

Aline Gomes Medina

**Terapia ocupacional e a educação para a interprofissionalidade
em residências multiprofissionais em saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Prof^a Dr^a Sandra Maria
Galheigo

São Paulo

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Medina, Aline Gomes

Terapia ocupacional e a educação para interprofissionalidade em residências
multiprofissionais em saúde / Aline Gomes Medina. -- São Paulo, 2016.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Sandra Maria Galheigo.

Descritores: 1.Educação em saúde 2.Relações interprofissionais 3.Internato e
residência 4.Terapia ocupacional 5.Educação continuada 6.Equipe de assistência
ao paciente

USP/FM/DBD-042/16

Aline Gomes Medina

**Terapia ocupacional e a educação para a interprofissionalidade
em residências multiprofissionais em saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Prof^a Dr^a Sandra Maria
Galheigo

São Paulo

2016

Dedicatória

Ao meu amado marido, Fábio, pelo amor, paciência e empenho em compartilhar o cuidado com a casa e com nossos filhos, possibilitando o início, meio e fim desse processo.

Aos meus filhos, Cauã e Nicolas, que me entenderam nos dias que eu precisava “trabalhar para o mestrado” e em outros que me fizeram parar, desligar o computador e dar atenção a eles, me ensinando que a vida pode ser alegre e repleta de amor.

Aos meus amados pais, Carlos e Myriam, que me deram condições de chegar à universidade. Dedico a vocês este trabalho e todas as vitórias da minha vida.

Agradecimentos

Assim como todo trabalho de mestrado, esta dissertação é resultado do apoio de um grande número de pessoas que passaram em minha vida nesta trajetória. Amigos, participantes, docentes, secretários, coordenadores das residências e familiares. Espero que compreendam minhas limitações de expressar sentimentos e sintam-se participantes nessa história.

À orientadora Profa. Dra. **Sandra Maria Galheigo** pelo apoio e disponibilidade incondicionais e pela sabedoria com que me conduziu desde o primeiro encontro.

Às Profa. **Fátima Corrêa Oliver**, Profa. Dra. **Eucenir Fredini Rocha** e Profa. Dra. **Marina Peduzzi** pelas valiosas contribuições durante o exame de qualificação que me ajudaram a superar os desafios desta pesquisa.

Às colegas **Catia Mari**, **Priscila** e **Rejane** pelo apoio, companheirismo e amizade.

À equipe do programa de residência multiprofissional em saúde Casa de Saúde Santa Marcelina - **Fernanda**, **Michele** e **Débora** - por me possibilitar entrar contato com a residência multiprofissional em saúde como tutora e apoiarem no pontapé inicial do mestrado.

Aos coordenadores e secretários dos programas de residência participantes desta pesquisa por apoiarem e possibilitarem a realização desta pesquisa.

Aos residentes, preceptores e tutores terapeutas ocupacionais pela generosidade e disponibilidade em participarem desta pesquisa. Com o apoio de vocês mais um passo foi dado rumo ao desenvolvimento de nossa profissão.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

RESUMO

ABSTRACT

1 APRESENTAÇÃO.....	1
2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A QUALIFICAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE.....	5
2.1 POLÍTICAS DE FORMAÇÃO EM SAÚDE: INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE	5
2.2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA.....	10
2.3 DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS DE FUNCIONAMENTO DAS RMS	14
2.4 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA EM CONSTRUÇÃO.....	19
3 EXPERIÊNCIA FORMATIVA EM CONSTRUÇÃO	25
3.1 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL, EDUCAÇÃO PARA A INTERPROFISSIONALIDADE E PARA O EXERCÍCIO DAS PRÁTICAS COLABORATIVAS EM EQUIPE	25
3.2 TERAPIA OCUPACIONAL E O ENSINO PARA A INTERPROFISSIONALIDADE	33
4 OBJETIVO GERAL	40
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
5 METODOLOGIA.....	41
5.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	41
5.2. CARACTERIZAÇÃO DOS PROGRAMAS E SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	45
5.2.1 <i>Participantes da pesquisa por cenário educativo e função</i>	45
5.2.2 <i>Programas participantes por local, cenário educativo e participantes</i>	47
5.2.2.1 Residência Multiprofissional 1.....	47
5.2.2.2 Residência Multiprofissional 2.....	49
5.2.2.3 Residência Multiprofissional 3.....	50
5.3 PREOCUPAÇÕES DE CARÁTER ÉTICO	52
5.4 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS NA PESQUISA.....	53
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
6.1 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COMO DISPOSITIVO DE MUDANÇAS	57
6.1.1 <i>Trabalho em equipe</i>	58

6.1.1.1	Aprendizagem do trabalho colaborativo em equipe	58
6.1.1.2	Perfil e formação para o trabalho em equipe.....	68
6.1.1.3	Trabalho em equipe na atenção hospitalar	70
6.1.1.4	Trabalho em equipe da atenção básica	73
6.1.1.5	Mudanças e tensões identificadas no trabalho em equipe a partir da RMS	76
6.1.2	<i>Trabalho na perspectiva do SUS</i>	80
6.1.2.1	Necessidades em saúde.....	81
6.1.2.2	Cuidado em saúde: complexidade e interprofissionalidade.....	82
6.1.2.3	Clínica ampliada.....	83
6.1.2.4	Rede de atenção em saúde (RAS).....	85
6.1.2.5	Desafios da interlocução ensino-serviço no âmbito da formação para o SUS.....	87
6.2	SINGULARIDADES NA FORMAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NAS RESIDÊNCIAS	
	MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE	90
6.2.1	<i>Particularidades da inserção profissional do terapeuta ocupacional nos cenários educativos das RMS</i>	90
6.2.1.1	Falta de terapeutas ocupacionais nos serviços e o impacto na preceptoria da RMS	90
6.2.1.2	Desconhecimento sobre o papel profissional do TO e seus desdobramentos	98
6.2.2	<i>Produção de identidades e a fragmentação da atuação do terapeuta ocupacional nas residências multiprofissionais em saúde</i>	106
6.2.2.1	Produção de identidades na terapia ocupacional	106
6.2.2.2	Formação em serviço e a fragmentação da atuação do residente terapeuta ocupacional	110
6.2.3	<i>Terapia ocupacional e as práticas colaborativas e interprofissionais no SUS</i> .	116
6.2.3.1	O foco nas atividades e cotidianos: contribuição da terapia ocupacional à prática colaborativa e interprofissional	116
6.2.3.2	Mediador do cuidado em saúde de pessoas com deficiência e transtornos mentais nos serviços do SUS	120
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
8	ANEXOS	131
	ANEXO A: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	131
	ANEXO B: TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	132
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135

LISTA DE SIGLAS

CIES –	Comissões de Integração Ensino-Serviço
CNRMS –	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
DCN –	Diretrizes Curriculares Nacionais
ENSP/Fiocruz –	Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz
Inamps –	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MEC –	Ministério da Educação e Cultura
MS –	Ministério da Saúde
OMS –	Organização Mundial da Saúde
PET Saúde –	Programa de Educação pelo Trabalho
Pró-Saúde –	Programa Nacional de Reorientação da Formação Nacional em Saúde
PSF –	Programa Saúde da Família
RMS –	Residência Multiprofissional em Saúde
SES/RS –	Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul
SGTES –	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
TAS –	Treinamento Avançado em Serviço
UNA-SUS –	Universidade Aberta do SUS

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: NÚMERO DE ENTREVISTADOS, POR FUNÇÃO, SEGUNDO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (RMS). SÃO PAULO, 2013-2014.	46
TABELA 2: IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, POR FUNÇÃO, SEGUNDO CENÁRIO EDUCATIVO E PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (RMS). SÃO PAULO, 2013-2014.....	47
TABELA 3: NÚMERO DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, POR FUNÇÃO E CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA, SEGUNDO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE.	52

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: MODELO DE ESTRUTURA DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL.....	16
FIGURA 2: RESULTADOS DA PESQUISA: CATEGORIAS EMPÍRICAS, SUBCATEGORIAS E TEMAS IDENTIFICADOS POR MEIO DA TÉCNICA DE ANÁLISE TEMÁTICA.....	56

RESUMO

Medina AG. *Terapia Ocupacional e a educação para a interprofissionalidade em residências multiprofissionais em saúde* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

A formação em serviço realizada pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma estratégia educativa que visa a mudança do perfil dos profissionais da saúde para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as profissões que compõem as residências, a terapia ocupacional foi eleita como foco deste estudo com o objetivo de conhecer e refletir sobre os desafios e tendências do processo de educação profissional e interprofissional na perspectiva de tutores, preceptores e residentes terapeutas ocupacionais. A metodologia eleita foi a abordagem qualitativa com realização de entrevistas e análise de conteúdo para a elaboração dos resultados e discussão. Foram realizadas 17 entrevistas em três programas de RMS de diferentes municípios do estado de São Paulo com cenários educativos realizados na atenção hospitalar e na atenção básica. Duas categorias empíricas foram identificadas nos resultados: (i) “Residência multiprofissional de saúde como dispositivo de mudança” dividida em duas subcategorias: “Trabalho em equipe” e “Trabalho na perspectiva do SUS” e (ii) “Singularidades na formação do terapeuta ocupacional em RMS” agrupada nas subcategorias: “Particularidades da inserção profissional do terapeuta ocupacional nos cenários educativos”, “Produção de identidades e a fragmentação da atuação do terapeuta ocupacional nas RMS” e “Terapia ocupacional e as práticas colaborativas e interprofissionais no SUS”. A pesquisa permitiu conhecer o potencial de mudanças dos programas de RMS em relação à formação dos residentes e à disseminação de práticas em saúde, colaborativas em equipe e sob a perspectiva do SUS. Os resultados apontaram a singularidade do processo formativo de terapeutas ocupacionais nas RMS que sofrem impactos pela insuficiente contratação de profissionais nos serviços, pelo desconhecimento do papel profissional do terapeuta ocupacional e pela fragmentação da atuação profissional nos cenários de prática; experiências que geram insegurança de residentes e profissionais quanto aos limites da atuação profissional e interprofissional no trabalho em equipe. O foco da terapia ocupacional nas atividades e cotidianos das pessoas no processo do cuidado em saúde e a mediação do cuidado de pessoas com deficiência e transtornos mentais foram identificados como contribuições da terapia ocupacional para as práticas colaborativas e interprofissionais no SUS. Conclui-se que o potencial de mudanças dos programas para a atuação dos residentes como futuros profissionais está diretamente relacionado com as estratégias pedagógicas desenvolvidas nos cenários educativos. A formação de terapeutas ocupacionais nas RMS depende das características dos cenários educativos, no que se refere a sua organização e interação interprofissional pré-existente, à suficiência do número de preceptores, à consolidação de fluxos assistenciais e ao (re)conhecimento da Terapia Ocupacional pelos demais profissionais dos serviços. Por fim, os participantes afirmaram a importância da RMS para a aprendizagem de saberes e práticas - próprios da profissão, comuns aos profissionais de saúde e construídos em equipe de forma colaborativa - com o propósito da qualificação do cuidado em saúde.

Descritores: educação em saúde; relações interprofissionais; internato e residência; terapia ocupacional; educação continuada; equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

Medina AG. *Occupational therapy and Education for the inter-professionality in multi-professional health residencies.* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2016.

The in-service education carried out by the multi-professional residency in health (MPRH) is a strategy that aims at a profile change of health professionals in order to prepare them to work in the Brazilian Unified Health System (SUS). Among the professions included in MPRH, the occupational therapy was selected as the focus of this study in order to explore and reflect on the challenges and tendencies of the professional and inter-professional education process from the perspective of occupational therapy tutors, preceptors, and residents. The selected methodology was the qualitative approach, carried out by means of interviews and content analyses that led to the elaboration of results and discussions. Seventeen interviews were carried out in three MPRH programs of different municipalities in the State of São Paulo, and had their educational scenarios centered in hospital care and basic health care. Two empiric categories were identified in the results: (i) “MPRH as a means of change,” divided into two subcategories: “Team Work” and “Work from the perspective of SUS,” and (ii) “Singularities in the education of the occupational therapist in MPRH”, which was grouped in the following subcategories: “Particularities of the inclusion of occupational therapists into the educational scenarios,” “Production of identities and the fragmentation of the occupational therapists’ work in MPRH” and “Occupational Therapy and the collaborative and inter-professional practices in SUS.” The research allowed for the identification of possibilities of changes brought about the MPRH regarding the professional education of residents and the dissemination of collaborative practices among health service professionals from the perspective of SUS. Results pointed out the singularity of the educative process of occupational therapists in the MPRH, which are impacted by the insufficient professional staffing, the unawareness of the occupational therapist’s professional role and the fragmentation of the professional work in practice settings; experiences which cause insecurity to residents and professionals regarding the limits of the professional and inter-professional team work. The occupational therapy focus on the activities and daily life of people in health care and the mediation of the care given to people with physical and mental disabilities were identified as occupational therapy contributions to collaborative and inter-professional practices in SUS. The conclusion is that the potential for change that programs provide for the activities of residents as future professionals is directly related to the pedagogical strategies developed in the educational settings. The education of occupational therapists in MPRH depends on the characteristics of the practice settings, regarding their organization and the pre-existing inter-professional interaction, a sufficient number of preceptors, the consolidation of assistance flows, and the recognition of occupational therapy by other health professionals. Finally, the participants restated the importance of the MPRH for the learning of knowledge and practices – particular to the profession, common to health professionals, and accrued through collaborative team work – as the purpose of the qualification in health care services.

Descriptors: health education; interprofessional relations, internship and residency; occupational therapy; education, continuing; patient care team.

1 APRESENTAÇÃO

Sou terapeuta ocupacional formada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo desde 2004. As práticas de saúde desenvolvidas em equipe me chamaram a atenção desde meu primeiro trabalho como terapeuta ocupacional, no qual compus uma equipe de reabilitação infantil que tinha como uma de suas estratégias institucionais a discussão de casos semanalmente. Neste trabalho tive acesso à estratégia de me reunir com diversas categorias profissionais, em que cada um fazia sua proposta de intervenção ao caso, configurando assim um somatório de ações de cada profissional na busca da resolução do problema apresentado. Quem liderava e ordenava as ações, bem como estabelecia as prioridades, era o médico fisiatra, coordenador da reunião de equipe.

Ao longo de minha trajetória profissional tive a oportunidade de integrar outras equipes de trabalho com participação multiprofissional ainda mais limitada. Em 2007 e 2008, em uma instituição reconhecida internacionalmente por sua tecnologia em reabilitação, o planejamento terapêutico – para a definição dos objetivos, da frequência de atendimento e da alta – era definido unicamente pelo médico, sem quaisquer consultas ou reuniões com os profissionais que acompanhavam as pessoas atendidas.

Na mesma época, também vivenciei experiências de trabalho em equipe diferenciadas. Em 2008, iniciei como terapeuta ocupacional na atenção básica, na equipe de apoio à Saúde da Família, e no Núcleo Integrado de Reabilitação. Nesses contextos, experimentei a somatória de esforços de diferentes profissões colaborando entre si na resolução de problemas de saúde apresentados pelos usuários. As colaborações ocorriam nas mais variadas formas, entre as quais: a referência entre profissionais, nas quais uns ensinavam aos outros a realizar uma intervenção técnica de determinada área profissional para resolução de problemas entremeados por complexas relações sociais, econômicas e de saúde; a escuta igualitária das propostas trazidas pelos profissionais presentes nas reuniões de equipe para resoluções de problemas em saúde; e a composição de ações entre profissionais para

intervenção com os usuários, desde o planejamento, mesclando objetivos de trabalho e intervenções, com respeito e valorização das atuações. Também vivenciei a composição das ações com os usuários dos serviços, apresentando a proposta de trabalho e solicitando seu apoio para modificar e planejar as ações, propondo escuta e diálogo sobre as suas necessidades, acrescentando valor positivo a sua contribuição.

Porém, este cenário não ocorria todo o tempo. Como percorria diversas equipes de saúde semanalmente, deparava-me também com aquelas que trabalhavam na lógica do encaminhamento entre profissões, para os quais não havia o compartilhamento de estratégias e ações, mas apenas a “passagem do caso” para outra especialidade, que deveria se encarregar de resolver o problema.

As experiências descritas anteriormente, bem como a realização de especialização em “Redes de Cuidados Progressivos no cenário da Estratégia Saúde da Família”, direcionaram meu interesse para a colaboração entre os profissionais na construção da assistência. Posteriormente, ao assumir a tutoria da residência multiprofissional em saúde, a formação para as práticas em saúde que visassem a colaboração entre os profissionais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) também passou a ser minha motivação para a busca de aprofundamento teórico e de realização desta pesquisa.

Da experiência da tutoria na Residência Multiprofissional, duas questões contrastantes me despertaram interesse: de um lado, a queixa recorrente de residentes terapeutas ocupacionais a respeito da insuficiente formação para a prática generalista no SUS e, de outro lado, sua fácil adesão às práticas colaborativas em equipe.

O fato de residentes terapeutas ocupacionais, em processo de formação para o trabalho em equipe para atuarem no SUS, referirem frequentemente insegurança em relação ao seu papel técnico para atuar na atenção básica, afirmando não terem qualificação para a prática generalista, remete à formação graduada, que ainda se faz de forma especializada. Entretanto, parte dessa dificuldade também pode ser explicada pela escassa produção de conhecimento no âmbito da atuação no SUS e em especial na atenção básica, a partir de uma leitura complexa das necessidades de cuidado.

Muitas pesquisas relativas a essa profissão remetem à ação técnica com populações específicas atendidas no âmbito do SUS e da atenção básica. De acordo com Bassi et al. (2012), que mapeiam a discussão da categoria profissional acerca de sua intervenção no contexto da atenção básica, no período de 2000 a 2011, a maior parte do conhecimento publicado em revistas e periódicos de maior circulação entre terapeutas ocupacionais refere-se à atuação do terapeuta ocupacional com pessoas com deficiência e seus resultados advém de ações de pesquisa e ensino ligadas às universidades paulistas. Ainda que este tenha sido o grande enfoque das publicações pela categoria profissional, reconhece-se a necessidade de ampliar as tecnologias de cuidados do terapeuta ocupacional de forma a contemplar a atuação generalista e outras necessidades em saúde apresentadas pelos usuários (Reis et al., 2012).

Como tutora, testemunhava que a prática colaborativa do residente de terapia ocupacional com a equipe se mostrava eficaz na resolução de casos e no compartilhamento de ações em saúde. Do indizível ao dizível, acompanhei como tutora composições significativas dos residentes terapeutas ocupacionais em equipe, embora muitas vezes precisasse nomear suas ações, na tentativa de ajudá-los a reconhecê-las de forma reflexiva e a compor seu discurso profissional perante a equipe de trabalho.

Dado o cenário em questão, passei a me questionar e a desejar estudar as percepções que terapeutas ocupacionais produzem acerca do ensino para o trabalho em equipe que é desenvolvido nas residências multiprofissionais em saúde, a fim de compreender se há, nesse processo, potência formativa para práticas colaborativas em equipe. Para tanto, propus conhecer as percepções de residentes, preceptores ou tutores que estão em diferentes níveis atencões à saúde e em diferentes serviços. Nesta pesquisa foram eleitos três programas de formação que utilizam como cenários educativos a atenção hospitalar e a atenção básica. A escolha de diferentes cenários educativos se deu justamente para entender se a formação generalista/especialista determina as práticas de terapeutas ocupacionais na atuação no SUS de forma colaborativa, na atenção básica ou na hospitalar.

Por meio desta pesquisa, puderam ser conhecidas e exploradas percepções e reflexões acerca do ensino para o trabalho em equipe e da vivência de práticas colaborativas, mas também dos desafios e tendências que permeiam o cotidiano da profissionalidade e da interprofissionalidade no âmbito do processo de formação em serviço.

O trabalho é apresentado em dez seções, sendo que a primeira é composta de uma breve apresentação de meu percurso até chegar nesta pesquisa e a segunda trata do programa estudado e das políticas de formação em recursos humanos que utilizam a estratégia de integração ensino-serviço-comunidade. A terceira seção aborda a experiência da residência multiprofissional e da terapia ocupacional na formação para práticas colaborativas e é seguida dos objetivos da pesquisa. A metodologia de pesquisa utilizada compõe a quinta seção e, na seção seguinte, apresento os resultados e a discussão com a literatura: primeiro, o potencial de mudanças que a residência multiprofissional apresenta para o trabalho interprofissional e para o trabalho na perspectiva do SUS; segundo, as percepções dos terapeutas ocupacionais sobre a formação para a profissionalidade e para a interprofissionalidade. Na sétima seção são apresentadas as considerações finais. Finalizam o trabalho os anexos e as referências bibliográficas utilizadas nesta pesquisa.

2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A QUALIFICAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

2.1 Políticas de formação em saúde: integração ensino-serviço-comunidade

As décadas de 1970 e 1980 são marcadas por novos movimentos sociais no país e no mundo com objetivos variados, entre os quais o de propor modos alternativos de pensar e fazer ações em saúde. Na década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) critica os modelos assistenciais em saúde que desenvolvem ações verticais, especializadas e centradas no saber biomédico, o que leva a propostas para novas abordagens em saúde. Essas são alicerçadas nos determinantes sociais do processo saúde-doença, com emprego de tecnologias adequadas às necessidades gerais de saúde da população e com relação satisfatória entre custo e benefício.

As proposições sancionadas na Conferência de Alma Ata em 1978 caminham no sentido da reestruturação dos serviços de saúde por meio da Atenção Primária à Saúde (Rocha; Souza, 2011). Este evento internacional representa um marco nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, ao reafirmar a saúde como direito humano fundamental (Gil, 2006).

No Brasil, no mesmo período, ocorreu o Movimento da Reforma Sanitária, que trouxe como eixos temáticos a discussão sobre o controle e a participação sociais; a descentralização das políticas e do poder local; o sistema de saúde estatal *versus* o privado; a universalidade e a integralidade da atenção à saúde (Cohn; Elias, 2002). Uma das mais importantes ações que resulta da Reforma Sanitária brasileira é o acesso à saúde como um direito, a responsabilização do Estado pelo seu oferecimento e a garantia legal desse direito na Constituição Federal (Brasil, 1988).

As mudanças propostas ao sistema de saúde público brasileiro nas décadas de 1970 e 1980 também impulsionam a necessidade de responsabilizar o Estado pela formação de profissionais da saúde. O artigo 200 da Constituição Federal de 1988 espelha a preocupação do Estado e a

proposta do movimento de Reforma Sanitária no que se refere à formação dos profissionais da saúde e tornou responsável o sistema de saúde ordenar sobre sua formação e propor ações estratégicas para aproximar a assistência ao modelo de saúde proposto (Brasil, 1988).

Em 1990, a Lei nº 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde com o objetivo de estabelecer não apenas uma política de saúde, mas um novo modelo de atenção no Brasil. Desde sua promulgação, significativas transformações foram produzidas acerca dos modos de pensar o cuidado em saúde.

Paralelamente, com a crescente reestruturação dos serviços, evidencia-se a necessidade de avaliar a lógica da produção de saúde nos serviços para que ocorra no sentido proposto pelo Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990). Com a reorganização do sistema de saúde tendo a atenção básica como principal norteadora da organização nos municípios, cria-se, em 1993, o Programa Saúde da Família (PSF) (Brasil, 2006). Seu sucesso e sua ampliação consolidam a Estratégia Saúde da Família, que deixa de ser um programa e passa a ser a principal estratégia de estruturação da atenção básica (Gil, 2006).

Com o intenso crescimento da estratégia pelo país, estabelece-se um paradoxo: sua ampliação desvenda importantes fragilidades em relação às práticas profissionais que não atendem adequadamente às novas necessidades de prestação dos cuidados em saúde, tais como atenção integral, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar e trabalho em equipe (Gil, 2006). Nesse cenário, evidencia-se a necessidade de investimentos na formação de profissionais da saúde para atuar de acordo com os princípios da atenção básica:

[...] quando as sucessivas conferências nacionais de saúde vão entendendo a importância de estruturar o sistema a partir da Atenção Básica e de modificar a forma de financiamento, permitindo um adicional de PSF, as prefeituras passam a demandar esse novo profissional – *o médico e o enfermeiro com preparo para trabalhar no PSF*. Aí, evidencia-se uma das contradições de formação de Recursos Humanos (RH) em saúde: se não mudar o sistema, não mudará a Universidade. Entretanto, a Universidade só muda se o sistema for diferente. O problema consiste no fato de que o sistema precisa de novos profissionais que não existem, então ele também não tem possibilidades concretas de mudar. (Da Ros et al., 2006, p. 105, grifo nosso).

O Ministério da Saúde reconhece as necessidades de formação e, na década de 2000, intensifica iniciativas na direção de formar profissionais com perfil humanista e crítico, com visão integrada entre saúde, clínica, saúde mental e saúde pública, e com competência para garantir uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da população.

Em 2002, o modelo de formação de profissionais da saúde no Brasil é reelaborado, entrando em cena as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de saúde, com objetivo de reorientar o sistema educacional das escolas de saúde no país. Espera-se, então, que essa reestruturação curricular responda aos desafios ético-políticos do SUS.

A proposta de mudança curricular mostra-se sintonizada com organismos internacionais e há uma efetiva modulação que a aproxima das orientações do sistema público de saúde. Este cenário expressa, de modo geral, o compromisso dos movimentos por mudanças na formação dos profissionais da saúde com a compreensão ampla do significado de currículo, considerando, assim, que ele deva expressar o posicionamento da universidade diante de seu papel social e dos conceitos de saúde e educação (Feuerwerker; Almeida, 2003).

Porém, no decorrer do tempo, mantém-se o distanciamento entre o mundo acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde, sendo este um dos fatores responsáveis pela crise do setor da saúde no país (Brasil, 2007a).

Com o intuito de instituir uma política de valorização do trabalhador do SUS e de cumprir o artigo 200 da Constituição Federal, o Ministério da Saúde cria em 2003 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na

Saúde (SGTES/MS) (Brasil, 2006). Desde seu início, a SGTES desenvolve programas de formação e qualificação dos trabalhadores do SUS, com a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil.

Entre os programas de maior impacto propostos pela SGTES, são abordados nesta pesquisa aqueles que preconizam a integração ensino-serviço-comunidade. Essa integração permite ao aluno o contato com o campo de trabalho realizando seu processo de ensino-aprendizagem nos serviços públicos de saúde acompanhado de profissionais dos serviços e da instituição formadora.

Em 2005, a Portaria Interministerial nº 2.118 institui parceria entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) para cooperação técnica na formação e no desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde, com objetivo de desenvolver projetos e programas que articulem as bases epistemológicas da saúde e da educação superior, visando à formação de recursos humanos em saúde em consonância com o SUS, ao mesmo tempo em que se produzem, aplicam e disseminam conhecimentos sobre a formação de recursos humanos na área da saúde no país (Brasil, 2005a).

Mediante essa parceria, em 2005, a SGTES institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Nacional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Seu objetivo se refere à necessidade de incentivar mudanças no processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para abordagem integral do processo de saúde-doença (Brasil, 2005b). Em 2007, o Programa é ampliado para os demais cursos de saúde (Brasil, 2007b).

Ao interferir na formação de profissionais da saúde, o Pró-Saúde desloca o processo centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas para a formação que privilegia as necessidades sociais em saúde e a hierarquização de suas ações. Sua perspectiva é de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica, os quais envolvem vetores específicos (Brasil, 2007b). De acordo com Haddad (2009), o

Pró-Saúde é um programa estruturante prioritário destinado a apoiar as mudanças nos cursos de graduação da área da saúde.

Também em 2005 a estratégia de formação em serviço, ou treinamento em serviço, visando à integração ensino-serviço-comunidade ganha força no país. A Lei 11.129/2005, depois substituída pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/09, cria o programa de bolsas para educação pelo trabalho, propulsionando a formação do profissional da saúde por meio da Residência Multiprofissional em Saúde e da Residência em Área Profissional de Saúde (Brasil, 2005c).

Nesse mesmo período, a é implantada a política de Educação Permanente, elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde, com uma primeira proposição em 2003, alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (Brasil, 2009a). Nessa portaria são definidas novas diretrizes e estratégias para a implementação da política, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

De acordo com Pasini (2010), a implantação da Política de Educação Permanente, apesar das dificuldades, busca promover a articulação loco-regional entre a educação e o trabalho como um compromisso fundamental para a formação em saúde para o SUS, por meio das Comissões de Integração Ensino/Serviço (Cies), trazendo como avanço significativo a presença da educação permanente na agenda de gestão, de forma institucional. Atualmente, a educação permanente se encarrega de formar os profissionais que estão nos serviços para mudanças em suas práticas, de acordo com o novo perfil profissional almejado e para o modelo de atenção em saúde que contemple ações ampliadas. Seu eixo estruturante compreende “a organização do processo educativo a partir do processo de trabalho vivido, reconhecendo como lócus de aprendizagem o próprio espaço de atuação dos sujeitos em formação” (Carvalho; Nepomuceno, 2008).

Em 2008, a parceria interministerial passa a oferecer financiamento de bolsas para alunos de graduação, docentes e profissionais da atenção básica para formação de profissionais da saúde pelo Programa de Educação pelo Trabalho (PET Saúde), que tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade. O PET Saúde constitui um instrumento para viabilizar

programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço para os profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, a estágios e vivências, programas esses dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2008).

Os investimentos em formação dos profissionais da saúde por meio da estratégia de integração ensino-serviço-comunidade são recentes no país e acabam de completar uma década. Ao longo desse período, diversas experiências foram desenvolvidas em todo o Brasil em parceria com as Instituições de Ensino Superior (IES). Para esta pesquisa, o enfoque recai sobre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, que visa à formação pós-graduada de profissionais da saúde, preferencialmente os recém-formados. Esse programa possui a singularidade de formar profissionais da saúde com conhecimentos e marcas acerca do trabalho em equipe e do trabalho no sistema público de saúde adquiridos na graduação e em experiências de trabalho pregressas. Assim, os programas enfrentam o desafio de criar estratégias pedagógicas, por meio do treinamento em serviço, para a formação de profissionais que direcionem suas práticas às necessidades dos usuários. Deve-se favorecer a atuação em equipe e em conjunto de profissionais, usuários e comunidade, de forma que compartilhem saberes e práticas em saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência e os resultados alcançados no sistema público de saúde.

2.2 Residência Multiprofissional em Saúde: contextualização histórica

A formação de diferentes profissões da saúde por meio da estratégia de residência multiprofissional ocorre no Brasil desde 1960 de maneira informal. As primeiras experiências de residências com integração de mais de uma profissão da saúde com o intuito de fortalecer o seu trabalho conjunto ocorrem no final da década de 1970 (Brasil, 2009b) e também em 1980, com iniciativas regionalizadas, tais como na Paraíba, Bahia e Juiz de Fora (Da Ros et al., 2006).

A primeira residência em Medicina Comunitária no Brasil surge em 1976, como proposta da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

(SES/RS), no município de Porto Alegre. Após dois anos, em 1978, a iniciativa se torna multiprofissional e investe-se na formação de profissionais da saúde com a estratégia de treinamento em serviço no cenário educativo da atenção básica. Outras iniciativas em Medicina Comunitária também são vivenciadas nesse mesmo período, objetivando a formação para a atuação na atenção básica, porém, muitos programas são destinados para médicos e enfermeiros (Brasil, 2009b).

Com o intuito de capacitar equipes multiprofissionais para o trabalho integrado, acontece em 1977 o Treinamento Avançado em Serviço (TAS), de iniciativa e gestão da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) (Brasil, 2009b).

Em 1982, todas as iniciativas em Medicina Comunitária e Social são incentivadas a mudar para Residências em Medicina Geral e Comunitária, o que acarreta a extinção de financiamento para a formação de diversas profissões da saúde. Mantém-se apenas o financiamento de formação de médicos por parte do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) (Brasil, 2009b).

Na década seguinte, 1990, continua o esvaziamento de ações de formação de profissionais da saúde por meio de programas de treinamento em serviço para equipes multiprofissionais. Entretanto, nessa década, com a implantação do Programa Saúde da Família e sua ampliação 1993, explicita-se a necessidade de formação dos profissionais da saúde na perspectiva do trabalho integrado na atenção à família e à comunidade. Assim, em 1999, após a criação do Programa de Saúde da Família, reúnem-se o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, e atores sociais do movimento sanitário, para promover a reativação das residências em Saúde da Família (Da Ros et al., 2006). Como produto desse encontro, estabelece-se o financiamento internacional para as residências multiprofissionais em saúde (RMS), que se iniciam apenas em 2002. Criam-se 19 programas, com financiamento repassado às instituições pelo Ministério da Saúde (Da Ros et al., 2006).

De 2002 a 2005, a discussão mantém-se aquecida em torno da necessidade de ampliação dos programas de residência no país e, em 2005, o

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde torna-se uma política de Estado. Instauram-se leis e portarias que fortalecem e dão corpo ao conjunto de ações e estratégias para os programas, bem como ao financiamento público para a formação de profissionais já graduados em sistema de pós-graduação. As Residências Multiprofissionais em Saúde ressurgem como estratégia de reorientação da atenção básica por meio do treinamento em serviço de profissionais da saúde, inicialmente para recém-formados e posteriormente abertas aos demais profissionais da saúde formados há mais tempo.

Em 2009 é instituída a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), por meio da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro. Coordenada conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e da Educação, a CNRMS tem como atribuições avaliar e acreditar os programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, com vistas a atender às necessidades socioepidemiológicas da população brasileira (Brasil, 2009c). Além de credenciar os programas, a CNRMS acredita as instituições habilitadas para oferecê-los e registra e valida nacionalmente os certificados de residência de acordo com a especificação de categoria e ênfase do programa.

De acordo com Haddad (2009), nos dois primeiros anos da residência multiprofissional, o Ministério da Saúde patrocina um amplo debate e articulação política em torno dos programas, em um processo que pode ser resumido em quatro seminários nacionais.

Neste período, o regimento interno da CNRMS é elaborado, os programas existentes são cadastrados e inicia-se a capacitação de avaliadores. Destaca-se o pacto com os Conselhos Profissionais das 14 profissões da saúde acerca da constituição das Câmaras Técnicas por linha de cuidado, e não mais por profissão, “sinalizando mais um passo importante para a construção da integralidade do cuidado na formação em saúde” (Haddad, 2009, p. 227).

A Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde é um importante passo para a continuidade dos programas no Brasil, bem como para a continuidade de seu financiamento, coordenação e regulação. Dessa

forma, outras iniciativas surgem, tais como os programas de residência na atenção hospitalar. A expansão dos programas de residência multiprofissional para a atenção hospitalar é apresentada no Relatório de Atividades da CNRMS, exercício 2007/2009, momento em que o Ministério da Educação lança o projeto de implantação do “Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde” da rede de hospitais universitários federais, para os quais são disponibilizadas 500 bolsas a partir de 2011 (Brasil 2009b).

Com o intuito de fortalecer os programas de residências integradas multiprofissionais em saúde na atenção hospitalar, o MS disponibiliza aos interessados um documento com pressupostos para a sua implantação (Brasil, sd). Para o MS, as residências integradas multiprofissionais da atenção hospitalar têm o objetivo de modificar a perspectiva da assistência à saúde nesse cenário de prática e fortalecer a integração entre a atenção básica e a hospitalar (Brasil, sd).

Os programas na atenção hospitalar são definidos por meio de áreas de concentração das políticas de Estado da saúde, como atenção cardiovascular, urgências e emergências, atenção em oncologia, terapia intensiva, saúde da criança, saúde da mulher, atenção ao paciente renal, etc. e são desenvolvidos em hospitais universitários (Brasil, sd). De acordo com o documento publicado no site do Ministério da Educação, os programas devem combinar o modelo de preservação das especialidades de cada profissão envolvida desde que haja a criação de uma área comum (Brasil, 2009d).

Como se pode observar, os programas de residência multiprofissional em saúde ampliam-se mesmo diante do necessário fracionamento interno nas diferentes frentes de ação do Ministério da Saúde na área: Pró-Saúde, PET Saúde, Telessaúde Brasil, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e Educação Permanente (Haddad, 2009). A trajetória da implantação da RMS como política de Estado aponta uma crescente e significativa expansão dos programas de residência pelo país, com perspectiva de formar profissionais para que atuem de forma integral e humanista, com vistas ao trabalho em equipe na perspectiva do SUS.

2.3 Diretrizes e estratégias de funcionamento das RMS

A residência é caracterizada por um treinamento em serviço de profissionais já graduados, sob supervisão de profissionais habilitados e, por definição, é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*. Realiza a formação “em ato”, no momento da produção do “encontro” entre trabalhador e usuário (Feuerwerker, 2009). Os programas de residência multiprofissional em saúde devem, portanto, ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais (Brasil, 2012a). O programa abrange 13 profissões da área da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Brasil, 2012a).

Segundo a Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, existem dois tipos de programas de residência: Residência em Área Profissional da Saúde e Residência Multiprofissional em Saúde. O Programa de Residência em Área Profissional da Saúde é constituído por apenas uma profissão e seu projeto pedagógico é orientado pelo desenvolvimento do núcleo específico de saberes e práticas inerentes a cada profissão, em determinado campo de conhecimento (Brasil, 2012a). O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, por sua vez, deve ser composto por no mínimo três profissões da saúde e seu projeto pedagógico deve ser elaborado em conjunto pelas instituições participantes, em consonância com a legislação vigente, e ser orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões (Brasil, 2012a).

Os programas definem uma ou mais áreas de concentração, que devem ter interface com as áreas temáticas que compõem as Câmaras Técnicas da CNRMS. As áreas de concentração compreendem um campo delimitado e específico de conhecimentos no âmbito da atenção à saúde e gestão do SUS e são o objeto de estudo e o foco de formação técnica dos profissionais envolvidos (Brasil, 2012a).

Já as áreas temáticas constituem as Câmaras Técnicas e são entendidas como um conjunto de áreas de concentração que inclui um núcleo específico de saberes e práticas com afinidade programática, tais como atenção básica, saúde da família e comunidade, saúde coletiva, saúde mental e outras (Brasil, 2012b). Nesse contexto, a perspectiva de integração multidisciplinar e interdisciplinar pode ser desenvolvida por meio de estratégias de organização dos serviços e do processo de ensino-aprendizagem, e serve como base para a implementação dos programas (Brasil 2012a).

As áreas de concentração devem ser organizadas a partir da lógica das redes de atenção à saúde (RAS) e gestão do SUS, ao mesmo tempo em que contemplam “as prioridades loco-regionais de saúde, respeitadas as especificidades de formação das diferentes áreas profissionais da saúde envolvidas” (Brasil, 2012a, p. 2), tais como saúde da criança e adolescente, saúde do adulto e idoso, saúde do trabalhador, entre outras.

Cada instituição formadora é responsável pela organização do projeto político-pedagógico, que deve ser orientado pelo desenvolvimento:

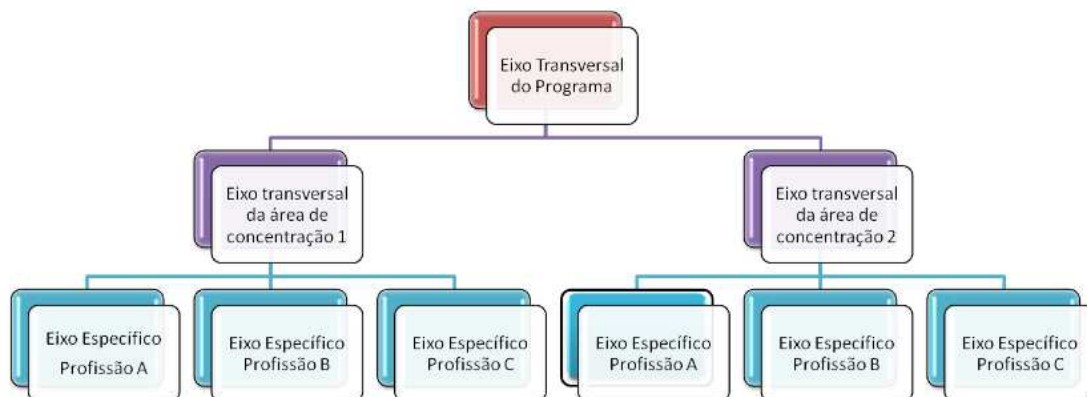
- do núcleo específico de saberes e práticas inerentes a cada profissão, em determinado campo de conhecimento;
- de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões.

Essas duas vertentes em conjunto correspondem ao diferencial da modalidade de formação multiprofissional, o qual despertou o interesse para esta pesquisa e levou à composição dos seus objetivos.

Suas atividades teóricas, práticas e teórico-práticas devem ser organizadas em três eixos: (i) *eixo transversal* às áreas de concentração e às profissões do programa, que contempla conteúdos práticos e teóricos relativos, por exemplo, ao SUS, à epidemiologia clínica, à bioética e ética, à metodologia de pesquisa, etc.; (ii) *eixo das áreas de concentração*, que contempla conteúdos específicos de determinada área, como cardiologia, oncologia, saúde mental, etc.; (iii) *eixos correspondentes às áreas profissionais* envolvidas no programa, com o objetivo de preservar a identidade profissional (Brasil,

2012a). Para melhor compreensão dos três eixos, o MEC formulou o esquema reproduzido na Figura 1.

Figura 1: Modelo de Estrutura dos Programas de Residência Multiprofissional



Fonte: Brasil. Ministério da Educação e Cultura [internet]. [Citado em 8 nov 2015]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/modelo_projeto.pdf.

As estratégias pedagógicas do programa de residência multiprofissional em saúde devem ser capazes de:

[...] utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (Brasil, 2012a).

A carga horária de ambos os programas são compostos de 5.760 horas, conforme a Resolução nº 3, de 4 de maio de 2010, sendo 60 horas semanais e duração mínima de dois anos. Os programas de residência devem seguir 12 eixos norteadores, definidos no Art. 2º da portaria interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, a saber:

- I - cenários de educação em serviço representativos da realidade socioepidemiológica do País;
- II - 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;
- III - política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;

IV - abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;

V - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;

VI - integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;

VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;

VIII - integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde;

IX - articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;

X - descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;

XI - estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS;

XII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema. (Brasil, 2009c).

A estrutura e as funções envolvidas na implementação do projeto político-pedagógico dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde são constituídas da seguinte maneira:

1. Coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional (Coremu) – constituída por representantes da instituição formadora e da instituição executora, composta por um coordenador e seu substituto, os coordenadores de todos os programas de residência da instituição formadora, representantes e suplentes de residentes e do corpo docente e representante do gestor local.
2. Coordenação de programa – exercida por profissional com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos nas áreas de formação, atenção ou gestão em saúde.

3. Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE) – constituído pelo coordenador do programa, por representante de docentes, tutores e preceptores de cada área de concentração.
4. Docentes – vinculados às instituições formadoras e executoras.
5. Tutores – profissionais com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, três anos.
6. Preceptores – profissionais vinculados à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista;
7. Profissionais da saúde residentes – profissionais de saúde que ingressam em Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde.

A Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, caracteriza cada função citada anteriormente e, a seguir, descrevem-se brevemente aquelas referentes aos atores entrevistados nesta pesquisa: tutores, preceptores e residentes.

A função de tutoria caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada *preferencialmente* em tutoria de núcleo e tutoria de campo. Ambas correspondem à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas por preceptores e residentes. Contudo, a tutoria de núcleo centra-se no núcleo específico profissional, ao passo que a tutoria de campo focaliza o campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa (Brasil, 2012a).

À preceptoria compete a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, sendo necessariamente o preceptor da mesma área profissional que o residente sob sua supervisão. Ele facilita a integração dos residentes com a equipe de saúde, com usuários e com residentes e estudantes de outros programas e níveis de formação. Acompanha e planeja, em conjunto com o tutor, as atividades pedagógicas do residente (Brasil, 2012a).

O profissional de saúde residente possui dedicação exclusiva ao programa e é corresponsável pelo seu processo de formação e pela realização das atividades pedagógicas. Cabe ao residente engajar-se com as comissões e reuniões referentes ao programa, conhecer a regulamentação das residências e o projeto político-pedagógico, bem como integrar-se com a equipe de saúde, com os diversos profissionais presentes no campo e com os usuários e a comunidade (Brasil, 2012a).

A organização, as diretrizes e a estrutura dos programas de residência multiprofissional constituem importante lócus para o ensino e desenvolvimento de novas práticas em saúde, profissionais e interprofissionais, para a integração de saberes e práticas, criando novas possibilidades ao campo de conhecimento (Brasil, 2012a). Sua inovação, marcada pelo encontro entre as profissões da saúde e pela proposta de integração de saberes e práticas para a realização do cuidado em saúde, apresenta-se como um programa indutor de mudanças no perfil dos profissionais da saúde em formação e também nas práticas dos serviços de saúde que são sede do treinamento, por colocar em interação residentes, preceptores e tutores com os demais profissionais e os usuários dos serviços.

2.4 Residência Multiprofissional em Saúde: uma experiência em construção

No Brasil, as experiências com residência multiprofissional em saúde se intensificam em diversas regiões do país desde 2005, quando de seu início como política pública. Entretanto, ainda faltam informações acerca dos programas aprovados e desenvolvidos, na forma de dados disponibilizados pelos Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura. Estudos sobre o alcance dos objetivos dos programas ainda são igualmente escassos. Ainda assim, pesquisas apontam aspectos importantes, espelhados nos eixos que norteiam o programa (Brasil, 2009c), retratando suas potencialidades e seus desafios.

Entre as potencialidades identificadas na literatura, o caráter intrínseco da interprofissionalidade e do trabalho em equipe dos programas de RMS pode representar uma oportunidade para reflexão sobre as alternativas

para a formação de profissionais. Pretende-se, assim, rever os caminhos da educação em saúde na direção de um trabalho mais integrado, em equipe, que possibilite uma troca mais efetiva de saberes e práticas (Gil, 2005).

Ainda que os programas de formação constituam uma estratégia em saúde caracterizada como um modelo de formação de recursos humanos e tenha como objetivo a criação de uma área em comum, a especificidade de cada profissão da saúde envolvida permanece preservada (Paiva et al., 2013).

Estudo acerca da participação de residentes médicos em programas multiprofissionais indica que trabalhar em equipes constituídas por profissionais de diversas áreas possibilita aos residentes a construção do processo de aprendizagem com vistas ao cuidado integral, à melhora da qualidade de vida da comunidade, assim como à abordagem integral das necessidades de saúde da população, para além do âmbito individual-biológico (Ferreira et al., 2009). Entretanto, para que ocorra o processo de produção coletiva, da interprofissionalidade, do trabalho em equipe e da aproximação das necessidades dos usuários, Pasini (2010) afirma que não basta colocar diferentes profissionais ou estudantes em um mesmo espaço ou serviço. É necessário rever as ferramentas que sustentam as propostas de ensino-aprendizagem.

Nesse sentido, as RMS apresentam potencialidade para o aprimoramento do trabalho colaborativo em equipe e também para o cuidado em saúde produzido pelas profissões e para o desenvolvimento de competências na perspectiva ampliada do processo saúde-doença (Nascimento, 2008).

O contato com as necessidades da população possibilita ao residente conhecer as bases para uma nova conduta e um novo olhar profissional, mais humanizado, centrado no usuário do serviço, com integralidade da atenção e postura crítica e reflexiva. Nesse sentido, espera-se que o residente seja capaz de compartilhar saberes e que se mostre presente e participante nas ações com a comunidade, de modo que suas ações contribuam para aliviar o sofrimento humano e melhorar a qualidade de vida da população (Nascimento, 2006).

A especialização pelo trabalho, tal como o programa de residência é considerado, pode ser um agenciamento em defesa da vida ao se articular com gestores, trabalhadores, residentes e usuários. Adicionalmente, ao envolver serviços e instituições formadoras, a residência também pode contribuir para a inovação de práticas de saúde e de formação, com base no encontro entre as profissões, o que não ocorre nas graduações que são pensadas sempre por profissão (Feuerwerker, 2009).

A estratégia de formação em serviço possibilita ensaiar outros modos de fazer, na relação que se estabelece entre os profissionais que convivem no campo, os usuários que procuram os serviços, os gestores e os modos de conceber a organização do trabalho em saúde nos quais se desenham as ações de saúde, as tecnologias de cuidado e as políticas de gestão (Pasini, 2010). Nas RMS, os serviços se configuram como “oficinas de invenção de trabalhadores”:

[...] ali se encontram linhas mais ou menos duras e linhas fortemente cristalizadas, que se misturam, em um processo de afetação mútua, produzindo ações, formas de pensar, perceber, ouvir, enunciar, desejar. No movimento coletivo incessante dessas linhas, são engendrados novos territórios existenciais, possibilitando outras experimentações (Pasini, 2010, p.138).

Também se observam na literatura experiências em que o desenvolvimento de atividades da residência em conjunto com as equipes dos serviços podem vir acompanhadas da introdução de novos elementos a este cenário de práticas, aos profissionais e usuários do serviço, sobretudo com o olhar ampliado sobre as necessidades apresentadas. Assim, surge a possibilidade de novas propostas para resolubilidade das necessidades em saúde apresentadas pelos usuários, com responsabilização compartilhada (Paiva et al., 2013).

Ao desenvolvermos as atividades nos Centros de Saúde da Família, as ações de apoio matricial e o atendimento em conjunto buscaram instrumentalizar as equipes de saúde da família com ferramentas da clínica ampliada. Com isso, foi possível proporcionar um olhar diferenciado aos indivíduos e suas problemáticas, ou seja, um olhar mais amplo, focado não apenas em doenças e suas sequelas, mas sim nas capacidades e no contexto no qual o indivíduo estava inserido, gerando então novas perspectivas de resolutividade, de encaminhamento e de responsabilização compartilhada. (Paiva et al., 2013, p. 599).

A introdução das práticas que abarcam a complexidade do processo de saúde e envelhecimento da população nos serviços de saúde pelos programas de residência multiprofissionais podem levar à ampliação da concepção de saúde dos profissionais, ampliando as ações no processo de trabalho da equipe multiprofissional (Gerlack et al, 2009).

Ainda que existam novas propostas de ações em saúde trazidas pela formação em serviço em equipe multiprofissional, há desafios importantes relacionados aos serviços, à rede de atenção à saúde e ao trabalho em equipe, os quais precisam ser superados para que a proposta da formação de residentes para a integralidade da atenção possa se efetivar.

O cuidado em saúde vivenciado na RMS pode enfrentar dificuldades inerentes ao sistema de saúde quando as limitações deste dificultam a identificação da necessidade das pessoas e quando há obstáculos na rede de atenção em saúde para suprir a demanda das necessidades apresentadas (Klock et al., 2005).

Além disso, as relações de poder instituídas na estrutura hierarquizada do sistema de saúde podem apresentar barreiras que impõem dificuldades ao residente na formação para o trabalho em equipe e para o trabalho em rede, tal como a ausência da contrareferência por parte dos serviços referenciados para a continuidade do cuidado (Ferreira et al., 2009).

Conflitos nas relações pessoais e profissionais, dificuldades em lidar com as diferenças, a dificuldade em reconhecer competências comuns e específicas, problemas de comunicação e dificuldades encontradas nas condições para a prática profissional e em equipe são situações presentes na

formação para o trabalho em equipe nas RMS e que são identificadas como limites da formação para interprofissionalidade (Miranda Neto, 2015).

Outro desafio identificado na literatura se refere aos conflitos e paradoxos no trabalho em equipe que rompem com a lógica multiprofissional nos serviços e fazem a manutenção do *status* “linha de montagem”. Um exemplo diz respeito à organização e coordenação da equipe. Para Ferreira et al. (2009), realizar a atividade em conjunto com outros profissionais envolve mantê-lo informado sobre o seu plano de cuidados. Entretanto, quando não é possível estabelecer essa lógica há uma ruptura do processo de trabalho em equipe:

Todavia, no cotidiano das relações, há profissionais que rompem com essa lógica e acabam por estruturar o seu trabalho e o da equipe numa perspectiva que mantém a velha estrutura do “trabalho em linha de montagem”, no qual cada um exerce sua função sem pensar na sua inserção dentro de um grupo, provocando conflitos e desorganização no trabalho de toda uma equipe (Ferreira et al., 2009, p. 1427).

Da necessidade de aperfeiçoar o perfil dos trabalhadores para o exercício no SUS, surgem diversas iniciativas impulsionadas pelo Movimento Sanitário, entre elas as residências multiprofissionais em saúde (Da Ros et al., 2006). Destaca-se que cada experiência vivenciada nas residências multiprofissionais em saúde se encontra em permanente constituição, dada a diversidade de atores, cenários educativos e o encontro de suas vozes (Dallegrave; Kruse, 2009). Assim, foram realizadas trocas de experiências entre residências multiprofissionais, o que constitui importante elemento para seu aperfeiçoamento e fortalecimento, porém, esse processo descontínuo no país (Da Ros et al., 2006).

Pode-se concluir que a diversidade de diálogos que se faz necessária entre gestores, usuários, profissionais do serviço, residentes, profissionais da rede de assistência à saúde e da comunidade para construção de conhecimentos e práticas para atuação nos serviços públicos de saúde se apresenta em duplo sentido: como uma potencialidade, mas também como um desafio da formação. Para cada serviço e território dos programas há uma trama dinâmica a ser desbravada e potencializada com o processo de ensino-

aprendizagem. Assim, os programas apresentam grande potencialidade para transformar a realidade brasileira de formação dos profissionais da saúde, entretanto, é necessário maior investimento público para esse tipo de formação.

3 EXPERIÊNCIA FORMATIVA EM CONSTRUÇÃO

3.1 Residência multiprofissional, educação para a interprofissionalidade e para o exercício das práticas colaborativas em equipe

A necessidade de um novo perfil profissional para atuar no sistema público de saúde do país tem sido constante alvo de debates (Machado et al., 2007; Ceccim; Feuerweker, 2004; Costa; Miranda, 2008). Essa necessidade é ancorada em diversos fatores, tais como as mudanças no perfil epidemiológico da população, a complexidade das demandas dos serviços de saúde, a desafiadora construção da integralidade da assistência, seja esta pela necessidade de síntese dos múltiplos cuidados seja devido à fragmentação das redes de serviços (Peduzzi et al., 2013; Da Ros et al, 2006; Cecilio; Merhy, 2003).

A residência multiprofissional em saúde se propõe a favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, em áreas prioritárias do SUS (Brasil, 2012a). Colabora para a produção de um novo perfil profissional ao servir como contraponto à educação uniprofissional ainda hegemônica na formação das profissões de saúde. Para Barr et al. (2005), a educação uniprofissional ocorre quando estudantes de uma única profissão aprendem entre eles sobre sua própria profissão, sem interação com outras profissões durante sua formação em saúde. Para Peduzzi et al. (2013), no Brasil isso decorre da estrutura de ensino de profissionais de saúde, que está majoritariamente dividida em disciplinas para o ensino das ciências, com enfoque para a técnica de intervenção. Nessas disciplinas, o detalhamento dos saberes e áreas de atuação prevalece, em detrimento de ações que integrem a dimensão de cuidado integral em saúde.

Como proposta de formação de profissionais da saúde, novas estratégias vêm sendo discutidas e desenvolvidas internacionalmente visando a melhora na qualidade das respostas que os serviços de saúde oferecem aos problemas apresentados pelos usuários. Nos Estados Unidos e na Europa, a

Educação Interprofissional (EIP) vem sendo discutida nos últimos 30 anos e é considerada um estilo de educação que prioriza o trabalho em equipe, a integração e a flexibilidade da força de trabalho, e deve ser alcançada com um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão (Silva et al., 2011; Batista, 2012). Seu referencial teórico pode ser observado a partir de 2005 em estudos internacionais realizados pelo Centre for the Advancement of Interprofessional Education (Caipe), do Reino Unido, e pela Biblioteca Cochrane (Peduzzi et al., 2013).

Para o Caipe (2002), a educação interprofissional ocorre quando “[...] duas ou mais profissões aprendem com, de e sobre cada uma para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado” (Caipe, 2002, tradução nossa). A RMS se configura como um avanço nesse sentido, já que a equipe composta por diferentes profissões da saúde e trabalho em equipe é um dos grandes focos desta modalidade de ensino. Entretanto, há ainda alguma ambiguidade no que se refere a ser um espaço de aprendizagem “multiprofissional”, como afirma seu nome, ou para “integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas”, como referem seus eixos norteadores (Brasil, 2009c).

Afinal, como afirmam Peduzzi e colaboradores:

Conceitualmente, a diferença entre a EIP [educação interprofissional] e multiprofissional está em que no primeiro caso os alunos **aprendem de forma interativa** sobre papéis, conhecimentos e competências dos demais profissionais. No segundo, **as atividades educativas ocorrem** entre estudantes de duas ou mais profissões conjuntamente, no entanto, **de forma paralela**, sem haver necessariamente interação entre eles. (Peduzzi et al., 2013, p. 979, grifo nosso).

O compromisso da educação interprofissional com a melhoria da colaboração e da qualidade dos serviços está alinhado com a proposta da residência multiprofissional ao formar profissionais com um novo perfil para o sistema público de saúde. Portanto, se a RMS deseja alcançar a “integração de saberes e práticas”, há que se fomentar a aprendizagem interativa e colaborativa de papéis nos diversos programas, assim como preconizado pela EIP.

A Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) publicou, em 2010, seis domínios de competências a serem adaptados aos currículos dos cursos da saúde em que se deseja alcançar a colaboração entre as profissões e a melhora da qualidade na assistência por meio da educação interprofissional (CIHC, 2010). Segundo a publicação, os pontos principais que determinam a formação profissional para a prática colaborativa abrangem: a comunicação colaborativa e responsável entre profissionais e entre as diferentes profissões, a assistência centrada no paciente, família e comunidade; a aquisição do conhecimento acerca do seu próprio papel e dos diversos papéis profissionais; a compreensão dos princípios da dinâmica de trabalho em equipe e de processos grupais; a aplicação dos princípios de liderança que suportam um modelo de prática colaborativa e a resolução de conflitos de forma colaborativa e compartilhada (CIHC, 2010).

Assim, a proposição da formação na residência, ainda que esteja empenhada na melhoria da qualidade do cuidado e apresente em seus eixos os termos “multiprofissional”, “interdisciplinar”, “integração de saberes e práticas” e “competências compartilhadas” (Brasil, 2009c), não remete automaticamente à estratégia de educação interprofissional (EIP) em seus eixos norteadores e diretrizes, mas refere à integração de saberes e práticas e ao desenvolvimento de competências compartilhadas na formação dos residentes.

A educação interprofissional é considerada estratégia para formar profissionais para um trabalho colaborativo eficaz, com o intuito de que essas pessoas estejam mais bem preparadas para as necessidades em saúde locais (OMS, 2010).

De acordo com a OMS (2010), muitos sistemas de saúde no mundo estão fragmentados e por isso não apresentam respostas aos problemas complexos em saúde da população. A força de trabalho, desafiada a responder a estas necessidades, possui como potencial resposta para a fragmentação dos sistemas de saúde o trabalho colaborativo entre as profissões e os serviços de saúde (OMS, 2010).

O trabalho colaborativo leva as equipes a compreenderem: “[...] como otimizar as habilidades de seus membros, compartilhar o gerenciamento

de casos e prestar serviços de saúde de melhor qualidade a pacientes e à comunidade.” (OMS, 2010, p. 10).

As práticas colaborativas, para a OMS (2010), ocorrem entre os diversos atores que compõem as redes de atenção à saúde: entre os profissionais e equipes que compõem um mesmo serviço e entre profissionais e equipes de diferentes serviços. Além disso, nas práticas colaborativas os profissionais de saúde são orientados a convidar, para compor e integrar o plano de cuidados em saúde, quaisquer indivíduos cujas habilidades possam auxiliar na conquista dos objetivos de saúde locais (OMS, 2010).

A inclusão de usuários, famílias e comunidades no planejamento e execução das ações em saúde de forma colaborativa, assim como proposto pela OMS (2010), compactua com o eixo norteador das RMS nº 2 ao considerar que a RMS deve contemplar a “[...] 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.” (Brasil, 2009a, p.7).

Sendo assim, para a OMS (2010), as práticas colaborativas na atenção à saúde ocorrem quando:

[...] profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços (OMS, 2010, p. 13).

As práticas colaborativas fortalecem os sistemas de saúde e promovem a melhoria dos resultados da assistência prestada, na visão da OMS (2010). Nas RMS, a educação interprofissional deve nortear as ações educativas com vistas ao trabalho colaborativo, devido ao seu compromisso com a melhoria da qualidade dos serviços, e deve considerar que o profissional que trabalha de forma colaborativa é aquele que desenvolveu habilidades para tanto (OMS, 2010).

A colaboração entre as profissões, ou práticas colaborativas, é tema de revisões sistemáticas e estudos de caso para a OMS desde 2000 (OMS, 2010). Em 2007, a OMS cria o grupo de estudos em práticas colaborativas e

educação interprofissional, que conduz um mapeamento e avaliação da situação das pesquisas nessa área e culmina, em 2010, no documento que fornece ideias aos formuladores das políticas sobre como implementar a educação interprofissional e a prática colaborativa em seu contexto atual, chamado *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa* (OMS, 2010).

Estudos apontam que a colaboração interprofissional presente nas equipes de saúde pode ser classificada em três diferentes níveis, chamados de: (i) colaboração ativa, (ii) colaboração em desenvolvimento e (iii) colaboração em potencial (D'Amour et al., 2008).

Para qualificar os níveis de colaboração, D'Amour et al. (2008) consideram quatro dimensões relacionais das equipes colaborativas: a existência de objetivos comuns e sua apropriação pela equipe; a interdependência profissional e sua internalização nas práticas da equipe e no seu gerenciamento; a formalização de expectativas e responsabilidades por meio de protocolos; as funções da liderança que dão suporte à colaboração.

Para os autores mencionados, no primeiro e mais alto nível de colaboração, a *colaboração ativa*, as quatro dimensões relacionais citadas anteriormente estão presentes. No segundo tipo, a *colaboração em desenvolvimento*, parte das dimensões está presente nas relações profissionais. No terceiro e último tipo, nenhuma das dimensões relacionais agrupadas pelos autores pode ser verificada.

Assim como a OMS, Orchard (2010) coloca que a prática colaborativa deve considerar, além da interação entre os profissionais de saúde, a participação do usuário do serviço. Para a autora citada, a consolidação da parceria entre a equipe de saúde e os pacientes dos serviços deve considerar que o paciente mantém o controle sobre seu cuidado e tem acesso aos conhecimentos e às habilidades dos membros da equipe para chegar a um plano realista de cuidado e com acesso aos recursos para atingi-lo. Assim, as práticas colaborativas devem prever a reunião com os pacientes para que se desenvolva em conjunto o plano de ação (Orchard, 2010).

A RMS, portanto, para promover a integração de saberes e práticas profissionais de forma colaborativa deve superar alguns desafios conceituais. O

exercício da profissionalidade e da interprofissionalidade, da disciplinaridade e da interdisciplinaridade dá suporte aos residentes para negociarem sua participação em equipe, afirmarem a singularidade de algumas de suas atividades profissionais e o que há de possibilidades de práticas colaborativas, compartilhadas e comuns. Aqui cabe diferenciar conceitualmente a terminologia utilizada.

Furtado (2007) distingue os planos disciplinares e profissionais referindo que o sufixo “disciplinar” se refere ao desenvolvimento do conhecimento em sua vertente epistemológica. Já o sufixo “profissional” relaciona-se às práticas concretas em saúde. Ainda que na prática dos serviços a interação entre práticas e saberes aconteça de forma dinâmica e inter-relacionada, o autor apresenta um importante elemento de distinção na constituição de saberes interdisciplinares e ações interprofissionais. Contudo, é importante destacar que a compreensão acerca das ações interprofissionais conduz à possibilidade de formar profissionais da saúde para agir em equipe por meio de práticas colaborativas.

Nesse sentido, Furtado (2007) indica duas vertentes para o trabalho em equipe:

- (i) a compreensão de teorias de forma integrada que abarcam o fundamento epistemológico dos problemas em saúde e das estratégias de enfrentamento;
- (ii) o desenvolvimento de práticas planejadas em conjunto com a equipe multiprofissional para problemas complexos que envolvem a saúde.

Ademais, para que haja a integração de saberes e práticas também é necessário o reconhecimento, por parte das equipes de saúde, dos problemas complexos que envolvem a saúde dos usuários e da comunidade (Furtado, 2007).

Os conceitos de núcleo e campo de saberes e práticas profissionais desenvolvidos por Campos (2000) também auxiliam na compreensão das práticas em saúde. Para o autor, os saberes e sua organização em práticas de saúde ocorrem mediante a conformação de núcleos e campos. O núcleo é “uma aglutinação de conhecimentos e [...] demarcaria a identidade de uma

área de saber e de prática profissional”. Já o campo de saberes e práticas é “um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (Campos, 2000, p. 220).

Dessa definição surge uma importante construção do autor: a de que o núcleo, que indica uma determinada concentração de saberes e de práticas, não deve produzir um rompimento radical com a dinâmica do campo. Ao contrário, quando o núcleo e o campo compartilham de forma flexível e aberta os saberes e práticas que lhes são comuns, a colaboração entre profissões é favorecida (Campos, 2000).

A RMS, ao propor a formação em serviço em equipe multiprofissional, utiliza a estratégia da produção de diálogo e troca de saberes entre residentes, equipes e usuários dos serviços, ofertando a possibilidade da aprendizagem da ação profissional e do núcleo de saberes e práticas e da ação interprofissional e do campo. Cabe ressaltar que as diretrizes dos projetos político-pedagógicos (PP) das RMS (Brasil, 2012a) reforçam simultaneamente as especificidades de cada profissão e as competências compartilhadas.

No cotidiano da formação em serviço, os contornos do que vem a ser atividade privativa e do que é atividade compartilhada são tensionados, o que permeia os modos de funcionar do trabalho em equipe.

De acordo com Peduzzi (2001), o trabalho em equipe na atualidade apresenta, em seus modos de funcionar, tanto relações hierárquicas entre as profissões com diferentes graus de subordinação como também relações flexíveis na divisão do trabalho e na autonomia técnica com interdependência.

Para Furtado (2007), as práticas em saúde podem ser permeadas por lógicas distintas – a da colaboração e a profissional –, o que, por sua vez, pode produzir tensões nas relações. No caso da lógica colaborativa, promovem-se relações e interações nas quais os profissionais disponibilizam e partilham seus conhecimentos, especializações e habilidades. Já no segundo caso a lógica profissional é marcada pela delimitação estrita de territórios de cada grupo, o que leva à vinculação a conselhos de classe e associações, construindo dessa forma a identidade profissional, o que agrega valor social a essas pessoas.

A formação em serviço proposta pela RMS, portanto, se dá na confluência entre lógica profissional e lógica da colaboração, a um só tempo produzidas e aprendidas.

A educação interprofissional é uma estratégia para experimentar e trabalhar as tensões expressadas na aprendizagem do trabalho colaborativo em equipe, ao se comprometer com o desenvolvimento de três competências: competências comuns a todas as profissões, competências específicas de cada área profissional e competências colaborativas (Batista, 2012). Além disso, compromete-se com o “[...] respeito às especificidades de cada profissão, o planejamento participativo, o exercício da tolerância e a negociação, num movimento de redes colaborativas” (Batista, 2012, p. 26).

Assim, a integração de saberes e práticas proposta nas RMS apresenta potencialidade para a produção de novas ações de cuidado em saúde de forma dinâmica e singular, dados os diferentes cenários educativos e os atores envolvidos, imersos no cotidiano do fazer em saúde e nas necessidades apresentadas pelos usuários.

O termo “competências compartilhadas” apresentado nos eixos norteadores (Brasil, 2012a) ainda não tem definição na literatura atual. De acordo com Lima (2005), o termo competência é discutido sob diversas perspectivas e apresenta múltiplas definições, sob perspectivas diferentes. Para esta pesquisa, enfoca-se a competência no campo educacional, que apresenta três relevantes abordagens:

[...] uma considera competência como sendo uma coleção de atributos pessoais; outra vincula o conceito aos resultados observados/obtidos (tarefas realizadas) e uma terceira propõe a noção de competência dialógica, originada na combinação de atributos pessoais para a realização de ações, em contextos específicos, visando atingir determinados resultados (Lima, 2005, p. 370).

A abordagem dialógica se aproxima dos pressupostos e diretrizes da RMS e favorece a compreensão do termo “competências compartilhadas” presente na legislação dos programas (Brasil, 2012a). Neste trabalho, considera-se que as “competências compartilhadas” indicam a importância do compartilhamento de saberes e práticas para a produção de práticas e saberes

“comuns” e que constituirão o campo de atuação coletiva. Além disso, destacam o aprendizado de conhecimentos, habilidades e atitudes, que são base para práticas de partilha, convivência, mediação de conflitos de forma colaborativa e construção em conjunto de novas tecnologias de cuidado, comuns às profissões da saúde.

Portanto, para que os programas de residência multiprofissional formem profissionais da saúde residentes na perspectiva de integração de saberes e práticas, devem ter a educação interprofissional como alvo de sua proposta pedagógica, com vistas ao processo de ensino-aprendizagem da prática profissional e da prática interprofissional colaborativa, inclusive envolvendo a participação e colaboração de usuários, de suas famílias e da comunidade no SUS.

3.2 Terapia ocupacional e o ensino para a interprofissionalidade

A reflexão acerca da formação de terapeutas ocupacionais para a interprofissionalidade e para as práticas colaborativas no âmbito das residências multiprofissionais em saúde requer sua contextualização histórica em termos de formação uniprofissional e de como esta tem preparado para a atuação em saúde no Brasil, em particular para o SUS.

Os primeiros cursos de terapia ocupacional, que se iniciam no Brasil em meados dos anos 1950, são impulsionados pelo Movimento Internacional de Reabilitação e pela Organização das Nações Unidas (ONU) e têm como objetivo preparar profissionais para o trabalho na área de reabilitação (Soares, 1991). Nesse período inicial, a formação dos profissionais é considerada de “nível intermediário”, em contraposição às funções de “nível superior” (Tirado et al., 2006).

Na década de 1960 é definido o currículo mínimo para os cursos de terapia ocupacional, que propõe uma formação estritamente técnica. Esse currículo, ainda que coloque o terapeuta ocupacional como paramédico, isto é, como um “ajudante” da categoria médica, cria as condições para que a profissão seja reconhecida como formação de nível superior em 1969 (Drumond; Magalhães, 2001). Nesse currículo, as matérias básicas para a

formação dos profissionais são resumidas à compreensão e boa execução dos atos terapêuticos, distribuídas em uma carga horária mínima de 2.160 horas, a serem cumpridas em três anos letivos (Tirado et al., 2006).

Desde então, os profissionais buscam consolidar progressivamente suas práticas a partir de um viés “técnico” e “científico”, apoiados em duas vertentes principais: uma humanística, utilizando-se de bases da psicanálise, psicologia, sociologia, entre outros, e uma segunda composta por técnicas médicas e com base nas ciências biológicas em geral (Lopes, 1990).

No início dos anos 1980, diante das inquietações com o exercício profissional e com a percepção da necessidade de mudanças no perfil profissional do terapeuta ocupacional, bem como diante de um currículo mínimo que já se mostra obsoleto, a Associação de Terapeutas Ocupacionais do Brasil (Atob) cria uma Comissão de Ensino que aglutina representantes de escolas e de entidades científicas, profissionais e culturais para elaborar nova proposta de currículo mínimo para os cursos de terapia ocupacional (Lopes, 1990). Das discussões, uma nova orientação emerge no sentido de preparar profissionais para atuar nas três fases da atenção à saúde: prevenção, cura e reabilitação (Lopes, 1990).

Como resultado, um novo currículo mínimo dos cursos de terapia ocupacional é aprovado em 1983, composto por quatro ciclos: disciplinas de biológicas, formação geral, pré-profissionalizante e profissionalizante (Drumond; Magalhães, 2001). Nesse momento há uma conquista importante para a profissão, já que se reforça com esse currículo, ao menos em um primeiro momento, a formação técnico-científica do terapeuta ocupacional. Este currículo vigora por mais de 15 anos, até a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde no âmbito da Política de Educação Superior, desenvolvida pelo governo federal ao final dos anos 1990 e início de 2000 (Drumond; Magalhães, 2001). O perfil profissional e as competências e habilidades propostas pelas diretrizes curriculares incorporam os avanços da terapia ocupacional da década de 1990, conquistados a partir de seu diálogo com as políticas públicas implementadas após a mudança constitucional de 1998 (Galheigo, 1999).

No mesmo período, as produções acadêmicas apontam um perfil interdisciplinar na constituição dos saberes e no exercício das práticas da terapia ocupacional, o que vem a caracterizar sua trajetória e identidade profissional no Brasil (Mangia, 1998; Galheigo, 1999; Lima, 1999; Furtado, 1999).

Em um percurso histórico, os campos de atuação da profissão consolidam-se paulatinamente no Brasil a partir do desenvolvimento de tecnologias de intervenção voltadas para populações com problemáticas específicas (Mangia, 1998), tais como no âmbito da reabilitação, da saúde mental, da saúde coletiva, da vulnerabilidade social, da saúde e trabalho e dos contextos hospitalares, para citar alguns. Também se observam nas publicações desse período referências à sensibilidade social da profissão, diante dos limites da convivência social, a norma que separa o normal e o patológico, hábil e inábil, inserido ou excluído, que dá sustentação à definição das populações atendidas pela profissão e também à utilização de diversos saberes na composição de intervenções técnicas (Mangia, 1998; Lima, 1999).

Contudo, ainda que os terapeutas ocupacionais dialogassem relativamente bem com conteúdos de outras disciplinas, assim como com a aceitação do diferente, mostravam que sua dificuldade não estava na abertura para outras disciplinas, mas, como refere Galheigo (1999), no contorno de sua própria disciplina.

Com a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais e o fomento aos processos de mudança nas graduações dos cursos de saúde, a formação graduada dos profissionais aproxima-se das diretrizes e dos princípios do SUS (Mangia et al., 2005).

Os terapeutas ocupacionais ampliam, então, o olhar para a complexidade das necessidades trazidas pelos usuários do Sistema Único de Saúde, impulsionados pelas Diretrizes Curriculares e, mais recentemente, pelos usuários do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A profissão passou a compor essas equipes, de modo que os terapeutas ocupacionais também passam a realizar um diálogo mais constante entre os campos de estudos e práticas que se constituem dentro da própria profissão.

Entretanto, algumas questões epistemológicas da constituição de saberes e do exercício profissional da terapia ocupacional precisam ser mais bem estudadas. Há que se reconhecer que, assim como nas demais categorias profissionais, perspectivas teórico-metodológicas distintas podem transitar pelos núcleos profissionais e disputar legitimidade (Galheigo, 2012). No caso da terapia ocupacional, coexistem práticas centradas em procedimentos técnicos para a promoção da capacidade funcional, segundo o modelo biomédico da especialidade; práticas orientadas por abordagens psicodinâmicas; por modelos de terapia centrados na pessoa; por princípios oriundos da saúde coletiva e por perspectivas críticas, de base materialista-histórica, cujo foco é o acesso a direitos e o exercício da cidadania (Galheigo, 2012; Galheigo; Angeli, 2008). Essas perspectivas, consolidadas ao longo da constituição histórico-epistemológica da profissão, podem influir na compreensão e na assistência aos usuários dos serviços, bem como no processo de formação em serviço no âmbito da RMS.

Importante destacar que as ações da profissão têm constantemente se reconfigurado, na medida em que terapeutas ocupacionais se deparam com demandas em sua prática que os direcionam para um aprofundamento de seu saber e para a produção de diálogos entre as diversas disciplinas, os campos de atuação da profissão e as diversas profissões, sejam elas da área da saúde ou não. Nesse percurso, a atuação da profissão mais recentemente se expande para além do setor de saúde, incorporando cada vez mais ações na educação, assistência social, trabalho e cultura e no sistema judiciário, estabelecendo diálogos com as políticas de cada setor.

Ao mesmo tempo em que se discutem campos de atuação e construção do conhecimento da profissão (Lopes, 1996; Mangia, 1999; Barros et al., 1999), há um debate acerca da constituição da identidade profissional do terapeuta ocupacional devido a sua diversidade de ações e campos de atuação. Esse debate começa a se realizar nos anos 1990 e precisa ter continuidade (Machado, 1991; Mangia, 1998; Furtado, 1999; Lima, 1999; Galheigo, 1999).

Na literatura nacional de terapia ocupacional há poucas publicações sobre o tema da constituição da identidade profissional. Em levantamento

bibliográfico realizado em dezembro de 2015 na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), utilizando as palavras-chave “terapia ocupacional” e “identidade profissional”, foram identificados cinco artigos. No levantamento com as palavras-chave “terapia ocupacional” e “identidade” foram encontradas 56 produções, sendo que apenas 10 se referiam à identidade profissional (incluindo os 5 artigos do levantamento anterior). Além disso, uma dissertação de mestrado sobre a construção da identidade profissional do terapeuta ocupacional foi identificada a partir dos artigos estudados (Castelo Branco, 2003).

Entre os 10 artigos selecionados, quatro (Machado, 1991; Mangia, 1998; Furtado, 1999; Lima, 1999) referem-se ao debate ocorrido no final dos anos 1990 e têm um caráter de reflexão teórico-conceitual acerca da relação entre identidade, complexidade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Assim, buscavam delinear a existência de uma identidade plural e complexa na terapia ocupacional, em vez de tratar das percepções de profissionais sobre o tema (Lima, 1999; Galheigo, 1999; Furtado, 1999). Para esses autores, a formação interdisciplinar dos terapeutas ocupacionais no Brasil influencia o modo com que se constituem os saberes e fazeres da profissão, de modo a atender às variadas necessidades da população (Lima, 1999; Galheigo, 1999; Furtado, 1999) nos diferentes setores em que a profissão atua, tais como saúde, educação, assistência social, trabalho, cultura e mesmo no Judiciário.

Nesta perspectiva, a discussão sobre a identidade profissional do terapeuta ocupacional pensada a partir da perspectiva plural e conjuntiva explicita a aproximação de linguagens, olhares e atuações da profissão (Galheigo, 1999). Essa identidade é também analisada pela perspectiva da complexidade (Lima, 1999) como uma identidade complexa que aos poucos vem acompanhada de valor positivo. Para Lima (1999), a identidade feita de diferenças enfatiza o imprevisível e o surgimento de novas formas identitárias, assim como se renova a população atendida em terapia ocupacional.

Segundo Castelo Branco (2003), a atuação interdisciplinar está implícita no discurso de terapeutas ocupacionais como um elemento da sua identidade profissional e como veículo de reconhecimento e valorização social da terapia ocupacional.

Na produção dos últimos cinco anos sobre o tema, observa-se a presença de reflexões teórico-conceituais que buscam discutir a questão da identidade da terapia ocupacional na América Latina, além de aproximações com inquietudes dos profissionais sobre o tema.

Galheigo (2014) adota a perspectiva de Boaventura de Souza Santos, afirmando que a questão da identidade para a terapia ocupacional pode ser tão semifictícia como seminecessária. Seguindo este referencial, propõe pensar a identidade cultural não como uma entidade rígida e imutável, mas ao contrário, que se busque compreender quais as identificações em curso que são produzidas por terapeutas ocupacionais no continente latino-americano, compreendendo que tais identificações podem ser transitórias e até fugazes. Assim, a autora argumenta que há uma consonância nas ações de terapeutas ocupacionais na América Latina, organizadas a partir do compromisso ético-político diante das necessidades dos sujeitos e coletivos com vistas à promoção de sua participação social e emancipação. Segundo a autora, essa deve ser uma das razões pela qual muitos dos terapeutas ocupacionais da América Latina não usam os modelos de terapia ocupacional anglo-saxões, o que possibilita uma constituição mais rica para a profissão do que a unicidade de uma identidade fixa (Galheigo, 2014).

Da produção recente sobre a identidade do terapeuta ocupacional, quatro trabalhos apontam de modo mais concreto as inquietudes e experiências de profissionais sobre o tema (Carvalho, 2012; Constantinidis; Cunha, 2013; Malfitano; Bianchi, 2013; Stoffel; Nickel, 2013). Esses estudos assinalam a ausência ou o baixo reconhecimento/conhecimento da profissão como um fenômeno com que os profissionais convivem em suas práticas, o que produz marcas específicas para a constituição da identidade da profissão.

Carvalho (2012) indica que ainda que haja notável crescimento da terapia ocupacional na última década, o desconhecimento a seu respeito ainda é notável, sendo este um desafio para os profissionais da área. Para Constantinidis e Cunha (2013), o fato de a terapia ocupacional ter seu campo de atuação constituído por uma diversidade de discursos e práticas pode dificultar seu conhecimento/reconhecimento.

Outros aspectos inerentes à atividade profissional do terapeuta ocupacional que constituem como marcas de sua identidade são o uso de atividades e a realização de grupos (Malfitano; Bianchi, 2013; Stoffel; Nickel, 2013). Ambos são frequentes, ainda que tenham objetivos distintos de acordo com a área específica de atuação profissional, assim como apresentado por Malfitano e Bianchi (2013) em estudo sobre atuação da profissão em contextos de vulnerabilidade social sob duas perspectivas de atuação: social e de saúde.

Apesar de a discussão sobre identidade profissional do terapeuta ocupacional valorizar o seu perfil interdisciplinar, estudos acerca da formação do terapeuta ocupacional para a atuação em equipe de forma colaborativa ainda são escassos. A inserção de terapeutas ocupacionais em programas de formação multiprofissional, tais como ligas acadêmicas, residências multiprofissionais em saúde, Pet Saúde e Pró-Saúde, vem contribuindo para a formação do terapeuta ocupacional para a interprofissionalidade. Porém, a formação graduada no país ainda parece desenvolver um perfil centrado na profissionalidade.

As discussões precisam ser desenvolvidas e aprofundadas dentro do campo específico da terapia ocupacional, focalizando a educação para a interprofissionalidade, no prisma da formação integral e interdisciplinar para o desenvolvimento de tecnologias de intervenção. Isso acontece a partir da compreensão de que esse desafio permeia não somente esta profissão, mas todas as demais que compõem o contexto da saúde pública no Brasil na superação da fragmentação de saberes e ações em saúde.

Nesse sentido, mostra-se importante conhecer as percepções de profissionais terapeutas ocupacionais envolvidos no processo de formação para a interprofissionalidade, tomando as residências multiprofissionais em saúde como objeto de estudo. A motivação para pesquisar estes programas é seu foco na integração de saberes e práticas que permitem construir competências compartilhadas e formar para a integralidade do cuidado e para a interdisciplinaridade.

4 OBJETIVO GERAL

Conhecer os desafios e tendências do processo de educação para a profissionalidade e a interprofissionalidade do terapeuta ocupacional no âmbito das residências multiprofissionais de saúde.

4.1 Objetivos específicos

1. Conhecer as percepções de terapeutas ocupacionais tutores, preceptores e residentes em relação **ao processo de formação para a profissionalidade e a interprofissionalidade** no âmbito das residências multiprofissionais em saúde.
2. Conhecer as percepções de terapeutas ocupacionais tutores, preceptores e residentes **em relação à singularidade da profissão na formação para a interprofissionalidade** no âmbito das residências multiprofissionais em saúde.

5 METODOLOGIA

5.1 Procedimentos metodológicos

Conhecer e refletir sobre os desafios e tendências do processo de educação profissional e interprofissional do terapeuta ocupacional no âmbito das RMS requer a valorização do contexto em que se inserem os programas de formação, o que, por sua vez, remete a suas condições políticas, históricas e sociais, aos seus norteadores teórico-epistemológicos e aos fenômenos e relações humanas com que dialogam. A educação para a interprofissionalidade ainda é um processo em construção no sistema de ensino de profissionais da saúde no Brasil, bem como nas propostas de educação permanente em saúde, além de envolver diversos atores, tais como profissionais, gestores, educadores e usuários do sistema de saúde.

Para este estudo, foi eleito o método de pesquisa qualitativo (Minayo, 2014) de caráter exploratório, descritivo e reflexivo, com abordagem dos terapeutas ocupacionais envolvidos nos programas de RMS realizados em cenários educativos da atenção básica e da atenção hospitalar que trabalham na lógica do Sistema Único de Saúde.

O método de pesquisa qualitativa é aquele que:

[...]reconhece os aspectos subjetivos do ser humano e sua relação com o mundo que o cerca, quer no âmbito individual, quer no âmbito coletivo. Em outras palavras, essa abordagem trabalha com o universo de significados, representações, crenças, valores e atitudes dos atores inseridos em um grupo social. No entanto, devemos entender essa abordagem como um dos elementos que contribuem para a compreensão da realidade em sua totalidade. (Medeiros et al., 2007, p 101).

Dentro do contexto da pesquisa qualitativa, a entrevista foi adotada como técnica de produção de dados. A entrevista é uma estratégia por meio da qual se obtêm dados de duas naturezas, referidos aos fatos e às opiniões, atitudes e valores do entrevistado (Minayo, 2014). Para May (2004), as

entrevistas geram compreensões ricas de biografias, experiências, opiniões, valores, aspirações, atitudes e sentimentos das pessoas.

Entre os tipos de entrevista foi eleita a semiestruturada, que valoriza, ao mesmo tempo, a presença do entrevistador e entrevistado e

[...] parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. (Triviños, 2012, p 146).

Ainda de acordo com esse autor, trabalhar com a entrevista semiestruturada oferece melhor resultado se diferentes grupos de pessoas são abordados na pesquisa acerca de determinada perspectiva (Triviños, 2012). Nesse sentido, buscou-se entrevistar terapeutas ocupacionais tutores, preceptores e residentes para uma melhor abordagem e levantamento de dados para a pesquisa. Com essa técnica de pesquisa, o entrevistador pode buscar tanto o esclarecimento quanto a elaboração das respostas dadas e pode registrar uma informação qualitativa sobre o tópico em questão (May, 2004).

Inicialmente, realizou-se o levantamento bibliográfico e a constituição do embasamento teórico do estudo com o objetivo de sustentar e problematizar o levantamento de dados, as discussões e análises da pesquisa. Nesse primeiro momento, reuniu-se material que incluiu documentos oficiais orientadores dos programas de residência multiprofissional em saúde publicados pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde, assim como a produção acadêmica sobre educação interprofissional e profissional, práticas colaborativas, a formação de profissionais da saúde e os aspectos históricos da formação de terapeutas ocupacionais no Brasil.

Em seguida foram elaborados os objetivos desta pesquisa, que deram subsídio à elaboração do roteiro de perguntas. Também contribuiu para a elaboração das perguntas a experiência da pesquisadora como terapeuta ocupacional tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família por 1 ano e 4 meses, anteriores ao início desta pesquisa, além da leitura e análise do material referido anteriormente.

A entrevista foi elaborada utilizando-se uma pergunta disparadora que serviu como eixo norteador para dialogar com os tutores, preceptores e residentes acerca do processo por eles vivenciado.

A pergunta disparadora foi:

Você poderia falar sobre os desafios da formação em serviço vividos por terapeutas ocupacionais no âmbito da residência multiprofissional?

Durante a entrevista, utilizou-se o discurso livre do entrevistado de forma dialogada. O entrevistador mantinha um roteiro de perguntas em mãos, que era utilizado nos casos em que o entrevistado não discursava livremente pelos temas de interesse da pesquisa. Também foram utilizadas perguntas para maior esclarecimento de um fato ou relato.

Roteiro de perguntas que conduziam o discurso do entrevistado ao tema de interesse da pesquisa:

1. Durante o processo de formação em serviço, como você percebe a articulação entre a prática profissional do terapeuta ocupacional e a interprofissionalidade, isto é, entre o exercício da singularidade da ação profissional e da participação interprofissional?
2. Que questões surgem para os terapeutas ocupacionais e para os demais profissionais de saúde acerca da identidade profissional no trabalho interprofissional? Há diferença em relação às questões relacionadas à identidade profissional que surgem ao terapeuta ocupacional?
3. Acerca de conhecimentos teóricos e práticos que resultam do processo educativo da residência multiprofissional:
 1. Tutores e preceptores: Quais conhecimentos teóricos e práticos se espera alcançar do processo educativo relacionado à articulação entre as práticas profissionais e interprofissionais?

2. Residentes: Quais conhecimentos teóricos e práticos você percebe adquirir do processo educativo relacionado à articulação entre as práticas profissionais e interprofissionais?
4. Você percebe a presença de questões e/ou tensões teórico-metodológicas que acontecem no processo de formação em serviço para o SUS?
 1. Em caso positivo, poderia falar sobre elas?
 2. Elas trazem contribuições ou interferências no processo de formação proposto pela RMS?
5. Durante o processo de educação interprofissional, como acontecem as práticas colaborativas e a produção de objetivos comuns em equipe? Em quais contextos elas surgem?
 1. Em quais contextos entende que deveriam surgir e percebeu sua ausência?
 2. Que reflexões você faria sobre essas experiências?

Para análise das entrevistas foi eleito o método de Análise de Conteúdo Temática (Minayo, 2014), de onde se originaram os temas que levaram aos resultados da pesquisa.

Foram critérios para inclusão na pesquisa programas de residência multiprofissional em saúde financiados pelo Ministério da Saúde e da Educação, que tivessem seus cenários educativos realizados em serviços de atenção básica ou de atenção hospitalar do SUS.

O número de programas e atores foi definido tendo como premissa o critério de saturação de conteúdos suficiente para análise. Segundo Flick (2004), a partir desse momento não são encontrados mais dados ou conhecimentos adicionais para se desenvolver a análise da pesquisa. Assim, foi elaborada inicialmente a proposta para entrevistar terapeutas ocupacionais de dois programas de residência multiprofissional em saúde, sendo possível a inclusão de até mais dois programas, caso não fosse obtido o critério de saturação dos dados.

Para as entrevistas, houve a necessidade de realização de fases prévias iniciais, tais como o contato com os coordenadores das residências eleitas para apresentação do projeto e a aquisição do aceite das instituições formadoras e dos terapeutas ocupacionais que estariam envolvidos na pesquisa.

Para a coleta de dados houve preocupação em entrevistar programas da atenção básica em saúde e da atenção hospitalar que englobassem terapeutas ocupacionais na formação em serviço em equipes multiprofissionais.

Após a realização das entrevistas, sua transcrição e a leitura exaustiva do material dos dois primeiros programas de residência multiprofissional, foi incluído um terceiro programa, cujas entrevistas permitiram chegar ao critério de saturação. Esse critério se deu por três vertentes: número consistente de entrevistados, conteúdo de material para análise compatível com o cronograma previsto para o término da pesquisa e dados consistentes, com informações que deram contornos e respostas aos objetivos apresentados no estudo.

O trabalho de campo foi realizado entre dezembro de 2013 e fevereiro de 2014.

5.2. Caracterização dos programas e sujeitos participantes da pesquisa

5.2.1 Participantes da pesquisa por cenário educativo e função

Os três programas participantes da pesquisa possuem parceria com instituições de ensino superior e são identificados ao longo deste trabalho por meio de siglas para manter o anonimato dos mesmos. Sua numeração segue a ordem cronológica em que foram abordados. Foram entrevistados 17 participantes, entre residentes, tutores e preceptores (Tabela 1). No primeiro programa (RMS 1) foram entrevistados 9 profissionais (2 tutores, 4 preceptores e 3 residentes) e no segundo (RMS 2), 2 profissionais (1 tutor e 1 residente). Esse segundo programa não contava com preceptores de terapia ocupacional.

No terceiro programa (RMS 3), foram entrevistados 6 profissionais (2 tutores, 2 preceptores e 2 residentes).

Tabela 1: Número de entrevistados, por função, segundo programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). 2013-2014

Programa	Tutores	Preceptores	Residentes	Total
Total	5	6	6	17
RMS1 – Atenção hospitalar e Atenção básica	2	4	3	9
RMS2 – Atenção básica	1	-	1	2
RMS3 – Atenção hospitalar	2	2	2	6

Os participantes são identificados por meio da atividade que desempenham na residência seguida de um número, que foi atribuído para diferenciar sua fala (por exemplo: Tutor 1 RMS 3, Tutor 2 RMS 3). Os residentes entrevistados nesta pesquisa iniciaram o curso em 2012 e 2013, sendo que os iniciantes em 2013 eram residentes de primeiro ano e os de 2012, residentes de segundo ano.

Também foi acrescida à identificação dos sujeitos uma sigla que representa o cenário educativo, ou seja, se esse cenário é um serviço da atenção básica ou da atenção hospitalar, já que a configuração do trabalho das equipes é distinta e pode trazer diferentes resultados para a pesquisa. Para isso, optou-se por acrescentar as siglas CH para atenção hospitalar e AB para os serviços da atenção básica (por exemplo: Tutor 1 RMS 3 CH, Tutor 1 RMS 2 AB).

A Tabela 2 apresenta os entrevistados de cada programa e sua identificação ao longo do trabalho.

Tabela 2: Identificação dos participantes da pesquisa, por função, segundo cenário educativo e programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). 2013-2014

Programa	Cenário educativo	Tutores	Preceptores	Residentes
RMS 1	Atenção básica – AB Atenção hospitalar – CH	Tutor 1 RMS1 CH Tutor 2 RMS1 AB	Preceptor 1 RMS 1 AB Preceptor 2 RMS 1 CH Preceptor 3 RMS 1 CH Preceptor 4 RMS1 AB	Residente 1 RMS1 AB e CH (1) Residente 2 RMS1 AB Residente 3 RMS1 CH
RMS 2	Atenção básica – AB	Tutor 1 RMS 2 AB	Não há preceptor	Residente 1 RMS 2 AB
RMS 3	Atenção hospitalar – CH	Tutor 1 RMS 3 CH Tutor 2 RMS 3 CH	Preceptor 1 RMS 3 CH Preceptor 2 RMS 3 CH	Residente 1 RMS 3 CH Residente 2 RMS 3 CH

(1) Residente cursava o segundo ano e já havia realizado a formação nos dois cenários educativos.

5.2.2 Programas participantes por local, cenário educativo e participantes

5.2.2.1 Residência Multiprofissional 1

O município que abriga a RMS 1 se localiza a menos de 100 km da capital paulista, com cerca de 400.000 habitantes. De acordo com a secretaria de saúde do município, os serviços de saúde municipais se dividem em: 6 unidades hospitalares ou pré-hospitalares, 21 unidades de atendimento de atenção básica tradicional ou com estratégia saúde da família. O hospital-escola que abriga o programa de residência desse município não está sob gestão municipal, portanto, não se inclui entre os 6 serviços citados, ainda que realize parte de seus atendimentos via convênio com o SUS.

Na RMS 1, a formação dos residentes ocorre em dois cenários educativos, da seguinte forma: um ano na atenção básica e um ano na atenção hospitalar. Todos os residentes passam pelas duas atenções em saúde. O serviço da atenção hospitalar é um hospital geral e de ensino, e realiza atividades ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidades. É referência para diversos serviços hospitalares e ambulatoriais na cidade e realiza atendimentos de demanda espontânea e programada.

Os serviços da atenção básica em que são realizadas as formações dos residentes compreendem unidades básicas de saúde. Os residentes entrevistados trabalham com dois diferentes modelos de atenção à saúde que

ocorrem nas unidades básicas: estratégia saúde da família e modelo tradicional. A diferença entre os dois modelos se dá na configuração de trabalho das equipes. Nas unidades com estratégia saúde da família, as equipes de saúde acompanham e respondem pela saúde de famílias que residem em um território delimitado e com adstrição da clientela. As equipes de saúde da família são compostas por médicos da família, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Algumas unidades contam com equipes de saúde bucal. Já nas unidades tradicionais as equipes são compostas por médicos (clínicos gerais, obstetras e ginecologias), enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Também podem ter outras especialidades, entre as quais oftalmologia, dermatologia, cardiologia, pneumologia e enfermagem. Também contam com assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e dentistas. A demanda é atendida de forma espontânea.

Entre os residentes entrevistados, dois cursavam atividades em unidade de saúde da família (R1 e R2), um em unidade tradicional (R1).

Nas duas turmas em que os terapeutas ocupacionais residentes entrevistados foram aprovados (turmas de 2012 e 2013), ingressaram 14 residentes de diferentes categorias profissionais em cada ano, sendo que dois eram terapeutas ocupacionais. Ambas as turmas funcionaram da mesma forma: os residentes foram divididos em dois grupos com sete residentes, de diferentes categorias profissionais, de modo que uma turma cursou o primeiro ano na atenção básica e o segundo ano na atenção hospitalar. A outra turma de residentes realizou o inverso, o primeiro ano na atenção hospitalar e o segundo na atenção básica. No momento da pesquisa havia dois residentes da turma de 2013 – de primeiro ano ou R1 – e um residente da turma de 2012 – de segundo ano ou R2. Um R2 havia desistido do curso. Estes três residentes foram entrevistados (Tabela 3).

Havia neste programa dois tutores de núcleo de terapia ocupacional: um para o cenário hospitalar e um para a atenção básica, sendo que ambos eram docentes da IES à qual o programa de residência multiprofissional era vinculado. Ambos aceitaram participar da pesquisa (Tabela 3). Havia um tutor de campo para a atenção hospitalar. Na atenção básica havia profissionais dos

serviços que faziam a tutoria de campo, porém, não foi possível acessar as informações desses profissionais.

Os preceptores se configuravam de diferentes formas neste programa. No hospital em que era realizada a formação, havia três preceptores terapeutas ocupacionais contratados pelo hospital, sendo que no momento da coleta de dados um deles estava de férias e não participou das entrevistas. Na atenção básica havia dois preceptores terapeutas ocupacionais, ambos faziam parte da equipe de trabalho da atenção à saúde mental do município e foram convidados a compor a preceptoria da residência, já que não havia terapeutas ocupacionais contratados para atuar nos serviços da atenção básica. Ambos aceitaram e participaram das entrevistas (Tabela 3).

5.2.2.2 Residência Multiprofissional 2

O município que abriga a RMS 2 está localizado a cerca de 200 quilômetros da capital paulista e possui cerca de 200.000 habitantes. Os serviços de saúde do município estão divididos em: 4 hospitais, sendo um deles hospital-escola, 14 unidades básicas de saúde (UBS) e 3 unidades de pronto atendimento (UPA). Não se obtiveram informações no sítio do município sobre quantas UBS contam com a Estratégia Saúde da Família (ESF), apenas que o município possui a estratégia.

O serviço de saúde, cenário educativo da RMS 2, é uma unidade básica de saúde com estratégia saúde da família. Esta unidade possui duas equipes de saúde da família. O residente de TO estava no segundo ano de formação, ambos cursados na mesma unidade de saúde.

A RMS 2 realiza sua formação na atenção básica em uma unidade básica de saúde. Os dois anos de formação ocorrem no mesmo serviço da atenção básica.

Foram realizados diversos contatos com este programa, entretanto, não foram fornecidas informações acerca do número de residentes ingressantes nos anos de 2012 e 2013 e suas formações, sendo que o único residente terapeuta ocupacional entrevistado ingressou em 2012 e era R2. Também não foi informado o número de preceptores e tutores que compunham o programa.

No momento das entrevistas, o programa contava com uma residente R2 e uma tutora de terapia ocupacional e ambos aceitaram participar das entrevistas (Tabela 3). Neste programa não havia preceptores de núcleo de terapia ocupacional, já que os profissionais contratados para atuar na atenção básica do município não aceitaram participar do programa de residência após corte das bolsas para preceptor. A terapeuta ocupacional contratada para atuar na atenção básica frequentava uma vez por semana a unidade de saúde em que a residência era realizada, por meio período.

Os residentes desse programa eram divididos em equipe de referência, enfermeiros e dentistas, e equipe matricial, composta pelos núcleos profissionais: terapia ocupacional, assistência social, psicologia, nutrição, fisioterapia, farmácia e educação física. No momento da entrevista havia duas equipes matriciais com diferentes categorias profissionais em cada equipe. Ao todo foram dois entrevistados: um residente R2 e um tutor com dupla função: tutor de núcleo e tutor de campo (Tabela 3).

5.2.2.3 Residência Multiprofissional 3

O terceiro programa estudado, RMS 3, localiza-se na capital paulista, que conta com 11,9 milhões de habitantes. A gestão dos serviços de saúde municipal se divide por coordenadorias de saúde das seis regiões: Centro, Leste, Norte, Oeste e Sul e Sudeste. Ao todo, desde abril de 2015, o município conta com serviços de atenção às urgências e emergências e hospitais municipais, divididos em: Pronto-Socorro Municipal (PSM), Pronto Atendimento, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Assistência Médica Ambulatorial 24h (AMA) e Hospitais Municipais; são ao todo 59 serviços, sendo que 4 localizam-se na região do programa estudado. As unidades de assistência básica em saúde totalizam 449 unidades, entre elas unidades de saúde básica tradicionais e de saúde da família.

O cenário educativo da RMS 3 é realizado em um hospital geral e de ensino, com administração indireta por meio de Autarquia Estadual. Possui serviços de média e alta complexidades, ambulatorial e hospitalar, sendo referência para diversos serviços hospitalares e ambulatoriais. Realiza

atendimentos prioritariamente por meio do SUS, sob demanda espontânea e programada.

A RMS 3 possui como cenário educativo a atenção hospitalar, com três áreas de concentração organizadas por linhas de cuidado: saúde do adulto e do idoso, saúde da criança e do adolescente e saúde e trabalho. No ato de sua inscrição no programa, os residentes optavam pela área de concentração que iriam cursar. As categorias profissionais contempladas nessa residência eram: terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia, totalizando no momento da pesquisa 22 residentes.

Esta pesquisa foi realizada na área de concentração de saúde do adulto e do idoso, que desenvolvia atividades de assistência ao usuário do hospital de demandas livre e programada. Possuía duas tutoras de núcleo, que também eram docentes da IES parceira do programa. As duas tutoras participaram da pesquisa.

Quanto à preceptoria, havia três profissionais que desempenhavam esta atividade, sendo que uma era contratada pelo serviço do hospital e realizava atendimentos de terapia ocupacional no serviço, enquanto as outras duas preceptoras eram terapeutas ocupacionais da IES e desempenhavam atividades de supervisão de estudantes e residentes para graduação e pós-graduação. Foram entrevistadas duas preceptoras, já que uma delas não aceitou participar da pesquisa.

As residentes desta linha de pesquisa eram da turma de 2013 e eram R1, já que as duas residentes da turma de 2012 desistiram da formação. Ambas aceitaram participar da pesquisa.

Tabela 3: Número de terapeutas ocupacionais, por função e condição de participação na pesquisa, segundo programa de Residência Multiprofissional em Saúde. 2013-2014

Programa	Tutores		Preceptores		Residentes	
	Total do programa	Participantes da pesquisa	Total do programa	Participantes da pesquisa	Total do programa	Participantes da pesquisa
RMS 1	2	2	5	4	3	3
RMS 2	1	1	0	0	1	1
RMS 3 (1)	2	2	3	2	2	2

(1) Área de concentração de saúde do adulto e do idoso.

5.3 Preocupações de caráter ético

A aprovação no Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob o protocolo nº 268/13 ocorreu em 2 de setembro de 2013 (Anexo I).

Como critérios de inclusão dos entrevistados foram utilizados: (I) ser terapeuta ocupacional tutor, preceptor ou residente de programas de residência multiprofissional; (II) concordar em participar da pesquisa, mediante leitura e assinatura do consentimento livre e esclarecido.

Como critérios de exclusão foram utilizados: (I) não cumprir os critérios de inclusão expostos anteriormente; (II) desistir de participar da pesquisa.

Os participantes foram informados: (I) dos objetivos da pesquisa; (II) de que sua identidade e a de seu serviço seriam mantidas em sigilo na análise e na apresentação dos resultados da pesquisa e que sua imagem e dignidade e a de seu serviço não seriam comprometidas de forma alguma; (III) que o material por ele produzido e disponibilizado seria posteriormente analisado em sua temática sem que se fizesse qualquer juízo de valor ou exposição pessoal e das situações-problema expostos; (IV) que sua recusa a participar não traria qualquer repercussão a sua pessoa e a seu serviço; (V) que seria possível desistir da pesquisa a qualquer momento.

Como os sujeitos de pesquisa foram profissionais de saúde convidados a refletir sobre sua experiência profissional, a pesquisa resultou em risco mínimo aos envolvidos. Ela não trouxe benefícios diretos, mas espera-se que o estudo traga contribuições significativas para a educação de profissionais da saúde para atuar na lógica do Sistema Único de Saúde e qualificação dos serviços e da atenção ao usuário.

Os participantes foram informados a respeito da expectativa de que a realização de tal estudo contribua para a compreensão dos desafios, tendências e dificuldades da formação para a prática profissional e para o exercício da interprofissionalidade na RMS do terapeuta ocupacional e demais profissionais da saúde. Os participantes também foram informados de que a pesquisadora responsável se compromete a socializar os resultados da pesquisa em eventos da área.

Para realização das entrevistas, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura (Anexo I).

5.4 Análise dos dados coletados na pesquisa

O material coletado na pesquisa foi estudado por meio da análise de conteúdo, que segundo Bardin (1977):

[...] é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (Bardin, 1977, p. 42).

Entre as possíveis técnicas de análise de conteúdo foi eleita a análise temática, que “[...] comporta um feixe de relação e pode ser graficamente apresentada por meio de uma palavra, uma frase, um resumo.” (Minayo, 2014, p. 315). Para Bardin (1977)¹ apud Minayo (2014, p. 315), o tema, que é a unidade de significação, liberta-se naturalmente de um texto

¹ Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. Para Gomes (2012) e Minayo (2014), o conceito central, como o próprio nome indica, é o tema, e a técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação.

Para a análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (Minayo, 2014). Operacionalmente, a análise temática consiste de três etapas (Gomes, 2012; Minayo, 2014), conforme descrito a seguir.

A primeira, a pré-análise, consistiu de leitura compreensiva do conjunto do material de forma exaustiva, tais como documentos oficiais, a produção bibliográfica sobre o assunto e os documentos resultantes das entrevistas transcritas. Nessa etapa foram elaboradas palavras-chave ou frases que determinavam unidades de registro e que deram embasamento à categorização da etapa seguinte.

A segunda etapa, a *Exploração dos Materiais Coletados*, consistiu basicamente de uma operação classificatória, que visou alcançar o núcleo de compreensão dos textos. Para isso, foi realizada uma leitura exaustiva, repetida e interrogativa dos textos, com o objetivo de apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as ideias centrais que tentam transmitir e os momentos-chave sobre o tema em foco. Desse modo, buscou-se encontrar categorias, que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado. A categorização resultou em categorias empíricas que se constituíram *a posteriori*, “[...] a partir da compreensão do ponto de vista dos atores sociais, possibilitando desvendar relações específicas do grupo em questão” (Minayo, 2014, p. 179).

Nesta etapa constituiu-se o conjunto de comunicações de tutores, preceptores e residentes, com leitura transversal e vertical, e a produção de sua classificação por temas mais relevantes. Nesse momento foi observado que alguns temas emergem de grupos de entrevistados, tais como de tutores, preceptores e residentes, e outros temas são transversais aos grupos estudados, o que permitiu agrupá-los em categorias e subcategorias empíricas. As categorias empíricas, compreendidas como “expressões classificatórias”,

emanam da realidade que os atores sociais de determinada realidade constroem e permitem dar sentido a ela, ao mesmo tempo em que também são elaborações do pesquisador, de sua sensibilidade e acuidade. Tais características permitem que o estudioso compreenda e valorize os atores sociais à medida que desvenda a lógica interna do grupo pesquisado, descobre essas expressões, explora cada uma delas e cria constructos de segunda ordem (Minayo, 2014).

A terceira e última etapa compreende a análise final, com o tratamento dos dados, a análise de significados e interpretações. Em seguida foi elaborada uma síntese interpretativa por meio do diálogo dos temas com os objetivos e pressupostos da pesquisa (Gomes, 2012).

A análise final resultou em duas categorias empíricas, cinco subcategorias e 17 temas, que serão apresentados a seguir acompanhados da discussão com a literatura.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas realizadas nesta pesquisa procuraram captar percepções de tutores, preceptores e residentes acerca dos desafios e tendências do processo de educação profissional e interprofissional do terapeuta ocupacional no âmbito das residências multiprofissionais de saúde. Considerando a metodologia e os objetivos da pesquisa os resultados foram agrupados em duas categorias empíricas: (i) residência multiprofissional em saúde como dispositivo de mudanças e (ii) singularidades na formação do terapeuta ocupacional nas residências multiprofissionais em saúde, assim como o quadro a seguir.

Figura 2: Resultados da pesquisa: categorias empíricas, subcategorias e temas identificados por meio da técnica de Análise Temática.



A primeira categoria empírica, “residência multiprofissional em saúde como dispositivo de mudanças”, agrupou percepções de terapeutas ocupacionais tutores, preceptores e residentes em relação ao processo de formação para profissionalidade e interprofissionalidade no âmbito das residências multiprofissionais em saúde. Tais percepções referiram o potencial de mudanças dos programas em dois temas principais, agrupados em duas subcategorias: trabalho em equipe e trabalho na perspectiva do SUS. Cada subcategoria foi descrita acompanhada de seus respectivos temas.

A segunda categoria empírica, “singularidades na formação do terapeuta ocupacional nas residências multiprofissionais em saúde”, agrupou as percepções de terapeutas ocupacionais tutores, preceptores e residentes em relação à singularidade da profissão na formação para a interprofissionalidade no âmbito das RMS. Os resultados contidos nesta categoria empírica foram descritos em três subcategorias: particularidades da inserção profissional do terapeuta ocupacional nos cenários educativos, produção de identidades e a fragmentação da atuação do terapeuta ocupacional nas residências multiprofissionais em saúde e terapia ocupacional e as práticas colaborativas e interprofissionais no SUS. Cada subcategoria foi igualmente descrita acompanhada de seus respectivos temas.

6.1 Residência multiprofissional em saúde como dispositivo de mudanças

A primeira categoria empírica agrupou percepções dos entrevistados sobre os potenciais de mudanças presentes nos programas de RMS em seu processo de formação para a profissionalidade e interprofissionalidade para o trabalho no SUS. Essas mudanças poderiam ser realizadas em via de mão dupla, para a formação dos residentes e para a transformação dos serviços, que se configurariam como cenários educativos dos programas. As percepções dos entrevistados apresentaram possibilidades e também desafios que acompanhariam o potencial de mudanças das residências multiprofissionais em saúde em dois temas principais, chamados de subcategorias: “trabalho em

equipe” e “trabalho na perspectiva do SUS”, apresentadas a seguir, acompanhadas de seus respectivos temas.

6.1.1 Trabalho em equipe

Os entrevistados, ao discutirem o processo formativo nas RMS, destacaram a importância do aspecto colaborativo no trabalho em equipe. Entretanto, observou-se que a maioria não faz distinção conceitual acerca das diversas perspectivas sobre o trabalho em equipe, embora suas reflexões se aproximassem do que a literatura nacional e internacional sobre educação interprofissional advoga para o trabalho colaborativo em equipe.

Com isso, procurou-se organizar os resultados de forma a apresentar aproximações, distinções e discussões em relação ao que é proposto atualmente para o trabalho colaborativo em equipe pela OMS (2010) e em relação ao trabalho em equipe que tem como pressuposto a interação dos profissionais, com a produção de acordos diante de um projeto comum (Ciampone; Peduzzi, 2000).

6.1.1.1 Aprendizagem do trabalho colaborativo em equipe

Tutores e preceptores referiram que para que o trabalho em equipe se efetivasse, seria necessário aprender a trabalhar em conjunto com outros profissionais, o que envolveria conhecer os limites e as possibilidades do encontro entre as profissões. Ao ficarem cientes das contribuições que os diferentes profissionais poderiam trazer ao trabalho em saúde, os residentes poderiam compreender melhor as necessidades dos usuários e articular respostas em conjunto. Os participantes do estudo destacaram também que o trabalho em conjunto dependeria de uma construção com o outro, o que, por sua vez, requereria tanto superar a estrita demarcação de território exercida pelos núcleos profissionais como aprender a lidar com as questões pessoais e relacionais. Para aprender o trabalho em equipe, apontaram que os residentes, ao lidarem com as necessidades dos usuários, realizavam as ações

específicas dos núcleos profissionais, o que poderia ocorrer de forma articulada ou demandar alguma negociação durante o atendimento compartilhado.

Que os residentes saibam lidar com a equipe interdisciplinar, aprender a conhecer as dificuldades e o tanto que é potente. Tutor 2 RMS1 AB

Que [os residentes] possam estar mais cientes das suas possibilidades, dos seus limites e das contribuições dos outros profissionais, tanto para compreender necessidades [dos usuários] quanto responder a elas. Tutor 1 RMS 3 CH

Conseguir trabalhar junto, sem esse pudor de isso é meu, isso é seu. Atingir a questão pessoal e relacional para permitir-se construir com o outro. Preceptor 1 RMS1 AB

[...] saber que tem um campo de atuação que é seu, a análise de atividade é só o TO que faz, por exemplo. Treino de marcha, só o fisio que faz. Acho que é ter essa consciência e fundamentação teórica [...] saber transitar, e saber recorrer, e saber contar com o apoio do outro profissional. Então eu acho que é isso, cada um tem o seu espacinho [...] E aí coisas legais como: "Ah, um dia a gente prioriza mais a parte da marcha, outro dia prioriza mais a parte de AVD" [*referência ao atendimento compartilhado de fisioterapia e terapia ocupacional*]. Preceptor 1 RMS 3 CH

As percepções dos tutores e preceptores participantes da pesquisa, no que se refere ao processo de ensino-aprendizagem do trabalho em equipe na RMS, dialogam com publicações recentes sobre ensino para o trabalho colaborativo em cursos de graduação no Brasil. Tais publicações abordam a educação para práticas colaborativas em equipe sob os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, rompendo com a concepção biomédica da saúde e deslocando a figura do médico da centralidade das práticas em saúde (Silva et al., 2011; Silva, 2011; Barreto et al., 2011; Batista, 2012; Souto et al., 2014, Germani et al., 2013).

Muitas são as definições do trabalho em equipe na literatura nacional. Para Ciampone e Peduzzi (2000), o que caracteriza o trabalho em equipe é a dimensão da interação em relação recíproca com a dimensão do trabalho, sendo interação entendida como uma prática comunicativa, por meio da qual os envolvidos colocam-se de acordo quanto a um projeto comum.

Os resultados apontaram a construção de projetos em equipe, de forma colaborativa e compartilhada, ao passo em que se mantiveram as especificidades de cada profissão na pactuação e construção coletiva da resposta aos problemas apresentados. De acordo com a literatura, para que o trabalho em equipe ocorra de forma integrada há necessidade de dois movimentos. Primeiro, é importante que se preservem as diferenças técnicas, que expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados. Segundo, é necessário que ocorra a flexibilização da divisão do trabalho que implica na coexistência de ações privativas das respectivas áreas profissionais com as ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos (Peduzzi, 2001). Nos relatos, os participantes referiram que para a aprendizagem do trabalho em equipe nas RMS seria necessária a vivência de planejamentos e execuções em conjunto, entre as diversas profissões, sem negar as especificidades de cada uma.

Os relatos também apontaram que para a formação para o trabalho em conjunto, que articula saberes e práticas das diferentes profissões, seria necessário compreender as demandas apresentadas pelos usuários e responder a elas, mostrando assim o potencial de mudanças que os programas de RMS poderiam produzir nas práticas em saúde.

Entretanto, ainda que os participantes tenham reconhecido a necessidade de manter as especificidades das profissões no trabalho em equipe, tal situação seria um desafio para as RMS. As percepções dos participantes apresentaram um impasse referente aos modos de agir de forma colaborativa nas ações específicas dos núcleos profissionais, referindo que há possibilidade de diluição do conhecimento das profissões no trabalho interprofissional. Para a resolução de tal impasse os participantes sugeriram o aprofundamento do conhecimento da especificidade de cada profissão. Tal percepção foi expressa por residentes e também por profissionais dos serviços que atuam como preceptores.

Há possibilidade de diluição do conhecimento no trabalho interprofissional. É necessário ter um aprofundamento no específico para que isso não ocorra. Preceptor 3 RMS1 CH

A questão da interprofissionalidade [...] que é olhar um sujeito como um todo, enfim, uma atenção integral. Mas existem especificidades que são de cada profissão e que isso não deve ser negado na atenção interprofissional. O interprofissional não é tudo junto, tudo misturado e igual para todo mundo. Tem saberes que são próprios de cada profissão e que podem perfeitamente coexistir, devem coexistir. Quem faz controle de glicemia é a pessoa de enfermagem, quem faz controle, enfim, dos fármacos é o farmacêutico. Tutor 1 RMS 1 CH

No início era difícil, cada um mostrava o seu específico, com o que podia contribuir. [...] acho que é o mais difícil, cada um é de um jeito. Preceptor 3 RMS1 CH

Cada um [residente] chega no seu quadradinho e entra em um grupo multiprofissional. Então o dilema sempre no começo é: “O que eu posso fazer sozinho que diz respeito só à minha prática, ao meu conhecimento teórico (...) ou tem que fazer tudo em grupo, ou tem que pensar tudo em grupo?”. Preceptor 4 RMS 1 AB

Houve um relativo consenso entre os entrevistados e a literatura a respeito da necessidade de colaboração entre as disciplinas e profissões para possíveis soluções aos diversos impasses e questões vividos pelas equipes (OMS, 2010; Pasini, 2010; Furtado, 2007). Furtado (2007) refere duas forças antagônicas que estão implicadas no tema da colaboração entre as profissões no trabalho em saúde que podem levar à presença de tensões nas equipes de trabalho. Uma leva à “diferenciação – que buscamos ativamente pela formação profissional” e a outra à “integração – requerida pela colaboração interprofissional e condição para qualificação da clínica” (Furtado, 2007, p. 246). Para o autor, a estratégia de enfrentamento de tal situação consiste em estabelecer pontes entre as posições, sem negar uma especificidade conquistada por meio da formação.

Miranda e Onocko-Campos (2010) sugerem que o sustentáculo principal dessas pontes compreende a construção do caso clínico, tendo por base caminhos delineados pelo usuário, que permeiam o tratamento e indicam suas necessidades.

Os resultados indicaram a percepção dos desafios produzidos pelas forças antagônicas propostas por Furtado (2007), entretanto, na ótica dos entrevistados, o enfrentamento dessas situações remeteria à ampliação de

conhecimentos acerca da especificidade das profissões, o que não levaria à produção de pontes, conforme colocado pelos autores mencionados. Salienta-se que não ficou evidente nos relatos dos participantes qualquer tentativa de resolução de tal impasse, mas sim proposições com base nas situações vivenciadas.

Para os participantes da pesquisa, a aprendizagem da prática do trabalho em equipe nas RMS poderia ser facilitada com a inserção dos residentes em estratégias de trabalho que possibilitassem a interação entre as profissões e a produção de consensos e pactuações de ações em saúde. As estratégias de trabalho referidas pelos entrevistados como facilitadoras para o trabalho em equipe mostraram-se distintas segundo o local de atuação. Na atenção hospitalar, destacaram-se como estratégias os atendimentos realizados em conjunto por diferentes profissionais da saúde. Nesse cenário, o encontro e a discussão de ações entre os profissionais dos serviços e residentes aconteciam fora de espaços coletivos formais. Já na atenção básica os recursos mais utilizados para inserção dos residentes foram as reuniões de equipe, como uma atribuição regular das equipes de trabalho inseridas na estratégia saúde da família (Brasil, 2011a).

O grupo de prevenção de quedas é um grupo de profissionais que um médico que coordena [...] as residentes participam, as R1 se alternam, uma fica 6 meses e a outra fica 6 meses. E no grupo, além de fisio e TO, temos nutri, enfermeira, farmacêutico, médico e educador físico. Ela só não tem contato com o educador físico, mas todos os outros profissionais elas tem. [...] tem o grupo de saúde mulher, que é multiprofissional, tem os três profissionais [...] o ambulatório de neurologia, que tem fisio e TO. [...] o grupo de memória, com fisio, fono e TO [...] eu vejo muitos espaços compartilhados, com produção de objetivos comuns. Então eu acho que elas estão conseguindo construir isso muito bem. Preceptor 1 RMS 3 CH

Nos grupos a equipe discute antes de iniciar [...] vemos o que deu certo e o que não deu. E além de tudo tem o *feedback* das próprias participantes. [...] a equipe vai conversando o que será feito no grupo, é sempre muito bem conversado. Residente 2 RMS 3 CH

As discussões de caso são muito importantes, e nesse ponto, aprender a entender o trabalho do outro e discutir sobre isso. Eu consegui aprender bastante o que cada um faz e como trabalhar isso como aliado da minha prática. Residente 1 RMS 2 AB

Esses resultados corroboram a perspectiva de que o atendimento compartilhado e a reunião de equipe possibilitam a discussão de casos entre os profissionais (Matuda, 2012). A autora referida identifica que esses recursos utilizados pelos profissionais dos serviços facilitam e criam condições para a cooperação entre as profissões. Tendo desenvolvido sua pesquisa na atenção básica, Matuda (2012) aponta que o principal recurso que possibilita a cooperação entre os profissionais é a reunião de equipe, que é um espaço privilegiado não só para as discussões de casos, mas também para o planejamento e matriciamento.

A literatura também apresenta a importância da participação dos residentes em estratégias pedagógicas que produzam e sustentem propostas de ensino-aprendizagem do trabalho em equipe em espaços compartilhados com profissionais para que o ensino de práticas em equipe se efetive (Pasini, 2010). Nesse sentido, compreende-se que, quando se tem como objetivo a integração de saberes e práticas entre as profissões (Brasil, 2012a), o oferecimento de atividades que possibilitem fazeres compartilhados tornam-se primordiais.

Dois relatos de residente apresentaram diferentes possibilidades de interações interprofissionais produzidas na atenção hospitalar. O primeiro indicou a presença de discussões entre os profissionais sobre as ações planejadas para os usuários, entretanto, tais diálogos se efetivaram sem a construção de objetivos e ações comuns. O segundo apresentou discussões e intervenções interprofissionais em que ocorreu uma pactuação prévia entre os profissionais sobre as intervenções a serem realizadas com o usuário.

[...] nas enfermarias é um pouco diferente, as demandas são diferentes [...] às vezes tem um paciente que teve AVC, eu percebo que teve um problema de fala e a gente pergunta para a fono o que ela tem feito, como que está [...] aí a gente fala: "Estou fazendo isso." – Para ir trocando. Residente 1 RMS 3 CH

Na maioria das vezes foi coincidência, ia atender e a gente ia junto. E aí falava: "Ah, vamos atender juntos". Tem outras que não: "Não, seria legal se a gente entrasse junto por conta disso?" Teve uma, uma paciente com Guillain Barré que eles falaram: "Ah, ela tem dificuldade para comer, seria legal se vocês entrassem junto." Embora eles estivessem vendo a parte da deglutição a gente viu a parte motora do membro superior.
Residente 1 RMS 3 CH

No primeiro caso relatado identificou-se um modo de interação entre os profissionais em que o usuário foi tomado como objeto da ação profissional e suas necessidades de cuidado e as intervenções dos profissionais foram realizadas de forma justaposta, o que manteve a fragmentação do trabalho e do olhar em relação à saúde do usuário, característica do modelo biomédico que se pretende superar (Gomes et al., 2010). Nos programas de RMS, assim como referem Gomes et al. (2010) e Bonaldi et al. (2010) sobre os serviços de saúde, o fracionamento do cuidado se mostrou presente na formação em serviço, o que se apresentou como obstáculo substancial para a produção da integralidade.

No segundo caso, observou-se um avanço em relação à integralidade da atenção no contexto hospitalar, já que a produção de relações superou a fragmentação das necessidades e intervenções (Gomes et al., 2010). No relato, evidenciou-se a preocupação dos profissionais em dialogar sobre determinado problema apresentado pelo usuário e em realizar um projeto assistencial comum, que neste caso foi eleito o atendimento compartilhado, atuando ambos os profissionais em um único objetivo. Para Peduzzi (2001, p. 107), o projeto assistencial comum parte de:

um plano de ação para uma situação concreta de trabalho coletivo em equipe, que toma em consideração o projeto assistencial hegemônico, que não pode ser ignorado por ser o modelo dominante de atenção à saúde, mas procede à reelaboração que configura outro projeto comum. (Peduzzi, 2001, p.107).

Além disso, os profissionais mencionados pelo entrevistado utilizaram um recurso que frequentemente é referido na literatura sobre a

atenção básica à saúde: o atendimento compartilhado. Para a literatura da área, o atendimento compartilhado apresenta-se como uma estratégia que colabora com a “troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos” (Brasil, 2010, p. 7).

Outro exemplo de atendimento compartilhado na atenção básica foi apresentado no relato deste residente:

[...] eu atendi um caso que era de uma criança com desnutrição muito grave, um recém-nascido, que passou 4 meses e ele tinha 500 gramas a mais do que quando nasceu. Então eu entrei junto com a fisio, a gente fez todo um trabalho de estimulação da criança, porque a parte nutricional ficava mais para o médico. A gente entrou nesta parte de estimulação do desenvolvimento. Residente 2 RMS 2 AB

Ao longo da trajetória do residente, a RMS apresentou potencial para intensificar a comunicação e interação entre os profissionais residentes e os dos serviços, produzindo experiências de compartilhamento e colaboração entre as profissões.

Eu aprendi muito a questão da escuta, em relação às outras profissões, escutar o que elas trazem, o que elas pensam. E também ter uma voz mais ativa, de falar o que eu estou pensando, o que eu estou observando [...] falar sem medo, ter relações profissionais. Residente 1 RMS 3 CH

A gente [equipe de residentes] conseguiu trabalhar em equipe, na hora que conseguiu se articular bem, conseguiu ter flexibilidade, momentos de conversa... [*preceptora falando de sua experiência como residente da RMS*] Preceptor 3 RMS1 CH

Eu acho que eu aprendi a fazer a construção junto dos planos de ação, e não apenas como uma somatória. Então não é a TO poder intervir aqui, a psico poder intervir aqui e a nutri poder intervir aqui. [...] consegui construir junto, absorver o conhecimento de outras áreas, que podem servir para orientação. Não precisa ser nutricionista para dizer que o aleitamento materno é importante, e uso isso no meu atendimento. Estou fazendo o meu atendimento e eu posso fazer algumas orientações de que não é bom dar a chupeta. Residente 2 RMS 1 AB

[...] eu percebo isso, ao longo do tempo, o residente cada vez mais busca discutir casos com os outros profissionais.
Preceptor 2 RMS 3 CH

[...] ao longo do processo os residentes percebem que não é assim. Que não é cada um no seu quadrado... tem que compartilhar. Preceptor 2 RMS1 CH

Segundo esses relatos, alguns aspectos da aprendizagem dos residentes serviram de alicerce para o trabalho de equipes colaborativas. Esses alicerces são chamados na literatura de “domínios do aprendizado interprofissional” e são referidos como resultados que podem ser observados nas práticas de equipes que atuam de forma colaborativa (OMS, 2010; CHIC, 2010).

Assim, observou-se nos relatos que a comunicação eficaz para equipes colaborativas foi aprendida nas RMS em sua dimensão ética, por meio do reconhecimento de que os pontos de vista de todos os profissionais de saúde eram igualmente válidos e importantes. Além disso, também se verificou a possibilidade de expressão de opiniões e a capacidade de saber ouvir dos membros da equipe (OMS, 2010).

Também estiveram presentes nos relatos a compreensão dos residentes sobre suas funções, responsabilidades e aptidões, bem como sobre as de outros profissionais de saúde (OMS, 2010), o que possibilitou aos residentes a construção em conjunto de planos de ação e da apropriação de saberes interprofissionais que fortaleceram a atuação diante da necessidade dos usuários.

Os relatos se aproximaram do que Orchard (2010) refere sobre a aquisição do *empowerment*, aqui traduzido como ‘empoderamento’, para trabalhar em conjunto. Tal empoderamento foi observado nos residentes à medida que aumentou sua procura por outros profissionais para compartilhar e discutir casos com o avançar da formação.

Os participantes referiram também que para a efetiva integração entre os profissionais da saúde não bastaria a presença de diferentes profissões em um ambiente de trabalho ou a presença de reuniões de equipe:

seria necessário que os profissionais pensassem e discutissem conjuntamente, criassem propostas e condutas terapêuticas conjuntas de forma ampliada.

[...] fazer ação interdisciplinar, interprofissional, não é habitar o mesmo espaço. Eu já presenciei ações em que estavam a TO e a fono, por exemplo, e que – "Ah, nós fizemos uma ação interprofissional". Não, não fizeram, vocês estavam no mesmo espaço, com o mesmo paciente ali no leito, mas primeiro fez a fono e depois fez a TO. Então habitar o mesmo espaço não significa ter uma ação interprofissional. A interprofissionalidade implica em você [...] pelo menos sair do seu quadrado para pensar uma proposta mais conjunta. [...] eu já vi momentos em que realmente teve ações interdisciplinares, que a proposta foi pensada conjuntamente, a ação foi conjunta. [...] tem uma diferença que eu faço sempre questão de marcar com os residentes, até para pensar cada vez mais o quanto efetivamente a gente constrói propostas conjuntas. Preceptor 2 RMS 3 CH

Eu não acho efetivamente que a existência dos espaços conjuntos garanta a interdisciplinaridade. Porque você pode ter um espaço formal de discussão, mas nesse espaço formal de discussão cada um pode estar defendendo, estar guerrilhando para defender seu quadrado. Então não acho que ter simplesmente espaços formais garanta a interprofissionalidade. Mas eu acho que ela favorece, porque é um momento de encontro, as pessoas estão ali. [...] daí nós temos que pensar o que fazer [...] pensar em uma ação conjunta, discutir conjuntamente, vamos criar propostas conjuntas, condutas terapêuticas de um jeito ampliado. Preceptor 2 RMS 3 CH

O relato acima corrobora a literatura ao afirmar que, a despeito das recomendações, a implantação de equipe multiprofissional não garante a solução de problemas decorrentes da fragmentação e da (des)responsabilização resultantes da especialização excessiva (Campos, 2000; Gomes et al., 2005).

Para Galheigo (2008), é necessário que se reconheça que as práticas integradas em equipe acontecem dentro de “uma determinada composição de forças e a partir do desejo de uma construção compartilhada permanente, e não como resultante de um fato natural ou de um ato normativo” (Galheigo, 2008, p. 23), sendo inegável que as práticas em saúde, se integradas, potencializam as intervenções.

Para Campos (2000), dois modelos de trabalho em equipe devem ser superados: um em que cada trabalhador se sente responsável por fazer o que se restringe à sua área técnica e outro em que todos fazem tudo e ninguém é responsável por nada, já que a responsabilidade é sempre coletiva (Campos, 2000). Também não se trata de realizar a responsabilização prescritiva, nem a horizontalização das ações, em que todos são responsáveis por todas as ações, já que ambos os modelos não dão conta das práticas em integralidade (Bonaldi et al., 2010).

Os resultados desta pesquisa indicaram que nas RMS havia interações de diferentes naturezas acontecendo simultaneamente entre os residentes e os profissionais dos serviços, isto é, ora eram procedimento-centradas ou usuário-centradas, ora eram fragmentadas ou em conjunto. Tais interações eram inerentes à formação em serviço e ocorriam de acordo com a organização e os modos de funcionar das equipes, sedimentados antes da chegada dos programas de residência. Portanto, para o alcance dos objetivos propostos pelos programas, seriam necessárias estratégias pedagógicas eficazes para a aprendizagem do trabalho colaborativo em equipe.

Os participantes reconheceram que para a aprendizagem do trabalho em equipe seriam necessárias estratégias de formação com vistas ao alcance desse objetivo, de forma a contemplar o planejamento e a execução de ações em saúde em conjunto. Ao mesmo tempo, as especificidades de cada profissão deveriam ser preservadas, de modo que umas pudessem apoiar as outras nas construções coletivas.

6.1.1.2 Perfil e formação para o trabalho em equipe

Para os residentes, o trabalho em equipe foi, de início, um processo pautado por dúvidas quanto às ações colaborativas em equipe e às ações de seu núcleo profissional. Essas dúvidas foram atribuídas à formação graduada e aos diferentes perfis profissionais dos residentes. O perfil profissional foi apresentado pelos entrevistados de forma ambivalente: por um lado, entendido como de cunho pessoal e, por outro, como resultante da formação pregressa. Reconheceu-se a necessidade de o profissional exibir um perfil específico para o trabalho em equipe, por exemplo, que tenha facilidade em dialogar e

trabalhar em conjunto, características nem sempre presentes em todos os residentes. Em contraposição, as diferenças nos processos de ensino-aprendizagem das universidades públicas e privadas foram apontadas como impactos marcantes para a aprendizagem do trabalho em equipe, resultando em um perfil mais colaborativo ou focado em ações profissionais de seu campo, com pouca necessidade de interações para realizá-las, de acordo com o tipo de formação vivenciada.

Acho que você tem que ter perfil [...] às vezes me dá uma leve impressão que alguns dos residentes não têm esse perfil [...] do multiprofissional, essa abertura a dialogar, trabalhar junto, da diferença que é você trabalhar atrás de uma mesa, em um consultório [...] Preceptor 1 RMS 1 AB

Por exemplo, só que eu acho que tem muito a ver com questões pessoais [...] um residente não tem empatia com o outro, o TO não tem empatia com aquela fono, com aquela fisio e não conseguem dialogar. Então eu percebo que existe algum entrave quando não existe comunicação [...] Preceptor 1 RMS 3 CH

[...] a grande maioria deles [residentes] no geral chegam com essa dificuldade de: “O que realmente eu faço?”, “O quê que eu vou fazer aqui nesse cenário?”, “Quem sou eu dentro dessa equipe?”, “O quê que eu faço de inter, o quê que é específico?”. Às vezes um ou outro que chega com uma identidade mais definida [...] “Ah sou eu que tenho que fazer isso.” Aí já começa algo ao contrário: “Ah eu que tenho que fazer, você não pode fazer isso”. Preceptor 2 RMS 1 CH

E eu percebo também que a diferença de formação dos profissionais dentro da própria equipe de residentes faz muita diferença. Então o pessoal que foi formado na [instituição X] tem muita facilidade em compor junto. Como exemplo, tem gente que foi da [instituição XX], também consegue. Mas tem gente que é de universidade particular, daí às vezes tem outro modo de ver a gerência da situação, que é muito isso: “Ah, então com quem eu reclamo, para quem eu falo?” e não tanto do: “Como a gente faz para solucionar?” Está difícil, mas não adianta você ficar reclamando porque isso não vai mudar a situação, sabe? Como a gente constrói junto, como a gente se vira com o que tem. Residente 2 RMS 1 AB

A tendência do trabalho isolado e independente, conforme observado entre os profissionais da saúde, expressa sua longa e intensa

formação também isolada e circunscrita a sua própria área de atuação (Peduzzi et al., 2013). Essa característica pode ser observada na maioria das formações em saúde no país, que ainda hoje apresenta fortes influências da concepção flexneriana, com a fragmentação do ensino teórico e prático (González; Almeida, 2010; Heckert, Neves, 2010).

Produções acadêmicas recentes relatam experiências de formação interprofissional na graduação, mostrando que o perfil para o trabalho em equipe é um atributo adquirido por meio da formação (Barreto et al., 2011; Silva et al., 2011; Silva, 2011; Souto et al., 2014; Peduzzi et al., 2013). Fica evidente que quando a educação interprofissional faz parte da organização dos currículos e das atividades pedagógicas, há perspectivas de mudança no perfil dos profissionais de saúde e consequente incorporação das práticas colaborativas no trabalho em equipe.

A literatura mencionada anteriormente contribui para a compreensão dos resultados desta pesquisa em relação às dificuldades dos residentes no início da formação nas RMS. Há fortes indícios de que essas dificuldades resultariam da formação graduada, que teria levado os residentes a adotarem um perfil profissional que tem como base a atuação isolada, com conhecimentos fragmentados e cunhados na própria ação profissional. Essa formação teria como consequência o estranhamento ou dificuldades de atuação quando, mais tarde, esses profissionais se vissem inseridos em contextos de formação multiprofissional (Peduzzi et al., 2013).

6.1.1.3 Trabalho em equipe na atenção hospitalar

Os hospitais que compuseram os cenários educativos dos programas estudados apresentaram características da *organização do trabalho* que produziram caminhos singulares para a atuação e formação dos residentes para a interprofissionalidade e para o trabalho em equipe. Os dois programas desenvolvidos na atenção hospitalar – RMS 1 e RMS 3 – apresentaram similaridades e diferenças entre si, que apontaram maior ou menor possibilidade de vivências de práticas colaborativas. Em ambos os programas houve relatos acerca da ausência de reuniões de equipe e/ou discussões de casos em que os residentes pudessem se inserir.

Se existisse um espaço institucional em que os profissionais que estão aqui no serviço, para se reunir... a equipe cuidadora [...] atualmente não tem essa reunião. As pessoas vão trabalhando de acordo com a demanda que vai surgindo e você tem que dar conta, não tem um momento que você para e vai discutir. Preceptor 3 RMS 1 CH

[...] não há espaços de reunião entre os profissionais [...] dos residentes com os profissionais, isso eu posso te garantir que não. Preceptora 2 RMS 3 CH

Entretanto, na RMS 1, a ausência de espaços coletivos não foi a única problemática apresentada por seus preceptores, que referiram sentir falta de maior interação entre as profissões, afirmando ausência de trabalho em equipe ou de interações satisfatórias no cotidiano dos serviços. Na RMS 1, os preceptores apontaram uma dinâmica de funcionamento pautada no cumprimento de demandas de assistência, sem a possibilidade de diálogo em equipe.

Estamos sempre conversando com as outras áreas e aqui a gente esbarra o tempo inteiro, o tempo todo. Mas, você quer fazer um trabalho junto e nunca consegue. Preceptor 2 RMS 1 CH

Na RMS 3 houve relatos sobre atendimentos compartilhados de usuários, conforme exemplo de diálogo interprofissional a seguir, que permitiu observar que a delimitação estrita das ações profissionais seria enfatizada no dia a dia do trabalho.

Aqui no ambulatório [...] nós conversamos, temos pacientes que divimos, fisio e TO. O R. fisio vê se o paciente está dormindo legal, qual a postura que está dormindo, quando fala no telefone: "Ah não, isso não é meu campo, isso é uma coisa que é de vocês [terapia ocupacional]". Preceptor 1 RMS 3 CH

Ambos os programas produziam atividades pedagógicas, tais como discussões de casos e seminários, com a participação de residentes, preceptores e tutores, o que possibilitava uma experiência de construção coletiva da intervenção direcionada ao usuário.

[...] mensalmente as áreas de concentração são encarregadas de apresentar casos e seminários em conjunto para os outros residentes e as outras áreas de concentração. Então se discute o caso em conjunto e se apresenta o tema em conjunto [...] Então acho que é um momento bastante importante para a compreensão, para que os residentes valorizem a visão uns dos outros para que se amplie o olhar em torno daquele caso, daquela temática. Tutor 1 RMS 3 CH

[...] as reuniões de integralidade aconteciam com a equipe de residentes e com alguns preceptores semanalmente. Residente 1 RMS 1 CH e AB

[...] reunião da integralidade é onde existe um estudo... como se fosse uma reunião clínica, de um hospital, mas é discutido multi, onde tem um caso apresentado pela equipe multiprofissional que está atendendo e é aberto para discussão, para se pensar em quais encaminhamentos dão. Tutor 1 RMS 1 CH

Os resultados apontaram tanto a dificuldade da produção do trabalho em equipe no hospital como os esforços para sua superação no âmbito da RMS por meio de estratégias pedagógicas. Do ponto de vista da organização do trabalho no hospital, que resultaria na dificuldade do agir em equipe (Barros; Pinheiro, 2010), destacaram-se os determinantes históricos da assistência hospitalar no Brasil, que se fazem presentes até os dias de hoje, a saber: centralização na figura do médico, organização da assistência por especialidade e fracionamento do cuidado (Brasil, 2011b).

A descentralização do hospital, promovida pela implantação do SUS, vem acompanhada da necessidade de mudanças no modelo assistencial, no uso intensivo de tecnologia de ponta e na flexibilização das relações de trabalho (Camelo, 2011). Tais mudanças se deparam com resistências por se tratar de incluir temas não consensuais à organização do trabalho hospitalar: integralidade, trabalho em equipe multiprofissional e recuperação da dimensão das práticas de saúde (Feuerwerker; Cecílio, 2007). A resistência para a produção de mudanças nas relações de poder entre as profissões e entre profissionais de saúde e usuários no hospital, segundo Feuerwerker e Cecílio (2007), resulta da reprodução da lógica hegemônica de organização do trabalho em saúde, dos poderes das corporações e das disputas profissionais. Há, nesse contexto, mecanismos instituídos de dominação e de relações

assimétricas de poder entre as profissões que ocultam a colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores (Cecílio; Mehry, 2003).

Assim como apontado na RMS 1, o trabalho pareceu organizado de forma a se constituir por interações empobrecidas, desprovidas de um acordo quanto ao que seria um projeto comum, e estaria presente apenas a justaposição de ações profissionais (Peduzzi, 2001). Esse cenário dificultaria o trabalho a partir das necessidades apresentadas pelo usuário para que se alcançassem práticas visando ao cuidado integral.

De acordo com Cecílio e Mehry (2003), a integralidade da atenção no hospital depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Essa integralidade deve ser pensada a partir de uma abordagem implicada em garantir o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis que possam melhorar e prolongar a vida e criar um ambiente que resulte em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada. Nesse sentido, os autores propõem a intervenção no hospital tendo como ponto de partida o lugar do paciente, suas necessidades singulares e a combinação da humanização e das tecnologias duras, leve-duras e leves² (Cecilio; Mehry, 2003).

Os programas de residência multiprofissional em saúde inseridos em cenários educativos hospitalares, que apresentam situações críticas do ponto de vista da colaboração entre as profissões, devem lidar com a contradição inerente às práticas dos cenários educativos e à proposta pedagógica dos programas de RMS, que possuem o trabalho em equipe como estratégia principal de formação.

6.1.1.4 Trabalho em equipe da atenção básica

Os serviços da atenção básica que constituíram os cenários educativos dos programas estudados apresentaram diferentes estratégias de atuação. Sua composição era heterogênea, combinando unidades de atenção

² Merhy (1997) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como tecnologias duras, leve-duras e leves. A leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica e a epidemiologia. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

básica tradicional e unidades de atenção básica com estratégia saúde da família. Do total de seis residentes entrevistados nesta pesquisa, quatro estavam realizando a formação na atenção básica, sendo três em serviços com estratégia saúde da família e um em unidade básica de saúde tradicional.

Diferentemente do cenário hospitalar, não havia preceptores terapeutas ocupacionais nas equipes de atenção básica na RMS 1, sendo que os dois preceptores da atenção básica que participaram desta pesquisa possuíam vínculo de trabalho em serviços de saúde mental da região. Na RMS 2, o profissional contratado para a atenção básica não era preceptor da residência, sendo assim, este programa não tinha preceptor de terapia ocupacional, apenas o tutor.

Na atenção básica, a inserção dos residentes no trabalho em equipe em serviços com estratégia saúde da família se deu prioritariamente por meio das reuniões de equipe. Esse recurso se apresentou como estratégia eficaz para interações entre os profissionais dos serviços e os residentes, assim como apresentado anteriormente. Entretanto, na RMS 2, as reuniões de equipe constituíram um espaço burocratizado e suas discussões focaram temas como horários de trabalho, faltas e férias.

[...] a gente percebeu que as reuniões de equipe só se pautavam por temas burocráticos. E eram para decidir horário, falta, férias... Residente 1 RMS 2 AB CH

Os espaços da reunião de equipe são pouco aproveitados.
Tutor 1 RMS 2 AB

Já o serviço de atenção básica tradicional, cenário educativo da RMS 1 para um residente entrevistado, foi referido como um espaço constituído de poucas interações interprofissionais e com assistência centrada no médico, o que dificultava a atuação do residente para acessar as necessidades dos usuários e construir fluxos de atendimentos.

A questão de ser uma unidade tradicional tem um jeito de trabalhar bem específico e bem pontual, eu diria. Pois as pessoas vão lá, marcam consulta, passam com o médico e vão embora, o que dificulta a nossa atuação, como a gente chega nas pessoas, como a gente encontra a demanda. E na unidade em que eu me encontro os profissionais não fazem reunião de equipe, eles não têm nenhum momento de encontro entre eles. Então isto também dificulta muito porque não tem troca de informação [...]. Então o usuário passa no médico e as informações ficam com o médico, não tem uma troca, não tem uma ampliação dessa atuação. E os registros dos prontuários são péssimos, então alguns não registram ou registram uma palavra, não carimbam. Muitas vezes você não sabe quem atendeu, descobre pelo sistema, porque no sistema tem o agendamento e que médico foi. Residente 2 RMS 1 AB

A atenção básica, caracterizada por um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, possui em suas diretrizes o exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe. Suas práticas dirigem-se a populações de territórios bem delimitados, que são de sua responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2011a). Ainda que a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011a) tenha como estratégia prioritária a Saúde da Família para expansão e consolidação da atenção básica (Brasil, 2011a), a implantação dessa rede no Brasil ocorre de maneira bastante heterogênea, de modo que ela é constituída por diferentes serviços atualmente (Campos et al., 2008).

A partir dos relatos apresentados, verificou-se que o trabalho na estratégia saúde da família se configurou como cenário educativo significativamente favorável à formação almejada pelos programas de RMS ao ter como estratégia primordial o trabalho em equipe territorial (Brasil, 2011a). Entretanto, como afirma Peduzzi (2010), o trabalho em equipe é dinâmico e apresenta uma plasticidade que pode configurar equipes de trabalho integradas ou equipes que expressam apenas um agrupamento de profissionais. Para a autora, é necessário compreender a intencionalidade e a racionalidade que orienta o trabalho em equipe de saúde, de modo que se possa distinguir dois tipos de trabalho em equipe: o fundamentado na tradição biomédica, ancorado

na medicalização da saúde e na mercantilização dos serviços, e aquele baseado nas necessidades de saúde dos usuários e da população da área de abrangência do serviço, orientado pela integralidade e pela interdisciplinaridade (Peduzzi, 2010).

Em relação ao trabalho desenvolvido nas unidades tradicionais de saúde, observou-se, em sua dimensão interativa e intersubjetiva, a necessidade de mudanças nas relações de poder trabalhador-usuário e entre trabalhadores para promover práticas de saúde na direção da integralidade e do trabalho em equipe (Peduzzi, 2010).

O serviço de atenção básica tradicional, conforme compreendido pelo residente entrevistado, apresentou possibilidades empobrecidas de ensino do trabalho interprofissional, seja pela forma de organização cotidiana da assistência, seja por ter o médico como centro das ações ofertadas, em detrimento das necessidades dos usuários.

6.1.1.5 Mudanças e tensões identificadas no trabalho em equipe a partir da RMS

Os resultados apontaram que mudanças nos serviços foram percebidas pelos entrevistados, após a implantação do programa de RMS. No cenário hospitalar, tais percepções partiram da perspectiva dos preceptores trabalhadores dos serviços e se referiram à interação interprofissional. No cenário da atenção básica, em serviço com estratégia saúde da família, a mudança foi referida pelos residentes e remeteu à implementação de ferramenta para o trabalho em equipe com foco nas necessidades dos usuários.

Entre outras, as seguintes mudanças foram percebidas no cenário hospitalar: (i) a aproximação entre os profissionais; (ii) conhecimento acerca do trabalho do outro; (iii) introdução de novas organizações no cotidiano de trabalho, tais como reuniões coletivas entre os profissionais com o objetivo de discutir o programa ou realizar atividades do programa; (iv) produção de encontros entre os profissionais com o objetivo de construir propostas comuns; (v) reflexões dos profissionais sobre a sua prática profissional, tomando-se por base a experiência da RMS.

Então, quando a residência chegou vimos uma oportunidade de seguir esse modelo da residência multiprofissional. Temos bastante dificuldade, mas, por exemplo, hoje eu conheço a equipe multiprofissional e temos reuniões. A gente até faz algumas confraternizações, nos aproximamos... isso foi um benefício muito grande, foi a partir daí que podemos ir quebrando essas barreiras de trabalhar juntos. Preceptor 2 RMS 1 CH

E uma das coisas que a residência trouxe foi pelo menos uma reunião semanal entre os profissionais envolvidos na residência. Então a gente se aproximou enquanto equipe. Isso foi uma coisa que, para mim enquanto preceptora da residência espero que melhore com o tempo [...]. Preceptor 2 RMS 1 CH

Hoje estamos indo fazer uma discussão com o médico [e a TO preceptora contratada do hospital], [...] para pensar uma proposta conjunta, de como isso pode se efetivar. [...] a gente não pode esquecer o contexto que a gente está é de residência mutiprofissional. Preceptora 2 RMS 3 CH

Porque as residentes buscam muito as preceptoras, não só as TO, as fisio, as fonos. E você percebe que isso é muito legal, é uma porta aberta eterna para você poder dialogar. E que se você não se atentar você fica nesse mundinho, quando na verdade tem um monte de interações que dá para você fazer com outros profissionais. Então acho que é isso também, muda um pouco a minha cabeça de buscar as outras pessoas também: "Você está atendendo o caso tal?" Então acho que isso é uma coisa que muda a nossa cabeça. Preceptor 1 RMS 3 CH

No cenário hospitalar foi possível identificar que os programas de residência multiprofissional em saúde tiveram importante caráter de indução de mudanças em relação à interação entre residentes e equipes que constituem os serviços e até mesmo dentro dessas equipes, pelas atividades pedagógicas realizadas. Para Carvalho e Nepomuceno (2008), a RMS pode produzir mudanças nos serviços também por criar e fortalecer, por meio de sua proposta pedagógica, espaços de problematização e diálogo sobre as práticas em saúde.

Na atenção básica, foram observados relatos acerca de estratégias utilizadas pelos residentes para colaborar com mudanças nos modos de funcionar das equipes dos serviços de saúde da família, com vistas a

transformar os espaços de reunião de equipe em locais que favorecessem a discussão de casos, tendo como foco as necessidades dos usuários.

E a gente começou tentar fazer capacitações, com as equipes, discutir caso, tentar implantar o Projeto Terapêutico Singular junto com a equipe, mas não se tornou uma coisa frequente ainda. A gente tenta, fica tensionando. Acho que o papel do residente é importante por isso, para tensionar a equipe para refletir. Porque senão cai no comodismo da prática. Residente 1 RMS 2 AB

De acordo com Feuerwerker e Cecílio (2007), atualmente destacam-se os conceitos da aprendizagem significativa para a formação em saúde, a partir de questões relevantes para o estudante. Para os autores, esta estratégia provoca um “desconforto mobilizador”, indispensável para estimular a busca de novos conhecimentos e a aprendizagem ativa, nas quais há o papel ativo do aprendiz na busca e produção do conhecimento e de novos sentidos.

No relato mencionado anteriormente, o residente se mostrou em movimento, na busca ativa de seu conhecimento na RMS, sentiu-se empoderado para construir, com as equipes dos serviços, estratégias de trabalho que se alinhassem à perspectiva do trabalho em equipe com foco nos usuários. O residente propôs à equipe de saúde da família o uso da ferramenta Projeto Terapêutico Singular (PTS), no lugar de reuniões que se configuravam como espaços para discussões de faltas, férias e horários, como já mencionado.

O PTS compreende propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultante da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Geralmente é dedicado a situações complexas em saúde. Realiza-se a partir da reunião de toda a equipe, em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para a definição de propostas de ações (Brasil, 2007d). Há, na proposta do PTS, um importante elemento que contribui para o trabalho em equipe com foco nos usuários: buscar a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação, em sentido oposto aos diagnósticos que tendem a igualar os sujeitos e a minimizar as diferenças (Brasil, 2007d).

Na situação relatada, o PTS poderia auxiliar os profissionais a escutarem uns aos outros e a valorizar a participação de todos para a construção de propostas voltadas aos usuários. Adicionalmente, essa ferramenta contribuiu de modo importante na aprendizagem ativa do residente e das equipes para o trabalho com foco nas necessidades dos usuários.

Em contrapartida, a ação dos residentes sobre o cenário educativo, com a intenção de produzir mudanças, gerou tensões nas relações entre trabalhadores e residentes de ambos os locais estudados.

[...] os residentes traziam das dificuldades do programa, eu acho que essa mexida que deu nas práticas no sentido de apontar defasagens, de apontar novas possibilidades de fazer, nas nossas experiências, trouxeram, às vezes, um endurecimento das pessoas, e os residentes sofreram bastante com isso. Tutor 1 RMS 2 AB

[...] o residente sempre chega com aquela ânsia de querer mudar tudo. E sem entender que as pessoas que estão ali já estão vivendo há muito tempo, então é muito difícil alguém chegar com ideias novas e esperar que as pessoas aceitem aquilo tranquilamente. Não é assim. Então o residente também vai tendo que mudar sua postura e tudo isso estremece a relação. Preceptor 3 RMS 1 CH

Diante da necessidade de um novo perfil de profissionais para o trabalho no SUS, a residência se apresenta como potente para produzir mudanças nos cenários de práticas por suas atividades e possibilidades de gerar aprendizagem do trabalho em equipe nos serviços em que se insere, contudo, ela por si só não se mostrou capaz de gerar mudanças nos serviços.

Reforça um pouco aquilo que eu estava pensando... de que só os programas de residência talvez [...] não sejam potentes o bastante para criar modificações no serviços. Tutor 1 RMS 1 CH

A RMS de alguma forma tem uma intervenção dentro das equipes [...] sediadas no território e na unidade. Porque este é um processo de educação permanente, então para nós isso é muito importante. E que isso traga um novo olhar para a equipe da unidade e de preceptores. Tutor 2 RMS 1 AB

A literatura apresenta a formação em serviço como estratégia que cria

condições para a produção de novos conhecimentos e para a sua disseminação nos ambientes em que se situa (Henriques, 2005). Entretanto, produções acadêmicas referem fatores que dificultam transformações no setor da saúde advindas das ações educativas da RMS. Para Carvalho e Nepomuceno (2008), alguns fatores dificultam o fortalecimento de práticas pedagógicas transformadoras no setor da saúde. Um dos fatores citados pelos autores se refere à histórica cultura de fragilização dos espaços de participação social, típicos do modelo de saúde biomédico, que dificulta a efetivação das ações de educação em saúde como impulsionadoras de mudanças. Outro fator se refere aos atores sociais do cenário educativo (trabalhadores, gestores e população em geral), que ainda não se colocam de forma implicada nas ações de Educação Permanente e cogestão, o que se reflete em posturas de passividade e resistência em mudar processos decisórios. Também há dificuldade em colocar em prática propostas de alterações nas responsabilidades e atribuições dos atores envolvidos (Carvalho; Nepomuceno, 2008).

Assim, as possibilidades de transformação e mudanças que acompanham os programas de RMS se efetivam quando há uma sintonia e corresponsabilidade entre os diversos atores que compõem os cenários educativos, de modo a tornar a RMS mais integrada ao SUS (Carvalho; Nepomuceno, 2008).

6.1.2 Trabalho na perspectiva do SUS

Os participantes, ao discutirem o processo formativo nas RMS, destacaram a importância desses programas para a formação de profissionais para o trabalho no SUS. A subcategoria empírica “Trabalho na perspectiva do SUS” aglutina as percepções dos entrevistados em relação aos processos educativos vivenciados nas RMS e aos resultados almejados no sentido de uma formação em consonância com as diretrizes do sistema público de saúde. Também são apresentadas nesta subcategoria as dificuldades com que a formação em serviço se depara ao inserir residentes em equipes de trabalho que já atuam no SUS e que carecem de investimentos em educação permanente para aprimoramento de suas práticas.

Alguns dos temas identificados nas falas dos participantes incluíram: necessidades em saúde, cuidado em saúde: complexidade e interprofissionalidade, clínica ampliada, redes de atenção à saúde e desafios para a interlocução ensino-serviço no âmbito da formação para o SUS.

6.1.2.1 Necessidades em saúde

Os tutores apontaram que a RMS teria como potencial favorecer a aprendizagem da leitura das necessidades de usuários, de suas famílias e da comunidade, o que também poderia facilitar o trabalho em conjunto com outros profissionais. O engajamento das diversas profissões na leitura das necessidades dos usuários, de acordo com os tutores, poderia levar o residente a valorizar o diálogo entre as profissões para o planejamento de ações interprofissionais que atendessem a tais necessidades.

Que [a RMS] possa favorecer o trabalho em conjunto em torno de necessidades, em vários contextos, seja na família, seja na escola, seja no trabalho, seja no lazer. Tutor 1 RMS 3 CH

Que essa prática nessa residência possa favorecer as discussões de caso, as identificações de necessidades, o trabalho conjunto, para satisfazer tanto as necessidades do indivíduo quanto do seu contexto, de seus familiares. Tutor 1 RMS 3 CH

Eu acho que essa visão da interprofissionalidade ela pode, ela deve levar a pessoa poder ver o indivíduo sobre várias óticas, não é? Então compreender as suas múltiplas necessidades, valorizar o saber dos diferentes profissionais na leitura das necessidades, com os outros profissionais, nas especialidades... entre si. Trocar informações no sentido de ver o indivíduo em suas múltiplas necessidades. Então o que eu acho que a gente espera alcançar é que nossos residentes saiam com esta possibilidade, de fazer uma leitura mais complexa das necessidades. Tutor 1 RMS 3 CH

As perspectivas dos tutores em relação à formação profissional para a leitura das necessidades em saúde alinharam-se com os objetivos das RMS como estratégia para a construção do trabalho no SUS. Entretanto, tomar as necessidades apresentadas pelos usuários como centro das ações e práticas de saúde requer, como proposto por Cecílio (2001), uma conceituação de

necessidades em saúde que possa ser apropriada e implementada pelos trabalhadores dos serviços.

Atualmente existem diferentes abordagens teórico-conceituais que tratam do tema das necessidades em saúde (Pinheiro et al., 2005). Cecílio (2001), em diálogo com enfoques e perspectivas de diferentes autores, propõe que as necessidades em saúde sejam consideradas a partir de quatro grandes grupos: (i) necessidade de boas condições de vida; (ii) necessidade de garantia de acesso e consumo de tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida; (iii) necessidade de vínculos (a)efetivos entre usuário e equipe e/ou profissional; (iv) necessidade de graus crescentes de autonomia no modo de “andar a vida” do usuário.

Os tutores entrevistados, ao referirem que a leitura de necessidades estaria implicada na ação em conjunto com outros profissionais, expressaram ideias semelhantes às propostas por Pinheiro et al. (2005), que referem que a ação de “escutar” é necessária para um diálogo efetivo que permeie a ação de “leitura de necessidades dos usuários”, que também deve envolver a escuta dos profissionais da saúde que compõem a equipe de cuidados (Pinheiro et al., 2005). O ensino do trabalho em saúde com base nas necessidades em saúde dos usuários ou famílias e comunidade requereu, assim, o desenvolvimento da habilidade de escuta e também uma organização do trabalho que possibilitasse o diálogo com o usuário e entre os trabalhadores dos serviços que compartilhavam o cuidado de um mesmo usuário, família ou território.

6.1.2.2 Cuidado em saúde: complexidade e interprofissionalidade

Os participantes, ao discutirem como a RMS pode preparar o residente para o cuidado em saúde no SUS, apontaram o caráter complexo da ação de cuidar e que esta requereria a composição de saberes e práticas das diversas profissões para que fosse possível ofertar respostas adequadas às necessidades em saúde dos usuários.

[...] Acho que primeiramente é entender que o cuidado em saúde, ele é complexo e tem muitos saberes que se cruzam. Então ele vai saber que ele [residente] não vai dar conta sozinho, por isso que as profissões estão aí. Tutor 1 RMS 2 AB

Ao mesmo tempo, os entrevistados assinalaram que o residente conseguia experimentar a resolubilidade do cuidado em saúde quando as ações eram planejadas e executadas de forma compartilhada pela equipe.

[...] a resolubilidade do cuidado, da assistência funciona muito mais quando a equipe está por dentro do que acontece, e consegue dar encaminhamento para isso. Consegue colocar responsável. Muitas informações estão ali no seu colega de trabalho. Residente 1 RMS 2 AB

Esses relatos se aproximam de discussões atualmente encontradas na literatura e que dizem respeito à complexidade do trabalho em saúde (Honorato; Pinheiro, 2010; Mehry, 2005; Galheigo, 2012).

Partindo do pressuposto de que o cuidado é objeto da saúde (Merhy, 2005), o trabalho em saúde se caracteriza como complexo quando uma abordagem considera a infinidade de questões que acompanham os problemas de saúde (Honorato; Pinheiro, 2010; Merhy, 2005). Assim, os participantes, ao referirem que o cuidado é complexo e reconhecerem seu caráter interdisciplinar e interprofissional, indicaram que o cuidado em saúde deveria tomar como ponto de partida o estudo das histórias pessoais e coletivas a partir do contexto em que são produzidas (Galheigo, 2012).

Os relatos também apontaram a compreensão do cuidado em saúde conformando um campo onde a ação necessariamente convocaria uma rede de profissionais, cada qual com suas especificidades, com vistas a uma ação resolutiva na medida da abrangência de respostas que cada situação em saúde requer (Honorato; Pinheiro, 2010).

As percepções sobre a complexidade do cuidado em saúde, para os participantes, estariam acompanhadas da necessidade de implicar as diferentes profissões na leitura das necessidades e composição das respostas às demandas dos usuários, possibilitando a ampliação do olhar para os diversos fatores que influenciariam os processos saúde-doença.

6.1.2.3 Clínica ampliada

Entre as possibilidades de formação na perspectiva do SUS nos programas estudados, foi mencionada, mesmo que ocasionalmente, a aprendizagem da clínica ampliada. Como relatado pelo residente, sua

experiência na RMS ampliou sua atuação clínica, como resultado das parcerias com outras profissões no cotidiano dos serviços. Essa experiência permitiu que desenvolvesse um pensamento crítico sobre sua formação graduada, passando a identificar seu caráter conservador e rígido.

Eu acho que consegui ampliar minha clínica. [...] tem atendimentos e parcerias que são muito ricas [...] vejo o quanto a clínica ficou ampliada [...] comparado com quando eu era estagiário. Até porque eu me formei em uma instituição muito conservadora e rígida [...] percebo o quanto a minha prática está bem melhor, melhor e mais ampla. Residente 1 RMS 1 AB e CH

Esse exemplo reafirma o potencial de mudança das RMS ao proporem o uso de metodologias e dispositivos da clínica ampliada no seu projeto político-pedagógico (Brasil, 2012a).

Para o Ministério da Saúde (2004), a clínica ampliada é um conjunto de atitudes e valores a serem apropriados pelos profissionais da saúde de modo a modificar suas ações nos serviços, tendo em vista: (i) o desenvolvimento de um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; (ii) a responsabilização dos usuários dos serviços de saúde; (iii) o reconhecimento dos limites do conhecimento profissional na saúde e das tecnologias empregadas e a busca de ajuda e cooperação intersetorial; (iv) a adoção de um compromisso ético profundo (Brasil, 2004).

Considerando o conjunto de valores e atitudes da clínica ampliada conforme exposto, o residente afirmou que as parcerias interprofissionais ajudam na percepção dos limites do próprio conhecimento e da necessidade de inclusão de novos atores nos processos de construção dos projetos e de propostas terapêuticas. Foi possível também compreender deste relato a (re)afirmação, já bastante explorada pela literatura (Gil, 2005, 2006; Da Ros, 2006; Feuerwerker; Cecílio, 2007), de que a formação graduada ainda é insuficiente para a atuação no SUS. Além disso, apontou-se que a formação seria eminentemente uniprofissional e careceria de experiências de colaboração entre as profissões para o cuidado em saúde.

6.1.2.4 Rede de atenção em saúde (RAS)

A atuação na perspectiva de redes de atenção em saúde foram temas que emergiram das entrevistas de dois programas: RMS 1 e RMS 3.

Os participantes do programa de RMS 1, que desenvolviam suas atividades pedagógicas simultaneamente na atenção básica e na hospitalar, realizaram encontros com os residentes inseridos nos diferentes cenários para a discussão de casos e situação dos usuários de ambos os serviços.

Dentro da semana padrão do residente, existem alguns espaços para discussões de equipe, mas existe um em especial que é um espaço onde as equipes R1 e R2 do cenário da atenção básica e do cenário do hospital se encontram para discussão dos casos, casos que são do hospital que podem pertencer a um determinado território onde também acontece um cenário de residência. Tutor 1 RMS 1 CH

A RMS 3 tinha como proposta pedagógica o acompanhamento de usuários que estavam em processo de alta da atenção hospitalar e que necessitariam de continuidade de cuidados em saúde por outros serviços após sua alta. Nesta, o residente identificava serviços onde o usuário poderia dar continuidade ao seu cuidado em saúde, orientava o usuário e fazia o encaminhamento. Em outro momento, o residente entrava em contato com os usuários para verificar se tinha acessado os serviços para os quais haviam sido encaminhados.

[...] na enfermaria de adultos e idosos a gente tem, como proposta da residência, uma atenção especial no momento da alta, no sentido de ver quais são as necessidades que o paciente tem. É uma orientação com recursos não só orais, mas também escrita com indicação de locais em que o paciente poderia ir. E depois tem o programa pós-alta, que o residente localiza este paciente que foi feito o encaminhamento, e verifica se de fato ele está sendo acompanhado na unidade indicada. Esse é um projeto para fazer contato com a rede. São as primeiras iniciativas para se pensar o contato com outros serviços e a relação de um serviço com o outro. [...] nossa ideia é fortalecer o serviço como uma estação do cuidado. E dar ao residente a oportunidade de conhecer um pouco mais o trabalho em rede, iniciar a rede. Tutor 2 RMS 3 CH

No ambulatório de atenção multiprofissional para os pacientes que tiveram alta, a gente faz ligações para saber como que está. A gente faz o encaminhamento e verifica se ele se perdeu na rede. Se não conseguiu o serviço a gente liga nos locais onde deveria ir e se informa como ele pode estar indo. A gente tem que fazer esse *link* para ele conseguir o tratamento dele, não ficar perdido no meio do caminho. Residente 2 RMS 3 CH

Os programas de RMS 1 e 3 realizaram uma aproximação com as práticas em rede na perspectiva das Redes de Atenção em Saúde (RAS) para atendimento às condições em saúde crônicas e agudas (Mendes, 2011). Para Mendes (2011), os ciclos das condições de saúde agudas e crônicas são muito diferentes, e o SUS está historicamente organizado para atender a condições agudas. Assim, o autor afirma que se deve direcionar mais esforços na consolidação das Redes de Atenção à Saúde de condições crônicas e, ao mesmo tempo, da Rede de Atenção em Saúde de condições agudas com apoio de um centro regulador.

Assim o programa de RMS 3 aproximava o residente de uma leitura acerca do cuidado ofertado em rede ao solicitar que ele acompanhasse e apoiasse com orientações o percurso dos usuários pelos serviços no pós-alta. Desse modo, ampliava as possibilidades de “acesso” dos usuários e de “aceite” dos serviços para o cuidado das necessidades presentes no momento da alta hospitalar. O programa RMS 1, por sua vez, proporcionava aos residentes discussões de casos entre serviços de diferentes densidades tecnológicas. Esta atividade pedagógica se configurou como uma possibilidade de aprendizagem em mão dupla, para os residentes de ambos os cenários de prática, aproximando-os da lógica do trabalho da atuação em rede.

Observaram-se, portanto, esforços dos programas de RMS em formar residentes para a atuação nas Redes de Atenção em Saúde, permitindo que conhecessem e refletissem sobre as continuidades e rupturas das RAS pertencentes aos cenários educativos.

6.1.2.5 Desafios da interlocução ensino-serviço no âmbito da formação para o SUS

De acordo com os entrevistados, a forma de atuar das equipes dos serviços estudados geraria desafios para a formação dos residentes na perspectiva do SUS. Haveria dificuldades no âmbito da interlocução entre residência e serviço quando as práticas dos trabalhadores dos serviços não se alinhavam às diretrizes do SUS, ocorrência mais frequente no cenário hospitalar.

Eu acho que os pressupostos do programa de residência, que é da atenção integral, da linha de cuidado, do acompanhamento em rede, isso é um pressuposto. A realidade do cotidiano dos serviços é diversa disto. Então acho que o desafio já começa aí... a expectativa que o residente chega de ser formado e praticar numa lógica de organização das práticas de saúde. E a gente se confronta com a realidade ainda de um SUS em processo de implantação [...]. A distância entre o que está previsto nas diretrizes, nas políticas e no planejamento e o que de fato a gente consegue executar na prática. Tutor 1 RMS 1 CH

Assim, nos cenários hospitalares, a composição de ações interprofissionais seria mais fácil quando o foco fosse uma ação técnica, procedimento-centrada. Quando as questões colocadas possuíam caráter subjetivo e envolviam uma leitura dos fatores sociais que acompanhavam os processos saúde-doença, como em uma discussão sobre o cotidiano do usuário, haveria maior dificuldade de composição interprofissional. Para os participantes, as ações técnicas direcionadas à recuperação da capacidade funcional seriam mais valorizadas, uma vez que poderiam ser acompanhadas por protocolos mensuráveis, ao passo que a situação dos usuários requereria uma leitura ampliada de suas necessidades.

[...] eu percebo isso nas residentes, se é uma mobilização de um membro superior para ganhar amplitude de movimento, essa composição com a interprofissionalidade, com as outras áreas, fica em uma linguagem mais possível de trocar. Quando pensar, por exemplo, uma intervenção que favoreça uma diminuição do impacto negativo da hospitalização [...] de o quanto está difícil para aquela pessoa ter uma ruptura no cotidiano e estar vivendo a hospitalização como um processo de ruptura [...] e como a gente pode auxiliar essa pessoa, vivenciar este momento de um jeito menos sofrido [...] essa composição fica complicada. Preceptor 2 RMS 3 CH

Os participantes também identificaram problemas na prática dos profissionais dos serviços na atenção básica, relacionando-os com a formação profissional insuficiente ou pouco resolutiva.

Os profissionais do serviço não estudam, tocam o serviço. Tem formação, mas reverte pouco para o cotidiano. Tutor 1 RMS 2 AB

[...] o desafio é os profissionais do serviço terem clareza do campo. [...] porque na prática o serviço ainda tem muito pouco trabalho desta natureza [...] os próprios profissionais [do serviço] também não têm essa clareza, não têm essa formação. Tutor 1 RMS 2 AB

Na atenção básica, os desafios na interlocução ensino-serviço também se evidenciaram quando necessidades em saúde, no caso ginecológicas, não foram atendidas por se tratar de usuária de saúde mental, o que poderia sugerir a insuficiência da formação do profissional no serviço para lidar com o cuidado integral de populações historicamente estigmatizadas.

Tem um caso que eu e o residente estamos muito próximos de uma senhora acumuladora de lixo. Ela vai no médico e, por exemplo, a médica não avalia ela, a questão ginecológica, porque ela é uma senhora e ela não quer olhar aquela mulher naquele estado. Mas é assim, a questão clínica é um desafio [...] Preceptor 1 RMS 1 AB

Os resultados assim estão de acordo com a constatação de que o perfil dos profissionais de saúde ainda não é adequado o suficiente para a atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura

e reabilitação, apontadas na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/SUS) (Brasil, 2002).

Para Gil (2005), o documento reflete a posição de um conjunto representativo de segmentos e atores sociais em torno deste tema. Indo além, o autor avalia que é difícil discutir separadamente os modelos de atenção e formação em saúde e que esses adquirem a mesma importância quando se analisa a atuação dos profissionais nos serviços de saúde:

[...] ainda que se avalie como de imprescindível importância a discussão em torno da formação de recursos humanos para o SUS, tão importante quanto, é encontrar as melhores alternativas para enfrentar a situação dos profissionais já inseridos no sistema, minimizando os efeitos da formação inadequada dos profissionais e buscando meios de garantir que suas práticas atendam aos desafios que estão sendo colocados para a implementação do sistema [...]” (Gil, 2005, p. 491).

No caso da formação em serviço, essa situação se torna mais evidente quando ocorre sob os olhos dos educadores e residentes. Adicionalmente, as críticas dos profissionais da residência em relação aos trabalhadores dos serviços refletem problemas comunicacionais quando coexistem lógicas distintas, isto é, quando uma é centrada na produção de conhecimentos teóricos e metodológicos dos campos pedagógicos e núcleos específicos e a outra se mostra centrada na produção de procedimentos técnico-operativos (Henriques, 2005). Assim, para o autor, a solução para tal situação abrange o diálogo permanente, que ajude a amadurecer o processo de trabalho e a interferir nele e na organização da assistência daquele local, ao mesmo tempo em que contribua para o processo educativo da formação de um novo trabalhador (Henriques, 2005). Assim, a formação em serviço é importante para a consolidação do SUS e espera-se que o residente construa conhecimentos a partir do que é vivido em um cenário de aprendizagem e que este possa se difundir através dos sujeitos (Henriques, 2005).

Os resultados desta pesquisa apontam para o potencial de mudanças que acompanha os programas de RMS e para a necessidade de

apoio da gestão e dos atores dos cenários educativos para o reconhecimento da necessidade das mudanças que produzam a qualificação dos serviços.

6.2 Singularidades na formação do terapeuta ocupacional nas residências multiprofissionais em saúde

A segunda categoria empírica resultante da análise agrupou percepções em relação à singularidade da profissão na formação para a profissionalidade e para a interprofissionalidade no âmbito das residências multiprofissionais em saúde. A análise identificou três subcategorias: “particularidades da inserção profissional do terapeuta ocupacional nos cenários educativos da RMS”, “produção de identidades e a fragmentação da atuação do terapeuta ocupacional nas residências multiprofissionais em saúde” e “terapia ocupacional e as práticas colaborativas e interprofissionais no SUS”. Os resultados apresentados a seguir abordam as possibilidades, tendências e também desafios que permeiam os processos de formação de terapeutas ocupacionais nas RMS.

6.2.1 Particularidades da inserção profissional do terapeuta ocupacional nos cenários educativos das RMS

6.2.1.1 Falta de terapeutas ocupacionais nos serviços e o impacto na preceptoria da RMS

O presente estudo revelou que a formação em serviço nas RMS sofreu impactos importantes resultantes da baixa inserção da terapia ocupacional nos serviços de saúde que compõem os cenários educativos estudados.

Na atenção básica, os participantes da RMS 1 referiram não haver profissional contratado para atuar nos serviços, nas unidades de atendimento à saúde com ou sem estratégia saúde da família. Na RMS 2, de acordo com os participantes, havia profissionais contratados nos serviços, entretanto, em

número insuficiente diante da demanda dos usuários e das necessidades de cuidado a serem supridas pela profissão.

[...] aqui o terapeuta ocupacional não faz parte da equipe da atenção básica, então não existe uma prática, não existe uma tradição deste profissional atuando, pensando as atenções e as ações de saúde [...] Tutor 1 RMS 1 CH

Porque a TO não fica no serviço todo dia [...] ela faz um trabalho meio na linha de matriciamento e apoio [...] vai só uma vez por semana no posto [UBS], ela vai em várias outras unidades [...] as nossas TO, elas não ficam fixas em uma unidade. Tutor 1 RMS 2 AB

Os resultados sobre a baixa inserção da terapia ocupacional na atenção básica dialogam com Beirão e Alvez (2010), que afirmam que a existência de regulamentação em portarias ministeriais sobre a atuação da terapia ocupacional no SUS explicita uma decisão favorável pela incorporação desse profissional, contudo, tais regulamentações não são ainda suficientes para determinar essa inclusão no sistema. A escassez de profissionais de terapia ocupacional na atenção básica é também apontada por Jardim et al. (2008) e Caldeira (2009), que relatam uma sensação de desconforto diante da insuficiente possibilidade de acolher as necessidades dos usuários.

Já nos cenários educativos hospitalares estudados, os participantes relataram situações semelhantes à da atenção básica: o terapeuta ocupacional poderia ser contratado, mas faltariam profissionais diante da alta demanda. Além disso, as condições de trabalho do terapeuta ocupacional no hospital, para os entrevistados, indicariam uma significativa sobrecarga de trabalho.

Nós temos um problema de falta de terapeutas ocupacionais contratados no [serviço hospitalar], esse é um problema sério que nós temos na nossa residência na terapia ocupacional. O que não é enfrentado para as outras áreas, para a fisio e a fono, porque eles já têm um grande número de profissionais contratados no hospital. [...] Tutor 2 RMS 3 CH
Então nós temos um terapeuta ocupacional só, que não é suficiente, ela está muito sobrecarregada (...) Tutor 2 RMS 3 CH

[...] no cenário do hospital é a mesma coisa, embora exista a terapia ocupacional ela é ainda muito localizada na atenção ambulatorial, num recorte da reabilitação ortopédica, da mão, com interconsultas nas enfermarias para algumas situações pontuais. Então, você não tinha um serviço de terapia ocupacional implantado nas unidades de internação onde os residentes foram atuar. [...] o desafio para a terapia ocupacional [na residência] é não estar inserido nos serviços como profissão de referência. Tutor 1 RMS 1 CH

A baixa inserção profissional no cenário hospitalar, como relatado pelos entrevistados, parece ocorrer de forma mais marcante no caso do terapeuta ocupacional. Tal situação não é referida na literatura, entretanto, pesquisas na atenção hospitalar apresentam as percepções de profissionais de terapia ocupacional sobre os desafios da atuação no hospital. Entre os mais citados encontram-se a falta de conhecimento e de valorização da profissão (Galheigo; Tessuto, 2010), fatores que podem ser explicados pela significativa desigualdade no número de profissionais contratados em relação às demais categorias profissionais.

Há nacionalmente uma preocupação recente acerca da necessidade de dimensionar a inserção dos profissionais da saúde para o trabalho no SUS. Em 2013, a partir de iniciativas dos conselhos federais das profissões da área da saúde e do Fórum Nacional das Entidades de Ensino da Área de Saúde (FNEPAS), são realizados encaminhamentos à Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, para a realização de diagnóstico sobre a realidade da formação e do mercado de trabalho das profissões de saúde. Este projeto ainda não se concretizou, nem o planejado Censo Profissional, a ser realizado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito).³

Segundo informações do Coffito, há no Brasil em 2015 um total de 14.715 terapeutas ocupacionais, entre os quais 5.093 (um pouco mais de um terço) trabalham no estado de São Paulo. Esses números absolutos apontam um contingente ainda pequeno de profissionais para dar conta das

³ Lima L da C. (Comissão de Desenvolvimento Científico e Educação de Terapia Ocupacional do Coffito). *Panorama e perspectivas de abertura e fechamento dos cursos de Terapia Ocupacional no país e suas implicações – Ações Estratégicas*. (Apresentação realizada ao XIV Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional e III Seminário de Pesquisa em Terapia Ocupacional; 2014; João Pessoa, PB).

necessidades de intervenção da terapia ocupacional nos setores de saúde, assistência social, educação, trabalho e cultura, além do sistema judiciário e prisional. No mesmo período, o número de fisioterapeutas informado pelo Coffito (200.745 no país e 60.735 no estado de São Paulo) evidencia a discrepância entre os contingentes das duas categorias profissionais. No estado de São Paulo há quatro vezes mais fisioterapeutas do que o total nacional de terapeutas ocupacionais.⁴

Os dados recentes disponíveis sobre a terapia ocupacional no que se refere à formação e à inserção de profissionais no mercado de trabalho são limitados e nem sempre fidedignos. Os dois últimos eventos nacionais de maior destaque da categoria – o XIV Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional e III Seminário de Pesquisa em Terapia Ocupacional, realizado em João Pessoa em 2014, e o XIV Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, realizado no Rio de Janeiro em 2015 – tiveram em sua programação mesas-redondas sobre o panorama da abertura e do fechamento de cursos de terapia ocupacional.

De acordo com o senso do Instituto Nacional Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), em 2011 há 57 cursos de graduação de terapia ocupacional, sendo 21 públicos e 36 privados. Em 2015, Galheigo constata a existência de 40 cursos de terapia ocupacional no país, sendo 22 públicos e 18 privados. Esses dados apontam o fechamento de cursos privados no país, que em 2008 totalizavam 42.⁵ O censo do Inep em 2012 apresenta 5.354 matriculados em 54 cursos de terapia ocupacional no país, com 774 concluintes. Três anos mais tarde, pesquisa realizada com os 40 cursos de terapia ocupacional ativos, entre os quais 37 responderam à enquete, constata 824 concluintes e 5.085 matriculados. Apesar da dificuldade na comparabilidade desses dados, nota-se um crescimento incipiente no número de concluintes e um decréscimo no número de matriculados.⁶

⁴ Galheigo SM. (Universidade de São Paulo, delegada da World Federation of Occupational Therapists). *Terapia Ocupacional no Mundo: um recorte sócio-histórico*. (Apresentação realizada no XIV Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional; 2015; Rio de Janeiro, RJ).

⁵ Galheigo SM. (Universidade de São Paulo, delegada da World Federation of Occupational Therapists). *A expansão da graduação no Brasil: desafios atuais*. (Apresentação realizada no XIV Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional; 2015; Rio de Janeiro, RJ)

⁶ Id. *ibid.*

Já os dados obtidos no CNES em 2013, que remetem à inserção do terapeuta ocupacional no mercado de trabalho, de acordo com o Coffito, informam que 10.340 terapeutas ocupacionais distribuem-se em diversos tipos de vínculo de trabalho, de modo que os maiores contingentes correspondem a estatutários (22,7%), celetistas (18,5%), profissionais com contrato por prazo determinado (18,3%) e sem tipo ou especificação (13,2%). Para comparação, há 69.568 fisioterapeutas ocupacionais inseridos no CNES para o mesmo ano.⁷

Assim, mesmo com a baixa confiabilidade dos dados descritos, estes corroboram os resultados desta pesquisa, de que a escassez de terapeutas ocupacionais na rede de saúde constituía um problema da profissão que repercutia na formação em serviço nas residências multiprofissionais de saúde.

Os resultados da pesquisa mostraram também que as particularidades de inserção da profissão nos programas estudados geraram diferentes formas de configuração para a atuação dos preceptores de terapia ocupacional. Alguns preceptores exerciam a atividade de preceptoria dedicando parte de sua jornada de trabalho para a RMS, já que eram profissionais contratados para serviços diferentes dos cenários onde se realizava a RMS. Esses preceptores deslocavam-se até o cenário educativo para supervisionar residentes em determinados períodos da semana.

[...] Então esse foi um dos motivos pelos quais eles chamaram tanto eu quanto a N. que trabalha em [serviço especializado em saúde mental da região] para preceptoria. Porque não tem terapeuta ocupacional na rede básica, e a residência é uma residência multiprofissional na atenção básica. Preceptor 4 RMS 1 AB

[...] nós temos nossas duas técnicas vinculadas ao laboratório da universidade que exercem esse papel [preceptoria], em horários bem limitados e claramente definidos porque nós somos obrigados a conciliar as atividades delas na residência com uma série de outras que ocorrem nos nossos laboratórios. Tutor 1 RMS 3 CH

⁷ Lima L da C. (Comissão de Desenvolvimento Científico e Educação de Terapia Ocupacional do Coffito). *Panorama e perspectivas de abertura e fechamento dos cursos de Terapia Ocupacional no país e suas implicações – Ações Estratégicas*. (Apresentado ao XIV Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional e III Seminário de Pesquisa em Terapia Ocupacional; 2014; João Pessoa, PB).

[...] poucos são os momentos que elas se encontram com a A., que é nossa preceptora no [hospital] [...] não há uma troca (...)
Tutor 1 RMS 3 CH

De acordo com as diretrizes das RMS, a função do preceptor nas RMS se caracteriza pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa. Tal atividade deve ser exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. As atividades esperadas desse profissional são descritas em documentos oficiais que norteiam os programas (Brasil, 2012a).

Assim, o preceptor deve, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática (Brasil, 2012a). Entretanto, a legislação não qualifica ou discrimina o que vem a ser tal presença. Há que se considerar que o acompanhamento parcial pelo preceptor favorece a inclusão de determinadas profissões em programas que não contavam com elas, como o caso da terapia ocupacional na atenção básica da RMS 1, em que profissionais de outros serviços foram deslocados a esse cenário para a realização da preceptoria.

O deslocamento de profissionais para a realização da preceptoria foi uma estratégia nos programas RMS 1 (ausência de profissionais contratados) e RMS 3 (o único profissional contratado estava sobrecarregado de trabalho), entretanto, alguns desafios se fizeram presentes devido a tal condição.

A particularidade da inserção do profissional de terapia ocupacional nos serviços públicos de saúde estudados resultou em um acompanhamento parcial das atividades do residente. Tal acompanhamento foi realizado pelo preceptor em uma carga horária de aproximadamente 4 horas por semana. Para os participantes, o fato de o preceptor ser um trabalhador com “vínculo de trabalho externo” diminuiu as possibilidades de ele vivenciar o trabalho em equipe no cenário educativo dos programas. Além disso, devido ao afastamento do cotidiano laboral dos cenários educativos, o preceptor com vínculo externo poderia ter uma percepção fragmentada em relação ao trabalho

das equipes dos serviços, atendo-se ao que presenciou nos momentos em que estava nos serviços.

[...] eu fico um período de 4 horas. [...] eu tenho horário específico uma vez por semana, uma manhã [...] que entra na minha carga horária de trabalho. Não é extra meu trabalho [...] então funciona assim, nesse dia fico com ele [residente] de manhã na UBS e vou a tarde para o NAPS [serviço de origem do profissional]. Preceptor 1 RMS1 AB

[...] E na unidade básica, por exemplo, lá eu não trabalho com ninguém, lá eu não estou com outros, estou com os meninos [residentes] e com os residentes de outras áreas. Mas profissional, eu mesmo não converso com profissional de lá, só com a chefe, que é uma enfermeira [...] Eu converso raramente com outros preceptores. Bem pouco [...] porque cada um está em um horário, de vez em quando tem gente que eu estudo junto, tem gente que eu esbarro, e aí a gente faz algum comentário. Mas assim, a gente não trabalha junto. Preceptor 1 RMS1 AB

Na passagem de plantão, tem a discussão dos residentes. E eu me arrisco a dizer que não existe entre os profissionais do hospital um espaço de encontro. Eu me arrisco a dizer que não tem, mas dos residentes com todos os profissionais isso eu posso te garantir que não. Preceptor 2 RMS3 CH

Então, se existem espaços para encontro de profissionais são as reuniões da unidade. O que eu vivencio são os contatos com os agentes comunitários, que o A., residente, articula. Acho que a reunião é uma vez por mês. Eu nunca estive presente. Eu poderia, não é uma coisa que eu.... O que eu consigo enxergar lá seria essa reunião. No dia a dia eles têm um processo de discussão dos agentes comunitários com o médico. Preceptor 1 RMS 1 AB

Segundo as recomendações para os programas de RMS, ao preceptor compete, entre outras atividades, facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática (Brasil, 2012a). Assim, considerando a ausência ou baixa inserção do preceptor no trabalho em equipe nos cenários educativos das RMS, há necessidade de se realizarem pesquisas sobre o papel desse profissional como mediador da integração do residente

com os diversos atores do cenário educativo, nas diferentes configurações que podem ser encontradas nos programas. Ainda assim, não houve relatos dos participantes referindo maior ou menor possibilidade de integração entre residentes e profissionais em relação à mediação (ou não) do preceptor.

Outra estrutura de organização do programa se referiu à ausência de preceptor de núcleo de terapia ocupacional, com participação apenas do tutor de núcleo específico, conforme apresentado neste trabalho em “Caracterização dos programas e sujeitos participantes da pesquisa” (item 5.2). Em um dos programas, os participantes referiram que os programas tiveram início com preceptores, entretanto, os profissionais dos serviços desistiram de exercer a preceptoria da residência multiprofissional desde que foi realizado corte do financiamento de bolsas ao preceptor.

No início das residências, os preceptores recebiam uma bolsa, e essa bolsa foi cortada. Nem preceptor e nem tutor hoje em dia recebe. E eles estão reivindicando isso, mas não tem essa previsão de vir essa verba pelo Ministério, e eles falam que não iam mais aceitar residentes. [...] E aí ano passado eles escreveram um documento falando que não iam receber mais [residentes]. [...] a gente sentiu um distanciamento, mas tem unidades que os preceptores não participam mais de nada.
Residente 1 RMS 2 AB

Nos cenários em que havia mais de um profissional de terapia ocupacional vinculado ao serviço, os profissionais se dividiam para o exercício da preceptoria no programa de residência.

[...] a gente se divide, por que a M. está na enfermaria de adultos e atende na maternidade, faz um grupo, faz um trabalho lá. Então quando eles passam pela maternidade quem fica como referência maior é a M. Quando eles passam pela pediatria, a referência maior é a N. E quando eles estão no adulto... Eu estou sempre como referência de todas. Mas quando eles não estão nem na maternidade, nem na pediatria eu sou a referência maior. Mas como eu estou aqui o dia todo, todos os dias, os horários que elas não estão... Preceptor 2
RMS1 CH

Os cenários educativos dos programas estudados exibiram, assim, diferentes configurações para a preceptoria. Essas condições foram marcadas

pela a fragilidade da inserção da profissão nos cenários educativos, bem como pela suspensão de bolsas para pagamento de preceptores e tutores dos programas.

6.2.1.2 Desconhecimento sobre o papel profissional do TO e seus desdobramentos

Para os residentes, nos serviços sem profissional de terapia ocupacional, tal como o programa realizado na atenção básica da RMS 1, o modo de funcionar das equipes dos serviços somado à ausência de conhecimento sobre a profissão dificultaram o estabelecimento de demandas e fluxos de atendimento. Como relatado a seguir, o desconhecimento sobre a profissão no serviço de atenção básica tradicional, no qual não havia profissional contratado, gerou dificuldade ainda maior para a inserção dos residentes nas equipes e para a construção de fluxos de atendimento devido à falta de reuniões de equipe no serviço.

Entretanto, o contexto da inserção do terapeuta ocupacional nos cenários educativos estudados, para os participantes, produziu impactos no conhecimento que os profissionais do serviço e os usuários em geral possuíam sobre a atuação da profissão.

[...] não tem terapeuta ocupacional na atenção básica, na unidade básica de saúde, no município [...] isso dificulta bastante algumas coisas, as pessoas não fazem nem ideia do que é um TO, o que ele faz e tudo mais. Tem também a questão de ser uma unidade tradicional, então tem um jeito de trabalhar bem específico e bem pontual, eu diria. Pois as pessoas vão lá, marcam consulta, passam com o médico e vão [...] embora, o que dificulta também a nossa atuação e como a gente chega nas pessoas, como a gente encontra a demanda. E na unidade em que eu me encontro os profissionais não fazem reunião de equipe, eles não têm nenhum momento de encontro entre eles. Então isto também dificulta muito porque não tem troca de informação e não tem muito como você acessar isso. Residente 2 RMS 1 AB

[...] um desafio que eu tive no começo foi das equipes identificarem o que é o trabalho da TO [...] eles sempre me questionavam: "O que eu encaminho para você? Qual o caso que eu tenho que enviar para você? O que você faz?" Residente 1 RMS 2 AB

[...] no campus [universitário] a TO tem um reconhecimento, mas quando você vai para o serviço é complicado. E principalmente o que faz o terapeuta ocupacional: "Ele veio aqui para o quê?". Tutor 2 RMS 1 AB

[...] as enfermeiras têm um conhecimento de TO que é mais uma questão física, dificuldade de comer, se vestir e banho que é mais evidente. [...] E às vezes os outros profissionais falam: "Ai, mas aquele paciente fica muito tempo sentado... só fica deitado... seria interessante se vocês fossem". [...] Ou porque chora muito. [...] Residente 1 RMS 1 CH

Os terapeutas ocupacionais reconheceram que, de forma geral, falta conhecimento sobre sua atuação, em especial quando se considera o conhecimento que os profissionais e usuários possuem das outras profissões. Além disso, outros problemas podiam ser decorrentes dessa falta de conhecimento, tal como angariar recursos da instituição para a atuação profissional.

Existe uma questão nossa – ninguém pergunta o que um fisio faz, ninguém pergunta o que um nutricionista faz. Pode ser até que sim, todo mundo acha que um nutricionista só faz dieta e pronto. [...] Mas eu acho que o TO [...] é um drama nosso. Preceptor 1 RMS 1 AB

A falta de recurso também, porque muitas vezes a gente trabalha e precisa de recurso e as pessoas não entendem que o terapeuta ocupacional vai fazer uma atividade e você precisa do recurso. "Ah, mas por que?" Os outros profissionais às vezes conseguem desenvolver a sua prática sem os recursos, que eu digo, recursos materiais. Preceptor 3 RMS1 CH

[...] algumas dificuldades não são só da TO, tem algumas outras profissões também, mas [em relação] à TO há uma falta de conhecimento total. Porque às vezes tem um conhecimento que não é muito certo. Então tem psicologia, eu vejo que tem conhecimento de algumas coisas, mas às vezes o conhecimento errado: "Ah, ela quer conversar, então manda para a psicóloga." Mas na TO é total desconhecimento, eles não sabem nem para onde chutar. [...] você tem que ficar o tempo todo tentando explicar o que você faz, e você tem que ficar afirmando o porquê isso é importante e tentando comprovar. E entra nessa discussão, "Mas isso não é o fisioterapeuta que faz?". Residente 2 RMS 1 AB

Os participantes referiram que o baixo reconhecimento da profissão de terapeuta ocupacional pelos atores que compunham os cenários educativos gerava impactos nos programas de residência multiprofissional, levando o residente a um esforço maior para se inserir nas equipes. Os atores do cenário educativo não tinham clareza sobre quais demandas a terapia ocupacional poderia atender, desse modo, acionavam o residente diante de diferentes necessidades, o que ocasionalmente gerava desconforto ao residente. Tal situação levava o aprendiz a ter como desafio a apresentação da profissão ao cenário educativo.

Tem uma singularidade da TO, que é de ser desconhecida, então isso dá todo um trabalho extra de inserção em qualquer lugar. E eu trabalhei em setores e serviços que nunca tiveram um TO, então é mais um esforço para você chegar lá e se inserir. Residente 1 RMS 1 CH

E no caso os médicos não sabem o que a TO faz. Daí eles ou não chamam porque eles não sabem o que pedir, ou pedem por motivos que não têm a ver com a profissão. Simplesmente pelo paciente estar dando trabalho. A gente não fica lá ocupando ninguém. Já aconteceu isso, chamar porque está dando trabalho. Tipo assim "Ai, tem um paciente que está dando trabalho e ninguém está dando jeito, chama a TO que ela vai dar" – e a gente acaba indo lá, acaba conversando com o paciente. Então o escutamos e acabamos resolvendo a questão, mas porque simplesmente ouvimos o paciente e vimos o que ele tinha de demanda. Residente 2 RMS3 CH

E a enfermagem vê muito a gente como a pessoa que faz recreacionismo, então: "Ai, a gente tem que chamar a TO ou para pintar uma caixinha assim, ou fazer um jogo da memória, ou brincar com o paciente." Então um dos principais desafios é mostrar o papel da TO. Porque é essa questão, da cooperação do cotidiano do paciente, mesmo estando dentro do contexto hospitalar. Residente 2 RMS 3 CH

Os profissionais dos serviços que vivenciaram ações com terapeutas ocupacionais identificaram a profissão a partir de ações pontuais que puderam compartilhar, observar e/ou vivenciar. Para os participantes, a vivência anterior dos profissionais dos serviços com terapeutas ocupacionais foi facilitadora para o estabelecimento de fluxos de atendimento e discussões de casos que incluíam e convidavam os residentes a participar. Assim, duas situações do

contato anterior com a profissão foram referidas: (i) serviços que não possuíam o profissional contratado, porém, tiveram turmas anteriores de residentes de terapia ocupacional, situação em que as equipes mostraram (re)conhecer a atuação da profissão, facilitando a inserção do residente e (ii) residentes de outras áreas profissionais que já (re)conheciam a profissão, de modo que a apoiavam e construíam fluxos com o residente de terapia ocupacional.

[...] na Zona Noroeste foi um pouco mais fácil porque teve um outro residente antes de mim [...] e ele era um cara bastante ativo, com bastante iniciativa, fez um monte de coisa. Então para mim foi até mais fácil, porque eu finalmente não precisava ficar explicando o que eu fazia: "Estou no lugar do R." E falavam: "Ah, beleza, então eu sei mais ou menos o que você faz." Residente 1 RMS 1 AB

[...] a equipe é bem unida, fisio e fono, que são as profissões da nossa residência. E a fono e a fisio [residentes] já tiveram contato com a TO antes, principalmente a fisio, que vem de uma formação que tem muito contato com a TO, então eles sabem o trabalho da TO. Claro que não sabem especificamente, mas eles conseguem encontrar demanda, eles até ajudam a gente. E identificar: "Olha, vai naquele paciente que ele tem demanda para TO porque ele não está conseguindo tomar banho e escovar os dentes, porque ele está meio desanimado porque está há muito tempo internado" ou "Está com saudade da família". Residente 2 RMS 3 CH

Nos serviços, os profissionais procuravam se aproximar do terapeuta ocupacional e conhecer seu trabalho quando este compunha a equipe. Naturalmente, os profissionais com contato anterior geravam solicitações ao residente apenas de ações anteriormente conhecidas, o que levava certo desconforto para o residente que desejasse que os profissionais tivessem maior conhecimento acerca da atuação da profissão.

[...] essa semana veio uma agente comunitária me procurar, porque há um tempo eu acompanhei um caso de AVE com ela. E aí ela: "Ah, que legal, o An. [residente]. é o cara de AVE." E ela já me levou em mais dois. E às vezes isso é ruim [...] às vezes isso virava contra a gente, por exemplo: "Ah, mas fulana fazia um grupo com as mães, por que você não faz um grupo com as mães, sua profissão não é isso?". Daí a gente falava: "Não, cada um vai ter seu olhar, vai ter seu diagnóstico, sua conduta, cada um vai ter uma linha de ação, às vezes usar atividades mais expressivas, ou mais lúdicas". Mas às vezes eles se surpreendem por condutas que eu não tomo que o outro tomava, que eu tomo que ele não tomava. Residente 1 RMS 1 AB

[...] as pessoas fazem um esforço para entender o que a gente faz. E se eles observam você fazendo tal coisa, que é uma das milhões de possibilidades da TO, então falam: "Ah, que legal, então você faz isso". E te chamam para fazer isso. Então é muito gozado. Ou então você faz uma coisa diferente e falam: "Ah, você também faz isso? Porque quem passou antes de você fazia outra coisa". Então eu já vejo um esforço de entender e se aproximar, mas ainda é muito abstrato, as pessoas se apegam a relações concretas. Residente 1 RMS 1 AB

Assim como os resultados aqui apresentados, em outras pesquisas sobre a prática do terapeuta ocupacional também são identificados relatos de profissionais que referem a falta de conhecimento sobre a profissão nos serviços hospitalares (Galheigo, 2010) e também na atenção básica (Manho et al., 2013; Caldeira, 2009). Além disso, uma pesquisa com terapeutas ocupacionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade do Rio de Janeiro constatou que 24% dos profissionais entrevistados apontaram a falta de reconhecimento da profissão como o principal desafio em sua prática (Carvalho, 2010).

A falta de recursos materiais para o terapeuta ocupacional trabalhar na atenção básica do SUS, no estudo de Caldeira (2009), é atribuída ao fato de o sistema de saúde não reconhecer a necessidade de brinquedos, materiais para atividades manuais e para adaptações, que são alguns dos instrumentos de trabalho do TO, responsabilizando o profissional para suprir sua falta.

Os relatos dos participantes remeteram às discussões encontradas na literatura acerca da consolidação de saberes e práticas da terapia ocupacional em determinado espaço social e campo de atuação, bem como ao

seu reconhecimento e/ou capital simbólico (Galheigo, 2008, 2010). Para Galheigo (2008), dois aspectos são determinantes para a consolidação de práticas e saberes profissionais de uma profissão no campo da produção de cuidado em saúde, de forma a possibilitar seu reconhecimento, a solicitação de suas ações técnicas por serviços e sua inclusão em políticas públicas. O primeiro aspecto se refere ao acúmulo de *capital simbólico*,⁸ entendido como o conjunto de rituais ligados à honra, ao reconhecimento, à legitimação. A capacidade de uma profissão de acumular capital simbólico é o suficiente para seu reconhecimento por determinado campo ou setor, quando se constata sua inclusão em políticas que incorporam determinado profissional em sua equipe mínima ou pelo menos reconhecem que o trabalho é qualificado por sua presença (Galheigo, 2008).

O segundo aspecto é quando o núcleo profissional passa a transitar em discussões e composições de um determinado campo e a compor com suas práticas e saberes, gerando um *campo-espelho* dentro de seu núcleo profissional. Para Galheigo (2008), o campo-espelho é compreendido como a capacidade de o núcleo profissional escutar, acolher e delimitar com clareza as demandas por seu cuidado e de ser capaz de articular e efetivar suas ações, como tem sido nos campos da terapia ocupacional em saúde mental, saúde e trabalho, gerontologia, reabilitação da pessoa com deficiência e terapia ocupacional social (Galheigo, 2008), para citar alguns.

Assim, a ausência do profissional de terapia ocupacional nos serviços e sua baixa inserção na atenção básica e hospitalar constituem desafios que impactam os bens materiais e simbólicos da profissão, além de seu capital simbólico em determinado espaço social (Galheigo, 2008; Fernández, 2013). Tal situação foi apresentada pelos participantes por meio da dificuldade de inserção do residente nas equipes de trabalho e de angariar materiais de trabalho pelos profissionais dos serviços, reafirmando, assim, a leitura que este espaço social apresentava acerca da profissão.

Entretanto, observou-se que os profissionais possuem interesse em conhecer o papel do terapeuta ocupacional e, além disso, os terapeutas

⁸ O termo capital simbólico é um dos conceitos mais complexos construídos por Pierre Bourdieu e é utilizado como um instrumento heurístico para articular as dimensões subjetivas e objetivas de qualquer fenômeno social (Fernandez, 2013).

ocupacionais residentes e profissionais apresentaram estratégias de enfrentamento, sendo duas as situações com capacidade de modificar este cenário. De acordo com o relato dos participantes, a residência multiprofissional constituiria uma possibilidade de apresentar a terapia ocupacional aos serviços onde se inserisse. Acompanhada dessa possibilidade, haveria uma forte tendência dos profissionais de terapia ocupacional de apresentarem suas ações aos profissionais e usuários no confronto com situações que indicassem tal necessidade.

[...] nosso principal desafio é mostrar o papel da terapia ocupacional no contexto hospitalar. Principalmente para os médicos e enfermeiros. Residente 2 RMS 3 CH

[...] as residentes de TO que são desbravadoras, porque não tem a profissão dentro da unidade básica e tem que mostrar o que é a possibilidade de um serviço, de uma intervenção. Tanto para a equipe quanto para o munícipe, porque não existe, ninguém conhece, a equipe não conhece. Preceptor 4 RMS 1 AB

[...] Eu acho que tem um movimento interno, que parece que a TO tem necessidade de se justificar. Sem ser levada a isso ela faz espontaneamente. E tem um movimento que é externo, de que fica pedindo para você se justificar [...] Residente 1 RMS 1 AB

[...] a gente tem que o tempo todo abrir portas para o pessoal entender o que é TO [...] Tutor 2 RMS 1 AB

Havia, para os poucos terapeutas ocupacionais inseridos nos serviços, a necessidade de apresentar e consolidar as ações da profissão diante das equipes dos serviços. Para esse único terapeuta ocupacional contratado para atuar em um serviço hospitalar, a consolidação e reconhecimento do trabalho da terapia ocupacional ocorreu através de seu trabalho.

Aqui e na [instituição X e XX] eu difundi o meu trabalho, então a TO foi divulgada através da minha pessoa, então eu consegui passar qual era o meu trabalho, o que a gente faz, então as pessoas conseguem encaminhar de maneira correta. Eles conseguem identificar o que são as necessidades de terapia ocupacional [dos usuários]. Preceptor 1 RMS 3 CH

Para os residentes de terapia ocupacional, também observou-se trajetória semelhante à do preceptor mencionado, de apresentar e consolidar as ações da profissão perante as equipes dos serviços, uma vez que não havia profissionais contratados nos serviços. Nos relatos, destacou-se a estratégia de uma residente para apresentar a profissão aos trabalhadores do serviço com a intenção de construir fluxos assistenciais e clarificar demandas para terapia ocupacional. Interessante notar que o resultado dessa ação facilitou a produção de diálogos entre os profissionais.

[...] eu compartilhei com a residente R2, e ela falou que viveu a mesma coisa [...] ela me passou uma dinâmica que fez, eu adaptei um pouco e fiz nas reuniões de equipe. E aí eu observei que ajudou bastante as pessoas a identificarem o que elas podiam encaminhar para mim, o que podiam encaminhar para a psico. E eu tento voltar o olhar da equipe que eu trabalho para ocupação, cotidiano, não só com psicoterapia. Antes eles me enviavam muito casos de saúde mental, de depressão, de transtorno de personalidade, mas muitos que se voltavam para a psicoterapia, de conversar, de autoconhecimento. E aí eu tentava levar: "O que essa pessoa está com dificuldade na ocupação dela, no cotidiano dela, o que vocês observam?" e foi um trabalho assim. É um trabalho constante com a equipe, mas eu comecei e a partir daí facilitou bastante [...] Acho que depois dessa capacitação os outros profissionais começaram a clarear o olhar [...] Aí comecei a discutir casos com médicos, com enfermeiros, que acho que se apropriaram mais da nossa prática. É complicado quando você chega, e para os profissionais te incluírem na equipe, isso leva tempo. Residente 1 RMS 2 AB

A apresentação da profissão às equipes dos serviços por meio de vivências dos recursos terapêuticos e dinâmicas para consolidação de suas ações nos serviços também pode ser observada na literatura que aborda a prática de residentes de TO na atenção básica (Manho et al., 2013). As vivências e dinâmicas, para os autores, são utilizadas como uma estratégia

diante de dificuldades encontradas acerca da compreensão da prática da profissão (Manho et al., 2013).

Assim, formar os residentes de terapia ocupacional para lidar com forças presentes nos serviços de saúde resultantes do desconhecimento do papel profissional do TO e de seus desdobramentos faz dos programas de residência um significativo agente de transformação e apoio, inclusive para as profissões que compartilham dessa realidade de inserção em serviços públicos no país, como apresentado nesta pesquisa. Para Mitre (2012), a RMS constitui uma chance de formação e capacitação de novos profissionais para o mercado, e também representa uma oportunidade para os terapeutas ocupacionais realizarem uma releitura de suas práticas e contribuírem para a construção de um modelo de atenção mais integral.

6.2.2 Produção de identidades e a fragmentação da atuação do terapeuta ocupacional nas residências multiprofissionais em saúde

6.2.2.1 Produção de identidades na terapia ocupacional

Os participantes apresentaram relatos que se relacionaram direta ou indiretamente à constituição da identidade profissional de terapeutas ocupacionais. Assim, o tema da produção de identidades surgiu a partir da análise de reflexões de residentes e de profissionais sobre a atuação profissional bem como sobre as ações que são próprias da profissão.

No início nos programas de RMS, os residentes de terapia ocupacional questionavam as ações da profissão. Esses questionamentos remetiam à atuação da profissão nas atenções em saúde, tanto as que dizem respeito apenas ao terapeuta ocupacional quanto às ações compartilhadas com os demais profissionais da saúde. Entretanto, a dificuldade em identificar as ações privativas da profissão não foi exclusiva dos residentes, mas também presente para os profissionais da terapia ocupacional que já atuavam no SUS.

Eu acho que tem uma dificuldade muito grande da gente se formar [...] sabendo algumas coisas que pode fazer. Ou, muitas vezes, baseada em experiências práticas que a gente teve [...] eu vim muito baseada na experiência prática que eu tive [...] Só que aí eu chego aqui, e não é a TO que faz isso. Então o que é específico da TO? O que pode ser de outras áreas? O que pode ser de muitas áreas? Residente 2 RMS 1 CH

Então, acho que é uma questão que não é deles [residentes], acho que é nossa, de todo mundo, é a questão da especificidade: “O que é meu mesmo?” Isso que a gente discute tanto na atenção básica, quanto na saúde mental, isso também aparece. É o que mais me chama atenção [...] acho que é específico da TO. Preceptor 1 RMS 1 AB

Ao contrário do referido acima, uma tutora indicou que os terapeutas ocupacionais possuíam clareza de ações de seu núcleo profissional, porém, no caso da atuação na atenção básica, os profissionais em geral não tinham clareza sobre as ações do campo.

[...] E é claro que um TO que tem clareza da sua profissão, de como ela surgiu, de qual o seu objeto [...] o desafio da atenção básica é todo mundo ter clareza do campo. Tutor 1 RMS 2 AB

Esses relatos vão de acordo com o referido na literatura, que aponta o desafio vivenciado pela terapia ocupacional inserida no Sistema Único de Saúde com intenção de atingir a integralidade da atenção (Carvalho, 2012). A terapia ocupacional possui características que favorecem sua inserção no atual sistema público de saúde no Brasil, tais como a preocupação com a visão integral das pessoas, o reconhecimento da dimensão social da saúde, da qualidade de vida, da cidadania, da prevenção e da promoção da saúde, que são termos bem próximos da terapia ocupacional e também do SUS. Contudo, o desafio para sua inserção consiste em afirmar, diante dos demais profissionais, e a si próprio, as ações de seu núcleo de saberes e práticas (Carvalho, 2012).

Deve-se considerar que a multiplicidade de ações e populações atendidas nos diferentes setores e áreas de atuação da profissão leva os terapeutas ocupacionais a produzirem discursos variados na tentativa de apresentar ou justificar suas ações (Carvalho, 2012). Para um dos tutores

entrevistados, a estratégia utilizada pelos profissionais de terapia ocupacional gerou impactos na constituição da identidade da profissão.

Porque a gente tem um problema de identidade, a gente não sabe muito como se justificar. Tem profissionais que acham que TO se justifica pelo fazer atividades, e mecânico se justifica porque ele tem ferramentas para consertar carros? Não, TO existe para trabalhar, para mim eu vejo como uma profissão voltada às pessoas com dificuldades na realização das suas atividades cotidianas e na participação social. Tutor 1
RMS 2 AB

Os participantes, ao relatarem suas dúvidas sobre o discurso utilizado para justificar a profissão e os modos de constituição de sua identidade, apontaram que há questões que merecem ser discutidas em relação aos contornos e/ou limites do núcleo profissional. Tal dificuldade manifestada pelos residentes e profissionais pode estar associada à formação profissional e à capacidade do terapeuta ocupacional de dizer o que faz e justificar o que faz, o que poderia trazer prejuízos para o desenvolvimento da profissão. Como afirmam Wilding e Whiteford:

A falta de uma representação apropriada e da promoção da profissão pode ter fortes implicações para a terapia ocupacional. Por exemplo, ser incapaz de explicar a contribuição valiosa e singular que a terapia ocupacional faz ao cuidado em saúde pode resultar que a terapia ocupacional seja pobremente colocada de modo a garantir que receba reconhecimento e remuneração apropriados dentro de um mercado de trabalho na saúde crescentemente competitivo. Por exemplo, terapeutas ocupacionais podem perceber que outros profissionais estão 'invadindo' o domínio da prática da terapia ocupacional, e ainda assim, eles parecem relativamente inertes quando se trata de afirmar e justificar o que eles fazem e por que a terapia ocupacional é necessária (Kornblau, 2004). Claramente, tal inação profissional contribui para a desvantagem política em um setor de saúde crescentemente competitivo. (1987, p. 185, tradução nossa).⁹

⁹ Lack of appropriate representation and promotion of the profession can have serious implications for occupational therapy. For example, being unable to explain the valuable and unique contribution that occupational therapy makes to health care may mean that occupational therapy is poorly placed to ensure that it receives appropriate recognition and remuneration within the increasingly competitive health-service market place. For example, occupational therapists may perceive that other professions are 'encroaching' upon the domain of occupational therapy practice, and yet, they seem relatively inert when it comes to asserting and justifying what it is they do and why occupational therapy is needed (Kornblau, 2004). Clearly, such professional inaction contributes to political disadvantage in the increasingly competitive health sector.

Carvalho (2012) refere que enquanto as demais profissões são definidas em poucas palavras, a terapia ocupacional se perde em longas explicações, muitas vezes incompreensíveis, chegando a ser um problema para a formação da identidade profissional. A maioria das definições da profissão busca mostrar o que ela é a partir de seus recursos terapêuticos e das inter-relações possíveis, e poucas focam em seu objeto de estudo. Para a autora, a diversidade de formas e definições existentes sobre a terapia ocupacional, que deveriam servir de reforço à identidade da profissão, são muitas vezes questionadas por parte dos profissionais da área. (Carvalho, 2012).

A residência multiprofissional ofereceu a possibilidade aos residentes de conhecer e refletir sobre a sua prática profissional, bem como de aprender a identificar as necessidades de atuação profissional e de eleger as ações técnicas para atuação de acordo com as recomendações para a atenção em saúde do SUS. Nesse sentido, um residente relatou a experiência de constituição de sua identidade profissional ao longo da RMS.

[...] eu acho que o primeiro desafio começou porque eu era recém-formada. Então acho que foi um processo de amadurecimento a residência. E por ser recém-formada você tem todas as questões de nunca ter trabalhado, eu acho que nesses dois anos de residência eu aprendi como é a minha TO, como que eu faço. Então acho que o primeiro desafio foi isso, foi encontrar a minha prática. Residente 1 RMS 2 AB

Além disso, para o residente mencionado, a formação em serviço em equipe multiprofissional, além de possibilitar conhecer os contornos de saberes e práticas em determinada atenção em saúde do SUS, também possibilitou experimentar ações que foram além das restritas ao núcleo profissional.

[...] um pouco reconheci que você não precisa fazer só o que é do seu quadrado, dá para expandir [...] Residente 1 RMS 2 AB

De acordo com esses relatos, a RMS possibilitou vivenciar ações em saúde que fortaleceram a aquisição de conhecimentos sobre ações próprias da profissão e sobre ações que vão além das restritas ao seu núcleo profissional, com o exercício de um olhar complexo que considere as diversas perspectivas profissionais. Esses resultados corroboram o que foi apontado por Perrone et al. (2014) em estudo sobre a formação do terapeuta ocupacional em equipe multiprofissional. Segundo os autores, a formação em equipe multiprofissional possibilita um movimento de alternância entre o conteúdo específico e o geral das profissões, propiciando um enriquecimento do olhar do aluno, que aos poucos vai se apropriando do seu papel dentro de uma equipe multiprofissional.

Os questionamentos sobre as ações e fazeres próprios do terapeuta ocupacional entre os residentes e também entre os profissionais já formados refletiram a carência de pesquisas e publicações sobre o tema da identidade profissional, sobre a formação graduada e pós-graduada e sobre fundamentos históricos e metodológicos da terapia ocupacional. A compreensão de terapeutas ocupacionais sobre o tema da identidade necessita de estreito diálogo com a constituição histórica da profissão no Brasil, bem como da ampliação de sua atuação para diferentes setores e populações.

6.2.2.2 Formação em serviço e a fragmentação da atuação do residente terapeuta ocupacional

Os tutores relataram que os residentes da atenção hospitalar iniciaram os programas de residência com maior conhecimento e experiência em um dos campos de atuação da profissão e consideraram que tal situação foi resultante da formação graduada com foco na especialidade. Todavia, é referiram que a formação com ênfase em determinado campo de atuação da profissão poderia gerar dificuldades para a formação nas RMS quando houvesse necessidade de ampliação da atuação do residente para aspectos do processo saúde-doença dos usuários que não estivessem circunscritos no seu campo de maior conhecimento e vivência.

Os tutores mencionaram ainda que a falta de formação generalista em graduações de terapia ocupacional poderia constituir o motivo pelo qual o

residente encontrava dificuldades para realizar reflexões acerca do seu papel nos serviços e para ler de modo ampliado as necessidades dos usuários com base na integralidade do cuidado.

[...] a gente tem o residente com uma formação maior no que eles dominam da área física. Então isso para eles é o que dá a identidade, a identidade daquilo que eles fazem, o reconhecimento que eles têm nas atividades, nas ações que eles realizam é a partir do enfoque mais voltado para a área de reabilitação física. Aí eles se reconhecem fazendo algo que tem um sentido e tem um resultado. E os outros aspectos, aspectos relacionais, muitas vezes até uma questão psicossocial, isso não fica tão presente como sendo algo importante da prática da terapia ocupacional. [...] o aluno muitas vezes não consegue, através de um trabalho de grupo, ou em uma situação mais relacional identificar outras questões que surgem, como emocional, ou da relação com a família [...] Então às vezes ele perde a oportunidade explorar esses aspectos que surgem mas ele não identifica. Tutor 2 RMS 3 CH

[...] os residentes que são do nosso programa têm uma dificuldade grande pela falta de uma base de uma formação mais generalista de terapia ocupacional. Por uma defasagem na formação da graduação de alguns conteúdos de terapia ocupacional. Então a gente vê essa fragilidade e consegue perceber, conversando com os residentes, que isso é da graduação. Isso aparece na hora de aprofundar os fundamentos de terapia ocupacional ou tentar fazer uma análise do que aconteceu [...] relacionar com a vida do indivíduo... ou com as potencialidades da terapia ocupacional. Aí fica um vazio. Tem uma falta de condição para fazer essa reflexão. Então eu acho que existe muitas vezes uma dificuldade do aluno poder ver a especificidade da terapia ocupacional. Existe essa dificuldade em reconhecer. Tutor 2 RMS 3 CH

[...] a gente tem discutido com os residentes, que [para] alguns deles, por exemplo, falta uma análise mais profunda do papel da TO. Tutor 2 RMS 3 CH

Então, por exemplo, uma problemática social mais evidente que acontece muito no hospital, muitas vezes negligenciam, não conseguem valorizar de maneira suficiente aquela problemática. Não acham que aquilo afeta, ou que faz parte do papel deles. [...] de avaliar, ou de orientar. Então tem essa questão da formação e da identificação deles com este tipo de formação. [...] por mais que a gente faça orientações, discute, tenta trazer estes conteúdos, a gente percebe que isso não é assimilado, tem uma dificuldade na assimilação, no reconhecimento deste conteúdo como da terapia ocupacional.
Tutor 2 RMS 3 CH

A prática dos residentes com ênfase em determinado campo de atuação da profissão na atenção hospitalar também poderia ser compreendida como uma “escolha” dos residentes devido a sua afinidade com determinado campo. Entretanto, ainda que esta afinidade por campos de atuação estivesse presente, para os residentes a ação profissional deveria prever a atuação generalista, de forma a articular os diversos campos de atuação da profissão para responder às necessidades dos sujeitos.

Eu percebo que surgem tensões por predileção, "Ah, eu não gosto de trabalhar com esta área". Então: "Eu prefiro ter um enfoque direcionado para outra coisa". Preceptor 1 RMS 3 CH

A compartimentalização da profissão [...] Porque como tem uma parte de saúde mental, de saúde física, então acho que acaba se formando compartimentalizada. E vi que não é assim. É obvio que tem tendências, igual, eu gosto dessa área, só que eu sei que tem outras questões envolvidas, eu procuro olhar para elas. Só que no campo que eu estou atuando uma área se sobrepõe à outra, mas não desmerece as outras. Não que não tenha que ter especialidade, mas assim, nunca perdendo do ponto de vista que o nosso papel é no cotidiano desse sujeito.
Residente 2 RMS 3 CH

Além disso, preceptores referiram que os residentes apresentaram dúvidas acerca das práticas da terapia ocupacional sob a perspectiva da integralidade do cuidado em saúde na atenção hospitalar. Para um deles, essas dúvidas geravam para o residente certo desconforto quando ele se deparava com as necessidades em saúde que requereriam a ampliação de sua atuação clínica para além das dirigidas à saúde física.

E também há tensões, porque gera uma certa confusão, "Mas e aí, será que aqui o meu papel é trabalhar com a vulnerabilidade dele ou será que o meu papel é botar ele para comer, ou será que eu tenho que fazer tudo?". E isso é uma coisa que as deixa aflitas [residentes] e eu acho que é algo que é bastante trabalhado. [...] tem tensões, incompreensões: "Ah, eu não acho que isso é para trabalhar em hospital." [...] elas trazem alguns casos, e trazem algumas angústias, e aí a gente conversa um pouco. Preceptor 1 RMS 3 CH

Esses resultados confirmam a literatura sobre a inserção do terapeuta ocupacional em programas de residências da atenção hospitalar (Mitre, 2012), que refere que o processo de formação do terapeuta ocupacional em programas de RMS realizados na atenção hospitalar requer uma releitura das práticas da profissão com vistas à ampliação das ações e da integralidade do cuidado. Tal situação pode justificar o surgimento de dúvidas e tensões dos residentes sobre a atuação da terapia ocupacional diante das práticas no hospital, que apresentam marcas constituídas historicamente pela priorização do trabalho médico e do trabalho em saúde pautado em procedimentos, em detrimento da dimensão cuidadora em saúde (Feuerwerker; Cecílio, 2007).

Entretanto, há que se considerar que diferentes perspectivas teórico-metodológicas coexistem na atuação dos terapeutas ocupacionais na atenção em saúde do SUS. Há tanto as perspectivas mais reducionistas e procedimento-centradas como as usuário-centradas, que se fundam em uma perspectiva humanizada, crítica e complexa da terapia ocupacional (Galheigo, 2012). Nesta última, o profissional implementa os projetos terapêuticos a partir da compreensão das necessidades e demandas manifestadas pelos sujeitos, da escuta de suas histórias e de seus modos de viver e do entendimento de suas redes sociais de suporte (Galheigo, 2012). Essa perspectiva teórico-metodológica é consonante com as diretrizes do SUS, tendo as demandas manifestadas pelos sujeitos como ponto de partida das propostas e projetos terapêuticos ocupacionais.

Sendo assim, a formação na RMS requer, para as abordagens do núcleo de saberes e práticas da TO, sua contextualização de acordo com as atenções em saúde no SUS, bem como perspectivas teórico-metodológicas que sejam capazes de sustentar a ampliação das ações dos terapeutas

ocupacionais para as necessidades manifestadas pelos usuários e observadas pelos profissionais, seja no atendimento de condições de saúde agudas seja nas crônicas, nas atenções em saúde hospitalar ou básica.

Adota-se, aqui, a perspectiva de Reis (2012), que afirma que o terapeuta ocupacional, ao entrar em um serviço do SUS, deve considerar que os problemas historicamente trabalhados pela profissão são “problemas de saúde pública” e estão inseridos em um contexto social. Segundo a autora, o terapeuta ocupacional pode ser direcionado a enxergar possibilidades de intervenção a partir das patologias com as quais já está acostumado a trabalhar, entretanto, além destas, existem muitas outras que necessitarão do olhar e da abordagem do profissional (Reis, 2012). Assim, acrescenta-se que as RMS se apresentam como possibilidade para a ampliação e consolidação das práticas do TO na atenção em saúde do SUS, bem como para a solidificação das perspectivas teórico-metodológicas que as sustentam.

Também foram presentes relatos de certo “direcionamento” da formação dos residentes para determinado campo de atuação da profissão ou para populações específicas com que o tutor ou preceptor possuía maior experiência e conhecimento. Entretanto, tal situação foi reconhecida pelos preceptores, que referiram que havia possibilidade na formação das RMS de incorporar novas práticas em sua atuação.

[...] a TO, ela traz questões do seu núcleo, acho que varia também de quem é a TO, não sei dizer se é da TO [...] a L. foi a primeira professora [tutora] [...] Não sei qual foi o tom que ela deu, ou a C. que era mais da saúde mental, eu senti que os projetos dela foram muito na ordem da saúde mental. [...] quem olha deficientes sou mais eu [...] Tutor 1 RMS 2 AB

Mas a princípio eu estava muito na questão da saúde mental e da pessoa com deficiência, era onde eu mais focalizava no trabalho com os residentes. Tanto a questão de inclusão, quanto da participação na comunidade, eu fiquei bem focada por estes caminhos. Mas eu acho que tem muita coisa que a gente pode fazer enquanto terapeuta ocupacional, e que os residentes podem empreender, podem desenvolver. Preceptor 1 RMS 1 AB

Assim como observado nesses resultados, ainda que as diretrizes curriculares recomendem uma formação generalista, crítica e reflexiva para os profissionais da saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004), ficou evidente que a formação graduada dos residentes ainda enfatizava uma formação para a especialidade, o que limitava seu preparo técnico para o elenco de ações que atendam às necessidades dos usuários. Assim, Ceccim e Feuerwerker (2004) referem que a formação de profissionais da saúde, seja na graduação seja na pós-graduação, está sujeita a um modelo pedagógico hegemônico de ensino, centrado em conteúdos e organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica e incentivando a precoce especialização e a perpetuação de modelos tradicionais de práticas em saúde. Os resultados mostraram que o “direcionamento” da formação dos residentes terapeutas ocupacionais, tal como o relatado pelos preceptores e tutores, para áreas de atuação especializadas da profissão apresentou contradições com a proposta da RMS de formação para o SUS.

Ainda assim, os relatos indicaram que é possível desenvolver e empreender novas práticas dentro da profissão. Nesse sentido, o estudo de Paiva et al. (2013) mostra que a formação na residência pode possibilitar a construção de práticas inovadoras e menos fragmentadas. Nesse sentido, os residentes referiram a ampliação da atuação para populações que apresentavam condições em saúde e patologias para além daquelas com que a profissão já trabalhava na atenção básica, entretanto, houve dificuldade na ampliação de suas ações para novas populações.

Só que para mim foi muito difícil adaptar porque tudo o que eu tive de estimulação **foi para crianças com deficiência**. Crianças com paralisia cerebral, não para crianças que simplesmente têm um atraso. Então você não tem a coisa do reflexo, do ponto de apoio... Você tem que dar uma adaptada, porque não é uma criança com PC [paralisia cerebral].
Residente 2 RMS 2 AB

Estudos sobre a atuação dos residentes de TO nas RMS revelam, assim como os resultados acima, que os residentes se deparam na formação com demandas existentes de populações com restrições funcionais e ocupacionais já instaladas, mas também com pessoas com pouco ou nenhum

acesso a ocupações alternativas e relaxantes, com desigualdades de acesso às oportunidades, com limitada autonomia e possibilidades de fazer, com cotidianos empobrecidos e em situação de restrição ocupacional. Essas pessoas, na maioria das vezes, não apresentam patologias instaladas, mas sim limitações sociais que as colocam em situação de risco ocupacional e vulnerabilidade social, condições que passam a ser alvo das intervenções dos residentes (Paiva et al., 2013).

Pode-se compreender por meio da literatura e com os resultados desta pesquisa que a RMS pode provocar reflexões críticas sobre a formação do terapeuta ocupacional e propiciar o desenvolvimento da sua atuação para novas práticas e populações que necessitam de seus cuidados.

6.2.3 Terapia ocupacional e as práticas colaborativas e interprofissionais no SUS

6.2.3.1 O foco nas atividades e cotidianos: contribuição da terapia ocupacional à prática colaborativa e interprofissional

As entrevistas apresentaram contribuições da terapia ocupacional ao trabalho interprofissional no SUS. Essas contribuições foram identificadas a partir de reflexões e relatos de experiências práticas dos entrevistados. Os participantes citaram algumas das atividades realizadas pelos terapeutas ocupacionais que facilitavam a composição de ações com outras profissões, tanto para os profissionais como para os residentes. Nas práticas terapêuticas ocupacionais, o uso de atividades, atividades grupais e as técnicas de análise de atividade e de análise dos papéis sociais dos usuários foram compreendidos como ações da profissão que contribuíam para a construção de propostas em conjunto com outros profissionais.

De acordo com os entrevistados, o terapeuta ocupacional, ao analisar as atividades humanas, com vistas à autonomia e à independência, utilizaria conhecimentos interdisciplinares para suas ações técnicas, o que propiciaria às suas ações um caráter facilitador para a composição de projetos em conjunto com outros profissionais. Além disso, os entrevistados referiram

que tal condição conferiria ao terapeuta ocupacional habilidade para coordenar equipes interprofissionais.

Assim, o conjunto de conhecimentos adquiridos na formação graduada facilitaria ao residente de terapia ocupacional a realização de práticas que visam à composição interprofissional. Para os participantes, tais conhecimentos da profissão fortaleceriam a perspectiva de trabalho da integralidade da saúde.

[...] o uso da atividade, reconhecer os papéis ocupacionais, os papéis que os sujeitos ocupam no seu cotidiano naquele ciclo de vida, eu acho que isso é um diferencial que a gente pode contribuir e trazer ali para dentro do trabalho interprofissional. Tutor 1 RMS 1 CH

Percebo que a gente naturalmente sai da graduação com alguns manejos que contribuem muito. Manejo de grupo, manejo de atividade, porque se lança mão de muita atividade para a educação em saúde principalmente. Então a gente sai com um manejo de análise de atividade muito maior que todo mundo, isso não é de se negar, só pela formação. Residente1 RMS 1 AB e CH

Tem um paciente que a relação com a cuidadora não era boa. [...] fui analisando a vida deles, o cotidiano, e aí mudamos algumas estratégias de intervenção. [...] acionamos a assistente social. [...] foi uma conversa entre as terapeutas deste paciente. Residente 1 RMS 3 CH

Eu acho que o saber dele (TO) estabelece uma conexão muito desejável com o saber de outras áreas profissionais. Eu acho que ver o indivíduo como um todo e pensar o fazer humano implica realmente na visão desse indivíduo como ser integral, com o uso de suas várias habilidades, no desempenho de seus vários papéis, na relação com o seu contexto. Então acho que tudo isso possibilita que nós tragamos os outros profissionais para pensarem em um trabalho conjunto. Interprofissional. Então a atividade em sua complexidade convoca que profissionais olhem para os indivíduos no viés de algumas habilidades mais específicas, sejam bem-vindos para pensar. Pensar na independência, na autonomia, no desenvolvimento dessas habilidades no cotidiano. Então eu acho que é uma área que realmente consegue até coordenar, tem um potencial para coordenar esse trabalho interprofissional. Tutor 1 RMS 3 CH

Com relação à articulação entre a prática profissional do TO e interprofissionalidade eu acho que a formação básica do TO, por conta dos pressupostos teóricos da profissão, ela é muito fácil para um estudante de TO, para um recém-formado discutir interprofissionalmente. Às vezes a formação de uma escola ou outra... mas está na base da profissão, na base teórica a questão de olhar o sujeito como um todo e de que existem fronteiras que se fluem e que se sobrepõem e tal. Tutor 1 RMS 1 CH

Os relatos também apontaram a habilidade do terapeuta ocupacional em coordenar grupos que têm a escuta do usuário como ponto de partida para a elaboração de ações interprofissionais.

[...] o TO ajuda a fazer grupos interessantes, ajuda a fazer os recursos. [...] eu fiz uma vez um grupo lá no posto com um médico de xarope caseiro, foi maravilhoso. As pacientes que foram dar aula. Elas fizeram uma aula dos xaropes que elas fazem para a tosse. Começou com uma oficina no posto, uma rodada [diálogo] *sobre qual a experiência que as pessoas tinham com remédio na vida*. E tinha agente comunitária que falou que foi tomar uma aspirina com 20 anos de idade, que morava na roça. E elas tinham um conhecimento de planta muito rico, e sabiam plantas que eu não sei o nome, que você se vê no mato e ela fala: "Isso aqui é... o nome disso é Tansagem, é a Novalgina que a gente chama", "Ah, isso é bom para tal coisa". E aí elas fizeram um xarope com estas ervas, e com alecrim, com boldo e com agrião. E aí fomos para a casa da dona I. e ela foi para sua cozinha, fez o melado, coou, todo mundo foi embora com um vidrinho de xarope, o médico e as agentes. Então foi muito legal, porque eu que boleei a dinâmica e falei: "Não, vamos fazer uma oficina, não é dar uma aula, vamos fazer o xarope caseiro". E no fim cada um foi embora com seu vidrinho. Tutor 1 RMS 2 AB

Pôde ser observado nos relatos dos terapeutas ocupacionais que os termos que se referiam ao uso de "atividades" se apresentaram com diferentes terminologias. Para Lima (2011), as terminologias atividade, ação, ocupação e fazer podem ser observadas nas produções científicas como termo único ou associado a outros termos, tais como fazer humano, atividades humanas, entre outras, e podem provir de diferentes perspectivas teórico-metodológicas adotadas pelos terapeutas ocupacionais.

Para o curso de terapia ocupacional da Universidade da São Paulo, as atividades humanas são instrumento privilegiado das ações dos terapeutas

ocupacionais e constituem “o elemento centralizador e orientador na construção complexa e contextualizada do processo terapêutico neste campo” (USP, 1997 apud Lima, 2011).

Conforme o primeiro relato reproduzido nesta seção, o uso de atividades e de seus componentes, tais como a leitura dos papéis sociais e ocupacionais dos sujeitos em seu cotidiano, remeteria à leitura que o terapeuta ocupacional realizaria dos sujeitos para propor intervenções. Para os participantes desta pesquisa, essa seria uma contribuição do terapeuta ocupacional ao trabalho interprofissional.

Como foi possível depreender, em especial a partir do segundo relato reproduzido nesta seção, o uso de atividades seria compreendido como uma importante contribuição da profissão ao trabalho interprofissional no SUS. Os participantes, ao referirem que seu uso contribui com ações, tais como a educação em saúde, legitimaria a participação da profissão na realização de atividades comuns a todos os profissionais da saúde.

O terceiro relato, conforme verificado nesta seção, conferiu às ações técnicas da profissão um caráter interdisciplinar, dialogando com Lima (1997), que refere que a singularidade da terapia ocupacional reside na constituição e no desenvolvimento de seu campo num território fronteiro entre várias disciplinas, imprimindo marcas na prática dos profissionais. Para a autora, essas marcas são produzidas nos encontros com os mais diversos saberes: psicológico, biológico, sociológico e estético. Assim a profissão que habita fronteiras entre a prática clínica e a prática social, corpo e mente, criação artística e produção pelo trabalho, saúde coletiva e bem-estar individual, alimenta-se de diversas disciplinas para lidar com problemas de grande complexidade (Lima, 1997).

Para Lima (2011), as noções de atividade do sujeito, sua ação ou ocupação constituem “[...] o território profissional em que os terapeutas ocupacionais se reconhecem e do qual partem para construir suas propostas de intervenção [...]” (Lima, 2011, p. 69), apresentando diferentes definições, concepções e abordagens e uma multiplicidade constitutiva do próprio campo (Lima, 2011).

Assim como identificado nos resultados, os conhecimentos dos terapeutas ocupacionais, que dialogam com diferentes disciplinas e saberes para a fundamentação de sua prática, devem em parte explicar as tendências e a inclinação da profissão à inter e transdisciplinariedade e ao transitar dos profissionais por diversos domínios na realização de abordagens multirreferenciais (Galheigo, 1999).

Se pensarmos na forma como o terapeuta ocupacional exerce seus diversos olhares e faz uso de variadas línguas, podemos afirmar que tem sido comum na sua ação a incorporação da multirreferencialidade. O mesmo se aplica à facilidade com que os terapeutas ocupacionais se inscrevem em ações interdisciplinares, assim como, possivelmente, em projetos transdisciplinares. (Galheigo, 1999, p. 52).

A partir dos resultados e da análise da literatura, verificou-se que as técnicas utilizadas pela profissão poderiam acrescentar o olhar sobre a autonomia e independência dos usuários em suas atividades cotidianas em relação aos contextos em que ocorrem. Desse modo, contribuiriam de modo importante para a construção de projetos compartilhados entre as profissões. De acordo com esta pesquisa, o uso de tais técnicas facilitaria a participação de residentes em práticas colaborativas em equipe.

6.2.3.2 Mediador do cuidado em saúde de pessoas com deficiência e transtornos mentais nos serviços do SUS

Os participantes da pesquisa, sem negar o cuidado com as outras populações, destacaram a importância da terapia ocupacional para a inclusão das pessoas com deficiência e com transtornos mentais no cuidado em saúde ofertado pelo SUS.

[...] eu fazia grupo de Tai Chi com a mulherada, mas eu ficava atenta na mãe de um deficiente para vir para o grupo, na esposa. Eu ficava mais atenta nestes grupos do que para a população em geral, de chamar pessoas que precisavam reforçar o cuidado, como o cuidador. Então eu acho que tem uma população como a pessoa com deficiência e a pessoa com problema mental crônico que é nossa. Se a gente não olhar, não vai ser o serviço social, a enfermagem e a farmácia que vão. Então eu puxo um pouco a sardinha para esta população, porque eu acho que são tradicionalmente populações da TO; a profissão começou por causa dessas pessoas. Tutor 1 RMS 2 AB

Esse relato reafirmou achados da literatura que argumentam sobre a importância do terapeuta ocupacional como mediador entre os serviços de atenção básica e as necessidades das pessoas com deficiência, transtorno mental e outras populações tradicionalmente atendidas pela profissão (Caldeira, 2009; Rocha et al, 2012). Caldeira (2009) destaca que o terapeuta ocupacional estimula os demais profissionais da saúde a estarem atentos a essas populações.

Para Rocha et al. (2012), o trabalho do terapeuta ocupacional com tais populações se caracteriza pelo diagnóstico e intervenção nos serviços, domicílios e comunidade, pela identificação de fatores ambientais que possam gerar dificuldades no desempenho das atividades cotidianas e da participação social das pessoas com algum tipo de alteração na funcionalidade. A intervenção do terapeuta ocupacional pode assim contribuir para a prevenção e melhoria dos processos de adoecimento, incapacidade, segregação e/ou exclusão social.

A participação da terapia ocupacional nos programas de RMS poderia colaborar, desse modo, como um dispositivo de mudança na atenção a populações frequentemente excluídas dos serviços de saúde e sem acesso aos bens culturais e sociais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar o processo de educação para a profissionalidade e interprofissionalidade do terapeuta ocupacional no âmbito das residências multiprofissionais de saúde permitiu compreender, na perspectiva de terapeutas ocupacionais tutores, preceptores e residentes, as propostas pedagógicas, as vivências e os aprendizados, almejados e alcançados, para a formação de profissionais da saúde de forma a prepará-los para o trabalho em equipe fundamentado nas diretrizes do SUS.

Dois resultados principais emergiram da pesquisa. Primeiro, os programas de RMS colaboraram de forma efetiva para o fomento da prática profissional dos residentes, ao mesmo tempo em que contribuíram para o aprimoramento da prática dos profissionais dos serviços que eram preceptores nos cenários educativos dos programas. A pesquisa possibilitou compreender que a formação nas RMS se apresentou como um dispositivo de mudança principalmente no que se refere à formação para o trabalho em equipe e para o trabalho na perspectiva do SUS. Além disso, os resultados evidenciaram algumas singularidades da terapia ocupacional na sua inserção no SUS que acabaram por influenciar – positiva ou negativamente – a formação para a interprofissionalidade e a profissionalidade nos programas estudados. Por um lado, verificaram-se dilemas da profissão e, por outro, contribuições específicas da terapia ocupacional.

No que se refere às percepções sobre a formação para o trabalho em equipe, destacaram-se nas entrevistas a necessidade de estratégias pedagógicas específicas para o desenvolvimento do residente, de modo que este adquira habilidades para o trabalho interprofissional de forma colaborativa. Nesse sentido, os resultados apontaram que a aprendizagem do trabalho em equipe requer, além da presença de diferentes profissões, o estabelecimento de estratégias pedagógicas focadas na aprendizagem dos limites e potencialidades do trabalho em conjunto e das possíveis contribuições das diversas profissões da saúde, seja na leitura das necessidades seja nas respostas a serem ofertadas aos usuários. Evidenciou-se ainda a necessidade

de estratégias pedagógicas que conciliem o dilema ocasionado pela demarcação estrita de territórios de atuação das profissões em contraposição à construção e realização de projetos terapêuticos de forma colaborativa em equipe, mesmo quando preservadas as especificidades das profissões.

Estratégias pedagógicas, tais como a inserção dos residentes em atividades que usualmente já são realizadas por dois ou mais profissionais dos serviços, possibilitaram a aprendizagem e prática de interações interprofissionais. Na atenção básica, a reunião de equipe foi a atividade primordialmente citada como aquela que produziria vivências interprofissionais. Na atenção hospitalar, as atividades apontadas nos resultados como facilitadoras de interações interprofissionais foram os atendimentos compartilhados e as discussões de casos que ocorreriam em encontros de profissionais fora de espaços formais, já que nesses ambientes não havia a reunião de equipe. Entretanto, as interações se apresentaram de duas formas diferentes na atenção hospitalar: ora possibilitavam a vivência da leitura compartilhada das necessidades dos usuários e da construção de propostas em conjunto, ora apenas se constituíam pelo compartilhamento de informações sobre os objetivos de intervenção de cada profissional, sem a construção de um projeto comum ou de intervenções em conjunto. Assim, a inclusão de residentes em atividades usualmente já realizadas pelos profissionais dos serviços foi apontada como estratégia para aprendizagem do trabalho em equipe, desde que existissem ações como pensar e discutir em conjunto e criar propostas e condutas terapêuticas conjuntas.

Ainda em relação à interação interprofissional, os resultados apontaram um aumento da comunicação e interação entre os residentes e os profissionais dos serviços ao longo da trajetória da formação. Um importante elemento da formação em serviço verificado referiu-se aos preceptores, que destacaram o “empoderamento” dos residentes para a interprofissionalidade com o decorrer do curso, ou seja, os residentes passaram a buscar profissionais do serviço para discutir casos e situações que envolviam os usuários. Além disso, residentes evidenciaram em seus relatos vivências de compartilhamento e colaboração entre as profissões, de aprendizagem do relacionamento interprofissional por meio da aquisição das habilidades de

escuta das diferentes profissões, de apresentação de seu próprio argumento durante discussões coletivas, de construção de planos de ação em conjunto e realização de ações sob orientação de outros profissionais a partir do prévio compartilhamento de saberes.

As percepções dos entrevistados sobre o perfil profissional para o trabalho em equipe foram ambivalentes. Por um lado, foi compreendido como de cunho pessoal e, por outro, como resultante do processo formativo na graduação. Os resultados evidenciaram que a formação em serviço possibilitou o preparo do profissional da saúde para o trabalho em uma equipe que tenha como característica o planejamento e a execução de ações em conjunto, de forma colaborativa.

Os resultados também apontaram características do trabalho em equipe presentes nos cenários educativos que caracterizaram a singularidade do processo de ensino-aprendizagem em cada contexto de formação. Na atenção hospitalar, o trabalho em equipe e as interações interprofissionais já realizadas pelos profissionais nos serviços se apresentaram de forma variada entre os programas estudados, com menor ou maior possibilidade de vivências de práticas colaborativas e interprofissionais entre residentes e profissionais dos serviços. Entretanto, as estratégias pedagógicas propostas pelos profissionais dos programas superaram a possibilidade de manutenção do *status quo* de serviços em que a interação interprofissional se fazia mais difícil, possibilitando a inserção de tutores, preceptores e residentes em espaços coletivos que produziam a construção conjunta de projetos terapêuticos.

Na atenção básica, duas diferentes estratégias de atenção à saúde compunham os cenários educativos: serviços com estratégia saúde da família e serviços tradicionais. Para os primeiros, os resultados mostraram que a atividade de reunião de equipe, atribuição regular das equipes de saúde da família (Brasil, 2011a), eram realizadas com foco em decisões da organização do trabalho, não centradas em seu maior objetivo, que seria a discussão em equipe sobre as necessidades dos usuários. Já o serviço tradicional se apresentou como um cenário educativo com poucas possibilidades de interações interprofissionais para a construção de projetos comuns aos

usuários, além da assistência centrada no profissional médico, dificultando, inclusive, o estabelecimento de fluxos de atendimento aos residentes.

A presença dos programas de residência multiprofissional nos serviços, conforme evidenciado nas entrevistas, teve o potencial de provocar mudanças em relação à cultura da interação e comunicação interprofissional nos serviços e em relação ao foco das discussões em equipe. Na atenção hospitalar, preceptores relataram que a residência possibilitou a aproximação entre os profissionais, de forma que um conhecesse o trabalho do outro, e introduziu atividades no cotidiano de trabalho, tais como reuniões coletivas entre os preceptores, com objetivo de discutir atividades do programa e de construir propostas comuns. Além disso, os profissionais preceptores expressaram reflexões sobre sua prática profissional tomando por base a experiência da interprofissionalidade possibilitada pela RMS.

Na atenção básica, os residentes apontaram a necessidade de mudança nos modos de funcionar das equipes dos serviços, de forma que as discussões em equipe se pautassem pelas necessidades dos usuários. Entretanto, os apontamentos de defasagens e as sugestões de novas possibilidades de trabalhar em equipe empreendidos por residentes foram acompanhados de tensões nas relações entre trabalhadores e residentes. Ainda assim, os resultados mostraram que os tutores mantiveram a expectativa de que a formação em serviço da RMS criasse condições para produzir nos profissionais dos serviços novos modos de atuar, como um processo de educação permanente das equipes.

No que tange às mudanças em relação ao trabalho na perspectiva do SUS, os resultados evidenciaram a importância da formação dos residentes e trabalhadores dos serviços para este fim. Nesse contexto, havia objetivos a serem alcançados com os programas, a despeito das dificuldades encontradas pela formação em serviço quando os residentes eram inseridos em equipes de trabalho que já atuavam no SUS, mas sem acesso à educação permanente para o aprimoramento de suas práticas.

A leitura de necessidades dos usuários, quando realizada por diversos profissionais, apresentou potencial para favorecer a aprendizagem da atenção aos usuários, às suas famílias e à comunidade, fator que incentivaria o

residente a promover diálogos interprofissionais para o planejamento de ações que atendam a tais necessidades.

Quanto à aprendizagem do cuidado em saúde, destacou-se nas entrevistas a complexidade de sua realização, além da conexão dessa atividade com a composição de saberes e práticas das diversas profissões como requisito para a elaboração adequada de respostas às necessidades apresentadas pelos usuários. Além disso, residentes perceberam o aumento da resolubilidade das respostas ofertadas aos usuários quando as ações eram planejadas e executadas de forma compartilhada em equipe. A formação para a clínica ampliada apareceu também como contribuição da RMS, mesmo que de forma ocasional.

Outro aspecto evidenciado nas entrevistas remeteu à formação para atuação na perspectiva de redes de atenção em saúde, possibilitando ao residente conhecer e refletir sobre as continuidades e rupturas das RAS presentes nos e pertencentes aos cenários educativos.

Não obstante, foram apontados desafios com que a interlocução ensino-serviço se deparava na formação para atuação na perspectiva do SUS, sobretudo na atenção hospitalar, como certo distanciamento das práticas do princípio da atenção integral. Além disso, também no cenário hospitalar, os resultados mostraram que as ações interprofissionais foram facilitadas quando os residentes tinham como objetivo a execução de procedimentos. Quando os residentes elegiam a realização de ações implicadas com a leitura de fatores sociais que acompanham os processos de saúde-doença, havia dificuldade na realização de ações compartilhadas e de parcerias com os profissionais dos serviços de formações distintas.

O potencial de mudanças das RMS identificado nesta pesquisa remeteu à formação dos residentes e à disseminação de práticas em equipe de forma colaborativa e na perspectiva do SUS nos serviços. Entretanto, foi evidenciada a necessidade de maior apoio da gestão, da educação permanente e dos atores presentes nos cenários educativos para o reconhecimento das mudanças necessárias à qualificação dos serviços e para realização de diálogos que possibilitem a execução de tais mudanças.

Em relação às singularidades da profissão terapia ocupacional na formação para a interprofissionalidade e a profissionalidade em programas de residência multiprofissional em saúde, os terapeutas ocupacionais apontaram particularidades da sua inserção profissional nos cenários educativos das RMS. Outros aspectos citados foram o desconhecimento sobre o papel profissional do TO e seus desdobramentos, os aspectos da produção de identidades, a fragmentação da atuação nas RMS e as contribuições da profissão terapia ocupacional para práticas colaborativas e interprofissionais no SUS.

Entre as particularidades da inserção profissional do terapeuta ocupacional identificadas, verificou-se a ausência ou escassez de profissionais terapeutas ocupacionais contratados para atuação nos cenários educativos estudados nesta pesquisa.

O deslocamento de profissionais de outros serviços para a realização da preceptoria geraria impactos na leitura que o preceptor realizava do trabalho em equipe, do residente e da equipe do serviço, entretanto, não se registraram dificuldades para a integração dos residentes às equipes mediada pelo preceptor.

Ainda como consequência da insuficiência ou ausência de profissionais de terapia ocupacional nos cenários educativos estudados, os residentes indicaram que foi frequente o desconhecimento – por profissionais e usuários – da atuação da profissão. Além disso, nos serviços em que o trabalho em equipe não constituía referência da gestão e organização do trabalho, como em unidades tradicionais da atenção básica, houve dificuldades para os residentes estabelecerem fluxos e demandas de atendimento com os profissionais dos serviços. Além de impactos nos programas ocasionados pelo desconhecimento sobre a profissão, preceptores relataram que tal fator também resultava em dificuldade em angariar recursos para o serviço de terapia ocupacional.

Ainda que haja significativo desconhecimento acerca da atuação da profissão nos cenários educativos estudados, notaram-se encaminhamentos realizados pelos profissionais dos serviços aos residentes de terapia ocupacional e a aproximação daqueles para perguntar sobre a atuação destes últimos. Além disso, alguns profissionais que tiveram contato com terapeutas

ocupacionais anteriormente referiram conhecer a profissão, que descreviam de acordo com ações pontuais que acompanharam da atuação da terapia ocupacional. Diante de tal realidade de desconhecimento da profissão, notou-se forte tendência dos terapeutas ocupacionais residentes, apoiados por preceptores e tutores, em apresentar a profissão aos usuários e profissionais dos serviços com a intenção de construir fluxos assistenciais e de produzir diálogos interprofissionais.

No que se refere à produção de identidades da profissão, os resultados destacaram que profissionais e residentes apresentavam dúvidas quanto às atividades privativas da profissão nas atenções em saúde do SUS, remetendo aos contornos ou limites da atuação profissional no trabalho em equipe e nos diferentes níveis tecnológicos que as atenções em saúde requerem. Além disso, a RMS possibilitou ao residente a aprendizagem de saberes e práticas da profissão, tais como conhecer e experimentar o exercício profissional, além das ações comuns aos profissionais de saúde e em equipe com o propósito do cuidado em saúde.

Os participantes informaram que os residentes, ao iniciarem a formação em serviço, possuíam maior conhecimento e experiência em determinado campo de atuação da profissão, fator que gerou um “especialismo precoce”. Entretanto, tal situação se apresentou ora como resultante da formação graduada, ora como escolha do próprio residente, e foi referida como um desafio aos programas para formar os residentes com vistas à integralidade da atenção nos serviços do SUS. A falta de formação generalista nas graduações era compreendida pelos tutores como principal fator a dificultar reflexões sobre o papel do TO nos serviços e a leitura ampliada de necessidades dos usuários. Ainda assim, os resultados mostraram relativo direcionamento da formação dos residentes para determinada área de atuação da profissão em que o tutor ou preceptor possuía maior experiência, impactando a formação generalista.

No que tange às contribuições da profissão terapia ocupacional ao trabalho interprofissional no SUS, os resultados destacaram algumas das atividades realizadas pelos terapeutas ocupacionais que favoreciam a composição de ações com outras profissões, tais como o uso de atividades, a

técnica de análise de atividade e dos papéis sociais dos usuários e atividades grupais. As entrevistas mostraram que a característica interdisciplinar dos conhecimentos adquiridos na formação graduada de terapeutas ocupacionais possibilitou ao profissional a habilidade para coordenar equipes interprofissionais e a facilidade para participar de atividades interprofissionais na perspectiva da atenção integral.

A atuação do TO como mediador do cuidado em saúde de pessoas com deficiência e transtornos mentais também constituiu contribuição importante da profissão às ações interprofissionais no SUS.

Apontam-se as limitações do estudo diante da opção de coleta de dados apenas com terapeutas ocupacionais. Compreende-se que a inclusão de profissionais de diversas categorias profissionais que compõem as RMS permitiria melhor compreensão das percepções de profissionais da saúde em relação ao processo de formação para a profissionalidade e a interprofissionalidade no âmbito das residências multiprofissionais em saúde.

Outra limitação se referiu ao número restrito de programas estudados, o que talvez tenha comprometido uma compreensão mais ampla do objeto de estudo, visto que os resultados apontaram singularidades da inserção profissional nos serviços, com características peculiares de cada programa. Assim, apesar dos resultados extensos, estes não podem ser generalizados para a totalidade dos programas existentes no país no que diz respeito à formação de terapeutas ocupacionais para a profissionalidade e a interprofissionalidade nas RMS.

Cabe esclarecer que ambas as limitações em parte se relacionam à necessidade de um recorte do objeto de estudo, por se tratar de um mestrado, com tempo definido para sua conclusão, e pelo interesse e necessidade de produzir uma reflexão específica sobre a situação da terapia ocupacional. Assim, as limitações são indicadas para a continuidade do estudo e futuras pesquisas, que permitirão compreender de forma mais ampla o tema aqui abordado.

Finalmente, este estudo contribuiu para a compreensão acerca da formação de terapeutas ocupacionais para a profissionalidade e interprofissionalidade nas RMS e apontou a estreita interface da formação com

o contexto dos cenários educativos, no que se refere à sua organização e interação interprofissional preexistente. Além disso, reforçou o potencial de mudanças que os programas apresentam para a atuação dos residentes como futuros profissionais na perspectiva do trabalho em equipe colaborativo no SUS e também para mudanças na atuação dos profissionais que se relacionam com os programas, principalmente os preceptores. A pesquisa também permitiu compreender que os programas de residência multiprofissional abrem possibilidades para a disseminação do conhecimento sobre a atuação da profissão em cenários em que não há terapeutas ocupacionais contratados. Ao mesmo tempo, os programas estudados aprimoram a prática do núcleo específico de saberes e práticas da terapia ocupacional, na perspectiva do SUS, de forma generalista, e com práticas colaborativas em equipes multiprofissionais.

8 ANEXOS

Anexo A: Aprovação do Comitê de Ética



APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **28/08/2013**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **268/13** intitulado: **“TERAPIA OCUPACIONAL, EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E FORMAÇÃO EM SERVIÇO”** apresentado pelo **Departamento de FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL**

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Sandra Maria Galheigo

Pesquisador (a) Executante: Aline Gomes Medina

CEP-FMUSP, 02 de Setembro de 2013.



Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo B: Termo Consentimento Livre e Esclarecido

1

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº: APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº: APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: TERAPIA OCUPACIONAL, EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E FORMAÇÃO EM SERVIÇO

PESQUISADOR : Sandra Maria Galheigo

CARGO/FUNÇÃO: docente..... INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº .256/TO – 3ª região

UNIDADE DO HCFMUSP: Faculdade de Medicina..... de

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO RISCO MAIOR

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 18 meses

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: "TERAPIA OCUPACIONAL, EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E FORMAÇÃO EM SERVIÇO", que tem como objetivo **conhecer e refletir sobre os desafios e tendências do processo de educação profissional e interprofissional do terapeuta ocupacional no âmbito das residências multiprofissionais de saúde**. Este é um estudo exploratório, descritivo e reflexivo baseado em uma abordagem qualitativa, com até 16 tutores, preceptores e residentes de terapia ocupacional. A pesquisa terá duração de 02 anos, com o término previsto para dezembro de 2014.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista com duração de até 2 horas. A entrevista será gravada para posterior transcrição e análise de sua temática sem que se faça qualquer juízo de valor ou exposição pessoal em relação às situações-problema que trazer. Em seguida as gravações serão destruídas.

Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Sua identidade e a de seu serviço serão mantidos em sigilo na análise e na apresentação dos resultados da pesquisa e sua imagem e dignidade e a de seu serviço não serão comprometidas de nenhuma forma.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

O (a) Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação. O benefício relacionado a sua participação será o de contribuições significativas para a compreensão dos desafios, tendências e dificuldades da formação para a prática profissional do terapeuta ocupacional e para o exercício da interprofissionalidade na RMS. A pesquisadora responsável se compromete a socializar os resultados da pesquisa com a produção da dissertação de mestrado.

O Sr./Sra. poderá solicitar às pesquisadoras, todo e qualquer esclarecimento que for necessário, no decorrer do estudo. A principal investigadora é a Prof.ª Dr.ª Sandra Maria Galheigo que pode ser encontrada no endereço Centro de Docência e Pesquisa, Rua Cipotânea 51, Cidade Universitária, Laboratório ACCALANTO, Telefone (011) 3091-8435. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar – tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "TERAPIA OCUPACIONAL, EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E FORMAÇÃO EM SERVIÇO".

Eu discuti com a Dr.ª Sandra Maria Galheigo sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo para minha pessoa.

Assinatura do participante

Data ____/____/____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

35º Encontro de Especialistas de Geriatria e Gerontologia; 1983; São Paulo, SP. *Anais*. São Paulo; 1983.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence*. Oxford: Blackwell; 2005.

Barreto IC de HC, Loiola FA, Andrade LOM, Moreira AEMM, Cavalcanti CGC de S, Arruda CAM, Silva ALF. O desenvolvimento da prática da colaboração interprofissional na graduação em saúde: o estudo do caso da Liga de Saúde da Família de Fortaleza (Ceará/Brasil). *Interface: Comunic, Saúde, Educ*. 2011;15(36):199-211.

Barros DD, Ghirardi MIG, Lopes RE. Terapia ocupacional e sociedade. *Rev de Ter Ocup da Univ São Paulo*. 1999;10(2/3):69-74.

Barros F da S, Pinheiro R. Notas técnicas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização em saúde. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS / UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2010. p.111-28.

Bassi BGC, Malfitano APS, Bianchi PC. O terapeuta ocupacional na atenção básica em saúde: a representatividade em revistas e nos congressos da área. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2012;20(3):443-54.

Batista ND. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. *Caderno FNEPAS*. 2012;2:25-8.

Bonaldi C, Gomes, R da S, Louzada APF, Pinheiro R. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Cepesc / Abrasco; 2010. p.53-72.

Brasil. Ministério da Educação. Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar dos HU Federais [on-line]. Brasília (DF): Ministério da Educação; [sd] [citado 24 out 2015]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/residencia_multiprofissional.pdf.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988* [on-line]. Brasília (DF); 1988 [citado 24 out 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [on-line]. Brasília (DF); 1990 [citado 24 out 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: A clínica ampliada* [on-line]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [citado 24 out 2015]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/cartilha_clinica_ampliada.pdf.

Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2005a, 4 nov; seção 2.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde para os cursos de graduação em medicina, enfermagem e odontologia. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2005b, 4 nov; seção 1:111.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 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 nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. 2005c 30 jun; [citado 24 out 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm.

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*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Pró-saúde: *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde* [on-line]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007a [citado 24 out 2015]. 78 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2007b 27 nov; seção 1:44.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2007c 22 ago; seção 1:162.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* [on-line]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007d [citado 01 nov 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf.

Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2008 27 ago; seção 1:27.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009a. 64 p.

Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e Residências e Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS*. Exercício 2007/2009 [on-line]. 2009b [citado 24 out 2015]. Disponível em: <http://www.sbfa.org.br/portal/pdf/Relatorio%20Atividades%20CNRMS%202007%202009.pdf>.

Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2009c 13 nov; seção 1:7.

Brasil, Ministério da Educação. *Informações sobre a implementação dos Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde discutidas no III Fórum de Dirigentes dos Hospitais Universitários Federais* [on-line]. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2009d [citado 24 out 2015]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/esclarecimentos_residmultiprof.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família* [on-line]. Brasília (DF): Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica; 2010 [citado 24 out 2015]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab27>.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [on-line]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011a [citado 24 out 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Cadernos Humaniza SUS. Atenção hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b; Série B.

Brasil. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2012a 16 abr; seção 1:24-5.

Brasil. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 1, de 30 de janeiro de 2012. Institui as Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2012b 30 jan; seção 1:29-30.

Caipe. Centre For The Advancement of Interprofessional Education. *Interprofessional Education*. The definition [on-line]. 2002 [citado 14 out 2014]. Disponível em: <http://caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>.

Caldeira VA. *A prática de terapia ocupacional em unidade básica em saúde na atenção às pessoas com deficiência* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

Camelo SHH, O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2011;16(4):734-40.

Campos GW de S, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos, GW de S, Guerrero AVP. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008. p.132-53.

Campos GW de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2000;5(2):219-30.

Carvalho AB, Nepomuceno LB. A residência multiprofissional em saúde da família potencializando a transformação através da formação: uma utopia necessária. *Sanare*. 2008;7(2):31-7.

Carvalho, CRA de C. A identidade profissional dos terapeutas ocupacionais: considerações a partir do conceito de Erwing Goffman. *Saúde Soc*. 2012;21(2):364-71.

Carvalho, CRA de. *A atuação dos terapeutas ocupacionais em unidades públicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro* [dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

Castelo Branco, MFF. *Terapeuta Ocupacional: Construção de uma identidade profissional* [dissertação]. Universidade Federal de Pernambuco; 2003.

Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(2):373-83.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública* [on-line]. 2004 [citado 11 nov 2015];20(5):1400-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500036&script=sci_arttext.

Cecílio LCO, Merhy EE. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar* [on-line]. Campinas; 2003 [citado 11 nov 2014]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ / IMS / ABRASCO; 2001.

Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. *R Bras Enferm*. 2000;53(especial):143-7.

CIHC. Canadian Interprofessional Health Collaborative. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. *A National Interprofessional Competency Framework*. Canadá: University of British Columbia; 2010. p.32.

Cohn A, Elias PE do M. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(Supl):173-80.

Constantinidis TC, Cunha AC da. A formação em terapia ocupacional: entre o ideal e o real. *Rev de Ter Ocup da Univ São Paulo*. 2013;24(2):149-54.

Costa KLS, Miranda FAN. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde* [on-line]. 2008 [citado 11 nov 2014]; 6(3):503-18. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martin-Rodrigues LS, Pineaut R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*. 2008;8:188.

Da Ros MA, Pierantoni CR, Haddad AE, Ribeiro C, Severo DO, Souza TT de. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário. *Cadernos RH Saúde* [on-line]. 2006 [citado 19 out 2014]; 3(1):103-11. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf.

Dallegre D, Kruse MHL. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. *Interface*. 2009;13(28):213-37.

Drumond A de F, Magalhães L de C. Tendências da formação do terapeuta ocupacional no Brasil. *Rev de Ter Ocup da Univ São Paulo*. 2001;12(1):34-9.

Fernandez, JMF Capital simbólico, dominación y legitimidad. Las raíces weberianas de la sociologia de Pierre Bourdieu. *Papers*. 2013; 98(1): 33-60.

Ferreira RC, Varga CRR, Silva RF. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(Supl. 1):1421-28.

Feuerwerker LCM, Cecílio LC de O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(4):965-71.

Feuerwerker LCM. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. *Interface* (Botucatu) [periódico na Internet]. 2009 mar. [citado 19 out 2014]; 13(28):213-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000100020&script=sci_arttext.

Feuerwerker LM, Almeida M. Diretrizes Curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! *Rev Bras de Enferm* [periódico na Internet]. 2003 ago [citado 19 out de 2014]; 56(4):351-2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-71672003000400006.

Flick U. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Tradução de Sandra Netz. 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman; 2004. 312 p.

Furtado EA. Conversando sobre identidade profissional. *Rev de Ter Ocup da Univ São Paulo*. 1999;10(2):46-8.

Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface*. 2007;11(22):239-55.

Galheigo SM, Angeli AAC. Terapia ocupacional e o cuidado integral à saúde de crianças e adolescentes: a construção do Projeto ACCALANTO. *Rev de Ter Ocup da Univ São Paulo*. 2008;19(1):20-8.

Galheigo SM, Tessuto L de AA. Trajetórias, percepções e inquietações de terapeutas ocupacionais do Estado de São Paulo no âmbito das práticas da terapia ocupacional no hospital. *Rev de Ter Ocup da Univ São Paulo*. 2010;(21)1:23-32.

Galheigo SM. A transdisciplinaridade enquanto princípio e realidade das ações de saúde. *Rev de Ter Ocup da Univ São Paulo*. 2010;10(2):49-54.

Galheigo SM. Perspectiva crítica y compleja de Terapia Ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. *Terapia Ocupacional Galicia (A Coruña)* [revista en Internet]. 2012;. monogr 5:1-13.

Galheigo SM. Sobre identidades, latinoamericanidades e construção de saberes em Terapia Ocupacional: diálogos com Boaventura de Sousa Santos. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2014;22(1):215-21.

Galheigo SM. Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática. *Rev de Ter Ocup da Univ São Paulo*. 2008; (19)1:20-8.

Gerlack LF, Moreira LB, Serbim AK, Remor CB, Motta D de S, Pereira GN et al. Saúde do idoso: residência multiprofissional como instrumento transformador do cuidado. *Rev Ciência & Saúde*. 2009;2(2):104-8.

Germani ACC, Oliver FC, Rocha EF, Carvalho YM, Peduzzi M, Sangaleti C. Aprender a trabalhar juntos: desafios no ensino da prática interprofissional e colaborativa [on-line]. 2013 [citado 10 out 2015]. Disponível em: http://www.convibra.org/upload/paper/2013/59/2013_59_6391.pdf.

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1171-81.

Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):490-8.

Gomes R, Pinheiro R, Guizardi FL. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: Pinheiro R, Mattos RA de. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Cepesc / Abrasco; 2005. p.105-16.

Gomes R, Silva FH da, Pinheiro R, Barros MEB de. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: Pinheiro R, Barros MEB de, Mattos RA de, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Cepesc / Abrasco; 2010. p.19-36.

Gomes R. Análise e Interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MC de S, organizadores. *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2012. 79-107.

González AD, Almeida MJ de. Movimentos de mudança na formação 551 em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis Revista de Saúde Coletiva*.2010;20(2):551-70.

Haddad AE. Sobre a residência multiprofissional em saúde. *Interface*. 2009;13(28): 213-37.

Heckert ALC, Neves CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Pinheiro R, Barros MEB de, Mattos RA de, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Cepesc / Abrasco; 2010a. p.145-60.

Henriques, RLM. . In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Cepesc / Abrasco; 2005. 147-59.

Honorato CE de M, Pinheiro R. “Trabalho político”: considerando uma categoria analítica para análise da integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. In: Pinheiro R et al. , organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Cepesc / Abrasco; 2010. 85-110.

Klock AD, Heck RM, Casarim ST. Cuidado domiciliar: A experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14 (2):237-45.

Lima EMF. A Identidade e complexidade: composições no campo da terapia ocupacional. *Rev de Ter Ocup da Univ São Paulo*. 1999;10(2):42-5.

Lima EMF. As atividades no campo da terapia ocupacional: mapeamento da produção científica dos terapeutas ocupacionais brasileiros de 1990 a 2008. *Rev de Ter Ocup da Univ São Paulo*. 2011;22(1):68-75.

Lopes RE. A direção que construímos: algumas reflexões sobre a formação do terapeuta ocupacional. *Rev de Ter Ocup da Univ São Paulo*. 1996;4(7):27-35.

Lopes RE. Currículo mínimo para a terapia ocupacional: uma questão técnico-ideológica. *Rev de Ter Ocup da Univ São Paulo*. 1990;1(1):33-41.

Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva* [on-line]. 2007 [citado 11 nov 2014]; 12(2):335-42. Disponível em: http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf?origin=publication_detail

Malfitano APS, Bianchi PC. Terapia ocupacional e atuação em contextos de vulnerabilidade social: distinções e proximidades entre a área social e o campo de atenção básica em saúde. *Cad Ter Ocup Univ de São Carlos*. 2013;21(3):563-74.

Mângia EF, Almeida MC, Lancman S. A formação dos terapeutas ocupacionais e os processos de mudança nas graduações em saúde [Editorial]. *Rev de Ter Ocup da Univ São Paulo*. 2005;16(3): i-ii.

Mângia EF. Apontamento sobre o campo da terapia ocupacional. *Rev de Ter Ocup da Univ São Paulo*. 1998;9(1):5-13.

Mângia EF. Terapia Ocupacional: Práticas, discursos e a questão de legitimidade científica. *Rev de Ter Ocup da Univ São Paulo*. 1999;10(2/3):55-9.

Manho F, Soares LBT, Nicolau SM. Reflexões sobre a prática do residente terapeuta ocupacional na estratégia saúde da família no município de São Carlos. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2013;24(3):233-41.

Matuda CG. *Cooperação interprofissional: percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo (SP)* [dissertação]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2012.

May T. *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Medeiros M, Munari DB, Bezerra ALQ, Barbosa MA. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Guilhem D, Zicker F, organizadores. *Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios*. Brasília (DF): Letras Livres / UnB; 2007. p. 99-118.

Mendes EV. *As redes de atenção em saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.

Merhy E. *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência*. Campinas: DMPS/FCM/Unicamp; 1997.

Minayo M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004. 269p.

Minayo MC de S, organizadora. Deslandes, RGF. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 31a ed. Petrópolis: Vozes, 2012, 107 p.

Miranda L, Onocko-Campos RT. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(6).

Miranda Neto MV de. Limites e potencialidades da residência multiprofissional em saúde para a educação interprofissional. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2015.

Mitre RM de A. Terapia ocupacional nos contextos hospitalares: possibilidades e desafios da residência multiprofissional. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2012;20(2): 191-4.

Nascimento DDG, Oliveira MAC. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. *Reme – Rev Min Enf*. 2006;10(4):435-9.

Nascimento DDG. A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

OMS. Gabinete da Rede de Profissões de Saúde – Enfermagem & Obstetrícia do Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*. Genebra: OMS; 2010. 64p.

Orchard CA. Persistent isolationist or collaborator? The nurses role in interprofessional collaborative practice. *Journal of Nursing Management*. 2010;18:248-57.

Paiva LFA, Souza FR, Savioli KC, Vieira JL. A Terapia Ocupacional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2013;21(3):595-600.

Pasini VL. Residência multiprofissional em saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS [Tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2010. 155 f.

Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC de. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm Univ São Paulo*. 2013;47(4):977-83.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* [on-line]. 2001 [citado 11 nov 2014]; 35(1):103-9. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Cepesc / Abrasco; 2010. p.161-77.

Peroni MB, Malachowski AP, Bianchini L, Fidalgo TM, Silveira DX da. O ensino de Terapia Ocupacional na clínica das dependências: Uma experiência na liga acadêmica de farmacodependências (Proad – Unifesp). *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2014;22(Suplemento Especial):119-24.

Pimentel AM, Costa MTB, Souza FR. Terapia ocupacional na atenção básica: a construção de uma prática. *Rev de Ter Ocup da Univ São Paulo*. 2011;22(2):110-6.

Pinheiro R, Guizardi FL, Machado FRS, Gomes R da S. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade?: algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Cepesc / Abrasco; 2005; 33-54.

Reis F, Gomes ML, Aoki M. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: reflexões sobre as populações atendidas. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2012;20(3):341-50.

Reis F. Terapia Ocupacional no apoio à equipe de saúde da família: como superar os desafios iniciais da implantação das ações? *Revista Baiana de Terapia Ocupacional*. 2012 dez;1(1):42-56.

Rocha EF, Paiva LFA, Oliveira R dos H. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2012;20(3):351-61.

Rocha EF, Souza CCBX. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2011;22(1):36-44.

Silva RHA da, Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação*. 2011;16(1):167-84.

Silva, RS A da. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). *Educar em Revista*. 2011;(39):159-75.

Soares LBT. *Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?* São Paulo: Hucitec; 1989.

Souto T da S, Batista SH, Batista NA. A Educação Interprofissional na Formação em Psicologia: Olhares de Estudantes. *Psicologia: Ciência e profissão*. 2014;34(1):32-45.

Stoffel DP, Nickel R. A utilização da atividade como ferramenta no processo de intervenção do terapeuta ocupacional em reabilitação neurológica. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2013;21(3):617-22.

Tirado MGA, Almeida MC, Lopes RE, Galheigo SM. Terapia Ocupacional. In: Haddad AE, Pierantoni CR, Ristoff D, Xavier IM, Giolo J, Silva LB, organizadores. *A trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991-2004*. Brasília: MEC/Inep; 2006.

Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 2012.