sendo um dos domínios encontrados nos documentos de referência para o desenvolvimento das práticas colaborativas do Canadá (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010) e dos Estados Unidos (Interprofessional Education Collaborative Group, 2011) e reafirmada pelos autores nacionais.

Peduzzi (2017) ainda reforça que, além da sua importância para EIP, este descolamento das práticas centradas nos serviços e nas profissões para o cuidado centrado nas necessidades de saúde constitui um dos fios condutores do processo de construção do SUS, tendo, portanto, ainda mais importância no contexto da residência.

Em extensa revisão bibliográfica sobre o tema realizado por Agreli et al. (2016), as autoras encontraram um consenso entre a literatura internacional e nacional sobre três elementos chaves que caracterizam a ACP, sendo: a perspectiva ampliada do cuidado à saúde para o reconhecimento das diversas necessidades de saúde dos sujeitos, a participação do paciente no cuidado buscando a autonomia deste, e, por último, a relação profissional e paciente que contemple a expressão da subjetividade dos envolvidos (Agreli et al., 2016, p. 3).

Todas estas características vão de encontro ao que se espera de uma prática interprofissional na literatura internacional, que inclui justamente a qualificação da comunicação e colaboração entre os profissionais, horizontalizando relações de poder, tanto entre os profissionais quanto entre estes e os pacientes, e, por meio da negociação e participação mútua, chegar a objetivos comuns para a melhoria da saúde destes sujeitos e das comunidades (D'Amour et al., 2005; Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Importante ressaltar que os residentes valorizaram a residência como estimuladora desta ampliação da compreensão do processo saúde-doença:

R8: “A residência permite isso, essa ampliação do nosso olhar, de olhar para como o sujeito vive, e não só a condição clínica, isso acaba facilitando o trabalho em equipe

R6: “As discussões, serviram como um disparador legal. O disparador que fez a gente tentar chegar no campo de prática e parar de deixar tudo muito fragmentado”

Outro ponto muito importante a ser analisado em relação à EIP no PPP, é a descrição das formas de avaliação que seriam utilizadas no programa. Este ponto também evidencia a desatualização do documento em relação à prática da residência.

Esta desatualização do PPP em relação à avaliação também se relaciona com o fato da residência ser recente e ainda estar encontrando as melhores formas de avaliação que se possam adequar à educação interprofissional e ao contexto local, como observado pelo seguinte preceptor:

T4: “[...]um dos nossos grandes desafios é na avaliação, como avaliar, qual a melhor forma de avaliar individualmente e também o trabalho em equipe...tanto que já mudamos algumas vezes, a gente vai adequando”.

Na apresentação das formas de avaliação discente no documento do PPP consta que a avaliação dos residentes estaria presente em todo o percurso do processo pedagógico, de caráter formativo e teria como base o referencial de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes).

A avaliação por competências foi utilizada no primeiro ano do programa para avaliar a parte prática dos residentes em conjunto com os preceptores dos campos. Esta avaliação era utilizada concomitantemente com outras formas de avaliação, como o portfólio. As competências utilizadas nas avaliações eram divididas entre competências gerais da atenção básica, competências relacionadas à atuação enquanto NASF e competências relacionadas a cada núcleo profissional.

Estas competências foram construídas pelos tutores e coordenação com base em artigos científicos, cadernos do Ministério da Saúde e também com base na experiência individual de cada tutor na ESF, porém, pela falta de tempo hábil, não houve um amplo debate conjunto a respeito da construção destas competências, sendo construído um instrumento que aglomerava as pesquisas individuais de cada tutor/docente.

O instrumento foi abandonado no ano seguinte pelas dificuldades encontradas na sua aplicação, pois era um instrumento muito extenso, aplicado individualmente para cada residente na companhia do preceptor. Cada competência era autoavaliada pelo residente e também pelo preceptor e, por ser uma equipe com seis residentes em cada unidade, os preceptores encontravam dificuldade na disponibilidade de tempo para a avaliação.

Outro fator que influenciou no abandono do instrumento veio dos tutores julgarem que era necessário haver um melhor e mais unificado embasamento teórico, além de mais momentos conjuntos para a discussão e construção destas competências, já que o instrumento estava organizado de forma muito técnica que enrijecia a avaliação, não permitindo uma discussão mais profunda sobre as dificuldades e facilidades de serem alcançadas determinadas competências.

No segundo ano da residência, optou-se por priorizar a reformulação dos encontros teóricos por acabar com as disciplinas e iniciar a utilização de metodologias ativas. Neste contexto, a discussão acerca da reformulação da avaliação por competências foi suspensa e foram utilizadas as outras formas de avaliação, principalmente, o portfólio. A reformulação da avaliação por competências tem voltado atualmente a ser objeto de discussão entre os tutores e coordenação, pois entende-se que é necessária uma forma sistematizada e menos subjetiva de avaliação dos residentes.

Na literatura acerca da EIP, é extremamente comum a abordagem das competências necessárias para uma prática colaborativa e, neste sentido, destacam-se as publicações americanas e canadenses. Os Estados Unidos estabeleceram, a depender da literatura, cinco ou quatro domínios de competências, e o Canadá elencou seis domínios, a saber: comunicação interprofissional, atenção centrada no paciente/família/comunidade, definição de papéis, funcionamento de equipe, liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais (Schmitt et al., 2011; Leasure et al., 2013; Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Mesmo que sistematizadas de formas diferentes, é possível perceber muitos consensos entre as publicações canadenses e americanas. Na Espanha, a Universidade Europeia, em seus cursos de graduação em saúde, optou por priorizar dentre as competências encontradas na literatura aquelas que mais se adaptariam ao contexto local e reformularam seu currículo, baseado em competências, incluindo também essas competências colaborativas, não só na perspectiva da avaliação, mas principalmente para guiar os processos pedagógicos na direção da EIP (Nuin; Francisco, 2019).

Acredita-se, portanto, que a readoção do modelo de competências na residência possa ser um caminho interessante em direção a EIP, já que desta forma se torna mais fácil agregar as competências colaborativas às demais competências profissionais na criação de estratégias pedagógicas dentro do programa e, também, por ser um modelo amplamente aceito pela comunidade científica e muito utilizado nas graduações em saúde, sendo recomendado inclusive pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional.

Ademais, o caráter de formação para a prática, inerente ao processo da residência, converge com o modelo de competências, que se baseia na tríade conhecimento-habilidade-atitude, ou, como coloca Deluiz (2001, p. 3), que neste modelo “importa não só a posse dos saberes disciplinares escolares ou técnico-profissionais, mas a capacidade de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho”.

Apesar do reconhecimento do modelo das competências como estratégia interessante para o programa de residência, é importante ter cautela na sua aplicação, pois a despeito da valorização de vários pontos extremamente positivos desta estratégia, como a ampliação de saberes do trabalhador, permitindo um trabalho mais intelectualizado, existe uma crítica em relação a possibilidade desta estratégia contribuir para uma intensificação exacerbada do trabalho, uma vez que pode vir a ser cobrado do trabalhador uma frequente ampliação de saberes e tarefas para além das já tradicionalmente esperadas para cada núcleo profissional. Esta característica vem da herança das primeiras aplicações deste modelo, em contextos empresárias, pautada numa lógica toyotista que visa a competitividade, produtividade, agilidade e racionalização de custos (Deluiz, 2001).

É importante lembrar, portanto, que já existem modelos de identificação e construção de competências que divergem desta lógica do mercado e seria interessante, então, que no contexto da residência, pelas peculiaridades do processo de trabalho, a opção por uma dessas matrizes de construção e avaliação de competências com uma fundamentação teórica que tenha mais proximidade com o processo de trabalho em saúde coletiva.

Sugere-se aqui a matriz crítico-emancipatória que tem seus fundamentos teóricos no pensamento crítico-dialético e considera aspectos mais amplos relacionados ao processo de trabalho, ressignificando a noção de competência, dando a esta um caráter mais amplo, pois leva em consideração aspectos culturais, sociais e os interesses dos trabalhadores (Deluiz, 2001). Este referencial, apesar de mais recente, já vem sendo utilizado na educação profissional em saúde no Brasil (Egry et al., 2006).

Vale ressaltar que este referencial teórico para a identificação e avaliação das competências converge com a luta pelo fortalecimento do SUS, uma vez que parte do mesmo fundamento teórico da reforma sanitária, que também tinha seus defensores alinhados ao materialismo. Este referencial também pode convergir com as competências colaborativas relacionadas à EIP por se alinhar a uma atuação pautada numa visão ampliada do processo saúde-doença e por levar em consideração aspectos subjetivos do processo de trabalho, que tem ligação com os aspectos das relações humanas inerentes às competências colaborativas.

Ainda em se tratando da avaliação, existem outras inconsistências no PPP. O documento foi construído em um contexto em que as atividades teóricas ainda eram realizadas em formato de disciplinas. No projeto, consta que cada tutor/docente seria responsável pela forma de avaliação de sua disciplina, que poderia ser no formato de seminário, síntese, ou alguma reflexão escrita no final de cada uma delas e, para a avaliação, seria atribuída uma nota de 0 a 10.

Consta no documento que, após estas avaliações por competências, as avaliações dos desempenhos nas disciplinas (que somadas deveriam atingir a média 7) e a avaliação do Trabalho de Conclusão de Residência, seria atribuído a cada residente um conceito “satisfatório” ou “insatisfatório”, não sendo utilizadas, portanto, notas para o desempenho final.

Na prática da residência, estas avaliações de cada disciplina nunca aconteceram de fato de forma sistematizada e nunca foram utilizadas notas para nenhum tipo de avaliação no contexto do programa. Uma última forma de avaliação é apresentada pelo PPP, a qual merece destaque por ser um ponto que converge com a EIP. Trata-se das rodas de conversa com “avaliação 360°”.

Esta forma de avaliação foi valorizada por um dos tutores como potente em relação à interprofissionalidade:

T4: “Acho que a gente consegue avaliar melhor o trabalho em equipe interprofissional nas avaliações com o tutor e preceptor, que a gente já percebe se há interação lá na hora [...]”

Trata-se de uma reunião bimestral realizada fora da unidade com a presença do preceptor de campo e todos os seis residentes de cada Unidade Básica de Saúde, em conjunto com dois tutores que conduzem a avaliação. A atividade inicia-se com uma conversa menos formal acerca do processo de trabalho na unidade, seguida de outra conversa relacionada à avaliação anterior, para que sejam analisados quais pontos ainda precisam ser rediscutidos. Logo após esta introdução, inicia-se a avaliação em si, que contempla as fases: autoavaliação do residente, avaliação do residente pelo preceptor e avaliação do preceptor pelo residente.

O encontro é conduzido por dois tutores que auxiliam a equipe a chegar a soluções para os problemas e dificuldades levantadas. São levantadas dificuldades de ordem técnica e de processo de trabalho que dificultem o desenvolvimento dos residentes, dificuldades na condução, na prática, de ferramentas apresentadas nos momentos teóricos, e também discussões de resoluções de conflitos na equipe. É feito então o levantamento de potencialidades, de fragilidades individuais e um planejamento dos pontos a serem

melhorados. A avaliação é registrada em ata e os pontos são retomados no próximo encontro e rediscutidos para que se avaliem os avanços e dificuldades encontradas.

Esta ferramenta tem se mostrado muito importante e tem sido responsável por grandes avanços dos residentes nos cenários de prática. Uma vez que a grande maioria dos residentes, além de muito jovens, nunca tiveram experiência profissional anterior, estas avaliações têm possibilitado um visível amadurecimento pessoal e profissional, principalmente no sentido de conseguirem se expressar de forma assertiva, darem feedbacks, e aceitarem as críticas no sentido da qualificação do agir profissional.

Ao se fazer um paralelo com a literatura, é possível concluir que este tipo de atividade converge com a EIP, uma vez que além de contar com profissionais de seis profissões diferentes, é possível perceber que a forma como esta interação ocorre tem potencial para auxiliar os residentes no desenvolvimento de cinco dos seis domínios de competências apresentadas pelo CIHC do Canadá, sendo elas: Comunicação interprofissional, Funcionamento de Equipe, Liderança Colaborativa, Resolução de Conflitos Interprofissionais e Esclarecimento de papéis (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Em relação às competências de Comunicação Interprofissional e Funcionamento de equipe, esta atividade tem potencialidade para que os residentes consigam se expressar, ouvir os outros membros da equipe e chegar a conclusões conjuntas, pois exercitam uma comunicação empática e respeitosa, melhorando o vínculo entre os membros da equipe.

Em relação à competência da liderança colaborativa, é possível observar que a presença do preceptor, que é o coordenador da unidade, discutindo de forma horizontal as suas fragilidades e as fragilidades da equipe, o que pode vir a criar, o que denomina a CIHC de “climate for collaborative practice”, ou seja, um clima de colaboração em que não apenas as decisões, mas também as responsabilidades são compartilhadas, mesmo nos casos em que há um único líder denominado (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Vale ressaltar que o documento do CIHC deixa claro que a escolha do líder colaborativo pode ser flexível, ou seja, quem vai liderar determinada ação depende do tipo de expertise necessária naquele momento. Talvez seria interessante, portanto, como intenção pedagógica para o desenvolvimento desta competência, ao final de cada avaliação, eleger em conjunto alguns líderes que seriam responsáveis para fomentar as mudanças pactuadas pela equipe entre uma avaliação e outra.

Em relação à competência de Resolução de Conflitos Interprofissionais é possível dizer que este tipo de avaliação permite que vários conflitos existentes nos cenários de prática sejam discutidos em conjunto, em que todos os envolvidos são estimulados a se expressarem

na tentativa de uma resolução também conjunta. A Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010) coloca que, na resolução interprofissional dos conflitos, é importante criar-se um ambiente seguro para a expressão de opiniões. Neste sentido, nesta avaliação da residência, é criado coletivamente um contrato de convivência, assinado por todos, explicitando a importância da implicação individual e coletiva, além do sigilo das informações ali expressadas. Acredita-se que este tipo de avaliação constrói uma visão de caráter construtivo para os conflitos do grupo.

É possível concluir também que este tipo de avaliação pode contribuir para o desenvolvimento do Esclarecimento de Papéis, uma vez que discutir questões relacionadas à prática de forma conjunta, incentiva os diferentes profissionais a refletirem e expressarem de que forma poderiam contribuir para determinadas situações, influenciando na compreensão dos outros profissionais acerca dos limites e possibilidades dos outros núcleos profissionais frente a estas situações cotidianas.

Lopes et al. (2007), em revisão bibliográfica sobre a avaliação 360°, concluíram esta deve ser realizada com questionários estruturados, contendo as competências a serem avaliadas pelos envolvidos. Sendo assim, esta modalidade de avaliação na residência, mesmo que tenha potencial para o desenvolvimento da interprofissionalidade, ainda carece de uma melhor estruturação neste sentido. A organização do currículo por competências permitirá uma melhor estruturação desta avaliação de forma geral, mas também da avaliação das competências colaborativas, uma vez que estas podem ser inseridas formalmente nos instrumentos utilizados na avaliação 360°.

O PPP não cita a utilização do Portfólio, que é outra forma de avaliação que vem sendo utilizada desde o início do programa, conforme colocado por um dos tutores no grupo focal:

T2: “Talvez o portfólio seja a única forma de avaliação que a gente utiliza desde o começo na residência, e que acredito que nem conste no PPP”

Para o programa de residência de Apucarana, o portfólio é um instrumento que compreende a compilação de reflexões acerca dos trabalhos realizados pelos residentes durante as aulas e a sua prática. Inclui registro de visitas, resumos de textos, registro biográfico das experiências, relatórios, anotações de experiências, ensaios autorreflexivo, análise de conteúdos teóricos das aulas e reflexões acerca destes conteúdos aplicados à prática.

O portfólio é dividido de forma que garanta que o residente possa se expressar livremente e escolher aquilo que ele julga que deve ser priorizado para a reflexão, mas

também existem algumas atividades teóricas que são requeridas pelos tutores que pedem uma reflexão acerca de determinado tema a ser anexado no portfólio e, obrigatoriamente, deve conter todas as sínteses individuais da resolução de situações problemas, quando se utiliza o PBL (Problem Based Learning).

A avaliação deste portfólio acontece bimestralmente pelos tutores com dois tipos de encontros: um encontro individual em que cada residente apresenta sua produção para o seu tutor de núcleo e mais um tutor de outra profissão; e outro encontro em que os residentes, em pequenos grupos, apresentam suas produções entre si.

Os critérios para a análise do portfólio são quatro: a capacidade de tomada de decisão (selecionado para ser incluído no Portfólio.), a capacidade de síntese e sistematização dos conhecimentos produzidos, a criatividade e reflexão crítica (autoria e originalidade) e a capacidade de relação de teoria com prática.

Pouco se encontra na literatura sobre as melhores formas de avaliação para as propostas de EIP; neste sentido Nuin e Francisco (2019), da Universidade Europeia, colocam que a avaliação por competências, recomendada para as estratégias de EIP, pode utilizar de diferentes métodos de avaliação, desde que se baseiem nas competências para sua análise.

O autor recomenda alguns métodos utilizados na sua instituição, que permitem que se avaliem também as competências colaborativas, como entrevistas individuais, grupos de discussão e as avaliações clínicas objetivas, as quais tratam de avaliar atividades realizadas em grupo por estudantes em cenários fictícios, que se aproximem de cenários reais. O autor reconhece também que outros métodos podem ser utilizados, alguns se aproximam da proposta do portfólio, como os diários de reflexão e o *storytelling* (contar histórias), utilizado na proposta da Universidade da Colúmbia Britânica (Nuin; Francisco, 2019).

Centre for the Advancement of Interprofessional Education (2010) também reiteram que o uso de diários reflexivos, registros de aprendizagem e portfólios são uma boa opção para a avaliação em propostas de EIP, já que permitem perceber o desenvolvimento de competências colaborativas.

No Brasil, o portfólio tem sido adotado como um dos métodos de avaliação por algumas propostas de educação interprofissional, como por exemplo no PET Saúde da Universidade de Brasília e na Disciplina Interprofissional da Universidade Estadual de Maringá. Neste último, os atores envolvidos na experiência relataram que o uso do portfólio promoveu a valorização de condutas e discussões que favorecem o respeito entre as profissões envolvidas e estimulou o trabalho colaborativo (Câmara, 2015; Rocha et al., 2017).

Além das avaliações dos discentes, vale ressaltar os espaços de participação dos residentes na construção do programa como algo positivo na aquisição de competências colaborativas, e estas constam no PPP.

São esses espaços: as Reuniões Auto-organizadas, reuniões mensais dos residentes para levantamento de propostas para o programa e troca de experiências; a participação dos representantes discentes na COREMU, que é a comissão de residência multiprofissional, de caráter deliberativo, e discute e vota os rumos dos programas da residência de forma democrática; os Fóruns de Avaliação do programa, que acontecem bianualmente e são abertos para que todos os envolvidos, direta e indiretamente no programa o avaliem e apresentem propostas; e a Avaliação do Meio do Caminho, que é uma avaliação anual por parte dos residentes sobre o conteúdo teórico apresentado no programa.

Em relação às reuniões auto-organizadas dos residentes, esta pode ser um momento importante para o fortalecimento da interprofissionalidade, por ser um espaço informal, em que eles, enquanto categoria discente, devem construir as pautas das próprias reuniões com base nas experiências no programa.

Segundo Reeves (2016 p. 4),

oportunidades para aprendizado informal, quando estudantes se encontram socialmente e discutem aspectos de sua educação formal, são abordagens úteis para EIP. Aprendizado informal pode ser útil por permitir que indivíduos compartilhem ideias e obtenham orientação de seus pares, colegas de trabalho ou gerentes. Atividades informais de aprendizagem podem ser explicitamente organizadas em um programa interprofissional. Por exemplo, pode ser utilizada para dar oportunidade de partilhar encontros informais durante os intervalos para discutir experiências de aprendizagem. Aprendizado informal pode também ocorrer sem planejamento, como resultado de uma iniciativa interprofissional (Reeves, 2016, p. 4).

Além destes espaços que contam com a participação dos residentes, há o NDAE (Núcleo Docente Assistencial Estruturante), reunião quinzenal apenas entre os tutores/docentes, os quais discutem a parte pedagógica e estrutural do programa, trocam experiências, fazem educação continuada e permanente entre si, dividindo conhecimentos adquiridos exteriormente e refletindo acerca do processo de trabalho na residência. No NDAE, também são aprimorados os encontros teóricos que serão conduzidos nas próximas semanas com a participação de todos os tutores, que refletem sobre as metodologias a serem utilizadas e a cronologia dos encontros.

É possível, enfim, concluir que estes espaços de construção coletiva da residência, são potentes espaços para interprofissionalidade, uma vez que requerem a ampliação da

capacidade de argumentação, negociação e o convívio com diferentes formas de pensar e agir, com um objetivo comum, que é o aprimoramento do programa, de forma democrática e colaborativa.

Dentre estes espaços de avaliação e construção coletiva, que acontecem na prática da residência, os únicos que constam no PPP são a COREMU e os Fóruns de Avaliação.

Por fim, pode-se então destacar como potencialidades do documento em relação à EIP: o grande número de diferentes profissões na mesma equipe, o que, em tese, possibilitaria uma possibilidade de interação mais ampla, contribuindo para o esclarecimento dos papéis de cada núcleo profissional; o perfil do egresso, que tem como premissa uma visão centrada no usuário; a possibilidade de inserção dos residentes em outros serviços da rede, o que pode contribuir para o desenvolvimento de uma atuação voltada para a integralidade; a avaliação 360°, que permite uma grande interação dos residentes e permite uma atuação conjunta na resolução de conflitos, e a possibilidade da representação discente na construção do programa, pela COREMU e dos fóruns de avaliações do programa, que têm potencial para estimular a aquisição de competências colaborativas por meio do exercício da argumentação conjunta com objetivos comuns.

É possível concluir, porém, que o projeto político pedagógico tem muitas inconsistências, quando analisado sob uma perspectiva da EIP, pois existe uma preocupação enquanto ao trabalho em equipe, mas as bases teóricas e metodológicas da interprofissionalidade não aparecem explicitamente. É necessária a adoção de um currículo que permita o estímulo e a avaliação do desenvolvimento de competências colaborativas de forma sistematizada, com base teórica que convirja para uma educação voltada para o fortalecimento do SUS.

4.1.3 A Interprofissionalidade na Matriz Curricular do Programa

Em primeira análise das trilhas de aprendizagem, optou-se por analisar as metodologias utilizadas nos encontros teóricos do Eixo Transversal (discussões entre os três programas de residência), e Eixo Transversal do Programa (discussões entre os residentes do mesmo programa).

As tutorias de núcleo (discussões específicas de cada categoria profissional) não foram analisadas uma vez que os temas discutidos nestes encontros não possuem programação prévia, já que são conduzidos por cada tutor de cada categoria profissional de acordo com as necessidades individuais dos residentes que estes acompanham.

Vale ressaltar, porém, que a manutenção da possibilidade de discussões referentes aos núcleos profissionais tem grande validade na construção de uma educação interprofissional, pois a necessidade de interação entre as profissões não nega a importância do conhecimento específico de cada categoria, pelo contrário, defende que para uma efetiva colaboração interprofissional os sujeitos devem estar seguros de suas atuações específicas, porém mesmo os momentos de discussões uniprofissionais devem ser desenvolvidos numa perspectiva de colaboração (Peduzzi et al., 2013; Reeves, 2016).

As metodologias utilizadas nos encontros teóricos foram analisadas em suas interrelações com a proposta da EIP. Alguns encontros utilizavam mais de uma metodologia, motivo pelo qual o número de metodologias ultrapassa o número de encontros.

Nos encontros em que a metodologia não estava claramente especificada nas trilhas de aprendizagem, foram consultados também o planejamento individual, cedidos pelos tutores responsáveis por eles.

As metodologias estão apresentadas em ordem de maior utilização no Quadro 4.1.

Quadro 4.1 - Metodologias de ensino utilizadas no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Autarquia Municipal de Apucarana, PR, 2019

METODOLOGIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM (R1 + R2)	Número de utilizações
Discussões em pequenos grupos com material de apoio (texto e/ou vídeo) voltada para as necessidades do território	38
Aula expositiva dialogada	19
PBL (PROBLEM BASED LEARNING)	14
Mesa redonda/ Roda de Conversa com convidados	11
Seminário	8
Dinâmica	8
TBL (TEAM BASED LEARNING)	5
Role Play	5
Aula Expositiva	5
World Café	3
Arco de Margueres	2
Mapa Conceitual (pequenos grupos)	2
Oficina (voltadas para a prática)	2
GVGO (Grupo de Verbalização e Grupo de Observação)	1

Número total de Metodologias: 14

Número Total de utilizações: 123

Número Total de Encontros: 98

Fonte: O autor.

Como bem coloca Marin et al. (2010),

o trabalho em equipe constitui uma estratégia do SUS para mudar o atual modelo de assistência à saúde, por ser considerado uma ferramenta de democratização e de construção de trabalhadores e usuários cidadãos. Reforça-se, portanto, que as modalidades ativas de aprendizagem representam um recurso importante nessa trajetória, que demanda ênfase nas relações humanas, ou seja, na troca de informação, no respeito e na comunicação (Marin et al., 2010, p. 3).

Neste sentido, a dinâmica da residência passou por uma grande transformação em que foi abandonada, quase que por completo, o uso de aulas expositivas tradicionais. Foi uma opção dos tutores a utilização de diferentes metodologias ativas durante esta etapa de transição do programa para que fossem escolhidas as metodologias que melhor se adaptassem para determinadas intencionalidades pedagógicas, mas também que respeitassem a maior afinidade de alguns tutores com algumas delas.

O uso de diferentes métodos é considerado pela literatura relacionada à EIP como algo positivo e, segundo Reeves (2016), pode contribuir para uma aprendizagem mais significativa.

É importante ressaltar que de forma geral as metodologias ativas são recomendadas para os processos de educação interprofissional, pois todas têm como princípio justamente a posição ativa do aluno no processo de ensino-aprendizagem e a comunicação, porém algumas metodologias permitem mais interação entre os envolvidos, permitindo o desenvolvimento de um maior número de competências colaborativas.

Há de se analisar, porém, no contexto da residência, que não basta que as metodologias permitam o desenvolvimento de competências colaborativas, mas que estas metodologias despertem uma atuação alinhada ética e politicamente com a defesa do SUS, portanto, para além do trabalho em equipe com foco no usuário, existe a necessidade de cada vez mais buscar metodologias que se encaixem no contexto brasileiro e com as bases epistemológicas da construção do SUS. Trata-se ainda de um grande desafio, já que é mais comum que se encontre nas formações em saúde metodologias ativas adaptadas de modelos estrangeiros, sem necessariamente trazerem estes questionamentos.

Vale ressaltar que no contexto estudado os tutores estão em fase de aprimoramento no uso das metodologias ativas, por meio da participação em simpósios, *workshops* e disciplinas nas pós-graduações em que alguns estão inseridos. No contexto do programa estudado, não houve um grande treinamento docente a respeito da EIP, sendo que esta discussão foi paulatinamente acontecendo durante a formação individual de cada tutor, por meio de mestrados e pós-graduações *lato sensu*, incorporadas nas reuniões pedagógicas do programa.

Quanto ao contato dos tutores com a EIP e as Metodologias Ativas, destacam-se a pós-graduação em preceptoria no SUS, do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio libanês, feita pela maioria dos tutores do programa, e o Mestrado Profissional em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo.

No contexto da residência de Apucarana, pode-se dizer que existe também uma preocupação com o não enrijecimento do currículo, que vem se construindo de forma mais fluida na tentativa de se adaptar às metodologias com a necessidade exposta pelos residentes durante o passar dos anos.

Por meio do levantamento de todas as metodologias utilizadas na residência, evidencia-se a preocupação em se trabalhar com metodologias menos tradicionais e, neste sentido, destaca-se o uso do PBL, que apesar de ser a terceira metodologia mais frequente, foi a primeira metodologia ativa a ser utilizada no histórico do programa.

O PBL (Problem Based Learning) ou ABP (Aprendizagem Baseada em Problemas) é uma proposta baseada na teoria do conhecimento do filósofo americano John Dewey, que se popularizou, principalmente, pelo movimento escola nova, no século XX. Nesta metodologia, os alunos se deparam com problemas criados pelos professores com uma intencionalidade pedagógica específica, criam hipóteses acerca da resolução deste e questões de aprendizagem respondidas individualmente através de pesquisa teórica, e coletivizadas em um segundo momento (Marin et al., 2010; Cyrino; Toralles-Pereira, 2004).

Porém, historicamente, O PBL vem sendo utilizado como uma proposta de reorganização dos currículos e não somente como uma metodologia de ensino isolada. Desta forma, todas as situações que os estudantes precisam dominar durante o curso são estruturadas de forma a criarem-se problemas que integrem diferentes saberes e, portanto, exigindo uma integração e mobilização dentro dos departamentos das universidades para que se estruture o currículo todo na organização dos problemas (Cyrino; Toralles-Pereira, 2004).

Trata-se, portanto, de uma aposta de reorganização curricular, e o currículo da residência não está completamente estruturado para o uso do PBL, porque seu uso vem sendo

utilizado em momentos específicos para a discussão de temas mais relacionados às questões técnicas e clínicas.

A razão desta metodologia ativa ter sido a primeira a ser utilizada no programa vem do fato de alguns tutores terem mais facilidade na sua construção por terem sido forjados nessa perspectiva durante a graduação e também por ser de mais fácil homogeneização em sua condução, uma vez que tem etapas e objetivos muito bem definidos.

Ao analisar o PBL pelo prisma da EIP, pode-se concluir que este tem potencial para ser um importante instrumento de desenvolvimento de competências compartilhadas, uma vez que a interação e a reflexão conjunta sobre um objetivo em comum estão presentes em todos os encontros. Inclusive pode ser um importante exercício de liderança colaborativa, já que, na sua condução, existe o papel do “coordenador” dos grupos tutoriais, que, além de mutável, deve ser assumido por todos os estudantes dos pequenos grupos ao menos uma vez com a premissa de levar a condução do grupo para os objetivos comuns de aprendizagem.

Porém, existe uma discussão e uma preocupação dentro da residência para que o uso desta metodologia não recaia num pragmatismo exacerbado e tecnicista, em que o controle das variáveis existentes nestes problemas a serem resolvidos sejam sempre controlados e distinguindo-se, portanto, da realidade dos territórios de prática dos residentes, que diferem-se entre si, e estão atravessadas das mais heterogêneas variáveis, abrangendo desde questões sociais dos territórios até diferenças de dinâmicas de funcionamento das equipes.

Ressalta-se, também, que há uma crítica ao modelo do PBL, que por mais que seja inovadora em seu método ao permitir uma interação entre os alunos e uma mudança individual dos mesmos, não é uma metodologia que permite a ampliação do olhar do aluno para a realidade social, ou seja, ela inova no método, mas não na concepção de educação, que continua sendo uma educação liberal e distanciando-se, portanto, do referencial teórico de construção do SUS (Libâneo, 1982; Cyrino; Toralles-Pereira, 2004).

Tem-se optado, portanto, na residência, pela predominância da utilização de metodologias que permitam mais interação do residente com a vivacidade do seu território. Neste sentido, destaca-se o uso dos encontros em pequenos grupos com discussões voltadas para as questões dos territórios com o uso de algum material de apoio (texto ou vídeo) e também o arco de Margueriez, com pouca utilização.

Estes encontros em pequenos grupos são a estratégia mais utilizada na residência com 38 utilizações durante os dois anos e acontecem majoritariamente entre os residentes que estão lotados no mesmo serviço. O encontro se inicia com algum disparador para uma reflexão, seja texto ou vídeo, e depois segue para uma discussão voltada para alguma

dificuldade ou situação relacionada ao território de abrangência, selecionada por cada equipe de residentes que, de alguma forma, se relaciona com o disparador.

Os residentes são instigados a pensarem na origem daquele problema e nas formas de enfrentamento do mesmo com a ajuda de algum material de apoio teórico, geralmente livros ou artigos científicos. Algumas vezes, a própria resolução do problema faz parte da atividade, como no caso do uso do arco de Margueréz; em outras, é esperado que os residentes se questionem e, se possível, resolvam os problemas durante o passar do tempo na residência, já que, por muitas vezes, os problemas são demasiadamente complexos e envolvem questões que não são de gerência direta dos mesmos, como atravessamentos macropolíticos ou relacionados à gestão, por exemplo.

Estes encontros têm grande potencial para o desenvolvimento de competências colaborativas pela própria dinâmica de interação e pelo fato de se trabalharem questões reais relacionadas à prática dos residentes. Sendo assim, um grande número de competências colaborativas pode ser estimuladas, como a da clarificação de papéis, da comunicação interprofissional, da dinâmica de funcionamento de equipe, uma vez que estão entre os membros das próprias equipes da prática teorizando e problematizando questões reais referentes às suas atuações.

Nestes encontros, é possível estimular até mesmo a competência da resolução de conflitos por se tratar de questões da prática e surgem situações conflituosas do dia a dia, pensadas em conjunto para melhor resolução.

A utilização de situações reais, inclusive a própria atividade de ter que se priorizar em equipe alguma situação do território para ser problematizada, permite exercitar o olhar para as necessidades do território e, portanto, a competência relacionada à Atenção Centrada no Paciente.

Estes encontros surgem de uma tentativa de realizar uma educação progressista, no sentido do questionamento da realidade sociopolítica, mas que também garanta o acesso a conteúdos técnicos e instrumentais históricos das profissões e da saúde coletiva, ou seja, por mais que alguns encontros se assemelhem à metodologia da problematização, proposta por Paulo Freire, referência teórica para alguns tutores, a maioria destes encontros acontece com certo grau de diretividade dos tutores, principalmente em relação aos conteúdos.

Há uma tentativa de direcioná-los para conteúdos que permitam uma reflexão mais crítica do aluno frente a seu papel histórico e político como profissional de saúde, tentando preencher uma lacuna de uma formação estritamente biomédica, afastando-se sutilmente da proposta de Freire, que é libertadora e menos diretiva, assemelhando-se muito mais à

referência da pedagógica crítico-social dos conteúdos, de Saviani, que entende como possível o fato do direcionamento dos conteúdos estar atrelada ao desenvolvimento de um raciocínio transformador dos alunos (Libâneo, 1982).

Sendo esta metodologia a mais utilizada na residência, fica clara a preocupação com uma educação que permita o desenvolvimento de competências que levem ao trabalho em equipe de forma interprofissional, optando-se por metodologias que permitam uma interação entre os alunos com objetivos em comum. Fica evidente também uma predominância de uma metodologia que, além de convergir com a EIP, também converge com um referencial que reforça a visão crítica de defesa do SUS por mais que haja uma certa contradição, neste sentido, pela adoção do PBL em uma parcela considerável dos encontros teóricos.

Porém, como já visto na análise do Projeto Político Pedagógico, é necessário ter mais rigor teórico que embase a prática da residência, portanto, seria prudente a discussão entre os tutores sobre estes encontros no sentido de um alinhamento sobre qual referencial teórico as atividades serão pensadas. É necessário que a didática adotada nestes encontros seja mais bem sistematizada - neste sentido, sugere-se, por exemplo, dentre outras pedagogias possíveis, a didática criada por Gasparin (2007) para a pedagógica histórico-crítica de Demerval Saviani, por vir da mesma base filosófica da reforma sanitária e permitir interpretação crítica acerca dos conteúdos apresentados.

Este rigor não se trata de mero preciosismo, mas traria mais concretude no critério da posição que a residência adota em relação ao trabalho interprofissional e aos condicionantes sociopolíticos da construção do SUS. Pensando num contexto de residência autogerida, em que a permanência dos tutores não é garantida, tomar estas posições poderia dificultar, inclusive, que em uma hipotética troca da equipe que desenvolva o trabalho na residência, algum outro referencial que não convirja com uma formação crítica fosse adotado.

A segunda metodologia mais utilizada nos encontros teóricos com dezenove utilizações é a aula expositiva dialogada.

A estratégia de ensino “aula expositiva dialogada” pode ser descrita como uma exposição de conceitos, com a participação ativa dos alunos, onde o conhecimento prévio é extremamente importante, devendo ser considerado este o ponto de partida. O professor leva os alunos a questionarem, discutirem, interpretarem o objeto de estudo com as situações das realidades que podem ser levantadas pelos alunos (Lopes, 2012, p. 12).

Só foi considerada expositiva dialogada com aqueles encontros que continham no plano de aula alguma atividade sistematizada e registrada que garantisse algum momento de reflexão conjunta entre os residentes, como a construção de sínteses em grupo ou

levantamento de experiências da prática de cada cenário que se relacionam à temática discutida.

A aula expositiva dialogada tem sido utilizada em momentos em que os tutores ainda não conseguiram encontrar uma maneira menos diretiva para atingir os objetivos do encontro, devido, por exemplo, ao pouco tempo para se trabalhar temáticas complexas e importantes, como as metodologias de pesquisa ou quando se trata de uma primeira aproximação de algum tema de caráter mais teórico, como a introdução ao materialismo histórico. Mas, na tentativa de se criar alguma interação entre os residentes, nestes encontros, é proposta alguma atividade em conjunto.

Nos dois encontros em que se discute a metodologia de pesquisa qualitativa, é feita uma atividade em que os residentes se entrevistam no início da primeira aula, perguntando “o que você entende por pesquisa qualitativa?”. As respostas são gravadas e levadas para casa para transcrição. É dada, em seguida, uma aula expositiva sobre os fundamentos e técnicas da pesquisa qualitativa.

Em um segundo encontro, em pequenos grupos os residentes têm que encontrar a metodologia mais adequada para determinados problemas de pesquisa, hipotéticos, criados pelos tutores. E, para finalizar, os residentes apresentam as transcrições das entrevistas do encontro anterior e, em conjunto, criam categorias de análise e encontram a saturação teórica e descritiva.

Ao analisar estes encontros na perspectiva da EIP, percebe-se que por mais que haja um caráter mais diretivo do tutor, ainda existe alguma interação estruturada e com intencionalidade pedagógica, permitindo uma interação entre as profissões com alguma reflexão comum, sendo possível dizer que estes encontros, mesmo que em menor grau, comparados a outras metodologias menos diretivas, traz um avanço em relação à interação interprofissional e às metodologias utilizadas anteriormente na residência.

As aulas expositivas dialogadas trazem algumas características comuns a outra metodologia utilizada no programa, o TBL (Team Based Learning) ou Aprendizagem Baseada em Equipe, porém esta última tem foco ainda maior na interação entre os alunos.

O TBL, assim como o PBL, geralmente é utilizado como estratégia principal nos cursos em que é empregada, exigindo uma reestruturação do currículo para que os conteúdos sejam divididos em diversos encontros de TBL, porém a sua utilização pontual também é possível e surte bons efeitos pedagógicos, pois já é reconhecida como facilitadora para a aquisição de competências para o trabalho colaborativo e efetivo em equipe (Krug et al., 2016).

De forma sucinta, o TBL traz os seguintes passos: um primeiro contato individual com algum material sobre o tema a ser estudado (um texto curto, vídeo etc.) em nível de contextualização sobre a discussão. Na sala de aula, é aplicado um teste individual sobre a temática, de múltipla escolha. Em seguida, são divididas equipes em que os estudantes devem discutir as respostas individuais e chegarem a uma resposta do grupo por meio da negociação. Depois, os estudantes comparam os resultados entre as equipes fazendo uma discussão mais ampla, e o professor, então, finaliza o processo fechando os conceitos com uma aula dialogada em que responde as questões apresentadas e propõe novas discussões para as equipes. Ao final do encontro, é feita uma autoavaliação dos estudantes e uma avaliação entre pares a respeito do desempenho individual e da equipe (Bollela et al., 2014).

O TBL apesar de ser importante nesta aquisição de competências compartilhadas por trabalhar a negociação entre pares, não permite uma grande ampliação para discussões mais amplas, já que tem etapas muito definidas e trabalha com testes, logo deve ser construído em cima de uma delimitação de conteúdo para o planejamento da aula. Sendo assim, é utilizado na residência para trabalhar temas e conceitos bem delimitados e, para garantir maior reflexão sobre a prática, há uma tentativa de sempre inserir alguma atividade extra que complemente esta metodologia.

A temática de Segurança do Paciente, obrigatória nos currículos da saúde, é trabalhada em formato de TBL, em que os testes tratam de questões sobre os conceitos de iatrogenia, eventos adversos, prevenção quaternária, entre outros conceitos da taxonomia Internacional de Segurança do Paciente. Depois, é feita uma discussão em que se fecham esses conceitos.

Para garantir a reflexão crítica acerca da prática, é dado no final da aula um questionário para que as equipes observem nas unidades rotinas relacionadas à segurança do paciente, como a forma de armazenamento e dispensação de medicação, se há excesso de demanda para o número de profissionais, se existe núcleo de segurança do paciente no município, se é feita notificação de evento adverso nas unidades, entre outros questionamentos.

Em um segundo encontro, é feita uma discussão em pequenos grupos baseados na problematização - quando os grupos apresentam o resultado da pesquisa, são problematizadas, em conjunto, a origem e as formas de enfrentamento das fragilidades relacionadas à segurança do paciente, não apenas sob um viés clínico, mas também das origens e impactos sociais das mesmas. Por fim, é orientada a leitura de um artigo sobre a segurança do paciente na Atenção Básica e veiculado um vídeo curto sobre a importância da notificação dos eventos adversos.

É importante reafirmar que as duas competências principais para o trabalho interprofissional são a Comunicação Interprofissional e a Atenção Centrada no Paciente (ACP) (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010). As metodologias ativas, de forma geral, se baseiam na interação entre os residentes, em maior ou menor nível, portanto acabam por estimular o desenvolvimento da comunicação interprofissional. Porém, nem sempre permitem que o olhar dos estudantes se forje na perspectiva do foco na necessidade do paciente em sua integralidade.

As metodologias que utilizam problemas fictícios, como o PBL, têm potencial para a aquisição desta competência por trabalhar com problemas próximos ao que se encontram na prática, mas é possível defender que as metodologias com a premissa da problematização de casos/problemas reais enfrentados pelos estudantes tem maior potencial para a aquisição desta competência, uma vez que este estudante está diretamente envolvido na resolução deste problema, podendo reverberar as discussões de forma prática e direta na sua atuação, trazendo uma aprendizagem mais significativa.

Não se exclui a possibilidade de outras metodologias, como o TBL, que se trata de uma metodologia mais estruturada no conteúdo, também sensibilizar os estudantes em relação ao Cuidado Centrado na Pessoa, dependendo da forma como for conduzido ou dependendo também da temática que for abordada, porém essa sensibilização se dá de forma mais indireta.

Há, por exemplo, um caráter pedagógico diferente entre refletir e teorizar em equipe sobre a forma mais integral de cuidado para um paciente diabético fictício e de fato discutir um problema real com as pessoas envolvidas neste problema, que conhecem com mais profundidade toda a complexidade das diversas possibilidades referentes àquele paciente, como a interação deste com o seu meio social, por exemplo.

Quanto à discussão dos disparadores para discussões teóricas, vale ressaltar que a utilização de vídeos como facilitadores de discussões, estratégia presente em catorze encontros nos dois anos de residência, é vista na literatura como potente no sentido da EIP por conseguir deslocar a atenção dos estudantes para questões muito próximas da realidade, de forma rápida, divertida e bastante detalhada (Nuin; Francisco, 2018).

Em alguns encontros, para estimular a interação entre os residentes, são utilizadas estratégias como as dinâmicas grupais e o *Role-play*. Estas estratégias são sempre utilizadas como complemento de outras metodologias para a sensibilização dos residentes em determinado tema a ser discutido, normalmente, como introdução ou encerramento dos encontros.

As dinâmicas de grupo já são estratégias bastante reconhecidas, principalmente no contexto da psicologia social, e não há grande consenso sobre sua definição, mas, de forma geral, seria toda atividade que se desenvolve com mais de três pessoas, em que há um objetivo comum com o interesse de integrar, divertir e promover reflexão. Dependendo da sua condução, essas estratégias têm potencial para desenvolver competências relacionadas à melhoria das relações interpessoais, à valorização do grupo ao qual pertence e ao autoconhecimento (Militão; Militão, 2000; Alberti et al., 2014).

O *Role-play*, ou *Role-Playing*, pode ser definido como uma dramatização por parte dos alunos de situações específicas para a posterior reflexão conjunta sobre o contexto proposto e a interação entre os personagens envolvidos, o que se denomina *debriefing*. Em outros contextos em que foi utilizado, foi possível verificar uma valorização, por parte dos estudantes, de aspectos relacionais e afetivos para além dos aspectos técnicos das profissões (Rabelo; Garcia, 2015).

O *Role-play* é utilizado na residência também dentro de uma adaptação de outra metodologia, denominada Grupo de Verbalização e Grupo Observação, quando se discute acolhimento e classificação de risco. Um grupo encena um atendimento a um paciente e o outro grupo apenas observa e faz anotações para posterior discussão em grande grupo, em que traçam ligações sobre as anotações feitas e a literatura a respeito do tema. Esta técnica é utilizada apenas uma vez.

Algumas outras metodologias também são trabalhadas de forma menos constantes, com duas ou uma utilização nos dois anos, e utilizadas também para trabalhar conceitos específicos - trata-se do *World Café* e Mapa Conceitual.

O *World Café*, de forma sucinta, é uma metodologia proposta por Brown e Isaacs (2007) com a premissa do acolhimento e do diálogo. A facilitação é feita por um “anfitrião” que estimula pequenos grupos a pensarem e sintetizarem suas ideias sobre algum conceito de forma escrita com possível acesso a algum material de apoio. Os participantes, após cada rodada de discussão sobre determinado tema, trocam de grupo para outras rodas de discussões sobre outros temas, mas que se conectam com o tema anterior.

O “anfitrião” é o único que permanece na mesma roda, o qual deve acolher e situar os novos participantes sobre as ideias discutidas pelo grupo anterior. Na última rodada, os participantes voltam para a sua primeira roda de discussão, quando o “anfitrião” relata como foi o percurso de discussão daquele tema. No final do encontro, cada grupo apresenta a síntese final da discussão e debatem os novos aprendizados em grande grupo (Brown; World Café Community, 2002).

Já o mapa conceitual tem como premissa construir novos conceitos com base no conhecimento anterior dos alunos, por meio de uma facilitação que instigue o aluno para que estabeleça ligações deste novo conhecimento com os conceitos relevantes que já tinha. É utilizada uma facilitação gráfica, por meio de “esquemas”, em que “caixas” com os conceitos expostos pelos alunos vão se conectando por “palavras de enlace”, que conectam conceitos gerais a conceitos intermediários e mais específicos a respeito do tema (Souza; Boruchovitch, 2010).

Tanto o *World Café* como o mapa conceitual são formas interessantes e menos diretivas de trabalhar questões mais teóricas que tradicionalmente são trabalhadas por meio de aulas tradicionais, e como ambas se pautam no diálogo em equipe, podem convergir com a EIP por serem estratégias que podem influenciar o estímulo da comunicação interprofissional enquanto competência colaborativa.

Por fim, resta discutir duas metodologias que têm certo destaque na residência pelo número de utilizações: são as rodas de conversa/mesas redondas com onze utilizações, e os seminários, com oito utilizações.

As mesas redondas são utilizadas na residência, principalmente, nos Encontros Integrativos, que acontecem entre todos os alunos dos dois anos do programa. Discutem-se, nestes encontros, questões relacionadas a temas mais atuais e emergentes na sociedade, os quais têm impactos para a saúde, ou debates sobre a saúde de populações específicas e/ou minorias políticas.

Nestes encontros, há sempre a participação de algum convidado externo para a discussão destes temas, o que foi acordado entre os tutores para que fossem resguardados os lugares de fala destas populações. Discute-se, por exemplo, a saúde da população indígena com os próprios representantes de movimentos sociais que representam esta população.

Ao analisar estes encontros pelo prisma da metodologia apenas, há de se entender que a forma como estes ocorrem na residência não permitem, de fato, interação entre os residentes, ficando estes na maior parte das vezes mais passivos aos conhecimentos e falas provenientes do convidado externos. Os únicos momentos de interação surgem das experiências ou questões que alguns residentes se sentem à vontade para expor, o que muitas vezes ocorre, mas não há nada sistematizado ou pensado para que esta interação aconteça, dependendo, portanto, da disposição individual de cada aluno.

Já a respeito dos seminários, segundo Reeves (2016), esta é uma estratégia bastante utilizada nas propostas de EIP, porém, no contexto da residência, pode-se dizer que a maioria dos encontros acabam por expressar uma dinâmica mais Multiprofissional que

Interprofissional, uma vez que é muito comum que os residentes compartimentem o conteúdo para que cada um pesquise e apresente apenas uma parcela.

Para garantir que haja mais interação com foco nas necessidades do território, em alguns encontros de seminário, o tema a ser apresentado é disposto em forma de um problema ou alguma atividade complementar que necessite de mais interação para a sua realização, como a descrição de algum caso enfrentado pela equipe relacionado ao tema proposto.

Apesar da maioria dos encontros de seminários ainda não estimularem de fato interação mais interprofissional, a adaptação desta e de outras metodologias é uma potência que se percebe na residência autogerida no sentido da EIP. Pela proximidade com a prática, é possível adaptá-las, de forma que estas atividades em grupo façam sentido para uma reflexão acerca do que se enfrenta no dia a dia das unidades e um acompanhamento mais próximo pelos tutores das aplicações destes conhecimentos na prática, não alienando a discussão para questões meramente teóricas, o que acaba por reforçar o estímulo de uma competência essencial da EIP, a Atenção Centrada no Paciente.

Há, durante o programa, dois encontros de oficinas práticas de PICS, as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, quando, após uma introdução sobre o que seriam as PICS, os residentes podem vivenciar na prática alguma destas, como Reiki, yoga e dança circular, conforme o seu interesse. As oficinas são conduzidas por profissionais externos com experiência na área, sendo que o número de PICS ofertadas depende da disponibilidade destes profissionais. Como a metodologia utilizada é a própria vivência da prática, a interação entre os envolvidos depende muito da escolha da PIC, já que algumas tem um caráter mais interativo, como a dança circular, e outras menos, como o Reiki, porém aposta-se que o contato com as PICS na educação para SUS possa sensibiliza-los para um olhar mais holístico e criativo.

Durante os dois anos da residência, há apenas cinco encontros de aula expositiva tradicional para trabalhar temas fora do domínio dos tutores, quando um convidado externo opta por esta metodologia, como as duas aulas de bioestatística, conduzidas por um especialista da área.

Por fim, pode-se dizer que a aposta das metodologias utilizadas na residência tem, em sua grande maioria, convergindo com a EIP, na medida em que permitem que competências colaborativas sejam estimuladas pela interação entre os residentes com objetivos em comum. Percebe-se também que a maioria das metodologias utilizadas tem potencial para estimular as duas competências essenciais da EIP, que são a Comunicação Interprofissional e a Atenção Centrada no Paciente, principalmente pelo fato de grande parte das atividades utilizarem

problemas reais enfrentados pelos residentes nos cenários de prática para o seu desenvolvimento.

Analisar as metodologias utilizadas é extremamente importante neste momento em que a residência ainda estrutura suas bases pedagógicas e pode contribuir para a adaptação de metodologias que vinham sendo utilizadas e pode influenciar nas escolhas das metodologias futuras.

Porém, para que esta análise relacionada às competências colaborativas se aprofunde, é necessário analisar também as temáticas dos encontros aplicadas a essas metodologias, pois entende-se que temática e metodologia se influenciam mutuamente, de forma que para se ter uma compreensão mais fidedigna sobre a potencialidade destes encontros teóricos e a influência no desenvolvimento de competências colaborativas, estes também devem ser analisados como um todo, levando em consideração toda a dinâmica do encontro e a forma que determinada temática foi aplicada.

Para isso, todos os encontros foram analisados individualmente, levando em consideração se a forma como aquela temática foi trabalhada trazia potencialidades para o desenvolvimento das competências colaborativas, que foram analisadas individualmente dentro de cada encontro, seguindo o referencial da Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010).

A síntese desta análise encontra-se no Quadro 4.2.

Quadro 4.2 - Competências para a EIP nos encontros teóricos do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Autarquia Municipal de Apucarana, PR, 2019

DOMÍNIO DE COMPETÊNCIA DE EIP (CIHC, 2010)	REFERÊNCIA DO ENCONTRO	NÚMERO TOTAL DE ENCONTROS PARA CADA COMPETÊNCIA
Comunicação interprofissional	2A, 3A, 4A, 5A, 7A, 9A, 10A, 11 A, 12 A, 13 A, 14 A, 16 A, 17 A, 26 A, 27 A, 29 A, 30 A, 31 A, 31 A, 32 A, 33 A, 35 A, 36 A, 1 B, 2 B, 3 B, 4 B, 5 B, 6 B, 7B, 8 B, 9 B, 11 B, 12 B, 13 B, 14 B, 15 B, 17 B, 18 B, 19 B, 1 C, 2 C, 3 C, 4 C, 5 C, 6 C, 7 C, 8 C, 9 C, 10 C, 11 C, 12 C, 13 C, 14 C, 16 C, 17 C, 20 C, 1 D, 2 D, 3 D, 4 D, 5 D, 6 D, 8 D, 10 D, 11 D, 12 D, 15 D, 16 D	69
Cuidado centrado no paciente/família/ comunidade	5 A, 6 A, 7 A, 8 A, 9 A, 10 A, 11 A, 12 A, 16 A, 17 A, 22 A, 25 A, 27 A, 28 A, 29 A, 30 A, 32 A, 34 A, 36 A, 2 B, 3 B, 4 B, 5 B, 6 B, 9 B, 10 B, 11 B, 12 B, 13 B, 15 B, 17 B, 18 B, 19 B, 1 C, 2 C, 3 C, 4 C, 5 C, 6 C, 7 C, 8 C, 9	65

DOMÍNIO DE COMPETÊNCIA DE EIP (CIHC, 2010)	REFERÊNCIA DO ENCONTRO	NÚMERO TOTAL DE ENCONTROS PARA CADA COMPETÊNCIA
	C, 10 C, 11 C, 13 C, 14 C, 20 C, 22 C, 1 D, 2 D, 3 D, 4 D, 5 D, 6 D, 7 D, 10 D, 11 D, 12 D, 14 D, 15 D, 16 D, 17 D, 18 D, 19 D, 20 D	
Esclarecimento de papéis	9 A, 10 A, 27 A, 30 A, 31 A, 32 A, 33 A, 36 A, 1 B, 2 B, 3 B, 4 B, 6 B, 8 B, 9 B, 12 B, 13 B, 15 B, 18 B, 19 B, 1 C, 2 C, 3 C, 4 C, 5 C, 7 C, 8 C, 10 C, 11 C, 13 C, 14 C, 19 C, 20 C, 1 D, 3 D, 4 D, 5 D, 6 D, 8 D, 9 D, 10 D, 11 D, 14 D, 15 D, 16 D, 18 D, 19 D	47
Funcionamento de Equipe	2 A, 3 A, 4 A, 5 A, 7 A, 9 A, 10 A, 11 A, 12 A, 13 A, 14 A, 16 A, 17 A, 26 A, 29 A, 30 A, 31 A, 33 A, 35 A, 1 B, 2 B, 3 B, 4 B, 5 B, 6 B, 8 B, 9 B, 11 B, 12 B, 13 B, 15 B, 17 B, 19 B, 1 C, 2 C, 5 C, 7 C, 8 C, 9 C, 10 C, 12 C, 13 C, 14 C, 17 C, 20 C, 1 D, 2 D, 3 D, 4 D, 5 D, 6 D, 10 D, 11 D, 15 D, 16 D	55
Liderança Colaborativa	3 A, 4 A, 31 A, 35 A, 3 B, 4 B, 9 B, 12 B, 13 B, 15 B, 19 B, 1 C, 5 C, 7 C, 8 C, 9 C, 10 C, 12 C, 13 C, 2 D, 3 D, 4 D, 5 D, 6 D, 10 D, 11 D, 15 D, 16 D	28
Resolução de Conflitos Interprofissionais	2 A, 31 A, 1 B, 12 B, 19 B, 9 C, 17 C	7
Nenhuma destas	1 A, 15 A, 18 A, 19 A, 20 A, 21 A, 23 A, 24 A, 16 B, 15 C, 18 C, 21 C, 23 C, 21 D	14

Fonte: O autor.

Ao analisar os encontros, levando em consideração que a residência conta com 98 encontros durante os seus dois anos, pode-se dizer que, de fato, estes trazem potencialidades na direção da educação interprofissional, já que as duas principais competências colaborativas são as mais estimuladas durante os momentos teóricos.

Durante a análise, foi possível perceber que determinadas competências trazem mais ligação com a metodologia utilizada, e outras trazem estreita relação com as temáticas trabalhadas.

A “comunicação interprofissional”, o “funcionamento de equipe”, a “liderança colaborativa” e a “resolução de conflitos”, de forma geral, necessitam de uma metodologia mais interativa, em que de fato a comunicação entre os residentes seja a característica principal do encontro, de forma que não adianta abordar apenas teoricamente temáticas relacionadas a estas competências, se estas não forem realmente estimuladas de forma mais prática durante o encontro.

Por outro lado, o “Cuidado centrado no paciente/família/comunidade” e “esclarecimento de papéis” necessitam de especial atenção com o conteúdo abordado, já que necessitam da quebra de alguns paradigmas historicamente arraigados nos profissionais de saúde, através da lógica biomédica – obviamente, que esta atenção não exime a possibilidade destas também serem aplicadas em metodologias mais interativas.

Para que o sujeito consiga entender a complexidade do processo saúde-doença e entender como a conexão com o outro profissional pode contribuir nesta compreensão, é necessário que o sujeito entre em contato com temáticas que sejam interdisciplinares, as quais permitam de fato a expansão do olhar dos residentes para além de questões biológicas.

Portanto, alguns encontros, mesmo que a metodologia não permitisse grande interação entre os residentes, foram considerados potentes em relação à competência do “Cuidado centrado no paciente”, como os encontros 6 A, 34 A e 20 D, que trazem um debate com representantes de movimentos sociais, de minorias políticas, ou um debate mais ampliado sobre questões ambientais e o impacto na saúde da população.

A introdução sobre a metodologia do Materialismo Histórico-dialético, discussão interdisciplinar e rara nas formações em saúde, também se enquadra nestas características. Trata-se de um assunto demasiadamente denso e desconhecido pela grande parte dos profissionais de saúde, havendo, portanto, uma dificuldade em se trabalhar a temática de forma menos diretiva e mais interativa, pois, apesar de trazer profunda interferência na prática, tem caráter essencialmente teórico.

Há de se compreender que, possivelmente, o contato com os debates sejam introdutórios para estes residentes, no sentido de que não são temas historicamente valorizados pelas graduações em saúde, mas são de extrema importância para a compreensão crítica da diversidade de necessidades em saúde, o que traz estreita relação com a competência do “cuidado centrado no paciente/família/comunidade” por ampliar o repertório destes residentes frente à complexidade do processo saúde-doença.

Há, inclusive, o momento em que o próprio conceito da Atenção Centrada no Paciente é apresentado para os residentes (encontro 29 A e 30 A) pela construção de um mapa conceitual, e, em um segundo momento, pede-se para que estes se voltem para o território e elejam ações que consideram focadas nas necessidades da população. Estas ações são discutidas em conjunto para avaliar quais os aspectos destas intervenções os tornariam “centradas no paciente” de fato e como aprimorá-las. Estes encontros foram considerados potentes em relação às competências colaborativas, principalmente, em relação à “atenção

centrada no paciente”, pois, além de apresentar o conceito, conseguir trazer reflexão crítica acerca do processo de trabalho.

A “atenção centrada no paciente” foi considerada a segunda competência mais estimulada nos encontros teóricos, porque foram justamente estas duas características principais dos encontros que trazem potencialidades em relação a esta competência: temas que permitem ampliação da concepção do processo saúde-doença e/ou temas que permitem uma reflexão ou aplicabilidade em relação à prática.

Destacam-se, neste sentido, os encontros 3B, 5B e 6B em que discute o Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Saúde no Território e os instrumentos de abordagem familiar, como o genograma e ecomapa. Todas estas tecnologias de cuidado são aplicadas para situações reais priorizadas e trazidas pelos residentes, o que permite mais aproximação com a realidade da população.

Quanto a competência de “esclarecimento de papéis”, é necessário que haja o cuidado de garantir que a temática proposta permita que os residentes aprendam sobre a outra profissão, de forma que apenas garantir que haja uma interação conjunta sem a preocupação de que esta interação se debruce sobre conteúdos que permitam emergir também as especificidades dos núcleos profissionais, não garante o estímulo desta competência. Esta afirmação não exclui a importância de que, em alguns momentos, as competências comuns a todos os profissionais também sejam estimuladas, mas para que haja o esclarecimento de papéis há a necessidade de que os profissionais também conheçam as especificidades alheias.

Para que haja este reconhecimento dos limites e possibilidades da profissão do outro, há de se ter bastante cuidado em relação à temática trabalhada, de forma que esta pode ser mais evidente e diretiva, quando, em uma mesa redonda com um farmacêutico do município que apresenta um pouco a sua atuação, como também é possível que estas especificidades apareçam de forma mais espontânea: dentro da aula, há a possibilidade de discussão de casos em conjunto, mas, nestas ocasiões, devem ser casos complexos que necessitem de discussão conjunta para sua compreensão e resolução.

Portanto, a competência do esclarecimento de papéis dentro destes encontros foi considerada potente em três possibilidades distintas: a primeira delas trata-se justamente dos momentos em que o esclarecimento de papéis se dá de forma mais diretiva, quando a competência de outras profissões se apresenta de forma mais direta, como nos encontros 8D e 19C.

A segunda possibilidade, e mais constante, se dá nos encontros em que esta competência é estimulada de forma mais indireta, justamente pelas discussões conjuntas de

alguma situação que permita o acionamento do saber específico das profissões (como nos encontros 15B, 9A, 5D e 16D). Esta forma de se estimular esta competência é considerada potente, pois é justamente a forma como espera-se que o conhecimento específico das profissões seja acionado na prática, indo de encontro ao que diz Gastão Wagner, que coloca que a especificidade dos núcleos profissionais deve ocorrer como “uma possibilidade e não como uma ocorrência automática”.

A terceira possibilidade achada nos encontros teóricos para o estímulo dessa competência se dá nos momentos em que são explicitadas as competências compartilhadas, ou seja, as competências comuns a todos os profissionais que trabalham na atenção básica. Trata-se de encontros como o 1D, que discute o acolhimento, o 12 C, que aborda a urgência e emergência na atenção básica e as manobras de reanimação cardiorrespiratória, que deve ser de conhecimento de todos os profissionais, e o encontro 14 C, que trata da segurança do paciente, entre outros.

O conhecimento sobre as competências compartilhadas também é importante, como colocam Peduzzi et al. (2016a), pois ter propriedade sobre todos estes níveis de competências, as específicas, as compartilhadas e as colaborativas, permite um conhecimento mais claro sobre os limites e potencialidades das profissões e da colaboração interprofissional na prática.

A competência da “comunicação interprofissional” foi considerada a competência mais estimulada pelos encontros teóricos, presente na grande maioria destes. Foram consideradas como estímulo a esta competência todas as atividades que tinham a interação entre os residentes para o desenvolvimento das atividades como característica principal do encontro. Neste sentido, destaca-se o papel importante das metodologias, principalmente metodologias como o PBL e o TBL, que têm a questão da resolução de problemas em comum. Todas as atividades focadas na resolução de questões relacionadas ao território também foram consideradas.

Grande parte dos encontros considerados potentes para a “comunicação interprofissional” também tinham potencialidades para o desenvolvimento da competência relacionada ao “funcionamento de equipe”, que também trouxe muita relação com as metodologias ativas. Foram descartadas desta última competência apenas as atividades que, por mais que estimulassem a comunicação, não eram realizadas, por exemplo, entre as equipes das unidades, ou que utilizavam-se de equipes transitórias, utilizadas apenas para atividades curtas, não valorizando o vínculo e interdependência, características importantes do trabalho em equipe segundo D’Amour et al. (2005).

A competência da “liderança colaborativa” tem sido estimulada, mas não se destaca, podendo ser criadas estratégias para que esta seja mais evidenciada. Os encontros em que esta pode ser estimulada são os encontros de PBL, já que a liderança do grupo tutorial é inerente à própria metodologia, e é uma liderança democrática, escolhida pelo grupo, e transitória. Todos os encontros em que há uma atividade conjunta no território também teria, em tese, a potencialidade para o desenvolvimento da “liderança colaborativa”, porém, dentre estes encontros, só foram considerados potentes aqueles que traziam de forma mais evidente a questão da liderança, presente por exemplo nos encontros em que se discutiu o planejamento em saúde (1C, 2C).

Porém, em grande parte dos encontros em que há atividades voltadas para o território, por mais que a princípio haja uma horizontalidade das relações de poder, a questão da liderança nas atividades não é problematizada o suficiente, não sendo raro, inclusive, que por mais que todos participem das atividades, a liderança recaia frequentemente sobre as mesmas pessoas. Neste sentido, é necessário criar estratégias para que a liderança colaborativa seja estimulada de forma mais expressiva.

A “resolução de conflitos interprofissionais” se mostrou como um grande desafio nesses momentos teóricos, havendo pouca possibilidade de estímulo para o seu desenvolvimento. Foram considerados, dentro desta competência, os momentos de TBL em que a negociação faz parte da metodologia, o que frequentemente traz situações conflituosas trabalhadas em conjunto. Assim como os momentos de temáticas muito específicas que influenciam na questão da “resolução de conflitos”, como o encontro 17C, em que se discute Ética, e são problematizadas questões éticas relacionadas a cada território, e também o encontro 2 A, em que se discute “como fazer e receber críticas”. Podem surgir situações conflituosas em outros encontros em que se trabalham os problemas de processo de trabalho das equipes, porém, é algo que acontece e trabalhado pontualmente, não sendo algo garantido pela matriz curricular, ou não sendo uma intencionalidade pedagógica na construção dos encontros teóricos.

Mesmo sabendo que existem outros momentos em que esta competência possa ser estimulada, como nos encontros de tutores, preceptores e residentes, nos quais de fato discutem-se questões conflituosas relacionadas aos cenários de prática, seria bastante interessante que esta competência também fosse mais estimulada nos momentos teóricos, preparando o residente para manejos interprofissionais de resolução de conflitos. Talvez uma dessas formas seja trabalhando nas discussões de casos e problematizações realizadas em sala de aula, algumas situações propositalmente conflituosas para que haja o costume por parte dos

residentes de não simplesmente evitar o conflito, mas trabalha-los de forma coletiva com “foco na superação conjunta das dificuldades”, como bem colocado pela Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010).

Percebe-se, após a análise dos encontros, em suas temáticas e metodologias, fazendo este paralelo com as competências colaborativas, que por mais que haja maior relação de determinada competência com o conteúdo ou com a metodologia, os encontros mais potentes, no sentido de ter capacidade para o estímulo do maior número de competências colaborativas, são justamente os que apresentam temáticas que permitem um foco do paciente para as necessidades da população, mas que também são aplicados de forma interativa.

Percebe-se também que, mesmo que não seja possível o estímulo à todas as competências em um único encontro, é interessante que ao menos haja um cuidado para que todas elas sejam estimuladas frequentemente durante os dois anos de residência e, neste sentido, é interessante que se passe a fazer esta análise relacionada às competências colaborativas todas as vezes em que se for pensar em um novo encontro, tornando esta análise parte do planejamento pedagógico da residência, já que existe uma preocupação no fortalecimento da educação interprofissional.

Por fim, é possível concluir que as metodologias utilizadas na residência têm grandes similaridades com as metodologias adotadas e descritas como potentes para a EIP pela Universidade Europeia, na Espanha, que tem seu currículo todo estruturado nessa perspectiva, em que o cuidado principal na escolha das metodologias é a possibilidade de “adequar comportamentos e interações interpessoais”, ao que se espera dos profissionais nos ambientes reais de trabalho (Nuin; Francisco, 2018, p. 38).

Resguarda-se, obviamente, a diferença de infraestrutura entre as instituições, uma vez que na construção do projeto de EIP desta universidade, houve um intenso treinamento por meio de um plano de formação dos docentes no sentido da EIP.

Há de se pensar, por outro lado, de forma cautelosa a respeito destas comparações, já que o caráter da formação na residência traz peculiaridades, tanto relacionadas à disponibilidade de momentos de interação entre as diferentes profissões, que é mais intensa que nas graduações, quanto às peculiaridades relacionadas ao próprio sistema de saúde.

A própria Universidade Europeia, que se baseou em outras experiências de EIP, como a da universidade de Leicester, na Inglaterra, e de Minnesota, nos Estados Unidos, reitera que foi importante a adaptação destas estratégias, conforme às necessidades do sistema de saúde local e às possibilidades existentes (Nuin; Francisco, 2018).

Sendo assim, ainda é um desafio encontrar ou adaptar estratégias bem sucedidas de EIP pelo mundo para o contexto brasileiro, principalmente para um contexto que tem como premissa a formação para a atuação na Atenção Básica, frente à sua complexidade - esse desafio também se dá na escolha ou adaptação das metodologias. .

É possível perceber que, mesmo que permitam uma grande interação entre os residentes, ainda há certa inconsistência teórica que embase as metodologias utilizadas nos encontros em pequenos grupos por mais que sejam interativas e focadas nas questões dos territórios. Há uma evidente preocupação na priorização de pedagogias progressistas, que convirjam com a defesa do SUS, mas não há consenso sobre quais referências teóricas adotar, permanecendo estes encontros, inclusive, inominados, ou com didáticas não muito bem sistematizadas e definidas.

Por ser extremamente recente a adoção desta nova Matriz Curricular, é possível concluir que estas inconsistências teóricas venham justamente da tentativa de se adaptar os modelos existentes de metodologias ativas para um formato que faça sentido para a atuação em defesa do SUS, e, portanto, ainda estão em fase de debate e construção coletiva pelos tutores, ainda não havendo consenso entre os mesmos.

A análise da Matriz Curricular evidencia ainda mais a necessidade de atualização do Projeto Político Pedagógico, uma vez que esta demonstra potencialidades em relação à EIP que não são compatíveis com a inconsistência do projeto, demonstrando que a dinâmica da residência tem se dado muito mais na informalidade, carecendo de algumas bases mais sólidas.

Porém, se torna justo refletir que, dentro das peculiaridades, por ser uma residência autogerida em uma instituição sem nenhuma tradição acadêmica e do pouco tempo de existência do programa, a Matriz Curricular demonstra um grande passo de estruturação da residência para um trabalho interprofissional.

4.1.4 A Interprofissionalidade no Programa de Residência, Segundo os Tutores, Preceptores e Residentes

Para analisar a percepção dos diferentes sujeitos envolvidos na residência sobre a interprofissionalidade no programa, foram realizados três grupos focais: um com os tutores, um com os preceptores e outro com os residentes.

O grupo focal dos residentes contou com doze participantes - seis residentes do primeiro ano e seis do segundo ano da residência, sendo dois residentes de cada categoria profissional.

O grupo dos tutores contou com quatro dos seis tutores de diferentes categorias profissionais: um dos tutores não pode estar presente, pois estava afastado do cargo no momento da condução do grupo, e outro foi o moderador assistente do grupo focal.

O grupo focal dos preceptores contou com seis preceptores, cada um representando um cenário de prática em que há atuação dos residentes.

Após a categorização dos grupos focais, surgiram quatro categorias analíticas: 1 - A Residência e as Estratégias Facilitadoras para a Educação Interprofissional, 2 - Desafios para a Efetivação da Educação Interprofissional, 3 - A Construção do Cuidado com Base nos Fundamentos da Prática Interprofissional, 4 - O Encontro do Trabalho das Equipes de Saúde e a Residência: Desafios na Construção da Prática Interprofissional.

Dentro de cada categoria emergiram algumas subcategorias, que serão apresentadas por tópicos dentro da respectiva discussão.

4.2 A RESIDÊNCIA E AS ESTRATÉGIAS FACILITADORAS PARA A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

4.2.1 Residência como Primeiro Contato com a EIP

Uma potencialidade exposta pelos residentes sobre a EIP no programa foi o fato deste ter sido o primeiro contato, tanto com o termo quanto com a possibilidade de interação com outros profissionais nos momentos teóricos e práticos, conforme é possível averiguar pelas falas selecionadas a seguir:

R1“Meu primeiro contato com o termo foi na Residência. Durante a Graduação nunca tinha tido contato com nada interprofissional”.

R5“Na minha Graduação a gente não teve uma formação voltada para o interprofissional, exclusivamente para um ato mesmo, voltado para a profissão. Apenas a especificidade. Nada de integração”.

R9“Meu primeiro contato também foi durante a Residência. Na Graduação, o trabalho era muito específico na minha área, então foi na Residência também que eu tive contato.”.

Em relação ao contato com o termo “Educação interprofissional”, dos doze residentes, apenas um teve contato durante a graduação em sua pesquisa bibliográfica para o trabalho de

conclusão de curso, o qual se trata, portanto, de um contato que não estava previsto diretamente pela instituição formadora.

Estas falas evidenciam tanto o caráter uniprofissional das graduações em saúde quanto a incipiência da discussão sobre a EIP nos espaços acadêmicos.

Como bem reforçam Santos et al. (2018), no Brasil, ainda são poucas as práticas de EIP na formação em saúde e não há uma literatura vasta sobre essa discussão. Porém, os autores enfatizam que os estudos já publicados reconhecem que os profissionais formados nessa perspectiva têm mais abertura para a aprendizagem compartilhada e para a colaboração no trabalho em equipe.

Sendo assim, o fato de a residência ser o primeiro contato dos residentes com o termo e com essa perspectiva de formação, traz uma concepção importante acerca da contribuição da residência em possibilitar o contato destes profissionais que tiveram uma formação uniprofissional com uma outra possibilidade de formação, voltada para a colaboração.

Por outro lado, receber profissionais forjados numa perspectiva uniprofissional traz grandes desafios para a residência, principalmente no sentido da sensibilização destes profissionais para a colaboração, uma vez que tiveram sua identidade profissional construída em outra perspectiva.

Esse desafio é bem evidenciado pela fala de um dos tutores:

T4: “Eu acho que também um fato que dificulta muito é a formação, em nível de graduação, que não prepara, apesar de que nos últimos anos, muitas instituições têm mudado o processo de formação, mas a graduação não prepara o aluno para trabalhar em equipe, nem de forma multi, quem dirá interprofissional, então assim...eles vêm muito crus, eles vêm com um pensamento de clínica, uniprofissional mesmo, e aí a gente inserir isso na teoria é difícil, mas ainda assim é mais fácil do que reverter o trabalho na prática”

A maioria dos tutores também tiveram contato com o termo e os aspectos metodológicos da EIP, após inseridos no contexto da residência, fica evidente que o processo de discussões dos tutores nas reuniões pedagógicas foi imprescindível para a troca de experiências e alinhamento conceitual a respeito da educação interprofissional:

T1: “E aí, por conta da residência, você começa estudar o multiprofissional e aí vai te gerando dúvidas, então, o que que é interdisciplinar? O que que é multiprofissional? O que que é uniprofissional? fui tentando entender o processo de residência multiprofissional e acabei chegando no interprofissional”.

T4: “Até chegar no interprofissional, quando a gente começou a estruturar a residência houve dificuldades em distinguir o que é do núcleo, o que é do campo. E aí isso foi me direcionando para o interprofissional, eu fui buscar

leitura, nós fomos nos capacitando também né, mas antes disso, na graduação, não, nada”.

T2: “Nós também começamos a trabalhar esses conceitos, né? De interprofissionalidade, multiprofissionalidade. Porque eu vejo, assim, eu não sabia o que era o conceito de interprofissionalidade até entrar aqui. E eu mesmo nunca tinha tido a oportunidade de trabalhar no interprofissional, apenas multiprofissional”.

T5: “Não na formação inicial, na pós-graduação eu tive contato, mas nas nossas discussões aqui que fui ter mais clareza mesmo”.

Percebe-se que o anseio por uma formação que permitisse mais colaboração entre os residentes surgiu naturalmente por parte dos tutores, devido às dificuldades encontradas na residência, antes mesmo destes terem total clareza a respeito do termo, cujo anseio foi levando as discussões na direção da EIP, como observa-se nas falas a seguir:

T3: Então, e aí, eu tô aqui pensando, porque teve uma coisa um pouco intuitiva que se tinha quando surgiu essa intencionalidade né?, que se imprime pros nossos processos, de modo geral, né? Então, assim, teve um momento que, a gente não tinha visto essa questão da educação interprofissional antes, mas a gente já vinha de uma trajetória educativa e de uma forma de organização nesse sentido, e aí, em algum momento, a gente passa dessa coisa meio intuitiva pra essa diretividade, uma intencionalidade nessa forma de educar e tal”

T2: “Porque, assim, eu acho que o nosso foco não era nem o interprofissional, mas era a integralidade do cuidado. Então assim... a gente queria que eles fizessem ações integradas, para fazer ações integradas eles precisavam sair da visão clínica, ambulatorial e de especialidade. De que se forma faz isso? Ah... Mas o multi profissional continua segregado, é fragmentado, é prescritivo, né? Junto com isso, aí que a gente começou a ler, e aí, acho que começou a pensar na prática, também, né? Mudanças nas metodologias etc.”.

Em estudo realizado com uma residência multiprofissional de uma universidade federal por Dias et al. (2016), foi encontrada uma experiência extremamente similar, em que os tutores faziam certa confusão entre os termos “interprofissionalidade” e “interdisciplinaridade”, e o processo de internalização dos conceitos começou a acontecer no decorrer da vivência destes tutores no programa em questão, e que, inicialmente, quando as atividades interprofissionais aconteciam, elas se davam pela integração como finalidade dos processos, sem haver uma definição concreta sobre o termo.

É interessante observar, portanto, que a vivência na construção da residência permitiu momentos de discussão entre os tutores, em que a troca de saberes e experiências foi imprescindível para a conclusão de que os processos pedagógicos deveriam convergir para a educação interprofissional.

É possível concluir também que estes momentos vividos pelos tutores foram de grande potência interprofissional, uma vez que estes aprenderam uns com os outros e sobre os outros, com o objetivo comum de qualificar a formação integral dos residentes, e, portanto, a possibilidade desta vivência, pode facilitar a concretude sobre o que é a interprofissionalidade.

Quanto aos preceptores, a maioria destes cita o curso de pós-graduação em preceptoria no SUS como o primeiro contato com a EIP, e dois dos preceptores disseram ter o primeiro contato com o termo no próprio grupo focal. Apesar da pós-graduação não ter sido oferecida diretamente pela residência, o convite e liberação destes profissionais pela autarquia se deu pelo contexto da inserção destes na preceptoria no programa.

P5 “Eu já ouvi no curso de preceptoria. Foi trabalhado lá esse termo de interprofissional”.

P3 “Eu não. Hoje é a primeira vez, na verdade”

P1 “Nós duas também, no curso de preceptoria”

Apesar da maioria dos preceptores já ter tido contato com o termo, apenas nesta categoria houve uma confusão unânime em relação ao mesmo, tendo sido utilizado o termo “multiprofissional” por todos os tutores como sinônimo de “interprofissional” várias vezes durante o grupo focal. Houve a necessidade de uma nova diferenciação entre os dois termos por parte da condutora do grupo para que a discussão tivesse a profundidade necessária. Como exemplo desta confusão, observam-se as falas a seguir:

P5: “A gente sabe que a UBS tem o intuito de trabalhar Equipes Multiprofissionais, mas eu acho que mais aprofundado isso mesmo nós ficamos sabendo no curso da preceptoria. Pelos anos que a gente tem de trabalho, a gente percebe que a coisa só desenvolve assim no trabalho multiprofissional e não independente, quando cada um faz o seu trabalho”.

P1: “Já tive contato...a gente fala muito de multiprofissional, inclusive o nome da Residência é Multiprofissional né.”.

P6: “Mas Multiprofissional não é a mesma coisa que Interprofissional?”

É possível perceber mais clareza entre os residentes e tutores acerca da definição do termo. Entre os preceptores ainda há uma confusão em sua definição, embora haja uma valorização do trabalho em equipe e, apesar do primeiro contato dos preceptores com a EIP ter sido oportunizado por suas atuações na residência, mesmo que indiretamente, estes não têm um momento garantido pelo programa para a discussão específica relacionada à educação e prática interprofissional, dificultando que consigam ter mais propriedade neste sentido.

Seria interessante, portanto, que fosse garantida uma oportunidade equânime entre os envolvidos no programa para a apropriação sobre o que é a interprofissionalidade, tanto na educação quanto na prática, de forma que os objetivos dos tutores, preceptores e residentes pudessem convergir no que tange às mudanças necessárias para que a colaboração seja facilitada.

4.2.2 Eixo Teórico como Incentivador para uma Prática Interprofissional

Os residentes, apesar de apontarem dificuldades em romper com o multiprofissional nos momentos teóricos, atribuem a estes encontros o estímulo a uma reflexão acerca da prática profissional no sentido da interprofissionalidade.

O termo “disparador” foi escolhido e adotado por eles durante o grupo focal para qualificar este incentivo dos momentos teóricos, que tem permitido que estes reflitam sobre como estão interagindo nos cenários de prática:

R11: “Se a gente não tiver esse disparado no eixo teórico... às vezes tem que saber trabalhar com as outras profissões, tem que aprender do outro, tem que ser interprofissional. Se a gente não tivesse esse disparador eu acredito que não teria a vontade de saber o que é a profissão do outro e conhecer um pouco mais fora da sua.”

R2: “Nas discussões teóricas, as vezes a gente fica no Multi, mas é uma coisa que os professores estimulam muito a gente, a buscar essa interprofissionalidade, então acho que esse estímulo facilita mesmo a gente a buscar um relacionamento significativo”.

R6: “As discussões, serviram como um disparador legal. O disparador que fez a gente tentar chegar no campo de prática e parar de deixar tudo muito fragmentado”

Pelas falas acima, é possível perceber que os momentos teóricos têm permitido a reflexão acerca de competências importantes para a interprofissionalidade reconhecidas pela literatura, como o esclarecimento de papéis, conforme consta na fala de R11, o funcionamento de equipe, conforme a fala de R2, e a integralidade, conforme fala de R6, intrínseca à competência de Atenção Centrada no Paciente (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

É interessante perceber que, mesmo após as atividades teóricas, os residentes continuam se questionando e reverberando a busca por uma atuação mais integrada, o que fica explícito nas duas falas a seguir:

R1: “Uma coisa que eu me questionava bastante que eu fiquei pensando....gente, mas se eles querem que a gente faça uma atuação

interprofissional, por que o nome da Residência é Multiprofissional? Fiquei me questionando se era pra gente ser Multi ou Inter. Aí eu lembro que o tutor falou que a atuação interprofissional é uma coisa que a gente sempre tem que estar buscando e talvez não tenha chegado ainda, mas é uma coisa que a gente tem que buscar”

R9: “Você busca por isso e, o ambiente da Residência, os eixos teóricos, o que a gente estuda... é pra isso, pra ter uma base de como a gente vai trabalhar. Eu acho que isso instiga muito você pensar: “Será que estou sendo interprofissional? Será que é essa mesmo a proposta?”. Então eu acho que o processo da Residência instiga você a ser interprofissional”

Outro fator importante trazido pelos residentes sobre este “disparador” proporcionado pelos encontros teóricos é a maior facilidade de interação entre os residentes em comparação às equipes das unidades, que não têm acesso às discussões.

R6: “Até porque dá uma diferença entre a gente da Residência que tem acesso a parte teórica e a Equipe que não tem esse disparador, a gente tem um pouco mais de facilidade de interagir, mas aí fica entre nós”.

R9: “Tanto que às vezes a gente não nota isso (interação interprofissional) na UBS, que não tem acesso a esses estudos, conhecimentos e orientações que a gente tem na Residência no eixo teórico. Então eu acredito que a Residência contribui muito pra esse ambiente que a gente seja Interprofissional”.

É importante refletir, por outro lado, que o fato das equipes não interagirem da mesma forma que os residentes, pode estar ligado a muitos outros fatores, além da falta de acesso a uma formação na proposta da EIP. Porém é interessante valorizar este olhar crítico dos residentes acerca do trabalho em equipe referente às próprias atitudes e à equipe de funcionários das unidades, demonstrando que, por mais que exista mais facilidade em permanecer na lógica multiprofissional, existe uma sensibilização para a reflexão e para a busca da interprofissionalidade.

O fato da dificuldade em se deslocar de uma lógica multi para a interprofissional é natural, visto que se trata de uma concepção ainda nova, até mesmo para os tutores do programa, que ainda estão concebendo estratégias para garantir uma formação interprofissional. Mas como bem coloca Ceccim (2018, p. 7), “a interprofissionalidade emerge em territórios multiprofissionais, sem a multiprofissionalidade não haverá o ponto entre ou interprofissões”.

Portanto, mesmo dentre as dificuldades encontradas para a transferência da lógica multi para a interprofissional, os momentos teóricos têm permitido o desenvolvimento de um olhar mais crítico dos residentes acerca da forma como estes e as equipes têm trabalhado no que se refere à integração profissional.

4.2.3 Atividades em Pequenos Grupos por Cenários de Prática

Os encontros em pequenos grupos, divididos por cenários de prática, foram amplamente considerados pelos residentes como uma potencialidade da residência em relação à EIP:

R2: “Acho que o que favorece esses momentos que tem Interprofissionalidade no eixo teórico é quando divide algumas atividades em pequenos grupos, por cenário de prática, porque daí entra o relacionamento. Já é um grupo que você está habituado, que você discute sempre”.

R10: “Eu acho que é tão importante isso que ela falou, que mesmo quando a gente se encontra nos momentos teóricos para ser interprofissional é com o nosso cenário do nosso grupo de prática que a gente se sente à vontade para fazer isso, pra produzir esses encontros”.

R3: “Então, nas discussões, quando a gente está com a nossa equipe, da nossa UBS, a gente já se conhece, a gente já se respeita, então a gente pode ir até mais além porque a gente tem aquela confiança e conhece o outro”.

R1: “Na minha visão, eu consigo ser muito mais interprofissional na prática ou na teoria quando é no meu grupo de UBS do que quando está no grande grupo. Então, acho que essa falta de conhecer o outro e de confiança se você pode realmente falar de tudo aquilo”.

Entre os tutores, estes momentos teóricos em pequenos grupos também foram amplamente valorizados como potentes espaços para a interprofissionalidade:

T5: Quando eles estão em pequenos grupos nas discussões e nós estamos ali para assessorá-los, né, de alguma forma, na construção das atividades, eu acho que isso é o trabalho interprofissional, eu percebo a integração ocorrendo ali.

T1: A ferramenta mais potente são os pequenos grupos, mais ainda quando estão entre os residentes da atenção básica, entre os residentes das unidades, porque eles conseguem trazer prática e teoria, então, isso eu acho indispensável...eles refletem a teoria em cima da prática diante do cenário que eles estão vivendo.

T2: Eles conseguem falar, não ficam tão dispersos, né? Eu também concordo com isso, e a gente, inclusive, deveria trabalhar mais em pequenos grupos, que é quando eles conseguem se integrar um pouco mais.

Na literatura acerca da EIP, encontra-se que o aprendizado, nesta perspectiva de formação, se desenvolve de forma mais integrada, quando grupos menores, com cerca de oito a dez membros, se reúnem, e deve haver uma divisão igualitária de profissionais da mesma categoria (Oandasan; Reeves, 2005).

O contato com questões relacionadas à prática profissional é também considerado como potente estratégia de ensino para o desenvolvimento de competências colaborativas (Schön, 1987; Nuin; Francisco, 2018).

Nos encontros citados pelos residentes, as atividades são realizadas com seis residentes de diferentes categorias profissionais, lotados no mesmo serviço, em que são feitas pontes de discussão dentro de cada tema para a necessidade de cada território, em alguns momentos também se utiliza a metodologia do PBL (Problem Based Learning) com problemas fictícios.

Na análise da matriz curricular, estes encontros, em pequenos grupos, também foram considerados como tendo grande potencial para o desenvolvimento de competências colaborativas, legitimado pelo discurso dos residentes.

É importante destacar que o grande diferencial nestes encontros, na visão dos residentes, é o maior vínculo entre eles, por estarem no mesmo cenário de prática, e portanto, conviverem entre si, o que parece contribuir para mais confiança e disponibilidade para a colaboração no momento teórico.

D'Amour et al. (2008) coloca a confiança como característica importante na desenvolvimento do que as autoras denominam de “internalização”, uma das dimensões necessárias para a colaboração, e que se refere à conscientização dos profissionais sobre suas interdependências e sobre a importância de gerenciá-las, e que se traduz em um sentimento de pertencimento, conhecimento dos valores e competências de cada um e confiança mútua.

Este sentimento de pertencimento fica evidente na fala de R3: “a gente já se conhece, a gente já se respeita, então a gente pode ir até mais além porque a gente tem aquela confiança e conhece o outro”. Este sentimento é necessário para a o desenvolvimento das competências colaborativas, principalmente no que se refere ao “funcionamento de equipe”, em que a busca de relações saudáveis e efetivas se tornam essenciais (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

É importante, portanto, entender que o desenvolvimento de competências colaborativas se dá no contexto das relações humanas, atravessadas das mais diversas subjetividades, desde questões relacionadas às relações de poder até questões relacionadas às características individuais de personalidade dos sujeitos e, portanto, é possível concluir que para que estas questões sejam neutralizadas, no sentido de se construir um vínculo de confiança e interdependência, é necessário tempo e convivência.

4.2.4 Uso de Metodologias Ativas

O uso das metodologias ativas foi citado pelos residentes como um facilitador de interações interprofissionais:

R2: “Primeiramente aquelas aulas da tarde, que a gente discute os problemas, que são trabalhadas nas equipes, leva o caso e aí todas as profissões debatem sobre. Acho que ali fica mais claro o interprofissional, pelo menos para mim”.

R7: “Eu acredito que as situações problemas também propiciam avanços um pouco mais nesse sentido interprofissional, que eu vejo que é uma discussão mais ampla e que as pessoas se sentem à vontade também por serem grupos menores. Você tem mais liberdade para falar”.

R10: “Pegando um gancho, a metodologia ativa eu digo que também é um disparador para você trabalhar Inter, apesar de eu ter certa dificuldade com elas ainda, a gente consegue pelo menos parar e pensar e trabalhar um pouco Inter”.

Os momentos de discussões em pequenos grupos com foco nos problemas do território e o uso da aprendizagem baseada em problemas foram citadas como potências na direção da interprofissionalidade.

Uma residente utilizou o termo “metodologia ativa” de forma geral, não especificando exatamente a quais metodologias se referia, mas as outras metodologias ativas, como o TBL, por exemplo, não emergiram das falas dos residentes, talvez por serem utilizadas com menos frequência ou por não serem integralmente ativas, tendo momentos mais diretivos em sua condução.

Os tutores também citaram as metodologias ativas como facilitadores para a EIP:

T1: A metodologia ativa acho que é um potencializador, daí, a gente começa a pensar em dar esse protagonismo pro aluno, o aluno tem que se apropriar mais de outros conceitos que ele ainda não tinha naturalizado de forma mais autônoma.

T5: A metodologia ativa ajuda muito nesse sentido, eles buscam na literatura, vai pro território, desenvolve uma ação lá, volta pra cá... Eu acho que isso ajuda a pensar na prática colaborativa porque eles estão tendo que pensar nas necessidades daquela demanda, se organizar junto pra bolar uma estratégia conjunta em equipe.

O uso das metodologias ativas em residências multiprofissionais são recomendadas pelas normativas da Comissão Nacional das Residências Multiprofissionais em Saúde, porém estas normativas não se aprofundam em quais metodologias são recomendadas e não citam a interação interprofissional como característica a ser observada nas escolhas pedagógicas (Brasil, 2014).

Reeves (2016) coloca que não existe uma única metodologia possível para a EIP e que, de preferência, sejam utilizadas várias metodologias, a depender do objetivo e do perfil dos alunos - o ponto importante é que as estratégias escolhidas sejam ativas, interativas, permitindo a reflexão de questões centradas no paciente.

É importante ressaltar a dificuldade inicial de alguns residentes em relação à metodologia ativa, conforme consta na fala de R10.

Estes problemas adaptativos são comuns e presentes em outras realidades, em que houve um rompimento com uma educação tradicional (Christofolletti et al., 2014).

Sabendo que a grande maioria dos residentes veio de formações mais tradicionais, tanto no sentido das metodologias quanto das interações com outras categorias profissionais, estas dificuldades iniciais são esperadas, porém seria importante a discussão e criação de estratégias para que estas dificuldades fossem minimizadas.

Mesmo diante destas dificuldades de adaptação, estas metodologias ainda são percebidas pelos residentes e tutores como facilitadoras na construção da interprofissionalidade, indo de encontro ao que se encontra na literatura e da análise da matriz curricular do programa.

4.2.5 Integração dos Tutores na Residência

Foi bastante valorizada pelos tutores do programa a possibilidade de integração entre estes durante a condução da residência, tanto no planejamento das atividades quanto na condução dos momentos teóricos, sempre conduzidos por no mínimo dois tutores de duas categorias profissionais diferentes.

T1: “Por exemplo, a ideia de a gente planejar e conduzir juntos as aulas proporcionou também que a interprofissionalidade começasse a fazer parte da nossa rotina, então se o nosso pensamento não tivesse mudado, com certeza, a gente não conseguiria fazer com que o pensamento e a prática dos residentes mudassem”.

T5: “Nossa integração, enquanto tutores, ter um momento ali, quinzenal pra pensarmos os processos acho que facilitou, a entrada de vários tutores nas aulas também facilitou muito, a mescla das temáticas”.

T2: “Eu vejo no nosso planejamento conjunto, eu vejo como um momento interprofissional, que ao mesmo tempo que a gente tá elaborando as aulas, a gente tá trocando informação, tá se instrumentalizando, tem um pouco de transferência tecnológica aí também, então eu acho que na própria forma de estruturar os encontros, a trocar os saberes, a preparação, a dinâmica da aula

de uma forma inter profissional, como se cada um de nós pudesse conduzir sozinho, porque pensamos juntos”.

A integração entre os tutores já existia no primeiro ano de residência, porém com uma frequência menor. A ideia de se fazer uma reunião de planejamento quinzenal surgiu após a primeira semana pedagógica, em que os tutores ficaram uma semana reunidos discutindo as mudanças no formato do programa e perceberam a necessidade destes formatos de encontros continuassem a ocorrer durante o ano.

Sendo assim, a partir do segundo ano do programa, os tutores passaram a se encontrar quinzenalmente durante quatro horas para revisar em conjunto o planejamento dos encontros teóricos, trocarem experiências, discutirem problemas relacionados aos cenários de prática e levantarem pautas para serem discutidas na Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU).

Por meio das falas dos tutores, é possível perceber que a possibilidade deste formato de planejamento conjunto permitiu mais nitidez acerca do que é a educação interprofissional por se tratar de um formato interprofissional em si, já que conta com tutores de diferentes categorias profissionais, trocando experiências e refletindo acerca de objetivos comuns.

Prova da potencialidade interprofissional destes encontros é o desenvolvimento de competências colaborativas entre os próprios tutores, como a competência do “esclarecimento de papéis”, em que o conhecimento dos limites e possibilidades de atuação entre as profissões possibilita ampliação sobre as possibilidades de colaboração (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010). Esta questão fica evidente na fala a seguir:

T4: “Então ao mesmo tempo em que a gente estava transversalizando o programa com os tutores, isso tava instrumentalizando a gente para outros campos, então, eu estava, por exemplo, com um tutor de outra categoria, dentro do grupo diversidade, ele trazia umas leituras que não eram do meu campo e vice e versa, eu também trazia coisas que ele não tinha buscado, e isso é muito rico, é uma troca que agrega pra gente e acaba por agregar pro residente também”.

T1: “Eu percebo que se hoje eu fosse voltar para a o serviço eu estaria extremamente diferente, o acesso à estas trocas que a gente tem, a possibilidade de conhecer mais o trabalho do outro, a possibilidade de se instrumentalizar, isso me fez perceber que muito do que eu fazia lá na prática podia ter sido muito mais potente, mas agora olhando de fora parece óbvio.”

Reeves (2016) defende que é extremamente importante para a facilitação interprofissional adequada o acesso ao desenvolvimento docente contínuo e, entre as estratégias possíveis de suporte para o desenvolvimento docente para a EIP, estão os grupos de ensino, em que, por meio da troca de experiências, os colegas se capacitam entre si. Reeves

considera que as oportunidades regulares para discussão e reflexão podem ser espaços muito importantes de suporte para a facilitação interprofissional.

A possibilidade deste encontro entre tutores de diferentes categorias profissionais com frequência pode ser um diferencial da residência multiprofissional e, principalmente, da residência autogerida, já que neste caso todos os tutores estão alocados no mesmo departamento, facilitando o encontro, mesmo nos momentos mais informais, como observa-se na fala a seguir:

T4: “nós estamos sempre discutindo, sempre pensando juntos, mesmo quando não estamos em reunião eu sempre consigo conversar com um ou outro, acaba sendo bem dinâmico mesmo né”.

É possível concluir, portanto, que a intersecção entre os tutores tem sido de grande importância para o programa e permitindo avanços no sentido da EIP.

4.2.6 Intersecção com Outros Programas (Interdisciplinaridade e Integralidade)

Nos momentos de discussões teóricas em que se encontram todos os três programas de residência (Enfermagem Obstétrica, Saúde Mental e Saúde da Família), chamado Eixo Transversal, foram encontrados pontos positivos e fragilidades em relação à EIP na visão dos residentes.

Quanto ao aspecto positivo destes encontros, foi levantada a possibilidade de uma ampliação da sensibilidade dos residentes para questões mais amplas do cuidado, devido à interdisciplinaridade que permite o contato com discussões comuns a outras especialidades.

Esta concepção pode ser percebida nas falas a seguir:

R2: “Falando do eixo teórico eu me lembrei agora de um exemplo de uma aula que me fez pensar bastante na questão Inter que foi uma aula entre todos os programas e daí foi trazida uma situação do pessoal do CAPS, que não é da atenção básica, e aí todos os programas e profissões discutiram aquele caso específico e aquilo fez a gente tentar pensar um pouco mais fora da nossa especificidade, ter uma noção do todo”.

R10: “No eixo transversal, não que todas às vezes a gente tenha trabalhado de uma forma Inter, mas surgiu ideias de como poder olhar a pessoa com um viés de saúde mental ou até na obstetrícia, isso contribui acho”.

R6 “[...] acaba sendo um disparador porque eu consigo ter uma visão de outras áreas, que eu não tenho na minha prática. Então por mais que a gente não trabalhe juntos, é algo que te dá um start, que eu não tinha pensado por esse lado, me ajuda a entender melhor até como os outros serviços funcionam”.

Esta intersecção com outros programas também é vista de forma positiva pelos tutores:

T1: “O eixo transversal acaba ajudando também acho, eu percebo que acaba se mostrando interessante quando eles vão para a prática e conseguem ter uma visão mais ampliada, até para acessar os residentes das outras especialidades quando precisam lá na prática”

T4: “Eu percebo também, eles não se integram tanto quanto nos grupos das unidades, mas a impressão que me dá é que é quando eles mais aprendem (no eixo transversal).”

Nestes encontros do eixo transversal, há o acesso a discussões mais amplas do campo da saúde, comuns a todas as especialidades, mas há também eventualmente discussões que priorizam questões mais específicas de uma área, mas que são discutidas por todos os programas conjuntamente, conforme consta no exemplo da fala de R2.

Há uma concordância entre os residentes e tutores acerca da importância desses encontros para uma prática mais integral - são observadas desde questões voltadas para a ampliação do olhar do próprio residente, no sentido de observar o sujeito em sua integralidade, até o conhecimento dos limites dos outros serviços de especialidade, no sentido do acesso ao apoio especializado.

Furtado (2007) discorre sobre a necessidade de fronteiras menos rígidas entre as especialidades e cita Morrin (1994), que coloca que no campo da ciência é necessário que “esquemas cognitivos” de uma disciplina migrem para outras áreas do conhecimento e retornem ao campo original, trazendo “superações, novas hipóteses de trabalho e produzindo mudanças nos modos de organização” (Morrin, 1994 apud Furtado, 2007, p. 3).

A interdisciplinaridade é valorizada em contextos interprofissionais e pode ser utilizada como um dispositivo para o desenvolvimento da EIP (Costa, 2017). A interdisciplinaridade como princípio educativo em uma proposta de educação interprofissional de uma Universidade Federal foi apontada como um potencial diferencial na formação destes profissionais no sentido do cuidado integral (Batista et al., 2013).

Esta flexibilidade nas fronteiras entre as diferentes especialidades dentro da residência, de acordo com a fala dos residentes e dos tutores, pode permitir um estímulo ao que Agreli (2017) denomina como segunda modalidade de colaboração dentro da Atenção Primária, que diz respeito à eventual necessidade de se ir além da colaboração com a própria equipe da unidade, mas a colaboração com outros serviços, setores e com os usuários, podendo assim, permitir o fortalecimento da rede e o cuidado mais resolutivo.

4.3 DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

4.3.1 Intersecção com Outros Programas (Dificuldade de Colaboração)

Apesar de terem sido apontadas potencialidades nos encontros do Eixo Transversal em relação à EIP, também foi levantada uma fragilidade em relação à dificuldade de uma interação mais aprofundada entre os residentes de diferentes programas, devido à insegurança destes em se expressarem nestes momentos, que acabam se tornando pouco confortáveis, já que as discussões saem de contextos em que têm mais propriedade para contribuir.

R3: “No Eixo transversal tem momentos interprofissionais, só que eu acho que a gente se sente meio acanhado de invadir a área do outro, porque parece que a gente vai ser meio que o tempo inteiro julgado pelo que for falar, quando é entre o nosso programa a gente se sente mais à vontade pra falar, questionar, mesmo no nosso programa no começo é difícil, mas a gente acaba se soltando”.

R1: “Quando a gente está em um grupo maior, com muitos profissionais de outros serviços, acontece alguns momentos interprofissionais, mas é muito complicado pra gente trabalhar no interprofissional porque tem casos de abertamente as pessoas demonstrarem que aquele campo é delas e não é para entrar, ou de apontarem que você tem obrigação de falar sobre um assunto da sua área específica”.

Fica explícita nas falas supracitadas que a maior convivência entre os residentes do mesmo programa contribui para mais disponibilidade para a colaboração nos momentos teóricos, e ainda existe dificuldade na aceitação de contribuições de residentes de outros programas em discussões conjuntas, o que parece ter ligação com os resquícios históricos da constituição das profissões.

Aguilar-da-Silva et al. (2011), ao fazerem, análise sobre o trabalho interprofissional, cita Machado (1995) que, no estudo da sociologia das profissões, coloca que pelo interesse de se garantir espaços no mercado de trabalho capitalista, as profissões foram se constituindo de forma a se tornarem cada vez mais fechadas em seu conhecimento específico, retendo-o e os tornando o mais misterioso possível para que outros profissionais não o acessassem.

Esta concepção histórica somada a uma formação predominantemente uniprofissional pode influenciar nesta falta de disposição para a colaboração em contextos, em que não há um convívio mais frequente entre os sujeitos. A falta de convivência mútua entre os profissionais não permite o despertar da confiança necessária para que o processo de internalização da colaboração interprofissional ocorra (D’Amour et al., 2008).

Torna-se necessário, portanto, que se pense em estratégias capazes de facilitar a criação de vínculo e confiança entre os residentes dos diferentes programas, talvez permitindo alguns momentos de menos formalidade antes do início das aulas propriamente ditas ou a

garantia de convívio entre estes em outros contextos com mais frequência para que, quando destes encontros algum vínculo prévio já esteja estabelecido, pois a metodologia ativa por si só não tem garantido colaboração, quando se trata de momentos interdisciplinares.

Mais atenção do tutor que conduz os encontros, no sentido de incentivar a rotatividade das falas e contribuições, também pode ser uma estratégia inicial na tentativa de diminuir estas dificuldades, uma vez que, mesmo diante das fragilidades expostas, estes encontros ainda são vistos pelos residentes como importantes para a reflexão acerca da atuação profissional na busca de uma prática interprofissional, como exposto na fala a seguir:

R11: “Eu acho que mesmo nisso, no eixo transversal, por mais que talvez você não se sinta à vontade para falar, a ideia disparadora é interessante, porque às vezes você não se sente à vontade para compartilhar o seu pensamento, mas você tem ideias, e estimula em você um pensamento de um trabalho Inter.”

4.3.2 Introdução Tardia sobre o Tema da EIP

No ano de 2018, foi a primeira vez em que foi discutida formalmente com os residentes, questões teóricas relacionadas à EIP, porém esta foi feita de forma tardia na visão dos residentes e dos tutores:

“O legal seria primeiro a visão interprofissional logo de início para o residente começar a trabalhar de uma maneira diferente, então ele teria dois anos para tentar atingir essa meta, explicar mesmo, mais intensivo no começo a questão da interprofissionalidade”.

“Começam as aulas, mas a prática já está a todo vapor. Estou vendo uma coisa aqui, mas na prática eu já estou tendo que fazer muitas coisas. Então eu não sei como a gente resolve isso, mas às vezes falta um pouco mais de aporte teórico para iniciar a prática, em como trabalhar com a equipe mesmo”

Este apontamento também surgiu entre os tutores:

“Acho que é necessário que a gente apresente a proposta de formação interprofissional para o residente logo de início, para que ele saiba que tipo de atuação é esperada dele, por mais que a gente bata na tecla da interprofissionalidade com frequência acho que é importante que eles tenham uma maior clareza”

A cronologia das temáticas estudadas é um desafio constante no contexto da residência, pois os residentes, em sua grande maioria, são inexperientes em relação à atuação na atenção básica e já chegam na residência tendo que se inserir nas equipes das unidades básicas em apenas uma semana de acolhimento pelos tutores, antes de irem para os cenários. Muitas vezes, os residentes se deparam com situações na prática que não permitem um embasamento teórico anterior.

Sabe-se que dada a complexidade e diversidade de situações que podem ocorrer na atenção básica, a qual espera-se que tenha resolutividade para até 80% dos casos, torna-se impossível garantir amparo teórico completo em dois anos de pós-graduação, assim como a completa sincronicidade entre teoria e prática. Porém, foi na tentativa da diminuição destas inseguranças que foi pensado o formato das “trilhas de aprendizagem”, que permite que os residentes interfiram na cronologia dos encontros em conjunto com os tutores, pensando na melhor forma de garantir a formação que dê suporte à prática.

De acordo com a primeira trilha de aprendizagem, construída após a primeira “avaliação do meio do caminho”, foram priorizados pelos tutores e residentes, entre os temas iniciais, aqueles de caráter mais introdutório para a atuação na atenção básica, como a territorialização e o estudo das políticas públicas que embasam a atuação neste nível de atenção. Porém, no contexto da construção desta primeira trilha, por mais que a interprofissionalidade já guiava as mudanças para o próximo ano, esta discussão ainda não estava amadurecida entre os tutores.

Depois da primeira semana pedagógica, em que as mudanças estruturais realmente foram articuladas entre os tutores e a interprofissionalidade de fato, passou a ser uma busca unânime entre eles, quando a trilha pedagógica já havia sido construída e, tardiamente, apenas no segundo semestre, houve a inclusão do tema propriamente dito, sendo incluído no último encontro do eixo transversal do programa do primeiro ano.

Esta inserção tardia é ainda um dos sintomas da falta de concretude acerca da EIP, enquanto constructo teórico formal do programa, não constando ainda no Projeto Político Pedagógico, por exemplo. Sendo assim, a busca pela interprofissionalidade, por mais que gere frutos no sentido das formas de condução pedagógica na residência, e já seja vista como presente em diversos momentos pelos envolvidos no programa, ainda carece de um alicerce melhor estruturado para que a busca pela interprofissionalidade não fique marginalizada, mas seja de fato um compromisso oficialmente legitimado.

Com a reestruturação do PPP, a interprofissionalidade poderia ser apresentada, não em formato de um encontro teórico convencional, mas na apresentação introdutória da residência, enquanto um dos fundamentos do programa, que guiaria todos os outros momentos teóricos e práticos até o final da formação.

Porém, até que esta reestruturação aconteça, fica evidente, nas falas dos residentes e tutores, a necessidade da readequação da trilha de aprendizagem para que, ao menos, os residentes consigam ter uma reflexão mais conceitualmente clara acerca da sua atuação na residência desde o início.

A residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais tem utilizado uma oficina sobre a EIP como uma das atividades de acolhida dos residentes no referido programa. As oficinas são conduzidas em pequenos grupos com a utilização do mapa conceitual e tem boa aceitação entre os residentes (Câmara, 2014).

4.3.3 Divergências na Facilitação da EIP

Os residentes apontaram que, em alguns momentos, a facilitação das atividades teóricas, devido à condução de alguns tutores, tende a permanecer na lógica multiprofissional:

R5: “tem bastante momento interprofissional comparando com a outra formação da Residência que eu vim. Eu acho que a gente avançou muito aqui pelo menos para estimular essa prática interprofissional, mas em alguns momentos devido à didática, como cada tutor coloca as coisas, a gente acaba ficando multiprofissional”.

R11: “Muito tutor que tem facilidade mesmo para facilitar as discussões mais interprofissionais, mas alguns acabam puxando mais pro multi ainda”.

A dificuldade na condução de processos de EIP e na adaptação em relação às metodologias ativas também foi referida por um dos tutores:

T4: “Eu acho que até, eu vejo por mim mesmo, eu acho que até essa in experiência com a metodologia ativa dificulta um pouco, porque se você não teve, no caso eu, eu não tinha tido contato com a metodologia ativa, aí tive que aprender e logo tive que replicar, e eu acho que a forma como você conduz a aula, ou a atividade vai influenciar na forma que ela é discutida e absorvida, e vai dificultar essa integração”

Segundo Reeves (2016), para a facilitação das propostas de EIP, é interessante que o facilitador tenha, dentre outras características, um profundo entendimento de métodos interativos de aprendizado e conhecimento de dinâmicas de grupo e atividades e, portanto, capacitações devem ser oferecidas neste sentido para o desenvolvimento docente.

Batista (2012) coloca que a EIP, sendo ainda incipiente no Brasil, também é uma novidade para os professores, que ainda encontram desafios em sua facilitação, já que é necessário olhar para a educação sob novos ângulos.

No contexto da residência, a capacitação formal em metodologias ativas foi oferecida no início da construção do programa com apenas 22 horas; depois deste momento, as capacitações foram ocorrendo conforme a busca individual dos tutores, sendo que dois estavam no mestrado com o uso de metodologias ativas: um fez o curso de preceptoria no SUS, que era interprofissional e utilizava metodologias ativas, e três deles participaram de

workshops de metodologias ativas durante um encontro na Universidade Estadual de Londrina, de apenas 8 horas, sendo assim, o contato com as metodologias e com vivências de EIP fora da residência foram bastante heterogêneas, dependendo das oportunidades e possibilidades individuais.

Em um contexto de PET-SAÚDE, na Universidade Federal de Minas Gerais, para além de capacitações iniciais e facilitar a superação de dificuldades na condução de atividades de EIP com as metodologias ativas e o uso do portfólio como avaliação, foram utilizadas rodas de conversa entre os tutores para que estes se instrumentalizassem através da troca saberes e reflexão conjunta (Câmara, 2015), que é também o que Reeves (2016) sugere, principalmente, em contextos em que a capacitação formal seja dificultada.

Neste sentido, para a troca de experiências vividas entre os tutores no desenvolvimento docente é utilizada, no contexto da residência estudada, a mesma estratégia citada pelos autores acima - contatos frequentes para trocas de experiência - porém há de se levar em conta que o histórico de formação de cada um, o contato prévio na graduação com estratégias multi e interprofissionais e também características individuais relacionadas à própria personalidade, podem facilitar ou dificultar a adaptação dos tutores a este contexto educacional.

Sendo assim, acredita-se que, com o tempo e a busca por novas capacitações, mesmo que individualmente, sendo compartilhadas entre os tutores, essa heterogeneidade na condução seja diminuída.

Porém, é importante ressaltar a importância de haver melhor preparação, no nível macropolítico, entre os Ministérios da Educação e Saúde, para a capacitação destes espaços em que haja residência, principalmente as residências autogeridas, pois se na realidade estudada ainda existe a possibilidade da busca individual por capacitações, esta pode não ser a realidade de algumas regiões, dificultando o desenvolvimento docente para a residência.

Neste momento, em que se discute nos Fóruns de Residências em Saúde, a necessidade da criação de uma Política Nacional para as Residências Multiprofissionais, a capacitação dos docentes não pode ficar de fora destas discussões, e a introdução da EIP como proposta pedagógica também deve ser claramente incorporada, permitindo mais homogeneização das possibilidades de formação, ainda que se respeite as especificidades locais regionais.

4.3.4 Desconhecimento dos Preceptores acerca dos Processos Pedagógicos da Residência

O que ficou evidente na fala dos preceptores é um desconhecimento muito grande em relação aos processos pedagógicos do programa, tanto que só conseguiram contribuir no grupo focal com questões relacionadas à prática:

P3: “A gente não sabe o que se passa aqui, não é passado pra gente e na minha área é muito mais prático, a gente não sai da nossa sala quase, porque atende, atende, atende. Então a gente vivencia pouco a área externa”.

P5: “Precisava de mais reuniões com a residência. Seria a gente estar conversando, porque uma vez a cada dois meses é pouco, só nas avaliações, porque a gente não sabe o que eles vivenciam aqui e às vezes vocês não sabem o que a gente vivencia lá”.

P1: “A gente não sabe o que é passado, principalmente nas aulas teóricas. Às vezes a gente está vendo alguma coisa no computador, alguma tarefa, alguma situação problema, mas porque eu estou ali, mas eles não chegam e não passam para a gente. Acho que tem que ter mais o diálogo mesmo e passar essas informações”.

Os únicos momentos garantidos de trocas entre os tutores, residentes e preceptores são as avaliações 360°, que ocorrem bimestralmente, intercalada por uma reunião apenas entre os tutores, preceptores e coordenação que também ocorre bimestralmente, portanto, apenas uma vez ao mês este contato está garantido.

Outros momentos de interação podem ocorrer nas visitas dos tutores nas unidades para tratar de algum assunto específico de interesse dos preceptores e dos residentes.

Fica evidente, portanto, que, se durante essa mudança pedagógica da residência, houve intensa integração entre os tutores, que passaram a trabalhar de forma interprofissional no planejamento e condução do programa, o mesmo não ocorreu com os preceptores.

Como explícito na fala de P5, é uma reivindicação dos preceptores mais aproximação com o processo pedagógico teórico do programa, pois há interesse em saber quais discussões estão sendo feitas e quais decisões estão sendo tomadas. Sempre houve dificuldades nessa aproximação, já que os preceptores não possuem uma carga horária específica de dedicação à residência, portanto há uma dificuldade também destes profissionais em conseguirem sair de suas rotinas nas unidades para se dedicarem ao programa, ao passo que é comum as faltas dos preceptores nas reuniões, mesmo que previamente agendadas.

Para além da disponibilidade de tempo, é necessário criar estratégias de mais integração entre os preceptores, tutores e coordenação, já que o diferencial da residência para outras formas de pós-graduação é justamente essa intersecção entre teoria e prática, de modo

que para atingir uma prática interprofissional é urgente que exista um alinhamento entre os envolvidos no eixo teórico e prático do programa, por meio, por exemplo, de planejamentos conjuntos, reuniões mais frequentes, carga horária específica semanal dos preceptores para dedicação para residência e mais aproximação dos tutores nos cenários de prática.

Na realidade de Apucarana, os preceptores desempenham o papel de acompanhamento prático dos residentes, já que o contato com a teoria se dá semanalmente, em dois turnos, com os tutores. Em outra realidade de residência, no Ceará, vinculada a uma universidade, os preceptores têm papel pedagógico bastante diferente, fazendo rodas semanais de discussão com os residentes sobre determinado tema indicado pela coordenação do programa, e as atividades teóricas com os tutores só se dão uma vez ao mês, sendo assim, a maior parcela da carga horária não voltada à prática é conduzida pelos preceptores com carga horária específica resguardada para estas atividades (Arruda et al., 2017).

O exemplo supracitado deixa explícita as diferentes formas de organização das residências pelo país, onde os papéis de preceptoria e tutoria são bem distintos. Cada forma de organização tem suas fragilidades e potencialidades, porém, independente dos papéis desempenhados, é importante no contexto da EIP que todos os envolvidos no processo tenham alguma convergência sobre os aspectos teóricos para que as atividades trabalhadas em teoria reverberem na prática.

Tem sido discutida na residência a possibilidade da criação de momentos teóricos conjuntos entre tutor, preceptor e residente, para que além da possibilidade de permitir experiências de educação interprofissional também para os preceptores, estes momentos sejam espaços de educação permanente em que se discutam questões relacionadas ao processo de trabalho com a devida fundamentação teórica.

A residência autogerida teria potencial para ter mais aproximação entre a condução teórica e prática do programa, já que os docentes e tutores vêm do próprio serviço, portanto, além da proximidade física, no sentido de pertencerem à mesma autarquia, ainda existe a proximidade relacional com os serviços, por já conhecerem algumas das dificuldades encontradas nos cenários e a cultura organizacional existente.

Essa vivência anterior dos tutores nos serviços tem permitido uma ponte interessante das discussões teóricas dos residentes com a prática, mas somente no eixo teórico, ou seja, ainda não tem sido aproveitada para atuação conjunta com a preceptoria, mostrando-se importante fragilidade do programa.

4.4 A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO COM BASE NOS FUNDAMENTOS DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL

4.4.1 Planejamento do Cuidado (Matriciamento e Projeto Terapêutico Singular)

A possibilidade de momentos de planejamento conjunto do cuidado, como as reuniões de matriciamento e a construção de projetos terapêuticos singulares, foram considerados momentos de práticas interprofissionais na carga horária prática do programa pelos residentes, que tiveram contato com este tipo de vivência:

R3: “Eu acho que a questão de matriciamento foi a grande surpresa, porque de onde a gente menos esperava veio as melhores ideias. A gente viu que tem profissional lá dentro que tem qualidade, interesse, vontade e outra visão, e a gente acaba não tendo contato com esses profissionais e foi a surpresa dessa tentativa”

R7: “Eu acho que isso está ficando mais claro para a gente que fazia reunião semanal com alguns integrantes da equipe. Aí chegou um médico novo, com gás, e a gente pegou o gancho dele, fez uma reunião e pegamos uns três casos para discutir, fomos tentando, colocando mais a nossa visão, e foi o que aconteceu: saiu das Acesso a resolução do problema, porque ela conhecia melhor o caso. Depois pensamos em como não havíamos pensado nisso antes”.

Os tutores e preceptores também citaram alguns exemplos dessas práticas:

T4: “Elas conseguem esporadicamente fazer reunião de equipe, conseguiram trazer um médico, apesar de toda essa dificuldade, trouxeram um médico pra reunião de equipe, pra pensar a questão do processo de trabalho, e teve uma ou outra vez que elas construíram um PTS (Projeto Terapêutico Singular), né, toda nessa perspectiva... foi uma construção coletiva e bem integrada”.

P3: “Tem as reuniões de matriciamento, que acho que tem essa levada, no ano passado conseguimos fazer algumas vezes, esse ano ainda não... a gente fez uma ou duas vezes o PTS também, que daí eu acho que vai muito essa parte interprofissional, porque um fala e acaba entrando na área do outro, ajudando o outro a pensar na melhor estratégia”.

As reuniões de matriciamento são momentos em que equipes de apoio especializado, como os profissionais do NASF, por exemplo, dão suporte e retaguarda técnica e pedagógica para a equipe de referência da unidade, tanto para questões relacionadas à prática terapêutica como para questões relacionadas à reorganização do processo de trabalho em saúde, no sentido da ampliação das ações e resolutividade das equipes. O apoio matricial pode ser desenvolvido por profissionais de outros serviços de especialidade, como serviços de saúde mental, e até mesmo serviços intersetoriais (Aroma, 2009; Ceccim, 2017).

O Projeto Terapêutico Singular é uma forma de planejamento do cuidado, em que são discutidas, de forma coletiva e interdisciplinar, condutas terapêuticas para determinada pessoa. Deve-se tentar captar a maior singularidade do sujeito e elaborar metas assistenciais que devem ser pactuadas com o sujeito doente e acompanhadas ao longo do tempo por um membro da equipe com o qual este tenha melhor vínculo (Ceccim, 2017).

Estas estratégias já são reconhecidas como demarcações importantes do cenário brasileiro no que se refere às experiências de prática interprofissional (Ceccim, 2017). E também foram valorizadas, enquanto seu caráter interprofissional em outros contextos de residência multiprofissional (Arnemann et al., 2018).

Ao se pensar nestas estratégias sob uma perspectiva da aquisição de competências colaborativas, estas, de fato tem um caráter interprofissional explícito, pela horizontalidade das relações e do diálogo e pelo foco nas necessidades dos pacientes.

Se torna, de fato, importante garantir que os residentes tenham contato com estas práticas durante o programa para que tenham segurança em replicá-las em seus contextos profissionais futuros.

Estas práticas são discutidas nos momentos teóricos do programa e, pelas falas analisadas, também foram vivenciadas e valorizadas por alguns residentes nos cenários de prática. Porém é possível perceber que a oportunidade da vivência destas estratégias ainda não está amplamente garantida para todas as equipes de residentes, sendo que apenas três deles as citaram no grupo focal, e conforme observa-se nas falas de dois residentes e um tutor a seguir:

R9: “Porém, tratam-se de vivências isoladas, não é algo que está instituído no dia a dia das equipes né, a minha equipe mesmo não chegou a vivenciar isso ainda”.

R7: “A gente não conseguiu dar continuidade, pela organização do serviço que não permitiu, pois o médico teria que desmarcar quatro pacientes, e aí coordenação não deixou, e aí a gente continuou no mesmo estilo daquelas reuniões, só entre os residentes, a gente discute alguns casos, mas já não é matriciamento de verdade”.

T1: “Existiram esses momentos, mas eu acho que depende muito do perfil dos residentes, mas também dos outros servidores que não fazem parte da residência para que isso ocorra, né.... porque de uma maneira geral, isso não acontece”.

Percebe-se, portanto, que estes momentos de planejamento conjunto não estão fortemente arraigados nos processos de trabalho das equipes em que os residentes estão inseridos.

As próprias falas supracitadas explicitam alguns fatores que podem estar relacionados a esta dificuldade, como as questões de disposição individual, como consta em T1, e as

questões relacionadas a maior valorização de ações clínicas, biomédicas e uniprofissionais em detrimento de ações de planejamento interprofissional, conforme colocado por R7.

Estas dificuldades são históricas, como já discutido anteriormente, e têm relação com a formação profissional e com o modelo hegemônico de cuidado em saúde, porém há de se discutir mudanças no escopo do programa para garantir o convencimento das equipes da importância destes tipos de estratégias, já que se em alguns contextos elas foram possíveis, há portanto a possibilidade de serem realizadas também em outros contextos, se forem levadas em consideração as peculiaridades e dificuldades individuais das equipes, no sentido da superação destas, e da gestão, no sentido do incentivo a uma lógica menos produtivista.

4.4.2 Reuniões entre Residentes nas Unidades

A possibilidade de realização de reuniões entre os residentes nos cenários de prática foi colocada como uma potencialidade no sentido da interprofissionalidade pelos residentes.

R4: “O que eu consigo ver também, pelo que a gente faz, e acaba sendo Inter é a nossa reunião de equipe em que se encontram muitos profissionais e a gente pode ver essa Interprofissionalidade, porque acontecem discussões de casos e planejamento da semana, mas fica só entre nós residentes, depois a gente só repassa alguma coisa”.

R9: “Minha sugestão é que pelo menos se a gente não consegue com os funcionários, que entre a equipe isso seja sempre estimulado, que não se perca esses momentos de reunião por causa das nossas rotinas, que a gente se encontre e discuta, e que os tutores e a coordenação continuem dando meios para que isso aconteça”

R8: “No meu caso é uma coisa que a gente consegue fazer entre a equipe de residentes, e é muito bom, porque a gente entende essa importância e o próprio processo da Residência estimula isso.

O processo de trabalho dos residentes tem permitido a reunião entre eles para discussões de casos e planejamento das atividades semanais dos mesmos. Agreli et al. (2016) colocam que a prática interprofissional se dá no exercício da comunicação, não apenas entre os profissionais, mas destes com os usuários, família e comunidade.

Quanto à aquisição de competências colaborativas, a Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010) também coloca a competência da “Comunicação Interprofissional” como uma das duas competências principais, que influenciam todas as outras.

Em um estudo que analisa a interprofissionalidade numa perspectiva da gerência de serviços de saúde, Peduzzi et al. (2011) também colocam a comunicação como principal instrumento para o trabalho em equipe e encontram que as reuniões são as formas mais comuns de comunicação nestes contextos.

Porém as autoras se atentaram que as reuniões podem ser também fonte de problemas e insatisfações para equipes e gerentes se não forem bem planejadas e executadas. Para isso, é necessário que estes encontros promovam a participação e a interação dos trabalhadores com base na argumentação crítica e fundamentada de forma bem direcionada aos objetivos (Peduzzi et al., 2011).

No contexto da residência, estas reuniões podem ser importantes para a aquisição de competências relacionadas à resolução de conflitos, ao funcionamento de equipe e à liderança

colaborativa por serem espaços de relações horizontais, onde também discutem-se os processos de trabalho.

Porém, se por um lado os residentes demonstraram bastante satisfação com a dinâmica das reuniões entre seus pares, eles estão insatisfeitos por essa mesma dinâmica não acontecer entre eles e a equipe de funcionários das unidades, como pode-se observar nas seguintes falas:

R8: Mas daí quando a gente tenta fazer com a equipe toda aí já tem várias dificuldades. A dificuldade de fechar a unidade por meia hora para fazer uma discussão tem deixado tudo um pouco mais difícil, minha unidade tem muita demanda”.

R1: “A reunião eu acho que é um elemento fundamental. É uma pena que a gente não conseguiu, por vários elementos, conseguir passar para a equipe, talvez porque eles não tenham essa visão”

Percebe-se, portanto, que por mais interessante que sejam estes espaços para a aquisição de competências colaborativas, estes também acabam sendo espaços de isolamento destes residentes que, por não conseguirem interagir de forma satisfatória com as equipes das unidades, encontram mecanismos para desenvolver esta interação paralela.

É importante resguardar e continuar o estímulo destes espaços de trocas entre os residentes com seus pares, porém para a discussão de questões inerentes aos seus processos na residência, e para estas questões já é garantida a reunião auto-organizada do coletivo dos mesmos, que acontece fora dos cenários de prática. Porém, quando se trata da prática nas unidades de saúde, é necessário criar mecanismos para que os preceptores e funcionários das unidades também façam parte destas discussões.

Portanto, por mais que estes momentos possam ser importantes para a aquisição de competências colaborativas entre os residentes, ou seja, ter um caráter pedagógico que converge com a interprofissionalidade, mas pensando no processo de trabalho e na qualificação dos cenários de prática, esta acaba por não ser a forma mais adequada de comunicação.

Como sugestão, seria interessante para facilitar a superação destas dificuldades de interação entre residentes e equipe que as formas de comunicação adotadas se baseassem no Método Paidéia para cogestão de coletivos organizados com a potencialidade para aumentar a democracia organizacional, por meio da horizontalização das relações de poder e pode aumentar também a capacidade de análise e intervenção das realidades pelos coletivos (Cunha; Campos, 2010).

O método vem sendo utilizado com sucesso em alguns contextos para a interação das equipes de Saúde da Família com as equipes de apoio matricial e gestão (Araújo; Galimberti,

2013) e também em contextos de residência multiprofissional para fundamentar as reuniões entre preceptores e residentes (Arruda et al., 2017).

4.4.3 Atendimento Compartilhado (Atividades Grupais e Consultas)

Alguns atendimentos grupais ou consultas compartilhadas foram citados como potencialidades em relação à interprofissionalidade, tanto pelos residentes quanto pelos tutores e preceptores.

As primeiras a serem citadas foram a puericultura e o pré-natal:

R11: “Eu acredito que de início, basicamente a gente inicia um trabalho Multi nos grupos, na puericultura, que vai indo para o Inter a partir de que a gente toma propriedade e que a gente tem afinidade com os outros profissionais, porque eu acho que vai muito também do relacionamento, de permitir que o outro profissional entenda esse papel Inter, porque não adianta a gente simplesmente querer fazer uma abordagem se o outro profissional não está preparado”.

R7: “No nosso cenário de prática, a gente vê bem claro essa questão da puericultura e também, como ela falou, no grupo de gestantes do pré-natal. Já aconteceu de a gente ter que fazer o grupo de puericultura e o grupo de gestantes sem ter algum profissional, e a gente conseguiu desenvolver”.

R2: “Na puericultura a gente consegue aprender muito com outros profissionais, no pré-natal a gente consegue aprender coisas que pelo menos para minha categoria profissional é uma coisa assim muito distante hoje em dia eu consigo orientar um paciente tranquilamente, através do conhecimento dos colegas que foram passados.”.

P4: “Eu acho que a gente consegue trabalhar o inter quando a gente trabalha, por exemplo... puericultura... porque tem a parte do grupo, que todos aprendem muito um com os outros e ouvem as mulheres que tiram as dúvidas, os medos, e se precisar também o profissional pode atender individualmente, dependendo do caso, mas é interessante porque todos os profissionais acabam conhecendo todas as gestantes e mães”.

T1: “Eu acho que também ocorre isso de certa forma com os próprios residentes no planejamento das atividades conjuntas entre eles, né? Então, quando a gente tem experiências, por exemplo, na puericultura em conjunto, que eles mesmos veem a necessidade de acionar uns aos outros “oh, a gente tá falando muito só sobre a saúde da criança e não falando sobre as emoções da mulher ou a presença do pai junto”, né? Então, às vezes, a visão de um contribui para eles mesmos identificarem a forma de atuação, né?”.

Algumas unidades optaram por fazer um atendimento grupal para as consultas de puericultura e pré-natal.

No início das intervenções coletivas na puericultura, estas eram realizadas em forma de “produção em série” em que o enfermeiro ou, em alguns casos, o enfermeiro e

fisioterapeuta, faziam o atendimento inicial, passando para os outros profissionais atenderem individualmente.

Em um outro contexto de residência multiprofissional encontrado na literatura, os residentes tiveram exatamente a mesma ideia de atendimento de puericultura, e a autora, ao fazer a análise numa perspectiva interprofissional, chegou à conclusão de que não havia inovação neste tipo de atendimento, mas, sim, a permanência de um modelo ultrapassado, que continuava fragmentado, mesmo que multiprofissional – estes questionamentos também vieram dos residentes (Arruda et al., 2017).

Na realidade da residência estudada, além dos questionamentos levantados, os residentes começaram a pensar em formas de adaptar estes atendimentos de modo que não ficassem fragmentados, como explicado pela fala do residente a seguir:

R7: “antes toda criança passava por todos os profissionais individualmente, e daí a gente pensou que nem toda criança precisa de uma avaliação do fisioterapeuta, ou do educador físico. Agora quem atende é o enfermeiro, e depois da consulta com a enfermagem a mãe e a criança passam por um grupo, aí com todos os outros residentes, todos juntos, a gente ouve as demandas das mães, elas trocam experiências entre si, elas sugerem temas, mas sempre tem um tema que todo mundo discute junto, por exemplo prevenção de acidentes, ou os mitos do aleitamento materno, e se o enfermeiro vê a necessidade na próxima consulta de puericultura ele discute com a gente e a gente faz uma consulta compartilhada, mas daí mais específico, olha essa criança seria interessante a presença da nutri, ou da fisio...”

E a mesma lógica tem sido adotada para o pré-natal, em que há um momento grupal com todas as gestantes e todos os residentes, voltado para questões de educação em saúde e troca de experiências, e um momento individual, com o enfermeiro, que, havendo a necessidade, acessa os outros profissionais para consulta compartilhada.

É interessante observar neste processo a reflexão dos residentes acerca do processo de trabalho que, por mais que a princípio houve o primeiro impulso da fragmentação, houve tentativas de adaptação do atendimento para que se torne menos fragmentado e mais interprofissional, sem desperdiçar também a potência da contribuição individual de cada um para questões que não são de fato necessárias.

Estes atendimentos se dão em duas etapas: uma grupal de educação em saúde, e uma de consultas individuais ou compartilhadas, se assim houver necessidade. Porém há ainda que se perguntar se realmente há a necessidade da inserção de todos os residentes nos momentos de educação em saúde, pois, se os temas são amplos, a presença de todos os profissionais não seria necessária, podendo haver a rotatividade dos profissionais que se acionariam, conforme as dúvidas das gestantes, ou mães, no caso da puericultura.

Esta lógica de atendimento, na forma atual em que ocorre, pode ser interessante, mas talvez teria dificuldade de ser colocada em prática em um contexto comum de NASF, em que os profissionais apoiam várias unidades. Mas no contexto da residência, em que uma equipe de NASF apoia apenas uma unidade de saúde, é possível que os outros profissionais estejam presentes nestes atendimentos grupais com mais frequência, podendo, inclusive, se beneficiar mais das transferências tecnológicas que esta convivência propicia. Porém sobre a questão da transferência tecnológica e sua relação com a prática interprofissional um residente trouxe uma análise interessante.

R11: “Mas ainda tem uma coisa que eu acho bem importante, porque a própria transferência tecnológica não garante a Interprofissionalidade. Eu saber sobre a profissão do outro ou a área do outro não garante uma atuação interprofissional.”.

Esta reflexão trazida pelo residente evidencia uma propriedade de reflexão sobre a própria prática profissional muito amadurecida, já que a integração das profissões na educação, no sentido de se aprender com e sobre o outro, o que traz forte relação com a transferência tecnológica e sobre esclarecimento de papéis, é importante, mas que para que esse conhecimento se converta em prática interprofissional, ele tem que estar alinhado à necessidade dos sujeitos, do contrário, ele só traz ganhos para o próprio profissional.

Portanto, questionamentos e mudanças no processo de trabalho devem sempre ocorrer para que as atividades que ainda permanecem na lógica multiprofissional sejam orientadas para uma lógica que coloque a necessidade da população como centro e as especificidades sejam necessárias apenas após o acolhimento adequado. Acolhimento que, inclusive, pode ser realizado por qualquer profissional, como bem colocado por uma preceptora:

P4 “Eu sempre digo pra eles que o acolhimento é de todos, quem tem sensibilidade pra ouvir, quem tem vontade pra ouvir vai saber o que fazer com o paciente, vai passar pra equipe de forma adequada”

O acolhimento, nessa perspectiva de se retirar o eixo central do atendimento médico, focando na necessidade do sujeito e com a retaguarda da equipe multiprofissional, é considerada também um importante exemplo de prática interprofissional no contexto brasileiro (Ceccim, 2017).

Outro exemplo citado como potencialidade em direção à interprofissionalidade, demonstra esta reflexão e tentativa de sair da lógica multi para a interprofissional, as quais são as intervenções no Programa Saúde Na Escola, como consta nas falas a seguir:

R2: “Eu acho que o PSE (Programa Saúde da Escola) foi uma luta da gente de muito tempo, porque primeiro a gente ficava dentro das caixinhas, cada um falando sobre o seu tema em cada dia específico. Então nós percebemos que

não estava dando certo assim. O profissional estava ficando esgotado, a gente não está alcançando, e então vamos separar por temas e não por áreas de conhecimento. Tudo bem, então sobre o assunto “suicídio”, então todo mundo vai se debruçar sobre esse tema pra todo mundo poder contribuir de alguma maneira”

R5: “No PSE antes a gente só fazia o básico, cada um ia falar de um tema, só fazia palestra, depois a gente começou a ouvir os professores, os alunos, sobre o que eles precisavam, e a gente foi mudando, e todo mundo fazia junto, a gente fez discussão com os professores, dinâmica com os alunos, mas sempre todos juntos”.

R9: “É interessante porque a gente volta do PSE e discute e sempre acaba mudando alguma coisa pra próxima vez”

P2: “No PSE é interessante porque eles saem um pouco da zona de conforto. Eles fizeram até lá na escola um teatro onde o Educador Físico se vestiu de palhaço, a ACS foi lá também e foi uma coisa muito interessante, foi uma ação totalmente diferente e onde pessoas atuaram em áreas que não atuam frequentemente, eles fizeram rodas de conversa, conversaram com a direção, foi muito legal”.

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto Presidencial n.º 6286 de 5 de dezembro de 2007, sendo o público-alvo crianças e adolescentes da rede pública de ensino, em que as equipes de saúde e de educação trabalham de forma integrada. Com a adesão do Município ao PSE, cada Escola indicada passa a ter uma Equipe de Saúde da Atenção Básica de referência para executar conjuntamente as ações. O PSE se dá com a interação dessas Equipes de Saúde da Atenção Básica com as Equipes de educação, no planejamento, execução e monitoramento de ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos educandos (Brasil, 2007a).

O PSE tem doze temas já pactuados para serem trabalhados pelas equipes, como a prevenção do uso de drogas e a saúde sexual e reprodutiva para os adolescentes, porém é importante que os professores e alunos sejam ouvidos no sentido da prioridade dos temas a serem trabalhados e também para que haja a possibilidade de intervenções para além do já pactuado, mas que seja de necessidade daquele território.

No contexto da residência, é possível perceber que inicialmente os residentes, pela facilidade de permanecer no saber do núcleo profissional, faziam, no contexto do PSE, intervenções multiprofissionais, em que cada categoria fazia suas contribuições em forma de palestras, acerca de determinado tema, mas não havia integração.

Mas devido à própria reflexão dos residentes, na necessidade de mais integração, houve uma mudança interessante, em que outras estratégias passaram a ser utilizadas, ouvindo à necessidade dos alunos e professores e discutindo de forma conjunta as dificuldades encontradas e gerando novas mudanças.

Fica claro que até mesmo estes movimentos de mudança surgem de contextos interprofissionais, de discussões conjuntas, e que fazem os residentes deslocarem os seus olhares de uma lógica intervencionista para uma lógica de planejamento das ações de forma interprofissional.

Pode-se dizer, que por mais que haja dificuldades em sair da lógica multiprofissional, e que em alguns momentos de atuação em grupo ela ainda esteja evidente, há grande potencialidade destes momentos em relação à interação interprofissional, conquistada em alguns exemplos, mas que é constantemente debatida e revista, o que pode contribuir para uma atuação cada vez mais colaborativa.

4.5 O ENCONTRO DO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE E A RESIDENCIA: DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL

A ESF, pela forma como é pensada, segundo Peduzzi (2017), constitui um cenário privilegiado para o aprendizado compartilhado e interativo entre estudantes e profissionais das equipes e do NASF.

A ESF é pensada para ser um espaço de interação entre os profissionais e a população da área de abrangência e, por sua própria constituição, dividida em equipes e formada por diferentes profissionais que podem contar com o apoio matricial do NASF, de fato, tem grande potencial para ser um espaço de desenvolvimento para a educação e prática interprofissional no contexto brasileiro.

Contudo, embora a ESF tenha mostrado êxito em relação à cobertura e o acesso à saúde, principalmente para populações mais vulneráveis, ainda há dificuldades em de fato ser colocada em prática uma atuação integral com foco no usuário, sendo que muitas vezes a atuação na atenção básica, por diversos fatores, desde a formação dos profissionais, até dificuldades de gestão e espaço físico, acabam por ainda expressar um caráter biomédico e fragmentado (Valadão et al., 2019).

Ainda há dificuldade de interação entre os profissionais, sendo comum uma atuação menos colaborativa, já que ainda falta clareza acerca dos limites dos papéis profissionais de cada integrante da equipe, e dificuldades em se estabelecer momentos de diálogo entre eles (Valadão et al., 2019).

Além destas dificuldades, já esperadas por uma estratégia que propõe uma reorganização do sistema de saúde, mas que vinham paulatinamente sendo enfrentadas, há, nos últimos anos, ainda mais dificuldades, já que a conjuntura política nacional tem

contribuído para o enfraquecimento do Sistema Único de Saúde e, por conseguinte, da atenção básica, frutos do aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais. Prova disso é a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016 e a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica de 2017, que relativiza a cobertura e o papel da atenção básica, contribuindo para a legitimação de uma atuação ambulatorial e fragmentada (Morosini et al., 2018).

A Estratégia de Saúde da Família de Apucarana também encontra dificuldades em se estabelecer conforme as políticas previam. Um estudo foi realizado por Ferreira e Smanioto (2018) no município com os enfermeiros das unidades, utilizando o PCTOOL-Brasil, importante instrumento para mensurar a qualidade da Atenção Primária.

Neste estudo, foi encontrada uma APS fragmentada, pouco resolutiva, sem o devido reconhecimento de coordenadoria das redes de atenção com uma ambiência pouco acolhedora e instabilidade nas equipes, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração das mesmas, além de sobrecarga de trabalho com número insuficiente de profissionais, comprometendo a cobertura e qualidade de suas ações (Ferreira; Smanioto, 2018).

Estas dificuldades encontradas no município, entre outras, parecem contribuir para uma atuação pouco colaborativa entre os profissionais, não permitindo uma integração entre os próprios profissionais das unidades e entre estes com a equipe de residentes, dificultando, portanto, o desenvolvimento de uma prática interprofissional na residência.

As dificuldades no processo de trabalho das equipes emergiram de forma unânime nas falas de todos os grupos focais, vista como uma fragilidade em relação à interprofissionalidade.

Aparentemente, há uma priorização dos aspectos quantitativos e atendimentos individuais dos profissionais em detrimento de espaços coletivos de planejamento e construção de saúde, tanto pela gestão, que acaba por valorizar majoritariamente números de atendimentos, quanto pelos profissionais, acostumados a trabalhar em uma lógica ambulatorial. Estes aspectos ficam evidentes nas falas a seguir:

R11: “Acho que talvez faltasse para a gestão um tipo de contato que a gente tem dentro da Residência, porque eu não acho que a gestão motive os profissionais a terem isso, justamente pela cobrança de número, metas e acaba que os profissionais não têm tempo realmente de participar, porque muitas vezes são cobrados pelo número de atendimentos, uma falha grave, e não são cobrados pela qualidade e efetividade das ações. Então eu acho que isso interfere bastante”

R1: “Já ouvi profissionais dizerem que queriam fazer diferente, mas que não podiam e que eram cobrados pela gestão para fazer daquela forma. Então eu

acho que fecha muito. O que a gente quer é que seja Inter, mas acho que falta muito conhecimento, não só deles, mas de quem administra para entender que isso é necessário, esse espaço para o profissional tentar outras formas de atendimento e de abordagem”

R2: “Eu concordo nesse sentido, porque eu acho que às vezes essa rotina de trabalho acaba não propiciando que esses profissionais tenham esse espaço, porque enquanto a gente da Residência é estimulado a fazer um trabalho Inter, deles é cobrada produção e, até porque eles acabam optando pelo que é mais fácil, pelo que já sabem”

T3: “Eu acho que tem umas coisas que são tão primárias ainda que a gente não atingiu na atenção básica, tem pouco incentivo para de fato fazer promoção e prevenção, ainda é muito ambulatorial”

P4: “Acho que a gente tem uma cultura de fragmentar tudo. E as vezes é mais fácil você resolver logo sozinho do que pedir alguma ajuda, é muita coisa pra fazer. Sei que não é o ideal, mas acaba que a gente faz dessa forma, até porque o que acaba aparecendo mesmo para a gestão é o numérico né, é o volume”

Em outros contextos de estudos com outras residências, também foi encontrado que um dos empecilhos para a efetivação da prática interprofissional foi o modelo de valorização da produtividade adotado pelas gestões locais, estimulando que os profissionais adotassem uma postura menos colaborativa (Arruda et al., 2017).

Para a real efetivação de uma estratégia de EIP que se traduza em uma prática colaborativa, há de ocorrer uma mudança também das práticas e nas relações das instituições, não só mudanças pedagógicas, mas organizacionais: as estratégias de EIP devem ser amplamente aceitas pela gestão (Reeves, 2016).

No contexto da residência, que tem a questão da prática muito evidente, é necessário que a gestão não apenas permita, mas influencie mudanças nos processos de trabalho, no sentido do trabalho em equipe para que a residência consiga de fato trazer qualificação para os serviços, a curto, médio e longo prazo.

Um exemplo no contexto de Apucarana da falta de incentivo para o planejamento do cuidado e do processo de trabalho é a falta de espaços garantidos para a discussão e construção coletiva, como momentos de discussão de casos, construção de projetos terapêuticos e reuniões de matriciamento, conforme se observa nas falas a seguir:

P1: “Realmente falta planejamento. Eu gostaria de sentar e ter uma agenda toda certa para sentar e conversar para reunião de equipe com todo mundo junto. Seria muito melhor para não fragmentar nada, pra nós seria o ideal, mas é muito difícil, não sobra tempo pra isso”

P3: “Acho que nas reuniões e no matriciamento, não existe esse costume em Apucarana de matriciamento, eu nem lembro quando foi a última vez que a gente teve alguma capacitação sobre isso ou que fui questionada sobre isso”

R8: “É impossível a gente conseguir interagir com a equipe da unidade se não existe momento pra isso, a gente se encontra muito pouco, falta organização, falta momento de planejamento, de sentar, de discutir”

Apesar de, em alguns casos, conforme exposto em outro momento, estes encontros tenham acontecido, não é algo realmente instituído e incentivado pela gestão, e também acaba por não ser algo priorizado pelas equipes, que permanecem trabalhando em uma lógica que não favorece a comunicação, a troca de experiências e o planejamento do cuidado.

Vale ressaltar, porém, que a garantia de momentos de encontros não garante que um grupo ou agrupamento de pessoas se torne uma equipe. Peduzzi et al. (2016a) alertam que para o trabalho em equipe realmente acontecer, de forma coesa, é necessário que o grupo, ou “equipe agrupamento”, em que há assimetria de relações, poderes e saberes, se torne uma “equipe integração”, em que as ações não são apenas comunicadas, mas articuladas e negociadas entre os envolvidos, no sentido da complementaridade, nas “equipes integração” há objetivos comuns e a liderança não é centralizada. Apesar da necessidade de momentos de discussões serem essenciais e influenciarem no trabalho em equipe, há de observar a qualidade e a dinâmica destes encontros.

O trabalho em equipe se trata de algo muito mais complexo, que envolve questões individuais, grupais e institucionais que influenciam no seu desenvolvimento (Peduzzi et al., 2016a). As dimensões grupal e institucional trazem, dentre outras questões, a influência da organização do processo de trabalho, que podem facilitar ou dificultar o desenvolvimento de uma colaboração interprofissional.

Percebe-se que há uma desorganização no processo de trabalho no contexto estudado, que não contribui para um trabalho interprofissional, e um descompasso frente ao preconizado pelas políticas que embasam o trabalho na atenção básica. O que se evidencia pela fala a seguir:

P4: “Não tem gerente na unidade, tem o enfermeiro, mas não existe um gerente mesmo, daí é difícil organizar. As equipes não são bem divididas, todo mundo acaba fazendo ação na equipe do outro, e acaba que a gente quase nem sabe de qual equipe a gente é mais direito”

É possível perceber que pelo fato de não haver planejamento, a divisão das equipes acaba por não serem respeitadas. A divisão das equipes é pensada justamente para que os profissionais consigam efetuar um cuidado com vínculo para uma grande área de abrangência, de modo que, com menos pessoas, divididas em microáreas, se torne possível mais proximidade, facilitando o planejamento do cuidado pensado para aquele território.

O fato de não haver uma coordenação oficialmente instituída pode contribuir para a desorganização do serviço, já que os enfermeiros, que acabam por assumir esse papel, também têm outras funções, inclusive a da preceptoria de todos os residentes daquela unidade.

Em trabalho realizado na residência de Apucarana, no ano de 2017, sobre a experiência dos preceptores com a residência, foi encontrada como uma das maiores dificuldades que o acúmulo da função da preceptoria dificultava o acompanhamento adequado dos residentes e gerava estresse entre eles (Guilherme et al., 2016).

O acúmulo de trabalho para o profissional enfermeiro nas unidades, de fato aparece nas falas dos preceptores, e não há incentivo para a realização desta atividade, tanto financeiramente quanto na forma de garantia de carga horária específica para o acompanhamento dos residentes, cuja insatisfação se exemplifica na seguinte fala:

P2: “Não ganhamos nada para ser preceptores e nem ao menos fomos questionados se queríamos, acaba que a gente tem que aceitar, e muitas vezes dá bastante trabalho, tem que deixar de fazer algo para ajudar algum residente, não é fácil”.

Estas insatisfações podem colaborar para menos predisposição no desenvolvimento da preceptoria e, por consequência, em menos integração da equipe da unidade com a equipe de residentes.

Existe também uma queixa sobre o distanciamento teórico da residência com os preceptores, em que estes não são devidamente preparados para acompanhar os residentes, por não estarem alinhados às discussões realizadas nos momentos teóricos da residência. Não há também uma qualificação ou treinamento para estes preceptores e para equipe acerca do trabalho interprofissional, e isso pode ser um dos motivos que fazem o trabalho multiprofissional ser visto como suficiente no que se refere ao trabalho em equipe.

Esta necessidade de qualificação dos preceptores por meio da educação permanente e continuada é unanimidade entre os envolvidos na residência:

R10: “Então eu acho que essa questão de cobrança não permite, sem contar que a nossa carga horária, por mais que seja extensa, acaba propiciando que a gente tenha esses espaços para ter essa formação, e eles(os preceptores) não, eles não tem acesso à muito do que a gente vê”.

R8: “Eu acho que a falta de capacitação profissional interfira diretamente na atuação. Então, o quanto esses profissionais estão sendo capacitados para essa nova introdução do ato interprofissional? Isso cabe, claro, à gestão assim como nós residentes que temos um processo de formação, fazer essa transferência tecnológica através de educação permanente, através de outras técnicas que facilitem para que esses trabalhadores também tenham acesso ou ampliem o seu olhar mediante essas questões, mas nós também estamos

aprendendo sabe, mas a diferença é que a gente tem um incentivo, eles já estão acostumados a lógica de sempre”.

T1: “A gente precisa começar a pensar na qualificação desses preceptores, trazer o preceptor para perto, para que a gente fale a mesma língua. Não adianta o residente chegar cheio de ideias no cenário se o preceptor não está falando a mesma língua, a residência peca muito nisso eu acho, até porque um turma de residência sai e outra entra, mas o profissional continua ali, se não tiver esse convencimento vai ser sempre muito difícil essa inserção”.

P4: “Falta educação permanente para a gente também...as vezes a gente não chega a pensar o que poderia fazer porque está tão automático naquilo que acaba fazendo sempre igual, aí se você mostrar uma forma diferente, também pode ser trabalhado”.

No contexto de uma residência no Ceará, como forma de alinhar as discussões teóricas dos residentes com a prática das unidades, é oferecida uma formação concomitante e, em espelho a dos residentes para os preceptores do programa (Arruda et al., 2017).

Talvez neste contexto de residência autogerida, em que o tutor acumula muitas funções, esta estratégia teria certa dificuldade de ser colocada em prática, porém esta realidade pode inspirar outras formas possíveis de aprimoramento dos preceptores e até da equipe da unidade, como: a criação de momentos de discussões conjuntas entre os residentes, tutores e funcionários das unidades sobre determinados temas importantes para a qualificação do trabalho em equipe. Para este tipo de estratégia, seria necessário o apoio da gestão, não apenas para a liberação, mas também para a sugestão de formas possíveis de execução destas atividades.

É importante lembrar que os preceptores tiveram liberação por parte da gestão para uma qualificação inicial na residência através de uma pós-graduação, o que foi de grande valia para a compreensão inicial do papel da preceptoria no SUS. Porém a necessidade que se discute atualmente é a de uma formação contínua, no sentido da educação permanente, em que sejam revistos e modificados os processos de trabalho.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, em parceria com universidades e a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (REBETIS), realizaram seis oficinas nas cinco regiões brasileiras com o intuito de apoiar a implantação de ações interprofissionais, como estratégias de mudanças na formação nas graduações da saúde. Uma das sínteses destas discussões, constante em uma publicação do ministério, disserta justamente sobre esta necessidade da inserção dos trabalhadores dos serviços de saúde no debate da interprofissionalidade para que a educação interprofissional se reverta em prática:

Os profissionais de saúde precisam conhecer o debate sobre educação e trabalho interprofissional em saúde e inseri-los no planejamento é uma forma de assegurar que coerência entre o debate teórico e a dimensão prática do trabalho em saúde. A inserção dos usuários é também importante para que as iniciativas sejam coerentes com as necessidades e problemas de saúde. É cada vez mais frequente em todo o mundo a inserção dos usuários dos serviços de saúde nas iniciativas educacionais, como forma de garantir um perfil profissional coerente com as necessidades e problemas de saúde das pessoas, famílias e comunidades; (Brasil, 2018, p. 20).

É importante, portanto, que todos os envolvidos no processo da residência estejam cientes dos propósitos de formação dos residentes e alinhados aos constructos teóricos que embasam o trabalho interprofissional. Neste sentido, a residência falha em não ter este propósito muito bem explícito em seu Projeto Político Pedagógico e em não alinhar com a gestão local estratégias para a sua efetivação.

Há uma autonomia dos tutores na escolha dos caminhos pedagógicos da residência, que tem um lado positivo, no sentido de permitir rápidos avanços sem uma grande burocratização dos processos, mas há também uma falta de amparo e ciência por parte da gestão destes processos, o que acaba por dificultar que a teoria e a prática nas unidades se alinhem. É necessária mais integração dos tutores nos processos da gestão, relacionados aos processos de trabalho das unidades e mais integração da gestão nos processos pedagógicos da residência para que estas se influenciam dialeticamente.

Um ponto que tem sido requisitado pelos residentes é a presença dos tutores nos cenários de prática, e os próprios tutores reconhecem essa fragilidade:

R7: “O tutor precisa ir até o campo, facilitar esse processo de integração dos residentes e nas suas ações Inter. Eu acho que isso ia abrir uma visão muito maior do que é ser Multi e o que é ser Inter”.

T3: “A gente precisaria estar muito mais presentes no campo, com o preceptor e os residentes, isso ia acelerar muita coisa eu acho, mas esses momentos são ainda muito pontuais, porque nós, enquanto tutores, a gente não tem perna pra isso, a gente não tem tempo hábil, a gente é limitado, é sobrecarregado com os processos”.

Os residentes e tutores acreditam que mais participação dos tutores nos cenários de prática facilitaria o trabalho interprofissional, já que haveria uma vinculação maior da teoria com a prática.

Os momentos dos tutores no campo, o que se denomina “tutoria de campo”, são pontuais no programa de residência, devido ao grande número de unidade (seis) para que o tutor consiga de fato acompanhar de forma mais próxima o desenvolvimento de todos os residentes, frente ao grande número de atividades que os tutores tem que desempenhar.

Na portaria que trata da composição das residências multiprofissionais, existem os papéis do docente, dos tutores (de núcleo e de campo) e dos preceptores (Brasil, 2012b). Na realidade de Apucarana, os tutores desempenham o papel de docentes, ou seja, cuidam de todos os encontros teóricos dos dois anos de residência e desempenham o papel da tutoria de núcleo e de campo, ou seja, são responsáveis também pelas discussões teóricas referentes aos residentes de sua categoria profissional e devem dar algum suporte no cenário de prática em conjunto com os preceptores.

Sendo assim, existe um acúmulo de funções, o que acaba por ser um desafio, principalmente pelo fato de que, por mais que estes tenham a qualificação e experiência necessárias, não há tradição acadêmica na instituição, pois ainda estão em processo de qualificação da docência, ao mesmo tempo em que são responsáveis por toda a construção pedagógica do programa.

Percebe-se que, pelo programa ainda estar em construção de suas bases, estão sendo priorizados neste momento, pelo núcleo pedagógico do programa, os aspectos de docência e tutoria de núcleo, a despeito de mais suporte na prática, deixando-o majoritariamente a cargo dos preceptores. Porém, é possível observar que os preceptores também são se sentem preparados para facilitar alguns processos e estão sobrecarregados, com acúmulo de funções e sem grandes incentivos para suas atividades.

Esta fragilidade do amparo para os residentes nos cenários tem demonstrado bastante influência nas dificuldades de interação entre os residentes com a equipe, e estratégias precisam ser pensadas para o seu enfrentamento. Acredita-se que após a reestruturação do projeto político pedagógico por completo existam mais possibilidades de inserção dos tutores na prática, mas enquanto esta reestruturação não ocorre, tem se discutido a necessidade de um aumento gradativo de visitas dos tutores nos cenários de prática, e mais reuniões entre tutores e preceptores para que eles também se sintam mais qualificados para incentivar a prática interprofissional, já que obrigatoriamente são os mais presentes no dia a dia dos residentes. Esta qualificação dos preceptores com a ajuda dos tutores também surgiu como proposta na fala de um residente:

R11: “A gente acaba colocando os tutores mais presentes, mas acho que é presente na maneira de instrumentalizar mais esse preceptor para que ele possa nos receber e entender a importância desse trabalho interprofissional, acho que mudou bastante coisa já, mas tem muita coisa pra fazer”

Todas estas dificuldades supracitadas contribuem para o não convencimento das equipes sobre a importância e efetividade do trabalho interprofissional, como colocado pelos residentes:

R8: “Eu percebo que alguns funcionários não valorizam esse trabalho interprofissional. Parece que alguns profissionais veem como uma perda de tempo”

R2: “Não adianta você ter vontade de agir de modo Inter se o preceptor não concorda e não incentiva, e muitas vezes não consegue mesmo, não sabe trabalhar de outro jeito, então a gente acaba tentando o máximo de interprofissionalidade entre a gente”.

R1: “às vezes quando você está discutindo caso ou está conversando sobre alguma coisa, fazendo um PTS, sei lá, para os funcionários você não está fazendo nada, eles não valorizam este tipo de trabalho”

Este não convencimento das equipes sobre a importância do trabalho interprofissional tem as mais diversas influências, desde todas estas questões relacionadas ao processo de trabalho, até a já discutida formação biomédica e uniprofissional.

Esta disparidade na formação dos residentes com as possibilidades existentes nos cenários de prática faz com que acabe por existir dois processos de trabalho distintos dentro do mesmo serviço, que pouco se conectam. Trata-se de um processo de trabalho da equipe de funcionários, que tendem a continuar numa lógica fragmentada, e um outro processo de trabalho dos residentes, que influenciados pelas vivências interprofissionais dos encontros teóricos tentam trabalhar de forma integrada, executando atividades de forma isolada da equipe da unidade.

O que acaba por não permitir que os residentes se beneficiem do conhecimento adquirido pela experiência dos funcionários, que estão nos serviços há muito mais tempo, e não permite que os residentes qualifiquem a equipe por meio do apoio matricial, principalmente na sua dimensão técnico-pedagógica, já que raramente há espaços de discussões conjuntas.

P5: “Os residentes fazem as reuniões deles e a gente nem fica sabendo, as vezes a gente nem sabe aonde eles estão direito, e depois que descobre que estavam fazendo visita, ou estavam na escola fazendo alguma atividade, e quando a gente se encontra normalmente é para encaminhar algum caso para o atendimento da nutri, da fisio, da psicóloga”.

R9: “Quando a gente percebe que não consegue trazer a equipe a gente acaba fazendo a gente mesmo, tem horas que tá todo mundo tão ocupado que a gente nem consegue se comunicar com o preceptor, então a gente fica muito separado. A gente até consegue fazer alguma discussão de caso ou PTS, mas sempre entre a gente, muito difícil ter alguém da equipe”

Na realidade da residência da UNIFESP, Baixada Santista, em 2016, considerado um currículo altamente favorável para a EIP, também foi encontrada grande dificuldade e disparidade entre as formas de trabalho entre os residentes e as equipes, de modo que os profissionais das unidades também não conseguiam ter uma prática interprofissional (Miranda Neto, 2015).

No contexto da residência supracitada, os residentes se sentiam muitas vezes apartados da equipe da unidade, desenvolvendo práticas paralelas sem a devida integração com a equipe da unidade. O autor também concluiu que essa falta de integração tinha a ver com a dinâmica do trabalho na ESF naquele contexto, em que os profissionais esgotados viam os residentes como uma ajuda para resolver os casos, e não para o trabalho conjunto, passando alguns trabalhos para os residentes e não se integrando a eles de forma colaborativa (Miranda Neto, 2015).

Em outro estudo sobre a EIP em residências, quando foram estudados treze programas no estado de São Paulo, foi encontrado que a educação interprofissional tem tido dificuldade em se transformar em prática colaborativa nos cenários, uma vez que os profissionais que recebem estes residentes estão inseridos em uma lógica que não tem amparado estes residentes para colocar em prática a interprofissionalidade (Casanova et al., 2018).

É possível perceber que as dificuldades relacionadas à prática na residência autogerida estudada, não se distancia das dificuldades encontradas em outros cenários. Percebe-se que a residência ainda não tem permitido uma qualificação e mudança dos processos de trabalhos das equipes da ESF no sentido do trabalho interprofissional e, neste sentido, a qualificação ainda é muito mais voltada para os residentes, que se sentem convencidos da necessidade do trabalho interprofissional e a buscam, mesmo dentre as dificuldades, em provocações que ainda não tem reverberado para os outros profissionais.

Acredita-se que pela proximidade dos tutores e coordenação da residência com os cenários de prática, estas dificuldades na qualificação dos serviços possam diminuir após a melhor estruturação da residência nos seus aspectos teóricos, e também de organização, aprimorando o alicerce da residência para que esta tenha mais concretude para alinhar a gestão aos serviços, e influenciar nos cenários de prática rumo a uma atuação mais interprofissional.

Apesar da qualificação do serviço ainda ser um desafio, é possível dizer que as discussões, os questionamentos e a inserção da pesquisa no município, trazidos pela residência, já acarretam em um benefício indireto para os serviços, no sentido de buscar movimento para processos há muito tempo estagnados, e fazendo de forma qualificada e

cientificamente embasada. Espera-se que estas reflexões se tornem paulatinamente em transformações práticas, conforme a residência vai se qualificando e entendendo seus limites e potencialidades.

5 CONCLUSÃO

5 CONCLUSÃO

Conforme dissertam Libâneo et al. (2003) sobre a existência do currículo formal, real e oculto, pode-se concluir que a residência estudada carece de mais formalização dos processos existentes na prática, sendo que seu Projeto Político Pedagógico (PPP) traz pouca influência sobre o currículo real, que se embasa muito mais na matriz curricular que além de ser mais recente é construída de forma coletiva.

Percebe-se que há uma certa fluidez nos processos de mudanças na residência que não são formalizados no projeto. Por mais que haja uma preocupação explícita no projeto a respeito da valorização do trabalho em equipe com foco no usuário, a falta de embasamento teórico sobre a educação interprofissional, presente no documento, pauta um trabalho mais voltado para a multiprofissionalidade, o que não se demonstra na matriz curricular do programa.

A necessidade de priorizar a EIP como uma das bases teóricas do PPP é essencial para guiar os processos de mudança de forma mais sistematizada. Sugere-se que haja uma reformulação do documento, em que a formação dos residentes volte a ser acompanhada pela aquisição de competências, já que desta forma torna-se mais assertivo o acompanhamento e avaliação do desenvolvimento de competências colaborativas entre os residentes - o que poderia facilitar as adaptações dos processos da residência no sentido da interprofissionalidade - que deixaria de ter um caráter demasiadamente empírico para ter uma base mais concreta para seu acompanhamento.

Sugere-se também que quando da construção de competências para o acompanhamento do desenvolvimento dos residentes, as competências colaborativas sejam incorporadas às demais competências para a criação de estratégias para o seu estímulo, assim como seja escolhido um referencial teórico que se distancie de uma lógica de mercado e produtivista. Neste sentido, sugere-se a adoção da perspectiva crítica-emancipatória, que ressignifica a concepção de competência de forma a conseguir abranger a relevância de aspectos sociais na construção do conhecimento e atender também ao interesse do trabalhador (Deluiz, 2001).

Por mais que o PPP não traduza de forma concreta as mudanças ocorridas no programa de residência no sentido da interprofissionalidade, pode-se concluir que a matriz curricular traz potencialidades neste sentido. Foi possível concluir que os encontros teóricos têm permitido o estímulo de competências específicas das categorias profissionais, por meio das tutorias de núcleo, e das competências compartilhadas, pelas aulas conjuntas com todas as profissões, mas também traz potencialidades para o estímulo das competências colaborativas, por meio de metodologias que permitem a interação dos residentes de diferentes profissões com foco nas

necessidades dos territórios, e temáticas que estimulam a ampliação da interpretação dos residentes sobre as complexidades do processo saúde-doença.

A falta do vínculo universitário e da tradição acadêmica, que pode ser vista como potencial fragilidade nas residências autogeridas, tem, por outro lado, permitido maior capacidade de adaptação e fluidez aos processos pedagógicos na residência estudada, que se torna menos burocratizada, e também maior proximidade das discussões teóricas com questões vivenciadas no território, pela proximidade dos docentes/tutores com a realidade vivida pelos residentes, mas não tem permitido a superação das dificuldades dos processos de trabalho.

Conclui-se também que existe uma fragilidade constante na matriz curricular, que também diz respeito a esta formalização do currículo, trata-se de alguns encontros teóricos, que apesar de se demonstrarem potentes em relação à EIP, ainda não estão devidamente embasados ou sistematizados em relação às suas referências teóricas e didáticas, o que pode dificultar na permanência, a longo prazo, dos avanços já conquistados, como em uma hipotética troca de profissionais que desempenhe o papel pedagógico da residência, justamente pela falta de formalização e sistematização destes processos.

Sugere-se a adaptação destes encontros que permanecem sem referência didática para a pedagogia Histórico-Crítica proposta por Demerval Saviani, e sistematizada didaticamente por João Luiz Gasparin (2007), por trazer muita proximidade com o que já é realizado nestes encontros, ter uma base filosófica que converge com a luta pelo fortalecimento do SUS, e por se demonstrar possível de aplicação em contextos interprofissionais.

Em relação às experiências trazidas pelos residentes, tutores e preceptores sobre a interprofissionalidade na residência, pode-se concluir que há uma valorização, principalmente pelos residentes, dos encontros teóricos como influenciadores de uma prática interprofissional, em que a metodologia ativa e a possibilidade de se estudar em pequenos grupos interprofissionais foram características bastante destacadas.

A integração entre os tutores foi bastante valorizada, no sentido de que todos os encontros teóricos são construídos de forma coletiva e interprofissional entre eles e conduzidos por, pelo menos, dois tutores de diferentes áreas profissionais. Esta integração tem permitido rápidas mudanças na matriz curricular no sentido da EIP, por mais que ainda haja certa dificuldade entre alguns tutores na facilitação de processos de metodologias menos tradicionais.

É possível concluir que os momentos teóricos do programa têm permitido um olhar diferenciado dos residentes frente aos processos de trabalho nas unidades, principalmente pelas problematizações de questões voltadas para a realidade das unidades e seus territórios. Porém, este olhar diferenciado dos residentes frente ao processo de trabalho não tem reverberado em

uma atuação conjunta com as equipes de funcionários das unidades, e tem encontrado dificuldades na qualificação dos serviços, fazendo com que muitas vezes os residentes em relação ao restante da equipe trabalhem de forma segregada, em lógicas distintas, em que os residentes encontram maior amparo para trabalharem de forma colaborativa.

Foi possível averiguar que o processo de trabalho das unidades não tem permitido uma efetiva participação das equipes dos trabalhadores nos processos da residência. Ainda permanece um caráter majoritariamente ambulatorial e biomédico no trabalho destas equipes, que não tem a tradição do diálogo e da interação, sendo raros os momentos de reunião de equipe, matriciamento e construção coletiva de projetos terapêuticos.

Estas fragilidades evidenciam a necessidade de mais interação entre a gestão e a residência para que as provocações realizadas nos momentos teóricos encontrem um terreno fértil para serem colocadas em prática. É necessário que a interprofissionalidade seja um objetivo comum e seja não só compreendida, mas também incentivada pela gestão.

Conclui-se que a EIP e a prática interprofissional é uma discussão que tem se restringido apenas as ações da residência, e ainda de forma incipiente, sem a devida formalização, e não contempla a gestão local e os trabalhadores. Fica evidente, portanto, a necessidade de se realizar, além da formalização e aprofundamento da EIP na residência, o convencimento da gestão e das equipes das unidades para que estas estratégias sejam ampliadas e surtam efeito, traduzindo-se em processos de trabalho que permitam o desenvolvimento de práticas colaborativas.

Esta dificuldade de encontrar espaços em que a educação interprofissional se traduza em práticas colaborativas é realidade em vários outros estudos, e por mais que exista um apelo a nível mundial, principalmente no meio acadêmico, para que a EIP seja cada vez mais instituída e pesquisada, percebe-se, nacionalmente, que há, nos últimos tempos, uma desconstrução de políticas públicas de saúde que contribuam para que estas estratégias se concretizem em práticas nos espaços do SUS.

O avanço neoliberal tem precarizado o sistema de saúde de forma a sobrecarregar os serviços - a Emenda Constitucional nº 95/2016 e a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 - bem como a nova forma de financiamento deste nível de atenção, colocam em cheque a qualidade da assistência prestada, principalmente no que diz respeito à continuidade do cuidado e ao vínculo, legitimando esta lógica ambulatorial para a atenção básica.

Neste sentido, pode ser ingênuo acreditar que encontraremos boas condições para o desenvolvimento de um trabalho interprofissional na atenção básica, e para tanto a educação interprofissional deve estar cada vez mais atrelada a uma educação crítica, que permita que

estes espaços, como as residências autogeridas, sejam espaços de resistência micropolítica e tragam mudanças no olhar dos profissionais frente às atrocidades cometidas contra o sistema público de saúde.

Para isso é necessário que a residência consiga incentivar uma atuação mais colaborativa e integral possível por parte dos residentes e das equipes, mesmo diante das dificuldades, e que estes possam também qualificar os espaços de participação popular já instituídos e empoderar a população sobre seus direitos e deveres frente ao SUS.

Costa (2017) traz, à luz de Oandasan e Reeves (2005), a necessidade da articulação entre os níveis macro, meso e micro para a real concretização de estratégias de EIP. Ao nível macro, pode-se dizer que as residências em geral ainda carecem de uma política nacional que de fato guie o seu desenvolvimento no sentido da interprofissionalidade. Foi possível concluir que quando se trata de uma residência autogerida esta falta de apoio torna-se ainda mais sintomática, pois não há um projeto de preparação prévio destes espaços para o desenvolvimento destes programas, o que faz com que o bom desenvolvimento dependa muito da realidade e das oportunidades locais, e perde-se muito tempo na construção de questões básicas que poderiam já virem instruídas pelo nível macro.

No nível meso, que trata das propostas curriculares, na residência estudada conclui-se que esta tem conseguido alguns avanços no sentido da interprofissionalidade, mesmo muitas delas se dando de forma ainda não muito bem estruturada - porém, vale ressaltar, que este avanço só ocorreu pelo interesse e pela qualificação individual dos envolvidos na residência, de modo que se houvesse melhor articulação entre os níveis macro e meso - tendo a EIP como um objetivo comum para todas as residências, com estratégias para a preparação e qualificação do corpo docente e da gestão, muitos desses avanços seriam facilitados e haveria, possivelmente, mais homogeneização das residências neste sentido.

Conclui-se que no nível micro, que se trata das relações interpessoais e de poder, também encontram-se avanços, e talvez este seja um diferencial das residências autogeridas, pois a proximidade e interação entre os tutores/docentes da residência são constantes, devido a todos estarem no mesmo departamento, todos são egressos dos serviços do município, portanto, conhecem os limites e potencialidades destes; além disso, todas as decisões pedagógicas são tomadas de forma coletiva e interprofissional, aproveitando a expertise de cada um deles e formando uma qualificação conjunta de troca de saberes, cabe agora a criação de estratégias para que esta interação não se restrinja à equipe da residência.

Conclui-se que mesmo diante das dificuldades em se criar uma residência sem uma influência da tradição acadêmica, a possibilidade da construção deste espaço é extremamente

valiosa e traz avanços significativos para o município, principalmente ao trazer questionamentos e movimentos para os processos há muito tempo estagnados. É possível captar inquietações por parte dos trabalhadores e residentes em relações às dificuldades nos processos de trabalho, o que pode vir a se tornar um terreno fértil para mudanças futuras.

Esta pesquisa sobre a EIP na residência trará subsídios para a qualificação do Projeto Político Pedagógico e adaptações na matriz curricular do programa para que avancem no sentido da interprofissionalidade, mas pode-se concluir que apesar de todas as dificuldades, a residência tem caminhado de forma relativamente rápida, visto à sua recente instituição, para uma formação interprofissional.

A pesquisa demonstra esta necessidade urgente de que este convencimento, acerca das potencialidades de um trabalho interprofissional, ultrapasse as barreiras da residência, e para isso é imprescindível que um primeiro passo seja tomado. Trata-se justamente de permitir que todos tenham acesso a esta discussão e percebam que se houver a devida articulação da gestão, da residência e dos serviços é possível a realização de mudanças gradativas nos processos de trabalho para a qualificação do cuidado no sentido da integralidade.

Neste sentido, como Produto Educacional proveniente desta dissertação, foi proposta uma oficina de alinhamento conceitual sobre a Educação e Prática Interprofissional a ser realizada de forma integrada entre a residência, a gestão e os trabalhadores. A oficina foi pensada no contexto da residência estudada, mas sugere-se que esta possa ser adaptada e aplicada em outras realidades (Apêndice E).

Para a criação da oficina, apostou-se pela adoção de uma metodologia que permite a interação entre os sujeitos com objetivos comuns, convergindo com a Educação Interprofissional e que, ao mesmo tempo, permita a diretividade em sua condução para o conteúdo que traz processos de reflexão sobre aspectos históricos e sociais que influenciem no objeto estudado, por meio da problematização. Trata-se da pedagogia Histórico-Crítica, que tem como base filosófica, o Materialismo Histórico-Dialético, importante referencial da luta pela Reforma Sanitária, com o potencial para contribuir para uma educação voltada para o fortalecimento do SUS.

Entende-se que este é o primeiro passo de muitas estratégias possíveis e necessárias para a efetivação da EIP e da prática interprofissional nos espaços da residência e que outros estudos deverão ser realizados que captem outros aspectos relacionados ao trabalho em equipe.

Esta pesquisa contribui com a literatura acerca das experiências regionais de educação interprofissional para que se entenda, em nível nacional, os limites e possibilidades desta

estratégia de formação no país, e para que se criem e se aprimorem estratégias e políticas públicas que possam contribuir para a sua efetivação.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Abib LT. “Caminhando contra o vento...”: a história das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação; 2012.
- Agreli HLF. Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2017.
- Agrelli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(59):905-16. doi: 10.1590/1807-57622015.0511.
- Aguilar-da-Silva RH, Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação (Campinas)*. 2011;16(1):165-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772011000100009>.
- Alberti TF, Abegg I, Costa MRJ, Tilton M. Dinâmicas de grupo orientadas pelas atividades de estudo: desenvolvimento de habilidades e competências na educação profissional. *Rev Bras Estud Pedagog*. 2014 maio-ago;95(240):346-62.
- Amaral ARD. Formação interprofissional nos cursos de graduação em saúde em São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016.
- Apucarana. Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana. Projeto Político Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Apucarana; 2016a.
- Araújo EMD, Araújo Júnior JLAC. Usuário, família e comunidade como parte da equipe de saúde na colaboração interprofissional. *Sanare [Internet]*. 2016 jun-dez [citado 7 nov. 2019];15(02):120-8. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1046/592>.
- Araújo EMD, Galimberti PA. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicol Soc [Internet]*. 2013 [citado 7 nov. 2019];25(2):461-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/23.pdf>.
- Arnemann CT, Kruse MHL, Gastaldo D, Jorge ACR, Silva AL, Margarites AGF, et al. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Supl. 2):1635-46. doi: 10.1590/1807-57622017.0841.

Arona EC. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saúde Soc.* 2009;18(Supl. 1):26-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000500005>.

Arruda GMMS, Barreto ICHC, Pontes RJS, Loiola FA. Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Tempus Act Saúde Colet.* 2017;10(4):187-214. doi: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2179>.

Ayres JRCM. Deve-se definir transdisciplinaridade? *Ciênc Saúde Colet.* 1997;2(1-2):36-8. doi: 10.1590/1413-812319972102032014.

Barbour R. Grupos focais. Tradução de Marcelo Figueiredo Duarte. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.

Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad FNEPAS* [Internet]; 2012 jan [citado 20 out. 2019];2(1):25-8. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf.

Batista SHSS, Gerab IFS, Batista NA. A interdisciplinaridade como princípio educativo em uma proposta de educação interprofissional em saúde: olhares docentes. In: Atas do IX Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências – IX ENPEC; 2013 nov. 10-14; Águas de Lindóia. Águas de Lindóia; 2013. [citado 20 out. 2019]. Disponível em: <http://www.nutes.ufrj.br/abrapec/ixenpec/atas/resumos/R1027-1.pdf>.

Bollela VR, Senger MH, Tourinho FSV, Amaral E. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. *Medicina (Ribeirão Preto Online)* [Internet]. 2014 [citado 12 out. 2019];47(3):293-300. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86618>.

Brasil. Decreto n. 4.726, de 09 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (2003 jun. 10).

Brasil. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (2007a dez. 6).

Brasil. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria 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. Diário Oficial da União, Brasília (2005a jul. 1).

Brasil. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a proteção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (1990 set. 20).

Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília(DF), 2007b jan. 15.

Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 698, de 19 de julho de 2007. Dispõe sobre a Nomeação de membros titulares e suplentes da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2007c jul. 20.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2005b nov. 4.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2010 mar. 4.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Educação; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2004 fev. 13.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

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. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Construindo caminhos possíveis para a Educação Interprofissional em Saúde nas Instituições de Ensino Superior do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

Brasil. Resolução CNRMS n. 1, de 30 de janeiro de 2012. Institui as Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2012a.

Brasil. Resolução CNRMS n. 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e Profissional de Saúde. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2012b.

Brasil. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS n. 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2014 nov. 10.

Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital n. 12, de 28 de agosto de 2015. Dispõe sobre a adesão de entes federados e instituições à concessão de bolsas do ministério da saúde para programas de residências em área profissional da saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2015 ago. 28.

Brown J, World Café Community. A resource guide for the world café [Internet]. 2002 [citado 8 out. 2019]. Disponível em: http://www.meadowlark.co/world_cafe_resource_guide.pdf.

Brown J, Isaacs D. O World Café: dando forma ao nosso futuro por meio de conversações significativas e estratégicas. São Paulo: Cultrix; 2007.

Câmara AMCS. Educação interprofissional no pet-saúde: Cenário para o desenvolvimento de Práticas e Competências Colaborativas na área da saúde [tese] Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia; 2015.

Câmara AMCS. Oficina de educação interprofissional para a residência multiprofissional. Cad Edu Saúde Fisioter [Internet]. 2014 [citado 8 out; 2019];1(1):27-34. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/8/6>.

Câmara AMCS, Grosseman S, Pinho DLM. Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. Interface (Botucatu). 2015;19(Supl 1):817-29. doi: 10.1590/1807-57622014.0940.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc Saúde Colet. 2000;5(2):219-30. doi: 10.1590/S1413-81232000000200002.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A national interprofessional competency framework. Vancouver: CIHC; 2010.

Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. Interface (Botucatu). 2018;22(Supl. 1):1325-37. doi: 10.1590/1807-57622017.0186.

Casanova IA, Batista NA, Ruiz-Moreno L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. ABCS Health Sci. 2015;40(3):229-33. doi: 10.7322/abcs.hs.v40i3.800.

Ceccim RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. Interface (Botucatu). 2018;22(Supl. 2):1739-49. doi: 10.1590/1807-57622018.0477.

Ceccim RB. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In: Toassi RFC, organizadora. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 49-67.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Publ.* 2004;20(5):1400-10. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500036.

Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). *Introducing Interprofessional Education*. United Kingdom: CAIPE; 2013.

Christofolletti G, Fernandes JM, Martins AS, Oliveira Junior AS, Carregaro RL. Grau de satisfação discente frente à utilização de métodos ativos de aprendizagem em uma disciplina de Ética em saúde. *Rev Eletrônica Educ [Internet]*. 2014 [citado 10 dez. 2019];8(2):188-97. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/823/334>.

Costa MV. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: Toassi RFC, organizadora. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 14-27.

Costa MV. *Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde*. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte; 2018. [citado 20 out. 2019]. Disponível em: https://mercosur.observatoriorh.org/sites/mercosur.observatoriorh.org/files/webfiles/fulltext/2018/6_sires/sires_mviana.pdf.

Costa MV, Borges FA. O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(Supl. 1):753-63. doi: 10.1590/1807-57622014.1057.

Costa Neto MM, organizador. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Cunha GT, Campos GWS. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Org Demo*. 2010;11(1):31-46.

Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(3):780-8.

D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005;19(Suppl 1):116-31. doi: 10.1080/13561820500082529.

D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professional in healthcare organization. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:188. doi: 10.1186/1472-6963-8-188.

Deluiz N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. *Bol Téc Senac.* 2001;27(3):13-25.

Dias IMÁV, Pereira AK, Batista SHSS, Casanova IA. A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. *Saúde Debate.* 2016;40(111):257-67. doi: 10.1590/0103-1104201611120.

Domingues I, organizador. *Conhecimento e transdisciplinaridade.* Belo Horizonte: Editora UFMG, IEAT; 2001. Apresentação.

Egry EY, Marques CMS, Fonseca RMGS. A avaliação de competências na perspectiva crítico-emancipatória. *Ciênc Cuidado Saúde.* 2006;5(2):236-42. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v5i2.5087.

Ferreira KA, Smanioto FN. Avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva dos enfermeiros no município de Apucarana-PR [trabalho de conclusão de residência]. Apucarana: Autarquia Municipal de Saúde; 2018.

Fórum Nacional de Residências em Saúde. Carta de Curitiba, 08 de julho de 2016. In: VI Encontro Nacional de Residências em Saúde. Curitiba, 8 jul. 2016.

Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MVC, Forster AC. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde Debate.* 2019;43(spe 1):86-96. doi: 10.1590/0103-11042019s107.

Freitas IA. Trilhas de desenvolvimento profissional: da teoria à prática. In: *Anais do 26º ENANPAD - Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração: características, processo e resultados; 2002; Salvador.* Salvador: ANPAD; 2002.

Freitas IA, Brandão HP. Trilhas de aprendizagem como estratégia para desenvolvimento de competências. In: *Anais ENANPAD - Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração: características, processo e resultados; 2005; Brasília.* Brasília: ANPAD; 2005.

Friedrich DBC, Gonçalves AMC, Sá TS, Sanglard LR, Duque DR, Oliveira GMA. O portfólio como avaliação: análise de sua utilização na graduação de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm*. 2010;18(6):1123-30. doi: 10.1590/S0104-11692010000600012.

Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface*. 2007;11(22):239-55. doi: 10.1590/S1414-32832007000200005.

Gasparin JL. Uma didática para a pedagogia histórico-crítica. 4ª ed. Campinas: Autores Associados; 2007.

Gui RT. Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. *Rev Psicol Organ Trab*. 2003;3(1):135-59.

Guilherme RG, Smanioto FN, Junior GA, Hauer M, Ferreira KA, Schmidt P. A experiência dos preceptores na residência multiprofissional em atenção básica de Apucarana, PR. [Apresentado no VI Encontro Nacional de Residências em Saúde; 2016 jul. 5-8; Curitiba].

Haddad AE, Brenelli SL, Cury GC, Puccini RF, Martins MA, Ferreira JR, et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde [editorial]. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1):3-4.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados gerais do Município de Apucarana. IBGE; 2017.

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Caderno Estatístico. Município de Apucarana. Apucarana: IPARDES; 2017.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Apucarana, PR. [Internet]. 2017. [citado 12 out. 2017]. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/apucarana_pr.

Interprofessional Education Collaborative Group (IPEC). Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional practice: report on an expert panel. Washington D.C.; 2011.

Krug RR, Vieira MSM, Maciel MVA, Erdmann TR, Vieira FCF, Koch MC, et al. O “Bê-Á-Bá” da Aprendizagem Baseada em Equipe. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(4):602-10. doi: 10.1590/1981-52712015v40n4e00452015.

- Leasure EL, Jones RR, Meade LB, Sanger MI, Thomas KG, Tilden VP, et al. There is no “i” in teamwork in the patient-centered medical home: defining teamwork competencies for academic practice. *Acad Med*. 2013 May;88(5):585-92. doi: 10.1097/ACM.0b013e31828b0289.
- Libâneo JC. Tendências pedagógicas na prática escolar. *Rev ANDE*. 1982;3(6):11-19.
- Libâneo JC, Oliveira JF, Toschi MS. Educação Escolar: políticas, estrutura e organização. São Paulo: Cortez; 2003.
- Lopes CRG, Vigarani MP, Faria GS. Avaliação de desempenho 360º: um confronto entre teoria e prática. *Nucleus*. 2007;4(1/2):1-10.
- Lopes TO. Aula expositiva dialogada e aula simulada: comparação entre estratégias de ensino na graduação em enfermagem [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2012.
- Machado MH, organizadora. Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico.
- Marin MJS, Gomes R, Marvulo MML, Primo EM, Barbosa PMK, Druzian S. Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(33):331-44. doi: 10.1590/S1414-32832010000200008.
- Medeiros AS, Santos Junior FG, Godeiro GO, Dalva G. Currículo formal: vivência e experiência no cotidiano escolar [Internet]. [20--]. [citado 28 mai. 2019]. Disponível em: http://editorarealize.com.br/revistas/fiped/trabalhos/Trabalho_Comunicacao_oral_idinscrito_1170_b33cc416c59b481c382debfc646b0ad6.pdf.
- Medina AG. Terapia ocupacional e a educação para a interprofissionalidade em residências multiprofissionais em saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2016.
- Mesquita SKC, Meneses RMV, Ramos DKR. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. *Trab Educ Saúde*. 2016 maio-ago;14(2):473-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00114>.
- Militão A, Militão, R. Jogos, dinâmicas e vivências grupais. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2000.

Minayo MCS, Delandes SF, Gomes R, organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010.

Miranda Neto MV. Limites e potencialidades da residência multiprofissional em saúde para a educação interprofissional [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2015.

Morgan DL. Focus groups as qualitative research. london: SAGE Publications; 1997.

Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde Debate. 2018;42(116):11-24. doi: 10.1590/0103-1104201811601.

Nuin JJB, Francisco EI. Manual de educação interprofissional sanitária. Rio de Janeiro: Elsevier; 2018.

Nuin JJB, Francisco EI. Manual de educação interprofissional sanitária . Tradução: Júlio C Moreira. Rio de Janeiro. Elsevier; 2019.

Nunes ED. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. Physis. 2005;15(1):13-38. doi: 10.1590/S0103-73312005000100002.

Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. J Interprof Care. 2005 May;19 Suppl 1:21-38. doi: 10.1080/13561820500083550.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Genebra: OMS; 2010.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington (D.C.): OPAS; 2017.

Peduzzi M. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: Toassi, RFC, organizadora. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 40-8.

- Peduzzi M, Leonello VM, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e prática colaborativa. Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016a. p. 103-14.
- Peduzzi M, Carvalho BD, Mandú ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*. 2011;21(2):629-46. doi: 10.1590/S0103-73312011000200015.
- Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):977-83. doi: 10.1590/S0080-623420130000400029.
- Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, Agreli HLF, Miranda Neto MV. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, organizadores. *Clínica Médica*. 2ª ed. Barueri: Manole; 2016b. p. 171-9.
- Pimentel A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cad Pesq*. 2001;114:179-95.
- Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: CEPESQ; 2006.
- Pope C, Mays N, organizadores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Rabelo L, Garcia VL. Role-Play para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e relacionais. *Rev Bras Educ Med*. 2015;39(4):586-96. doi: 10.1590/1981-52712015v39n4e01052014.
- Rede Unida. Estatuto da Associação Brasileira da Rede Unida [Internet]. Rio de Janeiro; 2012. [citado 20 out. 2019]. Disponível em: http://www.redeunida.org.br/static/file/estatuto_rede_unida.pdf.
- Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):185-97. doi: 10.1590/1807-57622014.0092.
- Rocha N, Lenite A, Terabe ML, Gasquez AS, Rodrigues KFP. Disciplina interprofissional em saúde: avaliação por meio de portfólio reflexivo. *J Manag Prim Heal Care* [Internet]. 2017 [citado 20 out. 2019];8(3):20. Disponível em: <http://jmphec.com.br/jmphec/article/download/631/659>.

- Ros MA, Pierantoni CR, Haddad AE, Ribeiro C, Severo DO, Souza TT. Residência multiprofissional em saúde da família: uma conquista do movimento sanitário. *Cad RH Saúde*. 2006;3(1):109-17.
- Rosa SD, Lopes RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação *lato sensu* no Brasil: apontamentos históricos. *Trab Educ Saúde*. 2009;7(3):479-98.
- Santos FA. Análise crítica dos projetos político pedagógicos de dois programas de residência multiprofissional em saúde da família. [dissertação] Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010.
- Santos LC, Simonetti JP, Cyrino AP. A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(2):1601-11. doi: 10.1590/1807-57622017.0507.
- Schmitt M, Blue A, Aschenbrener CA, Viggiano TR. Core competencies for interprofessional collaborative practice: reforming health care by transforming health professionals' education. *Acad Med*. 2011;86(11):1351.
- Schön D. Educating the reflective practitioner [Internet]. 1987. [citado 10 out. 2017]. Disponível em: <http://www.thecommonwealthpractice.com/reflectivepractitionerreview.pdf>.
- Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Paraná (SESA). Logos e mapas [Internet]. 2017 [citado 12 out. 2017]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=119>.
- Silva FCF, Santos G, Monteiro JR, Cunha LSH, Lemke RA, Mello VC. A formação enquanto estratégia de mudança na saúde mental coletiva. *Bol Saúde*. 2007;21(1):51-58.
- Souza GC, Peduzzi M, Silva JAM, Carvalho BG. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):640-7. doi: 10.1590/S0080-623420160000500015.
- Souza N, Boruchovitch E. Mapas conceituais: estratégia de ensino/aprendizagem e ferramenta avaliativa. *Educ Rev*. 2010;23(3):195-218. doi: 10.1590/S0102-46982010000300010.
- Valadão PAS, Lins L, Carvalho FM. Melhor no passado: a verdadeira saúde da família. *Saúde Soc*. 2019;28(1):193-206. doi: 10.1590/s0104-12902019180284.

Willgerodt M. Fundamentos para a Educação Interprofissional: Atributos individuais e institucionais, recursos e compromissos que apoiam a equipe da ciência. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington (D.C.): OPAS; 2017. p. 15-6.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - Trilha de aprendizagem, R2, do eixo transversal dos programas de Residência Multiprofissional da Autarquia Municipal de Apucarana, PR, 2019

TRILHA DE APRENDIZAGEM-ET- R2	TEMÁTICA	METODOLOGIAS
ENCONTRO 1 C	Planejamento em Saúde	Aula expositiva dialogada: Apresentar o MAPP, PES e planejamento tradicional; + Atividade prática sobre a necessidade de cada território: planejamento conjunto em pequenos grupos
ENCONTRO 2 C	Planejamento em Saúde	Seminário de Apresentação por grupo sobre andamento do planejamento e discussão pautada na teoria.
ENCONTRO 3 C	Atenção Psicossocial e a nova política de saúde mental; Redução de danos.	Aula expositiva dialogada e atividade sobre lógica de redução de danos, divisão por categoria profissional (pesquisa sobre medicalização da vida/infância).
ENCONTRO 4 C	Medicalização, desmedicalização e GAM (Gestão Autônoma da Medicação)	Aula expositiva dialogada; + Apresentação das pesquisas por categoria profissional.
ENCONTRO 5 C	Educação permanente, educação continuada e reunião de equipe	Arco de Margueres: levantar necessidade de cada cenário, buscar na literatura possíveis saídas e intervenções, aplicar na prática e refletir no portfólio.
ENCONTRO 6 C	Saber Popular em Saúde	Seminário; Cada grupo conceitua e traz referências e exemplos de intervenções relatadas na literatura sobre: Fitoterapia; Parteiras e Doulas; Tendas de saúde; Terapia comunitária integrativa; Comunidades tradicionais (quilombolas, ribeirinha, das águas, do campo e indígenas).
ENCONTRO 7 C	Modelos de atenção à saúde; RAS: elementos constituintes; RAS prioritárias (PR) – atenção às condições crônicas: Gestão de caso, Gestão da clínica e Gestão do cuidado; Linhas de cuidado, fluxograma descritor e linhas-guia;	PBL; caso “luz de velas”.
ENCONTRO 8 C	Modelos de atenção à saúde; RAS: elementos constituintes; RAS prioritárias (PR) – atenção às condições crônicas: Gestão de caso, Gestão da clínica e Gestão do cuidado; Linhas de cuidado,	Fechamento PBL caso “luz de velas”; Solicitar que tragam um caso complexo dos territórios para encontro 10.

TRILHA DE APRENDIZAGEM-ET- R2	TEMÁTICA	METODOLOGIAS
	fluxograma descritor e linhas-guia;	
ENCONTRO 9 C	Família: Perspectiva socio-histórica do conceito de família e suas evoluções; Avaliação de dinâmica familiar; higienismo e saúde.	TBL.
ENCONTRO 10 C	PTS, Gestão de caso, Autocuidado apoiado (caso prático), Gestão da clínica e Gestão do cuidado	Aula expositiva dialogada apresentando os conceitos. Avaliar se os casos trazidos se enquadram nos critérios de gestão de caso; Aplicar os passos da Gestão de Caso em pequenos grupos.
ENCONTRO 11 C	Urgência e Emergência psiquiátricas	Discutir casos de manejo de crise por cenários e buscar nos textos de apoio melhores formas de conduta.
ENCONTRO 12 C	Urgência e Emergência Na Atenção Básica; Manejo de Parada Cardiorrespiratória	TBL (Abordagem, classificação e manejo de casos mais comuns) ;+ Dinâmica com bonecos e participação de enfermeiro do SAMU.
ENCONTRO 13 C	Segurança do paciente; Iatrogenia	TBL; + Roteiro para avaliação do processo de trabalho na unidade relacionado à segurança do paciente.
ENCONTRO 14 C	Segurança do paciente	Discussão do roteiro apresentado, pontos convergentes e divergentes nas diferentes realidades; Discussão sobre adequações pautadas na literatura + vídeo sobre notificação de eventos adversos.
ENCONTRO 15 C	Saúde do Adolescente e Sexualidade	Mesa redonda com especialista em sexualidade e adolescência
ENCONTRO 16 C	Análise Estrutural, textual temática e interpretativa de artigo científico etc.	Aplicação e discussão em pequenos grupos do Instrumento para análise textual, temática e interpretativa de artigos científicos.
ENCONTRO 17 C	Ética e Bioética	Aula dialogada com especialista convidado seguida de divisão de pequenos grupos para discutir questões relacionadas ao processo de trabalho nos cenários relacionados à ética.
ENCONTRO 18 C	Ferramentas de Gestão - Relatório Anual de Gestão, Plano Municipal de Saúde, LDO, PPA, LOA Programação Anual de Saúde, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior	Aula Expositiva com participação de convidada do COSEMS .
ENCONTRO 19 C	Assistência farmacêutica - política, gestão da assistência farmacêutica, ciclo da assistência farmacêutica, uso	Mesa redonda com participação de farmacêutico da regional de saúde e um do município seguido de debate.

TRILHA DE APRENDIZAGEM-ET- R2	TEMÁTICA	METODOLOGIAS
	racional de medicamentos, organização da assistência farmacêutica na atenção básica, judicialização	
ENCONTRO 20 C	Saúde do trabalhador - PNST, RENAST, CEREST, VISASAT, caderno AB 41	Mesa Redonda com Saúde do trabalhador, mesa redonda com convidada do CEREST seguida de discussão em pequenos grupos sobre ações de saúde do trabalhador nos territórios.
ENCONTRO 21 C	Modelos de gestão: OS, OSCIP, fundações, financiamento, neoliberalismo em saúde, capital estrangeiro, privatização e terceirização; Relações público-privado: Administração Pública, e suas inter-relações com os desafios para a consolidação do SUS	Residentes trazem artigos de jornais sobre OOS e OSCIP relacionados à saúde. Aula expositiva dialogada seguida da análise destas reportagens.
ENCONTRO 22 C	Sistemas de saúde: comparativos em tempos de neoliberalismo	Filme: SICKO; Discussão sobre o filme; pesquisa sobre os sistemas de saúdes públicos ao redor do mundo . Discussão sobre os diferentes sistemas e as relações com o SUS. Convergências e divergências e o paralelo com a conjuntura política mundial.
ENCONTRO 23 C	Judicialização em saúde	Aula expositiva com secretário de saúde e advogado da autarquia municipal de saúde.

Fonte: O autor.

APÊNDICE B - Trilha de aprendizagem, R2, do eixo transversal do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Autarquia Municipal de Apucarana, PR, 2019

TRILHA DE APRENDIZAGEM-ETP- R2- SAÚDE DA FAMÍLIA	TEMÁTICA	METODOLOGIAS
ENCONTRO 1 D	Acolhimento na AB	Role play; Grupo de observação; pequenos grupos discussão com texto de apoio; Finaliza com vídeo.
ENCONTRO 2 D	Política Nacional de Humanização (Clínica Ampliada e compartilhada, Gestão Participativa e Cogestão, Ambiência e Valorização do trabalhador	World Café (cada estação trabalhando um conceito em pequenos grupos; Depois discussão em grande grupo + vídeo.
ENCONTRO 3 D	Planejamento familiar, Planejamento Reprodutivo e pré-concepcional	PBL.
ENCONTRO 4 D	Planejamento familiar, Planejamento Reprodutivo e pré-concepcional	Fechamento PBL.
ENCONTRO 5 D	Menopausa e climatério	Vídeo + PBL.
ENCONTRO 6 D	Menopausa e climatério	Fechamento PBL.
ENCONTRO 7 D	Relações de gênero e violência contra à mulher	Roda de conversa com a participação da delegada do CAM (Centro de Atenção à Mulher).
ENCONTRO 8 D	Pré-natal e puerpério	Seminário: Divisão por grupo de cada categoria profissional; Encontrar na literatura cuidados do núcleo profissional no período da gestação.
ENCONTRO 9 D	Pré-natal e puerpério	Apresentação de cada categoria profissional.
ENCONTRO 10 D	Saúde do Idoso	PBL.
ENCONTRO 11 D	Saúde do Idoso	Fechamento PBL + Simulação em grande grupo da aplicação do IVCF 20. (Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional).
ENCONTRO 12 D	Saúde do adolescente	Gincana com QR-CODE: Cada grupo deve encontrar um QR-CODE espalhado pela sala que dá acesso a uma reportagem. Fazer a síntese relacionando a reportagem com um aspecto política nacional de saúde do adolescente. Discussão em grande grupo sobre estratégias de facilitação do acesso do adolescente na atenção básica.
ENCONTRO 13 D	Saúde do Adolescente: Sexualidade; Relação com o corpo e mídia.	Mesa redonda com Psicóloga especialista em Saúde do Adolescente.

TRILHA DE APRENDIZAGEM-ETP- R2- SAÚDE DA FAMÍLIA	TEMÁTICA	METODOLOGIAS
ENCONTRO 14 D	Atenção a População usuária de álcool e outras drogas na AB	Aula expositiva dialogada com participação dos residentes da saúde mental
ENCONTRO 15 D	Saúde do Homem	Documentário; + divisão por cenário de prática: (Arco de Margueres) Trabalhar um dos eixos da política com os demais de forma criativa (dinâmica, música, paródia etc.); + Levar para o território questionário de levantamento do perfil dos homens no território; + Projeto de intervenção e/ou facilitação do acesso conforme necessidade.
ENCONTRO 16 D	Saúde do Homem	Apresentação dos grupos e dos projetos de intervenção.
ENCONTRO 17 D	Política Nacional da Pessoa com Deficiência	Dinâmica de grupo; + Aula expositiva dialogada.
ENCONTRO 18 D	PICS: Práticas Integrativas e Complementares e Promoção da Saúde	Exposição introdutória sobre o uso das PICS no SUS; + Oficinas de PICS de acordo com o interesse de cada residente: Reiki, Yoga, Dança Circular, Acupuntura.
ENCONTRO 19 D	PICS: Práticas Integrativas e Complementares e Promoção da Saúde	Oficinas de PICS de acordo com o interesse de cada residente: Reiki, Yoga, Dança Circular, Acupuntura.
ENCONTRO 20 D	Saúde Ambiental	Mesa redonda de discussão com especialista em Saúde Ambiental
ENCONTRO 21 D	Publicação em Saúde	Aula expositiva dialogada sobre publicação em saúde: escolha de revista, formatação e aspectos éticos.

Fonte: O autor.

APÊNDICE C – Termo de liberação para pesquisa

Apucarana, ____ de _____ de 2018.

Ilmo. Sr. Roberto Kaneta,

Secretário Municipal de Saúde,

Venho por meio deste, solicitar permissão para coletar informações a serem utilizadas na pesquisa de dissertação do Mestrado Profissional em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo pelo enfermeiro desta autarquia e mestrando **Renan Garcia Guilherme**, sob orientação da Professora Doutora **Eucenir Fredini Rocha**.

A pesquisa tem como objetivo avaliar questões que influenciam a educação e prática interprofissional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana. Para tanto, realizaremos grupos focais com os profissionais envolvidos na residência (tutores, preceptores e residentes).

Segue, em anexo, o instrumento que será utilizado para coleta dos dados neste serviço (Anexo 1 e 2) e o projeto de pesquisa (Anexo 3).

Peço que assine este documento em duas vias (uma ficará em sua posse), caso concorde com a liberação para a coleta dos dados.

Coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários pelo telefone (43) 999694699 e/ou e-mail: renangarcia@usp.br

Roberto Kaneta

Renan Garcia Guilherme

Roteiro Grupo Focal

1. Auto apresentação dos condutores do Grupo Focal
2. Apresentação dos objetivos do estudo e da metodologia a ser utilizada
3. Caracterização dos participantes (idade, sexo e categoria profissional)
4. Entrega e assinatura do TCLE para todos os participantes
5. Início da condução do Grupo Focal (Introdução e questões disparadoras)

Introdução:

Será trabalhada, como introdução ao Grupo Focal, a apresentação de definições para Educação e Prática Interprofissional encontradas na literatura estudada pelo pesquisador. Em seguida, iniciam-se as questões disparadoras para discussão.

Questões disparadoras – Grupos Focais:

- Com base nas definições estudadas, cite-nos experiências vividas durante a residência que, nas suas opiniões, mais se aproximem da interprofissionalidade.
(momentos teóricos, momentos práticos)
- Existem ou existiram momentos em que vocês acreditam que o desenvolvimento da interprofissionalidade seria um benefício, mas este não foi alcançado? Se sim, quais.
- O que vocês consideram como elementos dificultadores e facilitadores da interprofissionalidade durante a residência?
- Quais sugestões vocês teriam para o desenvolvimento da interprofissionalidade na residência?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(De acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: **“Educação e Prática Interprofissional em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família”**.

Trata-se de uma pesquisa proposta para uma dissertação do Mestrado Profissional em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo pelo mestrando **Renan Garcia Guilherme**, sob orientação da Professora Doutora **Eucenir Fredini Rocha**.

A pesquisa tem como objetivo avaliar questões que influenciam na educação e prática interprofissional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana. Para tanto, realizaremos grupos focais com alguns profissionais envolvidos na residência, sendo estes: todos os tutores e preceptores do programa que aceitarem o convite e dois residentes de cada categoria profissional de cada ano da residência, totalizando vinte e três pessoas.

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa por fazer parte do grupo de profissionais envolvidos com o programa de residência e sua participação ocorrerá por meio de um grupo focal em que responderá questões relacionadas às suas percepções pessoais em relação ao tema do estudo. O grupo focal terá em média 120 minutos e as falas provenientes do mesmo serão gravadas e transcritas mediante sua autorização. Após a transcrição, as gravações serão permanentemente apagadas. Será preservado o sigilo e anonimato de seus dados pessoais em todas as etapas do estudo.

O possível risco oferecido por esta pesquisa seria algum desconforto pessoal em participar do grupo focal por se tratar de um momento quando percepções e sentimentos pessoais podem ser expressos. Trata-se, portanto, de um risco mínimo. Garantimos a possibilidade de desistência de sua participação em qualquer momento da pesquisa sem qualquer prejuízo e encaminhamento para acolhimento psicológico, caso o(a) senhor(a) julgue necessário. Ressaltamos que esta pesquisa também não lhe trará nenhum benefício direto, tendo sua participação caráter voluntário. O benefício trazido por esta pesquisa é o aprimoramento do programa de residência através de estratégias de adequação baseados nos resultados obtidos neste estudo, tratando-se, portanto, de um benefício indireto.

Você terá direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais e finais da pesquisa a qualquer momento que desejar.

Para qualquer dúvida a respeito do estudo, contatar o pesquisador e enfermeiro Renan Garcia Guilherme, pelo telefone (43) 99694699 ou pelo e-mail: renangarcia@usp.br.

Qualquer dúvida referente às questões éticas deste estudo, poderão ser sanadas através do contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da USP – Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar– tel.: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fmusp@hcnnet.usp.br

Este termo deverá ser assinado em duas vias, ficando uma com o(a) senhor(a) e uma com o pesquisador.

Ciente destas informações, acredito terem sido sanadas as minhas dúvidas e concordo em participar deste estudo.

Data: / /

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE E - PRODUTO EDUCACIONAL

RENAN GARCIA GUILHERME

**EDUCAÇÃO E PRÁTICA INTERPROFISSIONAL: OFICINA DE ALINHAMENTO
CONCEITUAL PARA RESIDÊNCIAS AUTOGERIDAS**

**SÃO PAULO
2020**

RENAN GARCIA GUILHERME
EDUCAÇÃO E PRÁTICA INTERPROFISSIONAL: OFICINA DE ALINHAMENTO
CONCEITUAL PARA RESIDÊNCIAS AUTOGERIDAS

RESUMO: Os Ministérios da Saúde e Educação, através do Edital n.º 12, de 28 de agosto de 2015, pela primeira vez permitiram que serviços de saúde não vinculados a instituições de ensino superior, propusessem Programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Este produto educacional, fruto de um estudo realizado no contexto de uma residência autogerida, propõe uma oficina de alinhamento conceitual sobre a Educação e Prática Interprofissional voltada para gestores, tutores, preceptores, residentes e demais profissionais de saúde de municípios que desenvolvem estes programas de residência. A discussão sobre a educação interprofissional, apesar de extremamente importante e internacionalmente vista como potente no sentido do cuidado integral e resolutivo, ainda é incipiente no Brasil, e principalmente em contextos não acadêmicos. Sendo assim, ainda há certa confusão sobre o que de fato se considera uma educação interprofissional e quais as possibilidades de práticas interprofissionais, havendo a necessidade de um alinhamento conceitual dos termos. A oficina proposta baseia-se na pedagogia histórico-crítica pela sua proximidade teórica com as bases de construção do SUS.

Palavras-chaves: Educação interprofissional. Residência Multiprofissional. Educação em Saúde. Trabalho em Equipe.

EDUCATION AND INTERPROFESSIONAL PRACTICE: CONCEPT ALIGNMENT
WORKSHOP FOR SELF-MANAGED RESIDENCES

ABSTRACT: The Ministries of Health and Education, through Edict no. 12 August 28th, 2015, for the first time allowed health services not linked to higher education institutions to propose Residency Programs in the Health Professional Area. This educational matter, the result of a study conducted in the context of a self-managed residence, proposes a conceptual alignment workshop on Interprofessional Education and Practice aimed at managers, tutors, preceptors, residents and other health professionals from municipalities who manage in these residency programs. The discussion about interprofessional education, although extremely important and internationally seen as potent in the sense of integral and resolute care, it is still incipient in Brazil, and especially in non-academic contexts. Thus, there is still some confusion about what is considered an interprofessional education and what are the possibilities of interprofessional practices, and there is a need for conceptual alignment of terms. The proposed workshop is based on historical-critical pedagogy for its theoretical proximity to the SUS construction bases.

Keywords: Interprofessional education. Multiprofessional Residence. Health Education. Teamwork.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Este produto educacional provém da dissertação de mestrado “Educação e Prática Interprofissional em uma Residência Multiprofissional Autogerida em Saúde da Família”, pelo Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo.

A educação interprofissional ocorre quando “duas ou mais profissões aprendem com, de e sobre cada uma delas para melhorar a colaboração e qualidade do cuidado” e tem sido extremamente valorizada devido ao seu grande potencial para formar profissionais aptos a atuarem de forma colaborativa, de modo a alcançarem a prestação de um cuidado mais resolutivo, integral e seguro (Centre for the Advancement of Interprofessional Education, 2016; Reeves, 2016).

Na América Latina, a discussão sobre a EIP começou a avançar significativamente nos últimos anos, sendo que no ano de 2016 aconteceu uma grande reunião técnica em Bogotá, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com a presença dos representantes dos Ministérios da Saúde e Educação e instituições de ensino superior em saúde dos países da América Latina e Caribe, para um diagnóstico da situação desta discussão nestes países, para instrumentalizá-los e criar pactuações para a consolidação da interprofissionalidade em níveis local e regional (Organização Pan-Americana de Saúde, 2017).

Neste encontro em Bogotá nasceu um Plano de Ação Organizado para a Implementação da Educação Interprofissional no Brasil. O plano de ação elenca cinco linhas de ação prioritárias que são: o fortalecimento da Educação Interprofissional como dispositivo para a reorientação dos cursos de graduação em saúde, o levantamento das iniciativas de educação interprofissional no Brasil, o desenvolvimento dos docentes na direção da EIP, o fortalecimento dos espaços de divulgação e produção do conhecimento em EIP, e a garantia de que a Educação Interprofissional esteja nos espaços de educação permanente em saúde (Brasil, 2017).

No eixo que trata da inserção da EIP nos espaços de educação permanente do SUS a inserção da interprofissionalidade nas residências em saúde é colocada como uma das prioridades pelo documento que sintetiza este plano de ação (Brasil, 2017).

Ressalta-se que os programas de residência multiprofissional no Brasil carecem de um maior amparo, sobre legislações que facilitem a construção e condução destes Projetos Pedagógicos, e os tornem menos heterogêneos, já que as portarias da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, que são as únicas normas orientadoras da construção

destes programas, trazem apenas algumas normativas superficiais de estruturação técnica para os mesmos, e a educação interprofissional ainda não é algo explicitamente apresentado nestas normativas.

Neste sentido discute-se recentemente nos fóruns e encontros nacionais de residências em Saúde, a necessidade da criação de uma política nacional para estas residências, que respeite as especificidades loco-regionais, mas que dê também mais consistência e uniformidade para estes programas no Brasil, e que traga, de forma mais prática, estratégias de apoio para o desenvolvimento dos docentes e da qualificação dos serviços que recebem estes residentes.

Os Ministérios da Saúde e Educação, através do Edital n.º 12, de 28 de agosto de 2015, pela primeira vez permitiram que serviços de saúde não vinculados a instituições de ensino superior, propusessem Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (Brasil, 2015).

Este produto educacional é fruto de um estudo realizado no contexto de uma destas residências autogeridas, onde foi percebido que as dificuldades encontradas na residência estudada, no sentido da educação interprofissional, têm muita similaridade com as dificuldades encontradas em outros estudos realizados em residências vinculadas às universidades, porém com algumas particularidades.

Foi possível perceber que o distanciamento da academia (espaço onde majoritariamente a discussão da educação interprofissional acontece) neste processo, fez com que as oportunidades de aprimoramento dos tutores/docentes envolvidos na residência em relação à educação interprofissional fossem ocorrendo de forma heterogênea, conforme oportunidades individuais, dependendo do apoio da gestão local para a qualificação e o acesso destes profissionais às universidades e espaços externos à instituição, sendo que este contato e este apoio poderia não ocorrer em outras realidades.

Por outro lado, foi possível perceber que há uma autonomia que permite maior agilidade para as mudanças, e a tornam mais próximas das reais necessidades específicas do programa. Sendo assim, acredita-se que, desde que as bases teóricas da residência estejam amadurecidas, a proximidade de se ter a gestão da parte acadêmica do programa mais próxima da gestão dos cenários de prática dos residentes, já que ambas se encontram na mesma instituição, pode ser um facilitador para que os processos teóricos da residência se traduzam em prática, de forma menos burocrática.

Na literatura sobre a EIP nas residências, encontra-se com frequência que a educação interprofissional por si só não tem garantido que esta perspectiva influencie uma prática

colaborativa nos serviços, no sentido da qualificação dos processos de trabalho das unidades, dificultando a integração da equipe de residentes, que acabam por trabalhar de forma mais integrada entre si, com as equipes das unidades de saúde, que tendem a permanecer em uma lógica mais fragmentada, portanto, é necessário nos contextos de residência, que todos os envolvidos neste processo estejam alinhados com os mesmos objetivos.

Neste sentido, acredita-se que, uma vez que todos os envolvidos no processo da residência estejam cientes dos propósitos de formação dos residentes, e alinhados aos constructos teóricos que embasam o trabalho interprofissional, possa haver uma maior mobilidade conjunta para permitir mudanças de processo de trabalho necessárias para a boa condução de processos interprofissionais.

Como parte do plano de ação para a implementação da EIP no Brasil, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) realizou uma Oficina de Alinhamento Conceitual sobre Educação e Trabalho Interprofissional, em junho de 2017, para técnicos dos Ministérios da Saúde e Educação, representantes e conselhos nacionais relacionados à saúde, associações de educação das profissões da área da saúde e conselhos de classe (Brasil, 2017).

Frente às realidades relacionadas à EIP nas residências, e sobretudo para as residências autogeridas, que podem ter maior dificuldade de acesso à esta discussão. ainda incipiente no Brasil, e sob influência da oficina realizada pelo Ministério da Saúde, que não teve um grande alcance, ficando restrita à alguns representantes de movimentos e instituições, percebeu-se a necessidade da criação de uma proposta de oficina de alinhamento conceitual voltadas para os municípios que recebem estas residências, para que a Educação Interprofissional possa se aprimorar em todos os espaços, e que conte com a participação de todos os envolvidos nestes processos, para que a EIP seja defendida pelas gestões que conduzam estas residências e consigam aprimorar seus serviços para o fortalecimento do trabalho em equipe.

Há uma necessidade de serem criadas estratégias de educação interprofissional que tragam maior proximidade com o contexto brasileiro, e principalmente a necessidade da adoção de pedagogias mais progressistas, no sentido do questionamento da realidade sociopolítica, importantes nestes momentos do avanço neoliberal de desconstrução de políticas públicas.

Apostou-se, portanto, pela adoção de uma metodologia que permite a interação entre os sujeitos com objetivos comuns, convergindo com a Educação Interprofissional, e que ao mesmo tempo, permita uma diretividade em sua condução, para conteúdos que trazem

processos de reflexão sobre aspectos históricos e sociais que influenciem no objeto estudado, através da problematização.

Trata-se da pedagogia Histórico-Crítica. Esta pedagogia é proposta por Demerval Saviani, e tem sua didática sistematizada por Gasparin (2007). Esta pedagogia tem como base filosófica o Materialismo Histórico-Dialético, importante referencial da luta pela Reforma Sanitária, tendo potencial para contribuir para uma educação voltada para o fortalecimento do SUS.

EDUCAÇÃO E PRÁTICA INTERPROFISSIONAL: OFICINA DE ALINHAMENTO CONCEITUAL PARA RESIDÊNCIAS AUTOGERIDAS

Condutor - Profissional de Saúde que tenha conhecimento sobre os constructos teóricos da Educação Interprofissional em Saúde.

Público Alvo - Tutores, docentes, residentes, preceptores, gestores e outros profissionais de saúde que se interessarem, ou que a gestão local julgue importante a participação.

Didática e Conteúdo - A metodologia utilizada é baseada na Pedagogia Histórico-Crítica proposta por Demerval Saviani e sistematizada em sua didática por João Luiz Gasparin.

Nesta perspectiva deve-se ressaltar a finalidade social dos conteúdos passados, entender o valor das experiências trazidas pelos alunos, ou seja, trata-se de relacionar a prática social do aluno com a teoria sistematizada, de modo que elas se influenciem dialeticamente e permitam uma transformação através de uma nova prática social, menos ingênua e mais crítica, agora imbuída de teoria (Gasparin, 2007).

A didática da pedagogia histórico-crítica compõe cinco passos: 1 - Prática social inicial do conteúdo, 2 - Problematização, 3 - Instrumentalização, 4 - Catarse e 5 - Prática social final do conteúdo.

Explica-se, a seguir, cada passo desta didática já aplicada ao conteúdo proposto.

1- Prática Social Inicial

Neste momento o condutor da oficina deve se apresentar e conhecer os participantes.

Conhecer a prática social inicial significa entender a relação dos sujeitos com o meio em que estão inseridos, neste caso, com a instituição, apresentar o tema a ser trabalhado, e averiguar e valorizar o conhecimento e experiências prévias dos participantes em relação ao conteúdo.

- a) Questões a serem feitas: Quem são estes participantes? Há quanto tempo trabalham na instituição? Quais suas profissões?
- b) Apresentar de forma sucinta o tema a ser trabalhado: Educação e Prática Interprofissional
- c) Trazer questionamentos que estimulem os participantes a contarem o que sabem sobre estes temas, e em um painel ou cartolina na parede ir sistematizando as definições de Educação e Prática Interprofissional trazidas pelos participantes. Questões disparadoras: “O que vocês entendem por educação interprofissional?”, “E a prática interprofissional, o que seria?”, “O que vocês não sabem ou gostariam de saber sobre este tema?”, “Já tiveram contato com este tema em outro momento? “E o que aprenderam sobre ele?”, “Vocês consideram importante estudar essa temática?”, entre outras questões que estimulem os participantes a exporem o conhecimento anterior.
Obs.: Neste momento é importante que o condutor deixe evidente a horizontalidade das relações neste espaço, é importante estimular a participação de todos e tomar atitudes verbais e não verbais de estímulo e apreço pelo conhecimento e vivência dos participantes.
- d) Após este passo inicial guardar a cartolina (que será utilizada em outro momento) e iniciar uma problematização.

2-Problematização

Neste momento questiona-se a realidade dos participantes e sua relação com o conteúdo proposto, questionam-se as contradições existentes no conteúdo, estimulando o participante a pensar de diversas formas a respeito do mesmo objeto, e as contrapõem em relação à sua prática social inicial, desta forma, novas hipóteses a respeito do conteúdo são criadas.

Questões a serem problematizadas: “Vocês consideram que o trabalho realizado nos cenários em que estão inseridos é interprofissional? Por quê?”, “Quais são os desafios para a educação e prática interprofissional?”, “Deem exemplos de atividades que vocês já vivenciaram e que as consideram interprofissionais”, “Qual a diferença entre multiprofissional, interprofissional e interdisciplinar?”, “Qual a diferença entre educação e prática interprofissional?”, “Vocês se sentem preparados para trabalhar de forma

interprofissional? O que influencia?”, “Quais os desafios que existem para a educação e para a prática interprofissional?”.

Neste momento é importante que o condutor consiga instigar os participantes para que estes tenham curiosidade para acessar o conteúdo sistematizado, e que entendam a importância de saber mais sobre o conteúdo proposto e qual a finalidade social do mesmo.

Obs.: As etapas 1 - prática social e 2 - problematização podem ser feitas em meio período (4 horas) do primeiro dia de oficina, com um pequeno intervalo entre as duas.

3- Instrumentalização

Neste momento o conteúdo científico, sistematizado, é apresentando para os participantes. É importante que o conteúdo apresentado permita ao participante fazer uma comparação deste conteúdo com a sua prática social, e também é imprescindível que o conteúdo seja abordado de forma a considerar os aspectos sociais e históricos dos mesmos, de modo que permita ao participante absorvê-los criticamente, pensando em estratégias para lidar com as dificuldades e potencialidades na sua prática diária que tragam relação ao conteúdo.

Passar o conteúdo de forma dialogada, fazendo questionamentos e provocações, e instigando os participantes a expressarem suas dúvidas e considerações.

Sugere-se a divisão do conteúdo em quatro tópicos: a) Formação dos Profissionais da Saúde; b) A Integralidade; c) A educação e Prática Interprofissional; e d) Exemplificando a Educação e Prática Interprofissional.

Formação dos profissionais da saúde: Trazer uma contextualização histórica sobre a formação dos profissionais da saúde, problematizar o modelo flexneriano, a lógica biomédica, o produtivismo e o utilitarismo na saúde, trazer reflexões para os participantes para que eles encontrem na sua formação e prática diária as influências destas lógicas apresentadas, e se isso traz influência para o trabalho em equipe.

A integralidade: Relembrar o conceito de integralidade, lembrar do papel da atenção básica como coordenadora da rede, da longitudinalidade e do vínculo. Problematizar a complexidade do processo saúde-doença e a alta complexidade da atenção básica, mesmo com uma baixa densidade tecnológica, discutir sobre os desafios para se alcançar a integralidade na saúde pública, problematizar as influências macropolíticas, como a mercantilização da saúde, e posteriormente focar nas questões relacionadas ao processo de trabalho.

Obs.: A primeira etapa da instrumentalização, que aborda estes dois tópicos iniciais, pode ser trabalhada em meio período (quatro horas), mas se possível trabalhar em dois períodos de três ou quatro horas para que a discussão não se torne aligeirada.

A Educação e prática interprofissional: Trazer primeiramente o conceito da educação interprofissional de forma menos aprofundada, diferenciando-o dos conceitos de “multiprofissional” e “interdisciplinar”, para explicar a princípio o que *não é* a interprofissionalidade.

Aprofundar o conceito de Educação e prática interprofissional trazendo e problematizando rapidamente cada uma das seis competências trazidas pela Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010) com maior ênfase nas duas principais competências: Comunicação Interprofissional e o Cuidado Centrado no Paciente/família/comunidade.

Exemplificando a Educação e Prática interprofissional: Pedir exemplos práticos do que seria uma educação e prática interprofissional, fazer os participantes analisarem os exemplos trazidos com base nos seis domínios de competências, e por fim, trazer exemplos de educação e prática interprofissionais encontradas na literatura focando nos exemplos de prática voltadas para a atenção básica e Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Obs.: A segunda etapa da instrumentalização pode ser trabalhada em meio período (quatro horas), mas se possível trabalhar em dois períodos de três, ou quatro horas para que a discussão também não se torne aligeirada.

4- Catarse

Neste momento averigua-se se os participantes se apropriaram do conhecimento passado, e se este novo conhecimento contribuiu para uma nova interpretação, mais complexa e crítica, da prática social anterior.

Trazer neste momento a cartolina com as definições feitas pelos participantes antes da instrumentalização. Questionar se eles agora conseguem aprimorar as definições trazidas, e fazer uma roda de sugestões para a melhoria dessas definições, até que estes considerem que a definição está suficientemente aprofundada.

Após esta retomada das definições trazer questionamentos para verificar se os participantes conseguem analisar de uma forma mais crítica às suas práticas sociais frente ao conteúdo apresentado. Questões disparadoras para a discussão: Após ter acesso a estas definições e discussões vocês conseguem ter mais clareza dos momentos em que atuam de forma interprofissional e multiprofissional? Tragam exemplos (analisar os exemplos

correlacionando com a literatura estudada), quais dificuldades estão sendo encontradas para a educação e trabalho interprofissional no município? Quais as potencialidades encontradas para o trabalho interprofissional que poderiam ser aproveitados no município?

Trazer também novos questionamentos para aprofundar a análise da influência do nível macropolítico e estruturais nas formas de trabalho em saúde, perguntas como: “Se o trabalho interprofissional é mais resolutivo e permite um cuidado integral, por que ele encontra dificuldades em ser colocado em prática? Depende apenas dos trabalhadores? A quem interessa um trabalho fragmentado e pouco resolutivo na atenção básica? A quem interessa a desqualificação do SUS? Isso traz ligação com a questão das dificuldades em trabalhar em equipe? E terminar questionando: O que podemos fazer apesar das dificuldades?

Trazer estes questionamentos todos e esta revisão do que foi aprendido vem no sentido de guiar uma nova prática social, na forma de *praxis*, uma nova forma de ler a realidade, de forma a conseguir qualificar o trabalho, mas não de maneira alienada, mas criticamente informada.

5- Prática Social Final

Neste momento os participantes já conseguem assumir uma postura de ação a partir das discussões e conteúdo apresentado, então é o momento de os participantes pensarem no que podem fazer com o conteúdo aprendido.

Neste momento sugere-se dividir os participantes em segmentos: o segmento dos tutores, dos preceptores, dos gestores, dos residentes, etc...e cada segmento vai redigir uma carta conjunta, esta carta deve responder à seguinte pergunta: “Frente à todas as dificuldades e potencialidades encontradas para as suas efetivações no contexto local, como você pode se comprometer para qualificar a educação e a prática interprofissional no seu cenário/município?”.

Em um segundo momento estas cartas são lidas por um representante de cada segmento em plenária, e é feita uma carta síntese contendo as contribuições de cada segmento. É interessante que esta carta seja lida na reunião do Conselho Municipal de Saúde para que fique registrada e que a busca pela educação e prática interprofissional seja uma busca coletiva e comprometida com a defesa do SUS.

Referência Bibliográfica sugerida para a construção da oficina

Araújo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2007;31(Supl. 1):20-31.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A national interprofessional competency framework. Vancouver: CIHC; 2010.

Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). *Introducing Interprofessional Education*. United Kingdom: CAIPE; 2013.

Gasparin JL. *Uma didática para a pedagogia histórico-crítica*. 4ª ed. Campinas: Autores Associados; 2007.

Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):185-97.

Toassi, RFC, organizadora. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede Unida; 2017.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
2. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital n. 12, de 28 de agosto de 2015. Dispõe sobre a adesão de entes federados e instituições à concessão de bolsas do ministério da saúde para programas de residências em área profissional da saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 ago. 2015.
3. Gasparin JL. *Uma didática para a pedagogia histórico-crítica*. 4ª ed. Campinas: Autores Associados; 2007.
4. Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). *Introducing Interprofessional Education*. United Kingdom: CAIPE; 2013.
5. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A national interprofessional competency framework. Vancouver: CIHC; 2010.
6. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington, D.C.: OPAS; 2017.
7. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):185-97.

ANEXO

ANEXO**ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Educação e Prática Interprofissional em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Pesquisador: Eucenir Fredini Rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88740018.6.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.647.186

Apresentação do Projeto:

O projeto visa obtenção do título de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo. O estudo será desenvolvido junto a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, no Paraná. Trata-se de uma residência auto gerida, ou seja, sem vinculação com uma instituição de ensino superior, algo recente na história do ensino superior em saúde no Brasil. Pretende-se com este estudo propor estratégias de adequação deste Programa de residência na direção da Educação e Prática interprofissionais e contribuir com a literatura acerca deste tema ainda emergente no país, principalmente se relacionado às pós graduações em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o trabalho em equipe desenvolvido no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Apucarana-PR e suas possíveis inter-relações com as propostas de Educação e Prática Interprofissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto bem estruturado. Riscos mínimos relativos a possíveis desconfortos pessoais em participar do grupo focal.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 2.647.186

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório. Será realizado grupos focais com integrantes do programa de residência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados adequados.

Recomendações:

Aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1120286.pdf	27/04/2018 15:24:02		Aceito
Outros	FORMULARIO_CEP.pdf	27/04/2018 15:19:58	RENAN GARCIA GUILHERME	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PROJETO.pdf	27/04/2018 15:16:32	RENAN GARCIA GUILHERME	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_GRUPO_FOCAL.pdf	27/04/2018 10:11:46	RENAN GARCIA GUILHERME	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.pdf	27/04/2018 10:10:55	RENAN GARCIA GUILHERME	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/04/2018 10:10:31	RENAN GARCIA GUILHERME	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	27/04/2018 10:10:12	RENAN GARCIA GUILHERME	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/04/2018 10:09:50	RENAN GARCIA GUILHERME	Aceito
Outros	LIBERACAO_GESTOR_AUTARQUIA.pdf	23/04/2018 17:57:07	Eucenir Fredini Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 2.647.186

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 10 de Maio de 2018

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br