**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MANOEL VIEIRA DE MIRANDA NETO

**LIMITES E POTENCIALIDADES DA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PARA A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL**

**SÃO PAULO
2015**

MANOEL VIEIRA DE MIRANDA NETO

**LIMITES E POTENCIALIDADES DA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PARA A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Amélia de Campos Oliveira

“Versão corrigida”

A versão original encontra-se na Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

**SÃO PAULO
2015**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Miranda Neto, Manoel Vieira de

Limites e potencialidades da residência multiprofissional em saúde para a educação interprofissional / Manoel Vieira de Miranda Neto. São Paulo, 2015.

204 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Amélia de Campos Oliveira

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Educação interprofissional. 2. Educação em saúde.
3. Ensino superior. 4. Desenvolvimento profissional - Formação profissional. I. Título.

Nome: Manoel Vieira de Miranda Neto

Título: Limites e potencialidades da residência multiprofissional em saúde para a educação interprofissional.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A minha mãe, **Jania Maura Miranda**, uma verdadeira guerreira, o espelho de minha vida, que sempre me surpreende por sua generosidade! Obrigado pelo carinho, cuidado, confiança e o mais puro amor que eu posso receber. Dedico este trabalho e todas as vitórias de minha vida a você. Minha eterna gratidão!*

*A todos os **Residentes, Professores, Trabalhadores e Estudantes** comprometidos com a construção do SUS e do bem comum, reconhecendo a responsabilidade social da formação em saúde. “Sem luta não há triunfo”!*

AGRADECIMENTOS

*À **Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira**, por ser uma orientadora primorosa e por contribuir para construção de minha identidade pessoal e profissional. Obrigado pela feliz convivência, confiança, apoio, carinho, ensinamentos, incentivo e momentos de verdadeira alegria, sempre regados com cafezinhos na copa do Departamento.*

*Às **Profas. Dras. Marina Peduzzi e Anna Claudia Camargo Gonçalves Germani**, por suas contribuições essenciais no exame de qualificação, assim como pelo incentivo ao estudo da Educação Interprofissional.*

*À **Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva**, por ter me apresentado a Educação Interprofissional e me instigado à construção do objeto de estudo desta pesquisa. Suas contribuições foram essenciais. Você também é responsável por este estudo.*

*À **Profa. Dra. Anna Maria Chiesa**, por ter se disponibilizado para coordenar o grupo focal e colaborado para a criação do roteiro. Sua participação foi importantíssima, muito obrigado!*

*À **Profa. Dra. Valéria Marli Leonello**, pela convivência agradável e por compartilhar ensinamentos preciosos. Você é um exemplo!*

*Aos meus familiares, minha irmã **Ligia**, meu sobrinho **Jorge**, e meu cunhado **Tony**, que sempre me apoiaram e acreditam em mim. Vocês foram essenciais nesta trajetória*

*Ao **Lucas**, obrigado por todo companheirismo, amor, compreensão, incentivo, carinho e cuidado e por sempre afirmar que eu conseguiria. Você tornou tudo mais leve estando ao meu lado!*

*À **Renata Laszlo Torres**, minha grande irmã da vida, por me fazer compreender o verdadeiro sentido da palavra “amizade”, seu coração é lindo e seu apoio foi essencial ao longo desta trajetória. Obrigado por tudo e por fazer parte de minha vida!*

*Aos amigos, **Fernanda Carpanelli, Gustavo Ferrari e Jaqueline Betelloni**, pela torcida frequente, e a todos aqueles que mandaram pensamentos positivos.*

*Às amigas **Cintia Hitomi Yamashita, Jaqueline Correia Gaspar e Juliana Guisardi Pereira**, pelos momentos de descontração, incentivo e alegrias.*

*Aos amigos **Caroline Diniz e Flávio Borges**, por acreditarem em mim e me permitirem oportunidades de crescimento profissional.*

*Aos **Tutores e à V Turma de Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar**, especialmente a **Daiane Martins, Flávia Manho, João Carlos Fonseca, Karine Becker, Laís Magri, Luís Moura, Mayara Assoni, Nayara Lima, Pedro Alves e Tarsila Lopes**, por fazerem da Residência uma experiência pessoal e profissional transformadora em minha vida.*

*Aos **Trabalhadores da Unidade de Saúde da Família “Cidade Aracy EQ I”**, e à enfermeira **Diana Romano**, por propiciarem momentos riquíssimos ao longo dos dois anos de Residência. Vocês me fizeram acreditar no SUS verdadeiro e tornaram minha formação na Residência uma experiência valiosa.*

*À **Equipe de Professoras da disciplina optativa “Prática, Formação e Educação Interprofissional”**, à **Aline Medina** e aos **alunos**, meus sinceros agradecimentos pela oportunidade de aprendizado através da realização do estágio supervisionado no Programa de Aperfeiçoamento de Ensino da USP. Vocês me fizeram acreditar que a formação pode ser diferente. Obrigado pela prazerosa convivência.*

As docentes do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, por terem contribuído para minha formação em Saúde Coletiva. Vocês me apresentaram uma nova “visão de mundo”.

Aos trabalhadores da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que sempre estiveram presentes em minha vida desde o primeiro ano da graduação até os dias atuais.

Aos colegas de disciplinas que propiciaram momentos de intensa aprendizagem, compartilhando conhecimento, ideias, dúvidas e ansiedades.

Às minhas parceiras de trabalho, Daniela Garcia e Mayumi Pagotto, por sempre demonstrarem preocupação, incentivo e por tornarem o trabalho tão agradável!

Aos Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da UNIFESP, campus Baixada Santista, por terem participado desta pesquisa e me propiciado experiências maravilhosas. Vocês fazem a diferença!

À Profa. Dra. Ieda Maria Ávila Vargas Dias, por ter me recebido com tanto carinho nas visitas a Santos, mostrando-se disponível e oferecendo todo o apoio necessário para realização desta pesquisa, assim como ao Secretário Eduardo, que cuidou dos detalhes para que tudo desse certo!

A todos os Coordenadores e amigos dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde que gentilmente disponibilizaram os Projetos Político-Pedagógicos para realização da análise documental.

À CAPES, Coordenação da Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela concessão da bolsa de demanda social durante a realização do mestrado.

“Hoje desaprendo o que tinha aprendido até ontem e que amanhã recomencarei a aprender. Todos os dias desfaleço e desfaço-me em cinza efêmera: todos os dias reconstruo minhas edificações, em sonho eternas”.

Cecília Meireles (2001).

“Não é na resignação, mas na rebeldia em face das injustiças que nos afirmaremos”.

Paulo Freire (1996)

APRESENTAÇÃO

Ingressei no Bacharelado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) em 2007 e desde a graduação tenho grande interesse na interface entre as áreas de educação e trabalho em saúde.

Em 2009, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, realizei um projeto de iniciação científica que investigou os contextos institucionais no ensino superior em Enfermagem no estado de São Paulo. A pesquisa revelou como os diferentes contextos das instituições de ensino superior repercutem na qualidade da formação dos profissionais de Enfermagem, assim como no processo de trabalho docente.

Entre 2011 e 2013, atuei como enfermeiro residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos quando tive a oportunidade de vivenciar uma experiência de formação profissional em serviço, pautada na educação interprofissional e em metodologias ativas de ensino aprendizagem.

Esse foi um processo intenso e importantíssimo para minha formação pessoal e profissional, razão pela qual considero que, diante da complexidade dos fenômenos da saúde, as residências multiprofissionais são uma estratégia de formação valiosa para a formação de profissionais críticos e reflexivos.

Na Residência presenciei inúmeros conflitos políticos entre a Universidade e a gestão municipal, que não conseguiram estabelecer um contrato de parceria para que as atividades de ensino e aprendizagem acontecessem nos serviços próprios da rede de saúde. Com isso, foram gerados diversos problemas relacionados à presença dos residentes nesses serviços, que se somaram aos obstáculos existentes dentro da própria instituição de

ensino, como a indefinição da localização da residência na estrutura universitária.

A situação foi agravada pela decisão do Ministério da Saúde de retirar as bolsas de tutores e preceptores e cancelar o repasse de subsídios financeiros aos programas de residência, mantendo apenas as bolsas dos residentes. Isso provocou o afastamento de diversos tutores e preceptores e um intenso desgaste para a manutenção do Programa, que foi interrompido em maio de 2014, sem previsão de abertura de novas turmas até que se concretize uma nova parceria entre Universidade e a Prefeitura Municipal.

Este processo inquietou-me profundamente, pois acredito nas potencialidades das residências multiprofissionais em saúde como uma estratégia de formação em serviço voltada para a capacitação de trabalhadores para o SUS.

Ao ingressar no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da EEUSP, nas disciplinas da Pós-Graduação que cursei, pude refletir sobre diversos fenômenos que poderia tomar como objeto de estudo. Nesse processo, fui apresentado ao conceito de educação interprofissional e identifiquei um caminho que poderia percorrer como pesquisador em formação que permitiria responder a meu interesse em estudar as categorias trabalho e educação, no contexto das residências multiprofissionais em saúde.

Espero que este estudo possa contribuir para o aprofundamento e o debate sobre as residências multiprofissionais em saúde como estratégia de formação de profissionais para o SUS e sobre a educação interprofissional, tema emergente e relevante mundialmente, ainda pouco investigado no contexto brasileiro, trazendo subsídios para a reflexão sobre uma realidade ainda pouco estudada.

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

RESUMO

Este estudo tem como objeto a formação interprofissional em programas de residência multiprofissional em saúde (PRMS) por meio da educação interprofissional (EIP). Seus objetivos foram: compreender os limites e as potencialidades das residências multiprofissionais em saúde para a EIP; descrever os PRMS do estado de São Paulo; identificar um programa de PRMS com um cenário altamente favorável para a EIP e analisar a percepção dos residentes a respeito dos limites e das potencialidades desse PRMS para a EIP. Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. Realizou-se a análise documental de seis projetos político-pedagógicos (PPP) dos sete PRMS oferecidos no estado de São Paulo para identificar o mais favorável à EIP. Em seguida, realizou-se um grupo focal com os residentes do programa selecionado. O material empírico resultante da transcrição do grupo focal foi submetido à técnica da análise de discurso. A análise documental revelou aproximações e distanciamentos da EIP em todos os PPP analisados, assim como elementos relacionados à colaboração como finalidade do processo ensino e aprendizagem, objetivos da formação, organização didático-pedagógica, matrizes pedagógicas, proposta curricular, adoção do modelo de competências e formatos de avaliação institucional e do ensino. A análise documental revelou o compromisso social de todos os programas com a formação e sua possibilidade de promover melhorias na qualidade do cuidado com foco na integralidade e nas necessidades de saúde. O programa mais favorável à educação interprofissional foi a Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista. O material empírico proveniente da transcrição do grupo focal com os residentes evidenciou temas que foram inseridos nas categorias empíricas definidas *a priori* para a construção do roteiro do grupo focal: “Vivenciando a residência multiprofissional”, “Limites da residência multiprofissional para a EIP”, “Potencialidades da residência multiprofissional para a EIP” e “Impactos das práticas profissionais como residente para a melhoria da qualidade assistência”. Foram identificados limites relacionados a relações

peçoais e interprofissionais, necessidade de apoio institucional e fragilidades na integraço ensino-serviço. Em relaço às potencialidades, destacaram-se a transformaço provocada pelo apoio institucional, a reorganizaço do programa e dos cenários de prática profissional e a integralidade como foco das práticas profissionais. A EIP mostrou-se uma abordagem adequada ao contexto da RMS, reorientando a formação em saúde e contribuindo para fortalecer a identidade profissional, desconstruir estereótipos e preconceitos profissionais, além de permitir aos residentes reconhecer competências comuns e complementares específicas e perceberem-se produzindo práticas interprofissionais colaborativas, com impactos positivos na qualidade da assistência, o que lhes causou satisfação profissional. Entretanto, o processo educacional causou intenso sofrimento aos participantes. Em síntese, considera-se que a efetivaço da EIP no contexto da residência multiprofissional estudada requer medidas de ajuste relacionadas à sua implantaço, conduço e avaliaço, de forma articulada entre os níveis individual, organizacional e político.

Palavras-chave: Residência; Educaço Interprofissional; Formaço em Saúde; Colaboraço.

Miranda Neto MV. Limitations and strengths of multiprofessional residency in health for interprofessional education [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2015.

ABSTRACT

The object of this study was the interprofessional qualification in multiprofessional residency programs in health (MRPH) by means of interprofessional education (IPE). The study objectives were to understand the limitations and strengths of multiprofessional residency programs in health for IPE; to describe the MRPH in the state of São Paulo; to identify a multiprofessional residency program in health with a highly favorable scenario for IPE and to analyze the perception of residents as regards the limitations and strengths of this program for IPE. This was an exploratory, descriptive study, using a qualitative approach. A documentary analysis of the six political-pedagogical projects (PPP) of the seven MRPH offered in the state of São Paulo was conducted to identify the most favorable program to IPE. In the sequence, a focus group was performed with the residents of the selected group. The empirical material resulting from the transcription of the focus group was submitted to the discourse analysis technique. Documentary analysis revealed close and distant points from IPE at all PPP analyzed, as well as elements related to the collaboration as purpose of the teaching and learning process, objectives of the educational program, didactic-pedagogical organization, pedagogical matrixes, curricular proposal, adoption of the model of competences and formats of institutional and teaching evaluation. In addition, it revealed the social commitment of all of the programs to education and its possibility of promoting improvements in the quality of care focused on comprehensiveness and on health needs. The most favorable program to interprofessional education was the Multiprofessional Residency in Health Care of the Federal University of São Paulo, at the Baixada Santista campus. The empirical material resulting from the transcription of the focus group with the residents evidenced themes that were inserted in the empirical categories defined a priori for the construction of the focus group script: "Experiencing the multiprofessional residency", "Limitations of the multiprofessional residency for IPE", "Strengths of the multiprofessional residency for IPE" and "Impacts of the professional practices as an resident to improve care quality". The authors identified limitations related to personal and interprofessional relationships, the need for institutional support and weaknesses in

the teaching-service integration. Regarding the strengths, the transformation caused by the institutional support, the reorganization of both the program and the scenarios of professional practice and comprehensiveness as focus of the professional practices stood out. Interprofessional education proved to be an appropriate approach to the context of multiprofessional residency in health, reorienting health education and contributing to strengthen professional identity, to deconstruct professional prejudice and stereotypes, besides allowing the residents to recognize common and specific complementary competences and to perceive themselves as producing collaborative interprofessional practices, with positive impacts in the quality of care, which led to professional satisfaction. However, the educational process caused intense suffering to the participants. In summary, developing IPE in the studied context of multiprofessional residency requires adjustment measures related to its implementation, conduction and evaluation, in an articulated manner among the individual, organizational and political levels.

Keywords: Residency; Interprofessional education; Health education; Collaboration.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

- Figura 1** – Sistemas de saúde e educação..... 39
- Figura 2** – Categorias empíricas e temas identificados através da análise de discurso. São Paulo, 2015..... 80
- Figura 3** – Focus da EIP. Fonte: Barr et al., 2005. Tradução livre..... 110

QUADROS

- Quadro 1** – Competências para formação e atuação multiprofissional na Estratégia Saúde da Família, por área de domínio 34
- Quadro 2** – PRMS do Estado de São Paulo (Área: Saúde Coletiva). São Paulo, 2015..... 56
- Quadro 3** – Questões norteadoras para avaliação da qualidade da EIP 57
- Quadro 4** – Relação de PRMS que tiveram o PPP avaliado. São Paulo, 2015..... 65
- Quadro 5** – Características dos residentes que participaram do GF. São Paulo, 2015..... 77
- Quadro 6** – Limites da residência para a EIP. São Paulo, 2015 90
- Quadro 7** – Potencialidades da residência para a EIP 97
- Quadro 8** – Abordagens teóricas que podem ancorar a EIP, de acordo com o foco..... 119

LISTA DE SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
CAIPE	<i>Centre For The Advancement of Interprofessional Education</i>
CHIC	<i>Canadian Interprofessional Health Collaborative</i>
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
EIP	Educação Interprofissional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública “Sergio Arouca”
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FASM	Faculdade Santa Marcelina
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
GF	Grupo Focal
IES	Instituição de Ensino Superior
INCA	Instituto Nacional de Câncer “José Alencar Gomes da Silva”
IPEC	<i>Interprofessional Education Colaborative</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBL	<i>Problem Based Learning</i>

PPP	Projeto Político-Pedagógico
PRMS	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNYAM	<i>The New York Academy of Medicine</i>
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
USPRP	Universidade de São Paulo, <i>campus</i> de Ribeirão Preto
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
1.1	AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE	27
1.2	A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE	37
2	OBJETIVOS	49
2.1	GERAL	51
2.2	ESPECÍFICOS.....	51
3	MÉTODO.....	53
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	55
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	55
3.3	SUJEITOS DA PESQUISA	55
3.4	ANÁLISE DOCUMENTAL.....	56
3.5	COLETA DE DADOS.....	59
3.6	ANÁLISE DOS DADOS DO GRUPO FOCAL	60
3.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	61
4	RESULTADOS.....	63
4.1	ANÁLISE DOCUMENTAL.....	65
4.2	ANÁLISE DO DISCURSO DO GRUPO FOCAL.....	76
4.2.1	Vivenciando a Residência Multiprofissional	81
4.2.2	Os limites do programa de residência para a educação interprofissional	90
4.2.3	As potencialidades do programa para a educação interprofissional	97
4.2.4	Percebendo os impactos das práticas profissionais como residente na melhoria da qualidade da assistência.....	103
5	DISCUSSÃO	107
5.1	A EXPRESSÃO DA EIP NOS PPP: REVELANDO OS CENÁRIOS DE FORMAÇÃO.....	109
5.2	LIMITES E POTENCIALIDADES PARA A EIP.....	126
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	143

REFERÊNCIAS	151
APÊNDICES.....	163
APÊNDICE 1: ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL	165
APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	167
APÊNDICE 3: ANÁLISE DOCUMENTAL DO PROJETOS POLÍTICO-PEDAGÓGICOS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL.....	169
ANEXOS	197
ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COLEGIADO GESTOR DA UNIFESP, <i>CAMPUS</i> BAIXADA SANTISTA.	199
ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM.....	201

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Esta investigação tomou como objeto a formação interprofissional desenvolvida em programas de residências multiprofissionais em saúde (PRMS). Buscou investigar os limites e as potencialidades de tais residências para a educação interprofissional e o trabalho em equipe.

1.1 AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

As residências multiprofissionais em saúde foram criadas em 2005 por meio da Medida Provisória nº 238 e da Lei 11.129, de junho de 2005, como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* e formação em serviço. Destinam-se a todos os profissionais de saúde, exceto os médicos. Sua criação está relacionada à necessidade de atender as necessidades de formação qualificada de força trabalho para áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo orientada por seus princípios e diretrizes (Brasil, 2005; Brasil, 2005b).

Os programas têm duração de dois anos e os residentes, em geral recém-egressos da graduação, exercem sua prática profissional sob a supervisão de docentes e preceptores. Recebem bolsas do Ministério da Saúde e deles é exigida dedicação exclusiva, com 60 horas semanais divididas entre atividades teóricas e práticas (Brasil, 2005b).

O artigo 200 da Constituição Federal de 1988 estabelece que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos em saúde (Brasil, 1988). Por essa razão, em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), que tem como responsabilidade formular, coordenar e apoiar políticas públicas de gestão, formação, qualificação e regulação profissional da força de trabalho em saúde,

além de promover a integração entre os setores da saúde e da educação (Brasil, 2013).

Cabe à SGTES definir políticas públicas nos campos do trabalho e da educação com o objetivo de efetivar o papel do SUS nessas áreas e desenvolver estratégias para implementar a diretrizes intersetoriais para o desenvolvimento da Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (Pierantoni et al., 2012).

As residências nas áreas profissionais de saúde e também as residências multiprofissionais foram criadas pela SGETS por meio da Portaria Interministerial 1.077 de novembro de 2009. Destinam-se a egressos das seguintes profissões de saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Essa Portaria representou um avanço, pois explicitou que os programas de residência multiprofissional devem estar alinhados aos princípios e às diretrizes do SUS e reorientar o processo de trabalho em saúde a fim de atender às necessidades de saúde da população. Ademais, devem ser desenvolvidos por meio de parcerias entre gestores e instituições formadoras. (Brasil, 2009).

A Portaria também estabelece que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde devem adotar os seguintes eixos norteadores (Brasil, 2009, p1-2.):

1. Cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do País;
2. 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;

3. Política nacional de educação e desenvolvimento no SUS aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada entre as distintas esferas de governo;
4. Abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;
5. Estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurada em itinerário de linhas de cuidado de forma a garantir a formação integral e interdisciplinar;
6. Integração ensino-serviço-comunidade por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, promovendo articulação entre ensino, serviço e gestão;
7. Integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão na saúde;
8. Integração com diferentes níveis de formação dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o ensino de educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde;

9. Articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;
10. Descentralização e regionalização contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;
11. Monitoramento e avaliação pactuados para garantir que o sistema de avaliação formativa seja dialógico e envolva a participação das instituições formadoras, coordenadores de programas, preceptores, tutores, docentes, residentes, gestores e gerentes do SUS e o controle social do SUS, considerando a conformação da política, da execução e da avaliação dos resultados; e
12. Integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e à Gestão do Sistema.

Após intensa articulação dos movimentos sociais, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), que havia sido criada pela Lei 11.129/05, foi instituída pela Portaria Interministerial 1.077 de novembro de 2009 como um novo dispositivo coordenado pelos Ministérios da Saúde e Educação. Essa comissão é responsável por credenciar, avaliar e acreditar os programas de residência nas áreas profissionais de saúde, assim como as residências multiprofissionais e as instituições que os oferecem, cabendo-lhe ainda registrar os certificados emitidos pelos programas (Brasil, 2009).

Desde 2002, o Ministério da Saúde já financiava projetos de residência multiprofissional, ocasião em que foram criados 19 programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com o objetivo de formar profissionais de diferentes profissões para

atuar em equipes multidisciplinares, realizando práticas de saúde capazes de reconhecer e intervir sobre as necessidades de saúde da população (Nascimento, Oliveira, 2006).

As residências multiprofissionais contribuem para o desenvolvimento do trabalho em equipe mediante a troca efetiva de saberes e práticas, além de possibilitar a ampliação do conceito de processo saúde-doença e das práticas de prevenção da doença, promoção e proteção à saúde desenvolvida por trabalhadores e residentes. Constituem uma importante estratégia política e pedagógica para a formação multiprofissional dos trabalhadores da saúde, capazes de produzir modelos de atenção e práticas de saúde resolutivas diante da complexidade dos fenômenos de saúde e da doença (Ceccim, 2009; Gil, 2005).

A formação em serviço fundamenta-se na interdisciplinaridade e as competências técnicas, políticas e gerenciais para atuar nas coletividades permitem visualizar as dimensões subjetivas e objetivas do trabalho em saúde (Ceccim, 2010; Nunes, 2005; Nascimento, Oliveira, 2010).

Um potencial adicional dos programas de residência é promover mudanças nos serviços de saúde que recebem os residentes, pois a integração docente-assistencial possibilita a reflexão crítica sobre a realidade do serviço e descortina possíveis caminhos para planejar e intervir sobre a realidade tal como ela se processa, provocando transformações na equipe de trabalho e na formação do residente. (Nascimento, Oliveira, 2010)

No Brasil há diversas as experiências educativas exitosas de formação em serviço, nos moldes da residência multiprofissional, que têm contribuído para melhorar a qualificação profissional em saúde. Surgiram inspiradas na nova lógica de produzir cuidado e nas práticas de saúde derivadas da criação do SUS. (Ceccim, 2010)

A formação em saúde pautada no modelo flexneriano, com saberes compartimentalizados, organização curricular biomédica e

domínio teórico ratifica modelos de formação cartesianos, positivistas e tecnicistas, determinando a mesma forma de organização do trabalho em saúde e divisão social do trabalho. O trabalhador não se reconhece como protagonista de seu processo de trabalho e não desenvolve competências para intervir nas necessidades sociais de saúde de indivíduos, famílias e coletividades. (Ceccim, 2010; Feuerwerker, 1998)

As residências multiprofissionais em saúde têm como principal objetivo superar a realidade atual de formação em saúde e organização do trabalho no Brasil. Trata-se de uma perspectiva pedagógica alinhada aos princípios do SUS, que fomenta o encontro entre o mundo da formação e o do trabalho, em um espaço privilegiado de crítica e reflexão sobre a realidade do trabalho em saúde e as necessidades sociais, por meio da atuação multiprofissional (Ceccim, 2010). Têm potencialidade para produzir novas tecnologias de cuidados a partir da transformação práticas de saúde e da discussão de projetos terapêuticos com a participação do usuário. A formação é permeada pelo encontro com diversas profissões, o que inova as práticas pedagógicas e de saúde. (Feuerwerker, 2009)

As residências multiprofissionais são uma estratégia importante para superar os modelos hegemônicos de formação em saúde, tendo como perspectiva as competências profissionais requeridas para a consolidação do SUS. Entretanto, enfrentam desafios relacionados à carência de políticas públicas capazes de fortalecer o modelo educacional que as inspira. A inserção dos egressos no mercado de trabalho visa à reestruturação da rede de serviços, contrapondo-se à precarização do trabalho para os recém-egressos dos cursos de graduação em saúde (Nascimento e Oliveira, 2006; Rosa e Lopes, 2010).

O Ministério da Saúde, em uma publicação a respeito das residências multiprofissionais em saúde (2006), identificou que os programas em andamento no Brasil apresentavam grande variedade

de desenhos metodológicos. Em geral, defendiam a utilização de metodologias ativas e participativas de aprendizagem, tendo como eixo estruturante a educação permanente, a integralidade do cuidado e os saberes transdisciplinares. Identificou ainda desafios a serem superados em relação à organização e ao funcionamento dos programas: as parcerias entre as instituições de ensino e a rede de saúde local, a falta de interação entre tutores e preceptores, a falta de tutores com perfil e disponibilidade para a função e a falta de preparo dos envolvidos para o trabalho coletivo (Brasil, 2006).

Em 2008, Dallegrave realizou uma análise crítica de concepções vigentes a respeito das residências multiprofissionais em saúde. Seu material empírico foi composto pelos discursos produzidos e vinculados pela mídia, Estado, residentes, profissionais de saúde e médicos, a favor e contra esse modelo de formação, sendo o último produzido pela categoria médica em seu discurso hegemônico. Para a autora, a residência multiprofissional em saúde (RMS) é uma invenção cultural do SUS que provocou um intenso abalo no saber e no poder médicos hegemônicos, ao tensionar as estruturas de poder estabelecidas. Essa proposta de formação questiona os paradigmas da formação em saúde, pautada em ações individuais e práticas curativas de cunho biológico, apresentando uma concepção formativa com foco na integralidade dos cuidados e nas necessidades de saúde da população, por meio do trabalho em equipe.

Estudos evidenciam que a formação nas residências multiprofissionais contribui para o desenvolvimento da dimensão política, essencial para a formação de trabalhadores comprometidos com os princípios e as diretrizes do SUS. Ademais, possibilita mudanças na formação e o desenvolvimento de competências e habilidades como negociação, mediação e tolerância, além do reconhecimento das relações de poder e disputa entre os distintos sujeitos sociais (Jesus e Araujo, 2011; Lobato, Melchior e Baduy, 2012).

Nascimento e Oliveira (2010) realizaram uma investigação com o objetivo de construir um perfil de competências profissionais para residentes de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com base na percepção de preceptores e profissionais de saúde. Advogaram que tais residências apresentam potencialidades pedagógicas e políticas para a transformação das práticas de saúde e dos serviços por meio do processo de ensino e aprendizagem no contexto do trabalho. Para isso, precisam estar orientadas para uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença e as competências profissionais dos residentes devem ser desenvolvidas por meio da imersão *no* e *pelo* mundo do trabalho.

O perfil de competências construído pelas autoras apresenta elementos que vão ao encontro dos princípios da educação interprofissional, ainda que esse termo não tenha sido utilizado no estudo. As competências foram organizadas segundo os 10 domínios propostos por Witt (2005), com base nas funções essenciais da saúde pública (Quadro 1).

Quadro 1 – Competências para formação e atuação multiprofissional na Estratégia Saúde da Família, por área de domínio

ÁREAS DE DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS
Valores Profissionais	<ul style="list-style-type: none">• Identificar-se com o programa Estratégia Saúde da Família (ESF) e desenvolver prática diferenciada com afinidade e engajamento pelo trabalho;• Ter postura profissional resiliente, humanista, responsável, interessada, comprometida, envolvida, flexível, humilde, compromissada, dinâmica, empreendedora e pró-ativa;• Trabalhar com atenção, respeito, vontade, interesse, espírito inovador, autonomia, otimismo e paciência, de forma horizontal; e• Trabalhar com dinamismo, iniciativa e disponibilidade.
Comunicação	<ul style="list-style-type: none">• Saber ouvir com empatia, respeito e valorização do interlocutor;• Respeitar as diferenças e estabelecer diálogo;• Ter habilidade para abordar o usuário; e• Dominar as tecnologias leves e ter habilidade nas relações interpessoais.

ÁREAS DE DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS
Trabalho em equipe	<ul style="list-style-type: none">• Trabalhar em equipe, discutir casos e o plano de cuidados;• Reconhecer o saber dos profissionais da equipe e valorizar seus conhecimentos e opiniões;• Estar aberto para “trocar” com outros profissionais e para agregar pessoas; e• Exercer liderança, sem autoritarismo.
Gerência	<ul style="list-style-type: none">• Ter conhecimento sobre gestão e gerenciamento de recursos;• Ser capaz de construir um plano de ação/realizar um planejamento estratégico;• Saber planejar/organizar o trabalho a partir da incidência/prevalência de casos.
Orientada à Comunidade	<ul style="list-style-type: none">• Conhecer o território (área de abrangência e influência) e envolver-se com a comunidade.• Trabalhar com grupos (terapêuticos e educativos);• Ter olhar ampliado para família, compreender seu contexto de vida e trabalho;• Construir vínculo;• Estimular a participação popular e o envolvimento no Conselho gestor;• Valorizar o indivíduo como pessoa em seu contexto (sua constituição e história) e como parte integrante de um grupo social;• Vislumbrar possibilidades de ação a partir de um olhar abrangente sobre as necessidades dos indivíduos e dos grupos sociais; e• Respeitar o usuário, seu conhecimento e posicionamento diante do projeto terapêutico.
Promoção da Saúde	<ul style="list-style-type: none">• Saber conhecer e saber fazer promoção e educação em saúde; e• Promover a autonomia, a participação e o respeito próprio dos usuários, favorecendo o desenvolvimento da cidadania.
Resolução de problemas	<ul style="list-style-type: none">• Ter habilidade para enfrentar e conduzir desafios e/ou problemas cotidianos;• Buscar parcerias intersetoriais;• Trabalhar com recursos, equipamentos e instrumentos disponíveis, desenvolvendo a criatividade;• Ser capaz de se adaptar ao trabalho e resolver problemas; e• Desenvolver todo potencial na prática e a segurança no fazer para resolução dos problemas e efetividade das ações

ÁREAS DE DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS
Atenção à saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Ter conhecimento para realizar consulta, fazer diagnóstico, prescrever e encaminhar para outros níveis de atenção à saúde; • Ter visão de saúde integral, humanista e ampliada do processo saúde-doença (do social, familiar, da economia, política e educação); • Reconhecer que o enfoque clínico é insuficiente para o cuidado, necessitando também de envolvimento; • Reconhecer-se como agente de saúde e fonte de recursos para comunidade; • Desenvolver ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação; e • Transmitir confiança e ter postura aberta, sensível, acolhedora, atenciosa, afetuosa, facilitadora e interessada pelo paciente e seus problemas.
Educacional	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer as limitações do saber e da ação profissionais, aprendendo com os erros do dia-a-dia e buscando atualização, informação e instrumentalização permanentes; • Reconhecer que a Educação Permanente deve acontecer no dia-a-dia: na reunião de equipe, na supervisão, na visita; • Reconhecer o trabalho como locus de produção de saber; • Reconhecer que a teoria respalda a prática e que ambas se correlacionam problematizando a realidade; e • Reconhecer que a aquisição de conhecimentos é permanente e que também se adquire nas relações familiares, profissionais e na prática.
Em Ciências Básicas da Saúde Pública/ Saúde Coletiva	<ul style="list-style-type: none"> • Ter formação generalista; • Ter conhecimento e habilidade técnica/clínica adquiridos na formação específica; e • Ter conhecimento sobre políticas públicas, processo saúde-doença, atenção primária, interdisciplinaridade, epidemiologia, indicadores de saúde, práticas de saúde coletiva, rede de referência e contrareferência, princípios e estratégias organizacionais da ESF

Fonte: Nascimento, 2008.

Apesar de ter sido construído para Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, esse perfil de competências pode ser tomado como base para programas de diferentes áreas profissionais, em busca de mudanças na formação e na estrutura dos serviços de saúde (Nascimento e Oliveira, 2010).

Pesquisa realizada por Scherer, Pires e Jean (2013) para investigar a construção da interdisciplinaridade em um programa de residência em saúde da família verificou que o trabalho multiprofissional na perspectiva interdisciplinar está presente no plano intelectual, porém o modelo biomédico ainda predomina no plano da prática profissional. As autoras ressaltaram que a possibilidade de interação interdisciplinar é determinada pelo modelo de gestão e as condições materiais e imateriais do processo de trabalho. Depende ainda da competência, do perfil e dos conhecimentos dos profissionais envolvidos em uma ação intersubjetiva.

Apesar dos intensos desafios que enfrentam para sua operacionalização e das profundas contradições vislumbradas no campo das políticas públicas e na articulação entre as áreas de saúde e educação, os princípios e os objetivos das residências multiprofissionais aproximam-nas da educação interprofissional, pois ambas têm por finalidade possibilitar a transformação da produção das práticas de saúde, aumentar a qualidade do cuidado e atender as necessidades de saúde da população.

Destarte, cabe avaliar a contribuição de tais residências para a formação de trabalhadores para a prática colaborativa por meio da educação interprofissional.

1.2 A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE

A educação interprofissional em saúde (EIP) é tema prioritário em discussões no campo da saúde em todo o mundo, especialmente no Canadá, Europa, e Estados Unidos, onde vem sendo amplamente discutida como ferramenta para transformar e melhorar as práticas de saúde por meio do trabalho em equipe (Peduzzi *et al.*, 2013; Batista, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a EIP em saúde uma estratégia inovadora capaz de produzir impactos na crise mundial da força de trabalho em saúde, na medida em que os profissionais são preparados para trabalhar em equipes interprofissionais capazes de desenvolver práticas colaborativas que respondam às necessidades de saúde locais, de usuários e coletividades, buscando a equidade. Para tanto, é fundamental a integração entre os sistemas de educação e saúde, além de reformas nos modelos educacionais, sendo uma estratégia expressamente recomendada para ser implantada nos cursos de graduação e pós-graduação (WHO, 2010, 2013).

A EIP é considerada uma ferramenta capaz de reduzir o corporativismo profissional e favorecer a formação de profissionais colaborativos. Orientada para o trabalho em equipe, possibilita a prática colaborativa eficaz, capaz de produzir impactos positivos nos sistemas de saúde e nos resultados de saúde da população (Peduzzi *et al.*, 2013; Batista, 2012; Barr *et al.*, 2005).

A prática colaborativa ocorre quando trabalhadores de diferentes profissões de saúde e com distintas experiências profissionais, que receberam treinamento em EIP, são capazes de atuar em equipes interprofissionais, pois compreendem como aperfeiçoar as habilidades dos integrantes, gerenciar casos e produzir práticas de saúde de melhor qualidade para indivíduos e coletividades (WHO, 2010). Para expressar esses benefícios, a OMS formulou o esquema a seguir:

Figura 1 – Sistemas de saúde e educação

Fonte: WHO, 2010

O relatório *“Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world”*, produzido pela Comissão Independente para Educação de Profissionais de Saúde para o Século XXI e publicado na revista *The Lancet* em 2010, faz recomendações para que se adotem práticas institucionais e educativas inovadoras em uma perspectiva global (Frenck et al, 2010).

O propósito é a formação de profissionais capazes de produzir práticas de saúde mais eficazes para responder às necessidades de saúde das populações, frente aos desafios da área e considerando as mudanças dos perfis epidemiológicos, como o aumento da expectativa de vida e das condições crônicas.

Até o momento, existem poucas evidências da efetividade das reformas nos sistemas educacionais, o que levou os autores a recomendar a adoção de uma concepção multiprofissional que leve em conta a articulação entre os sistemas de saúde e educação,

tendo como eixo norteador as necessidades de saúde (Frenck et al, 2012).

Em publicação recente, Frenk (2014) advoga medidas necessárias para garantir a cobertura universal de saúde e promover melhorias nos sistemas de saúde em todo o mundo. Apresenta ações necessárias para que os países iniciem transformações em seus sistemas de saúde em direção à cobertura universal, dentre as quais ressalta a urgência de melhorar a formação, a distribuição e a disponibilidade de recursos humanos em saúde, uma das principais barreiras para se possa avançar em relação à cobertura universal. Cassiani (2014) referenda a perspectiva de Frenk (2014) apresentando as ações implementadas pelas Redes Internacionais de Enfermagem da Organização Pan-Americana de Saúde, em relação à formação de recursos humanos, especificamente de enfermeiros, em sua constante busca por melhorias do contexto formativo.

A EIP é uma abordagem potente para reorientar os modelos de formação, podendo contribuir para os sistemas de saúde avancem em direção a cobertura universal de saúde. Sua origem da EIP está relacionada ao relatório produzido por um grupo de trabalho da OMS em 1988, que identificou experiências de alguns países com a educação multiprofissional. No relatório, o termo educação multiprofissional é definido como:

“The process by which a group of students or workers from health related occupations with diferente educational backgrounds learn together during certain periods of their education, with interaction as an important goal to collaborate in providing promotive, preventive, curative, rehabilitative na other health related services” (WHO, 1988, p.6)

Essa definição tem grande semelhança com a definição de EIP adotada por este estudo e pela maioria das investigações esse respeito, construída pelo *Centre For The Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE) do Reino Unido em 1997:

“Occasions when two or more professionals learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care”. Buscando diferenciar entre termos inter e multi, os mesmos autores apresentam a seguinte definição de educação multiprofissional: *“Ocassions when two or more professions learn side by side for whateaver reason.”* (Barr et al., 2005).

A diferença entre EIP e educação multiprofissional reside no fato de que na primeira, estudantes de duas ou mais profissões da saúde ou da área social aprendem de forma interativa e engajada com os membros do grupo sobre suas profissões, enquanto no segundo caso, aprendem lado a lado, em paralelo, **sobre e com** as demais profissões, sem que haja aprendizagem interativa. (Barr et al., 2005)

O uso das expressões *multidisciplinar*, *multiprofissional*, *interdisciplinar* e *interprofissional* são frequentes na literatura, já os termos *transdisciplinar* e *transprofissional* aparecem com menor frequência. O termo *disciplinar* refere-se a algo que é ensinado e está relacionado diretamente ao campo dos saberes e conhecimentos, enquanto *profissional* é descrito como uma habilidade que requer um conhecimento especializado obtido mediante a formação acadêmica (Neufeldt, 1990 *apud* Oandasan e Reeves, 2005), relacionado, portanto, ao campo das práticas e das profissões. É utilizado na EIP com a intenção de estabelecer com clareza as diferentes categorias profissionais envolvidas. (Oandasan, Reeves, 2005)

O prefixo *multi* indica que os envolvidos atuam de forma independente em direção a um objetivo comum, porém não se relacionam; atuam paralelamente mas compartilham do mesmo objetivo. *Inter* indica que sujeitos de diferentes categorias profissionais atuam de forma colaborativa para alcançar um mesmo objetivo e por isso compartilham ideias, conhecimentos, saberes e práticas, preservando o específico e potencializando o comum

(MacIntosh, McCormack, 2001). Já o prefixo *trans* indica uma sinergia total entre os membros (Oandasan, Reeves, 2005).

Iribarry (2003) explica que a transdisciplinaridade pressupõe a coordenação entre as todas as disciplinas e a existência de objetivos múltiplos. O autor fornece um exemplo que ajuda a ilustrar o conceito: uma equipe de saúde mental é formada por diferentes categorias profissionais (enfermeiros, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, entre outros) mas, para ser considerada transdisciplinar, é necessário que os profissionais estejam envolvidos em suas áreas profissionais e nas áreas de cada um de seus colegas, promovendo a sinergia total das disciplinas.

D'Amour e Oandasan (2005) discutem os conceitos de interdisciplinaridade e interprofissionalidade. A interdisciplinaridade busca promover uma coesão de disciplinas, frente à fragmentação e à compartimentalização dos saberes. Definem a interprofissionalidade como o desenvolvimento de práticas integradas entre os profissionais de diferentes áreas, que trazem em si diferentes campos disciplinares, em que buscam refletir e desenvolver práticas de saúde integradas de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, famílias e população. A interdisciplinaridade é, portanto, a é um elemento da interprofissionalidade e da EIP. (Barr *et al*, 2005)

Atualmente, a formação em saúde é uniprofissional, pois as atividades educacionais ocorrem apenas entre estudantes de uma mesma profissão. Há pouca ou nenhuma interação com os de outras profissões, o que contribui para a criação de estereótipos e preconceitos e para a falta de reconhecimento das competências e das responsabilidades próprias de cada profissão. (Barr *et al.*, 2005; Reeves *et al.*, 2008)

A EIP tem como características essenciais o trabalho em equipe e o reconhecimento dos papéis profissionais para que se

identifiquem as especificidades de cada profissão, mas também as competências compartilhadas, além do compromisso entre os sujeitos envolvidos em buscar a resolução de problemas e a negociação nas tomadas de decisão em uma perspectiva colaborativa. (Batista, 2012)

É uma abordagem educacional que pode ser adotada em diversos cenários, tanto nos contextos de formação inicial, portanto, nos cursos de graduação e nível técnico, também chamados por Barr *et al.* (2005), de momentos de “pré-qualificação”, em que estudante ainda não possui uma licença profissional. Pode e deve ser utilizada em momentos de “pós-qualificação”, que se configuram por iniciativas para profissionais formados, nos cenários dos serviços de saúde, em atividades de educação permanente ou em cursos de pós-graduação *lato* ou *stricto* sensu (cursos de aprimoramento profissional, residências, especializações, mestrados e doutorados) em diferentes cenários educacionais (Barr *et al.*, 2005; Norrie, Thorpe, Karagig e Dyson, 2011). Este estudo investigou a EIP em um contexto de “pós-qualificação”.

Barr (1998) propõe um modelo de EIP baseado em competências interprofissionais em que o aprendizado profissional e interprofissional complementam-se de maneira planejada e o estudante transita entre esses dois campos, permeado pela colaboração. Para que isso ocorra, o modelo deve basear-se em três tipos de competências: *competências comuns* a todas as profissões; *competências complementares específicas*, próprias de cada área profissional e que distinguem uma profissão das outras, e *competências colaborativas*, que possibilitam que os profissionais colaborem dentro de sua própria categoria profissional, assim como com outras profissões, nas organizações, entre instituições, com leigos, usuários, familiares e coletividades. (Barr, 1998)

A EIP requer ainda a adoção de estratégias pedagógicas como a andragogia, a aprendizagem baseada na prática e nas interações (Batista, 2012). Seu foco principal é a preparação individual para a

colaboração, que consiste em favorecer o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades dos estudantes para a prática colaborativa entre profissões, organizações e usuários dos serviços. O segundo foco consiste em estimular a colaboração entre o grupo, para que o estudante aprenda a colaborar e a trabalhar em equipe interprofissional, seja com os trabalhadores do serviço ou com estudantes de diferentes profissões. O terceiro reside na ação coletiva e intencional para melhorar os serviços e a qualidade do cuidado, momento em que a EIP concretiza-se e o aprendizado constrói-se de forma interativa entre as diferentes profissões. Para que a EIP ocorra, é importante que os três focos sobreponham-se (Barr *et al.*, 2005).

Revisão sistemática realizada por Reeves *et al.* (2008) com base nos critérios da Biblioteca Cochrane buscou analisar os efeitos da EIP na prática profissional. Foram encontrados resultados positivos em quatro dos seis estudos incluídos, embora não tenha sido possível comprovar a eficácia da EIP na prática profissional, assim como seus elementos essenciais, devido às limitações metodológicas dos estudos selecionados. Os autores reforçaram a importância da realização de estudos com maior rigor metodológico e dados com informações a respeito de como a EIP pode afetar positivamente as práticas de saúde dos profissionais e o processo saúde-doença dos usuários.

Recente atualização dessa revisão, realizada por Reeves, Perrier, Goldman, Freeth e Zwarenstein (2013), incluiu outros nove artigos aos seis incluídos na publicação de 2008, o que demonstra que estudos sobre EIP vêm crescendo. Os artigos também estavam baseados em pesquisas como maior rigor metodológico (com randomização, grupos controles e amostras maiores, por exemplo).

Os estudos dessa revisão indicaram que a EIP produz resultados positivos e melhorias na qualidade da assistência com maior satisfação do usuário, promove maior compartilhamento entre os membros das equipes e o desenvolvimento de práticas

colaborativas, além de diminuir erros clínicos. Ainda assim, os resultados não foram conclusivos sobre efetividade da EIP, o que levou os autores a reforçar a necessidade de evidenciar seus impactos na melhoria da assistência e na prática de cuidados. (Reeves, Perrier, Goldman, Freeth e Zwarenstein, 2013)

Os princípios para tornar a EIP efetiva e acompanhar seu desenvolvimento e avaliação envolvem: trabalhar para a melhora do atendimento; focar nas necessidades de saúde dos usuários do serviço e de seus cuidadores; envolver os usuários dos serviços e seus cuidadores; promover a prática colaborativa; encorajar as diferentes profissões a aprender com, para e sobre o outro; aumentar as práticas entre as profissões; respeitar a integridade e a contribuição de cada profissão e melhorar a satisfação profissional. (CAIPE, 2001)

Em 2010 o *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) publicou um conjunto de competências para o desenvolvimento da EIP e a formação para a prática colaborativa, divididas em seis domínios, que podem contribuir para reformas curriculares e a construção da EIP efetiva. Abrange conhecimentos, valores, habilidades e atitudes necessários à formação profissional para a prática colaborativa. São elas: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente, família e comunidade; esclarecimento de papéis; entender os princípios da dinâmica do grupo para o trabalho em equipe; liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais.

No Brasil, as experiências e iniciativas sobre EIP ainda são escassas, assim como as publicações sobre o tema. As poucas existentes estão relacionadas a ações multiprofissionais na graduação e pós-graduação *lato sensu*, especialmente em programas do Ministério da Saúde, sendo que as Residências Multiprofissionais e os Projetos Pro-Saúde e PET-Saúde são ferramentas em potencial para o desenvolvimento da EIP (Peduzzi *et al.*, 2013; Batista, 2012).

No contexto das residências multiprofissionais em saúde, a revisão de literatura permitiu identificar um único artigo a respeito da EIP pois a maior parte das investigações é dedicada ao estudo dos cursos de graduação. Motta e Pacheco (2014) apresentam em sua publicação a experiência de integração na construção de um currículo interprofissional entre a Programa Residência Médica em Geriatria e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. A iniciativa é pioneira no Brasil e os autores descrevem a experiência em detalhes, fornecendo elementos para que outros programas possam promover a integração entre as residências médica e multiprofissional na abordagem da EIP.

Silva (2014) e Costa (2014) desenvolveram as primeiras teses sobre EIP no contexto brasileiro, o que reforça o caráter exploratório deste estudo sobre a temática no País, pois a discussão e investigação a respeito da EIP ainda são muito recentes no Brasil. O estudo de Silva (2014) teve como objetivo analisar como ocorre a EIP na Atenção Primária a Saúde (APS) no contexto brasileiro. Identificou que a EIP coloca ênfase na integralidade como eixo da formação em saúde, além contribuir para relações profissionais colaborativas, preservando as competências complementares específicas de cada categoria profissional e aumentando a capacidade de reconhecimento das competências comuns com vistas à construção das competências colaborativas. Verificou a existência de barreiras para a operacionalização da EIP e ressaltou a necessidade de transformar as relações profissionais colaborativas com vistas ao desenvolvimento e à articulação das diferentes competências para que a EIP se efetive no contexto da APS.

Costa (2014) investigou como a EIP pode reorientar o modelo de formação em saúde no Brasil e identificou limitações importantes das instituições de ensino superior para a formação de profissionais com competências, conhecimento e habilidades para a prática colaborativa por meio da EIP.

Considerando que as residências multiprofissionais são um espaço em potencial para o desenvolvimento da EIP, adota-se como pressuposto deste estudo que essa modalidade de formação é uma ferramenta em potencial para a EIP. Assim, a questão norteadora deste estudo é: Quais são os limites e as potencialidades das residências multiprofissionais em saúde para a formação profissional através da EIP?

Justifica-se sua realização diante da relevância da temática, amplamente discutida no mundo, porém ainda pouco investigada na realidade brasileira, especialmente em cursos de pós-graduação. A produção científica ainda restrita sobre o tema no País também evidencia a importância da realização de estudos que contribuam para sua discussão e aprofundamento, tendo como alvo as residências multiprofissionais e buscando refletir sobre esse modelo de formação profissional.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- 📌 Compreender os limites e as potencialidades das residências multiprofissionais em saúde para a educação interprofissional.

2.2 ESPECÍFICOS

- 📌 Descrever os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do estado de São Paulo;
- 📌 Identificar um programa com um cenário altamente favorável para a educação interprofissional;
- 📌 Analisar a percepção dos residentes a respeito dos limites e das potencialidades desse programa de residência multiprofissional em saúde para a educação interprofissional.

3 Método

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa. Estudos exploratórios possibilitam ao pesquisador aproximar-se de um objeto de pesquisa ainda pouco conhecido, com o objetivo de explorar seus significados e o contextos da investigação, buscando aprofundar o conhecimento em torno da realidade (Trivinos, 2008; Piovesan e Temporini, 1995)

A abordagem qualitativa permite aprofundar o conhecimento e a compreensão sobre o objeto de estudo, quando se pretende buscar questões de percepção, significado e intencionalidade presentes no mundo empírico. Dessa forma, novos conceitos e categorias podem ser criados durante a investigação, que possibilita o reconhecimento de processos sociais pouco conhecidos em determinados grupos, sendo adequada para averiguar as relações nesses grupos, assim como para a análise de discursos e documentos. (Minayo, 2008)

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Foi realizado em um dos sete PRMS do estado de São Paulo. Dentre eles, foi selecionado aquele com o melhor cenário possível para a EIP, mediante a análise dos projetos políticos-pedagógicos (PPP) dos cursos, à luz das diretrizes propostas pela CAIPE (Barr, 2003).

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram os residentes matriculados no programa de residência multiprofissional selecionado por meio da análise documental dos PPP dos cursos.

3.4 ANÁLISE DOCUMENTAL

Foi feita a análise documental dos PPP dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Atenção Básica ou em área de concentração em Saúde da Família ou Saúde Coletiva, oferecidos no estado de São Paulo. Não há um sistema público de consulta sobre os programas de residências multiprofissionais oferecidos pelas instituições paulistas, porém é sabido que no estado de São Paulo são oferecidos sete Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (Quadro 2).

Quadro 2 – PRMS do Estado de São Paulo (Área: Saúde Coletiva). São Paulo, 2015

NOME DO PROGRAMA	INSTITUIÇÃO DE ENSINO	CIDADE
Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde	Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - Campus Baixada Santista	Santos
Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde	Universidade de São Paulo (USP) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto	Ribeirão Preto
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade	Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde	São Carlos
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade	Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)	Marília
Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade	Faculdade Santa Marcelina (FASM)	São Paulo
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária	Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina	São Paulo
Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica, com ênfase na Estratégia da Saúde da Família	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	São José do Rio Preto

A análise documental é uma técnica de pesquisa que tem como fonte documentos diversos (escritos, visuais, audiovisuais e outros), que ainda não sofreram nenhum tipo de análise e que são analisados em profundidade para que deles sejam extraídas informações, indicações e esclarecimentos pertinentes ao objeto de estudo (Severino, 2007; Pimentel, 2001). A pesquisa documental permite ampliar o conhecimento a respeito de um determinado fenômeno que necessita de contextualização histórica e sociocultural (Sá-Silva, Almeida e Guindani, 2009).

O PPP é um documento orientador e condutor da formação, construído em um processo que envolve a coletividade acadêmica com o objetivo de superar os desafios da realidade nas dimensões política e pedagógica (Puschel, 2011). Os PPP foram lidos em profundidade buscando informações que respondessem às diretrizes propostas pela CAIPE (Barr, 2003), destinadas a melhorar os padrões da EIP. Trata-se de um conjunto de questões que permite avaliar a qualidade da EIP nos contextos educacionais, como mostra o quadro a seguir.

Quadro 3 – Questões norteadoras para avaliação da qualidade da EIP

QUESTÃO NORTEADORA	FINALIDADE DA QUESTÃO
Os objetivos declarados promovem a prática colaborativa?	Verificar se o Programa é interprofissional
Como os objetivos contribuem para a prática colaborativa?	Verificar se os objetivos são alcançados
As metas e os objetivos contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento?	Verificar se o Programa trata a colaboração como uma finalidade
As metas e os objetivos são compatíveis?	Verificar a compatibilidade dos objetivos multiprofissionais e interprofissionais
Como o aprendizado interprofissional é incorporado ao Programa?	Verificar como dimensões interprofissionais ou ênfases são integradas ao Programa
O Programa informa seu referencial teórico?	Para solicitar que planejadores, professores e avaliadores considerem e selecionem criteriosamente suas perspectivas teóricas

QUESTÃO NORTEADORA	FINALIDADE DA QUESTÃO
O Programa adota a prática baseada em evidências?	Para solicitar o uso das evidências emergentes na tomada de decisões
O Programa é formado por valores interprofissionais?	Para solicitar a introdução e a propriedade de adotar valores
A aprendizagem compartilhada é complementar à aprendizagem comum?	Para verificar se as aprendizagens compartilhada e comum formam um todo coerente
São adotados métodos de aprendizado interativo?	Para garantir que a aprendizagem interativa é possível
A aprendizagem ocorre em pequenos grupos?	Para verificar a utilização da aprendizagem em grupo
O número de profissionais participantes é razoavelmente equilibrado?	Para otimizar o aprendizado interativo na medida do possível
Todas as profissões estão representadas no planejamento do ensino?	Para garantir que as necessidades de todas as profissões sejam atendidas
Usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem?	Para trazê-los como colaboradores no momento de aprendizagem e trabalho
A aprendizagem interprofissional é avaliada?	Para reforçar o valor dado à educação interprofissional
A EIP conta para a qualificação?	Para reforçar o valor dado à educação interprofissional
Como o Programa é avaliado?	Para fornecer respostas aos interessados e contribuir para a base de evidências
Os resultados são divulgados?	Para contribuir para o apoio mútuo e a troca na educação interprofissional

Fonte: Barr, 2003 (Tradução Livre).

Após a leitura em profundidade dos PPP, buscando responder as questões propostas pela CAIPE, foi possível identificar o cenário mais favorável à EIP e um dos PRMS do estado de São Paulo foi escolhido para dar início à segunda etapa desta investigação, com a realização de grupo focal com todos os residentes matriculados no curso no momento da realização da coleta de dados.

3.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de um grupo focal (GF) com os residentes matriculados no programa escolhido. O GF foi conduzido por professora doutora com *expertise* em trabalho grupal e contou com a participação de uma observadora, em local e data definido pelos participantes. Os discursos foram gravados e em seguida foi realizada a transcrição do material, mediante autorização dos participantes. Foi construído um roteiro para a condução do GF (Apêndice 1).

Logo após a realização da primeira etapa do estudo, que consistiu da análise documental dos PPP dos PRMS oferecidos no estado de São Paulo e posterior identificação do cenário altamente favorável para a EIP, foi realizado o contato com a coordenação do Curso e solicitada autorização para realizar a pesquisa.

A vice-coordenadora do PRMS identificado solicitou ao pesquisador que fizesse a apresentação do projeto de pesquisa aos residentes. O projeto também foi submetido à avaliação do Colegiado do *campus* da Universidade responsável pelo PRMS, que aprovou sua realização (Anexo 1). Em seguida o pesquisador voltou a se reunir pessoalmente com os residentes e a vice-coordenadora do Programa para definir uma data para a realização do GF, que ocorreu em 25 de agosto de 2014.

O GF caracteriza-se como um tipo de entrevista em grupos pequenos, ou uma discussão em grupo. A técnica fundamenta-se na capacidade humana de formular opiniões e tomar atitudes por meio da interação entre os participantes. Busca colher informações, gerando consensos ou evidenciando divergências, a partir de tópicos fornecidos pelo pesquisador, que assume o papel de moderador, sendo fundamental observar as dinâmicas e interações para a compreensão das relações grupais (Cotrim, 1996; Minayo, 2008; Barbour, 2009).

Os GF podem induzir interações sociais assim como as que ocorrem no cotidiano, porém a técnica pode intensificá-las, provocando o surgimento de memórias, posicionamentos, práticas e desejos dos participantes, assim como permite ao pesquisador identificar como os indivíduos relacionam-se e posicionam-se sobre um determinado tema. (Kamberelis e Dimitriadis, 2011)

Não há restrições sobre a composição dos grupos, devendo apenas ser considerados os objetivos gerais da investigação. Recomenda-se que sejam integrados por seis a 15 participantes, mas podem ser heterogêneos, quando os participantes apresentam características e experiências de vida discrepantes em relação ao objeto de estudo, ou homogêneos, quando as experiências e características são semelhantes. (Chiesa, Ciampone, 1999). Nesta pesquisa, buscou-se a homogeneidade do grupo em relação à condição de residente multiprofissional.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS DO GRUPO FOCAL

O material empírico resultante da realização do GF foi submetido à análise de discurso. Segundo Michel Pêcheux, fundador da Escola Francesa de Análise de Discurso na década de 1960, a técnica tem como objetivo realizar uma reflexão geral sobre a apreensão e o significado de textos, buscando compreender o funcionamento, os princípios da organização e as formas de produção do sentido do discurso (Minayo, 208).

O discurso pode estar relacionado ao significado e ao sentido do texto. Quando relacionado ao significado, o discurso é concebido como um encadeamento de palavras e frases que obedecem a normas gramaticais e transmitem uma ideia que, para ser compreendida, requer que o locutor e o receptor compartilhem os mesmo códigos verbais. Quando referido ao sentido, o discurso é

expressão de um pensamento coletivo construído com base no lugar social que o indivíduo ocupa (Gondin, Fischer, 2009).

A análise de discurso toma como objeto o próprio discurso, sendo permeada por diversas perspectivas teóricas, como o materialismo histórico e dialético, a psicanálise e a linguística. Revela contradições dialógicas, permeadas pelo lugar social do enunciante. Busca-se identificar os sentidos do discurso, e não o seu significado, portanto, a análise vai além do texto, com a intenção de compreender as condições que levaram à produção do discurso. Para isso é fundamental a compreensão das ideologias, do momento histórico-social e da linguística (Gondin, Fischer, 2009).

Fiorin (2000 p.10) propõe a análise do discurso seja feita a partir de dois pontos de vista complementares: o primeiro trata da análise dos elementos sintáticos e semânticos responsáveis pela produção de sentido, e o segundo tem como foco próprio discurso, *“objeto cultural, produzido a partir de certas condicionantes históricas, em relação dialógica com outros textos”*.

Para execução da análise do discurso, Car e Bertolozzi (1999) recomendam leituras repetidas do texto e sua decomposição em temas e figuras. As figuras são palavras ou expressões que correspondem a algo concreto no mundo, enquanto os temas não existem no mundo real, pois são elementos que organizam, ordenam e categorizam a realidade percebida pelos sentidos (Fiorin, 2000). Em seguida realiza-se a releitura do material e sua recomposição em frases temáticas que sintetizam os temas e subtemas da totalidade do discurso (Car, Bertolozzi, 1999).

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, como pode ser verificado pelo do Certificado de Apresentação para Apreciação

Ética nº 30210014.0.0000.5392 (Anexo 2). Foram observados todos os preceitos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos, de acordo com a resolução 466/2012. A coleta de dados teve início após a aprovação do Comitê e das demais autoridades acadêmicas envolvidas. Os participantes foram abordados previamente, informados do objetivo da pesquisa e da ausência de riscos ou benefícios decorrentes da participação. A coleta de dados só foi iniciada após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) e, para garantir a confidencialidade das identidades, todos os participantes tiveram seus nomes preservados.

4 Resultados

4 RESULTADOS

4.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

Para a identificação do cenário educacional altamente favorável à EIP foi realizada a análise documental dos PPP (Apêndice 3) de seis dos sete PRMS existentes no Estado de São Paulo, uma vez que um deles não enviou seu PPP, que tampouco estava disponível no site da Instituição de Ensino Superior (IES) responsável pelo programa.

A análise documental permitiu caracterizar os PRMS em relação a composição, organização didático-pedagógica, matrizes pedagógicas adotadas, currículo e formatos de avaliação, assim como verificar sua aproximação ou distanciamento da proposta de EIP. Os Programas foram designados por algarismos arábicos, sendo identificado posteriormente apenas o selecionado como mais favorável à EIP. Foram avaliados os PPP dos seguintes programas:

Quadro 4 – Relação de PRMS que tiveram o PPP avaliado. São Paulo, 2015

NOME DO PROGRAMA	INSTITUIÇÃO DE ENSINO	CIDADE	PERÍODO DE ATIVIDADE	ÁREAS PROFISSIONAIS
Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (UNIFESP, 2012).	Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista	Santos	2010 – 2015	Educação Física Enfermagem Fisioterapia Nutrição Psicologia Serviço Social TO
Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde (USPRP, 2010).	Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	2010 – em atividade	Farmácia Fisioterapia Fonoaudiologia Inf. Biomédica Nutrição Psicologia e TO

NOME DO PROGRAMA	INSTITUIÇÃO DE ENSINO	CIDADE	PERÍODO DE ATIVIDADE	ÁREAS PROFISSIONAIS
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (UFSCar, 2010).	Universidade Federal de São Carlos - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde	São Carlos	2007-2014	Educação Física Enfermagem Farmácia Fisioterapia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social TO
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (FAMEMA, 2009).	Faculdade de Medicina de Marília	Marília	2003 – em atividade	Educação Física Enfermagem Fisioterapia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social TO
Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (FASM, 2005).	Faculdade Santa Marcelina	São Paulo	2001 - em atividade	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Fonoaudiologia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social TO
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária (USP, 2013).	Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina	São Paulo	2013 – em atividade	Enfermagem Odontologia Psicologia Serviço Social TO

Realizou-se a leitura em profundidade dos PPP buscando responder as 18 questões que permitiram avaliar a qualidade da EIP nesse contexto educacional. As questões propostas pelo CAIPE (Barr, 2003) nortearam a leitura em profundidade dos PPP para a identificação do cenário mais favorável à EIP. Será apresentada a análise de cada uma delas em relação a sua finalidade.

A questão 1 (*Os objetivos declarados promovem a colaboração?*) permitiu investigar se os Programas podem ser considerados interprofissionais. Os PPP de cinco programas não apresentam os termos EIP e prática colaborativa, porém contém elementos que se aproximam desses conceitos, pois enfatizam a formação para o trabalho em equipe multiprofissionais e interdisciplinares, a troca de saberes e a valorização da integralidade das ações de saúde. Isso não significa necessariamente que haja integração de saberes e práticas e a promoção de práticas colaborativas, como esperado na EIP.

Apenas um programa menciona como objetivo formar profissionais capazes de compartilhar saberes e desenvolver competências complementares específicas, comuns e para a prática colaborativa, explicitando o caráter interprofissional em seus objetivos educacionais. Por conseguinte, foi considerado interprofissional, enquanto os demais apresentam potencial para a interprofissionalidade, porém apenas se aproximam desse conceito.

A questão 2 (*Como os objetivos contribuem para a colaboração?*) tornou possível identificar como os objetivos declarados eram desenvolvidos para alcançar a prática colaborativa. Somente o programa 5 apresenta objetivos que contribuem para a prática colaborativa, pois adota o ensino baseado em competências e propõe-se a desenvolver competências comuns a todas as áreas profissionais, competências específicas de cada área profissional e também a competência colaborativa, essencial para o trabalho interprofissional, por meio da comunicação e da integralidade das práticas de saúde. A EIP é o cerne das atividades desenvolvidas por este programa de residência, que explicita no PPP a formação para a prática colaborativa por meio da educação interprofissional.

O programa 1 apresenta elementos que podem contribuir para a colaboração, considerando as estratégias pedagógicas mencionadas, porém a prática colaborativa não é mencionada no texto. Os programas 2 e 3 também apresentam potencial para a

colaboração, na medida em que adotam estratégias pedagógicas adequadas para a formação para a prática colaborativa, como a problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), também conhecida como PBL (sigla para *Problem Based Learning*). Também enfatizam o trabalho em equipe e a troca de saberes para construção de novos conhecimentos como objetivos educacionais. O PPP do programa 3 utiliza a expressão *equipes multiprofissionais e interdisciplinares*, buscando um olhar integral para os problemas de saúde da população.

O programa 4 também tem potencial para a prática colaborativa, porém o termo não é explicitado no texto. Embora apresente elementos pedagógicos que podem contribuir para a colaboração e a formação para a atuação profissional em equipes interprofissionais e o desenvolvimento de práticas interdisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais, nenhum outro elemento da colaboração é expresso em seus objetivos. Assim como os demais, o programa 6 apresenta potencial para a colaboração na medida em que enfatiza a formação e a prática interdisciplinar como modelo para atuação em ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, como medida para redução da incidência de doenças crônicas e melhoria da qualidade do cuidado a pacientes crônicos.

A questão 3 (*As metas e os objetivos contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento?*) possibilitou identificar se os programas têm como finalidade educacional a colaboração. Todos os PPP apresentam elementos que demonstram que as ações profissionais desenvolvidas pelos residentes durante o período de formação têm como finalidade a melhoria da qualidade do atendimento nos cenários de prática, porém, apenas o programa 5 menciona a colaboração como finalidade para melhoria da qualidade da assistência, mediante a inserção dos residentes nas equipes interprofissionais que desenvolvem ações regionais de saúde, e propõe a articulação com as políticas de saúde e pactos com os

gestores locais para que as atividades atendam as necessidades de saúde da população.

Os demais também apresentam objetivos com a finalidade de melhorar a qualidade do atendimento, porém não expressam em seus PPP a colaboração como propósito para alcançar esse objetivo, e sim diversas outras estratégias, como o fortalecimento da integração ensino-serviço e eixos norteadores de ensino relacionados a mudanças nos contextos de saúde e na organização do cuidado, por meio da formação de profissionais autônomos e críticos capazes de contribuir para a transformação do modelo assistencial vigente, buscando a melhoria das condições de saúde das coletividades, o que produz impactos na assistência à saúde dos indivíduos, famílias e coletividades.

Em relação à questão 4 (*As metas e os objetivos são compatíveis?*), observou-se compatibilidade entre as metas e os objetivos multiprofissionais e interprofissionais. Os PPP de quatro programas apresentam objetivos e metas compatíveis com o modelo de formação multiprofissional. Entretanto, não expressam claramente a interprofissionalidade como elemento da formação, apesar de objetivos e metas aproximarem-se de algumas premissas da EIP para a prática colaborativa. Apenas o programa 5 apresenta compatibilidade entre os objetivos e as metas multiprofissionais e interprofissionais, alinhando-se às premissas da EIP para a prática colaborativa.

A questão 5 (*Como o aprendizado interprofissional é incorporado ao Programa?*) identificou como os elementos da EIP são integrados nos programas de residência. Os programas 1 e 2 fundamentam-se na aprendizagem significativa e adotam a ABP e a Problemática como métodos de ensino mediante o estudo em pequenos grupos, além das atividades práticas estarem orientadas para a teorização e a reflexão crítica em um contexto multiprofissional, o que não garante necessariamente a aprendizagem integrativa, elemento essencial da EIP.

O programa 3 adota o modelo de formação profissional por competências e um currículo organizado em uma “*teia integrativa*” de módulos de formação geral e específica de cada área profissional, adequados para a EIP, porém o PPP não a cita a EIP como elemento integrante de seu contexto educacional. O programa 4 expressa em seus objetivos a formação do residente para atuação em equipes interprofissionais e para tanto organiza seu currículo em disciplinas transversais, comuns à formação geral em Saúde Coletiva, e aquelas específicas de cada área profissional. Apesar de citar o termo interprofissional, seu currículo e atividades de ensino não garantem a aprendizagem integrativa, alinhando-se apenas ao ensino multiprofissional e multidisciplinar.

Apenas o programa 5 menciona a EIP em seu contexto e organização educacional, adotando um currículo em matriz integrativa, que possibilita a aprendizagem integrativa e interprofissional. O currículo é organizado em três eixos (transversal do programa em atenção à saúde, transversal da formação em Saúde Coletiva e um último específico de cada área profissional). Cada eixo é organizado por módulos, visando à formação para o desenvolvimento das competências gerais, complementares específicas e para a prática colaborativa.

Já o programa 6 adota um conjunto de atividades organizado a partir de um eixo transversal de atividades teóricas e práticas integradas, denominado “*Módulo Comum*”, e um eixo específico para cada área profissional, intitulado “*Módulo Específico*”. O primeiro possibilita o desenvolvimento de competências comuns a todos os profissionais e no texto é utilizada a expressão “*competências comuns e compartilhadas*”. Já o específico prevê o desenvolvimento de competências próprias de cada área profissional.

A questão 6 (*O programa informa seu referencial teórico?*) oportunizou identificar o referencial teórico adotado pelo programa, informação essencial para compreender a concepção de educação adotada pelo programa e sua forma de organização.

Os programas 1 e 2 adotam como referencial teórico a aprendizagem significativa e como método de ensino a andragogia, a APB e a Problemática, que também são adotados pelo programa 3, que ademais adota a Educação Crítica como referencial teórico de ensino. O programa 4 não informa em seu PPP o referencial teórico adotado, não sendo possível tecer comentários sobre este aspecto. O programa 5 foi o único a adotar claramente a EIP como referencial teórico, por meio da interdisciplinaridade e da indissociabilidade entre ensino e assistência, buscando a integração com a coletividade. Cita a prática profissional como eixo norteador do PPP e das metodologias de ensino, e a flexibilidade do plano pedagógico, que deve ser constantemente avaliado para ser reconstruído. O programa 6 não informa claramente qual referencial teórico adota, porém evidencia que a formação especializada estabelece-se pelo serviço com ênfase na Atenção Básica e em atividades interdisciplinares, e adota metodologia problematizadora de aprendizagem para tal formação.

A questão 7 (*O programa adota a prática baseada em evidências?*) pretendeu verificar se o programa estabelece que as práticas adotadas pelos residentes devem ser baseadas em evidências científicas, um dos elementos da EIP. Os programas 1 e 2 adotam a avaliação por competências e estabelecem que as práticas profissionais, nos âmbitos da educação, trabalho e gestão, devem ser baseadas em evidências científicas para a tomada de decisões.

O programa 3 apenas cita que os residentes devem conhecer a medicina baseada em evidências, porém não são descritas estratégias de ensino relacionadas a esta competência. Os programas 4, 5 e 6 não citam a adoção de práticas baseadas em evidências em seus PPP.

A oitava questão (*O programa é formado por valores interprofissionais?*) permitiu conhecer se os programas adotam valores interprofissionais. Apenas o programa 5 adota valores

interprofissionais, pois tem a EIP como referencial teórico. Os demais apresentam valores que se aproximam da EIP, porém não a citam em seus PPP. Tampouco é citada a prática colaborativa, finalidade essencial da EIP. Os Programas 1 e 2 expressam a integração dos saberes interdisciplinares como elementos essenciais para a formação, os programas 3 e 6 apresentam a formação para o trabalho em equipes interdisciplinares, enquanto o 4 utiliza o termo “*equipes interprofissionais*”, ao invés de interdisciplinares.

A questão 9 (*A aprendizagem comparativa é complementar a aprendizagem comum?*) visou identificar se ambas as aprendizagens formam um todo, o que foi constatado em todos os programas, exceto no 2, que utiliza apenas a aprendizagem comparativa.

O programa 1 utiliza estratégias de ensino comparativas e comuns às áreas profissionais, apresentando uma diversidade de estratégias de ensino para esta complementação, como a realização de grupos tutoriais de campo de prática e área profissional, unidades de ensino estruturadas e consultorias. Os programas 3, 4 e 6 também adotam estratégias de ensino comparativas comuns, porém o que os diferencia do Programa 1 é que nele essas estratégias estão organizadas em um currículo tradicional com momentos de ensino comuns e comparativos ao longo do programa. O programa 5 adota um currículo organizado em matriz integrativa, o que garante momentos de aprendizados comparativos e comuns por meio dos dois eixos transversais (transversal do programa e transversal da Saúde Coletiva) e do eixo específico de cada área profissional.

A questão 10 (*São adotados métodos de aprendizado interativos?*) é orientada para permitir reconhecer se o programa utiliza métodos de aprendizagem interativos, elemento essencial para garantir a efetividade da EIP.

Os programas 1, 2 e 3 adotam metodologias de ensino oportunas para o aprendizado interativo, como a problematização e

a ABP, que são metodologias ativas de ensino e aprendizagem e têm como característica essencial a interação de saberes e relações, assim como o Programa 6, que adota a problematização como metodologia de ensino e aprendizagem. O Programa 4 não adota métodos interativos de aprendizado, pois em seu PPP descreve apenas métodos tradicionais de ensino, como aulas expositivas, seminários, provas e aulas práticas em laboratório o que não garante a interação. E o Programa 5 não descreve os métodos de ensino utilizados em cada um dos módulos que compõem os eixos do currículo em matriz integrativa, prejudicando a análise deste conteúdo.

Ao buscar nos PPP elementos que respondiam as questões 11 (*A aprendizagem ocorre em pequenos grupos?*) e 12 (*o número de profissionais é razoavelmente equilibrado?*), foi possível analisar se a aprendizagem ocorre em pequenos grupos, o que possibilita a interação que é essencial para a EIP. Permite identificar a composição dos grupos profissionais envolvidos, informação de grande importância para verificar se há equilíbrio das categorias profissionais representadas nos grupos de estudantes, o que possibilita a otimização do aprendizado por meio da EIP, pois se espera que os grupos sejam uniformes e que não haja predominância de determinada categoria profissional.

O Programa 1 adota a aprendizagem em pequenos grupos e o número de residentes por equipe de residentes varia de 5 a 6 profissionais, porém não há a presença de todas as categorias profissionais nos pequenos grupos de aprendizagem e de prática profissional. O Programa 2 também adota a aprendizagem em pequenos grupos, porém o documento não descreve o número de integrantes e as categorias profissionais que os compõem, embora o número de vagas por categoria profissional seja equilibrado neste programa de residência. Os PPP dos programas 3 e 4 não citam se a aprendizagem ocorre em pequenos grupos, assim como não descrevem a composição dos grupos de prática profissional que

atuam nos serviços, porém o número de vagas por categoria é uniforme, o que de certa forma garante que não haja predominância de determinadas categorias profissionais. Os programas 5 e 6 não descrevem se o aprendizado ocorre em pequenos grupos e os 3 e 4 não mencionam a composição dos grupos de prática ou se o número de categorias é uniforme.

A questão 13 (*Todas as categorias profissionais são representadas no planejamento de ensino?*) teve como finalidade investigar se todas as categorias profissionais teriam suas necessidades atendidas no planejamento do ensino. Todos os programas, exceto o 2, mencionam todas as categorias profissionais presentes em seus contextos descreve as ações e as competências específicas de cada uma delas.

A questão 14 (*Usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem?*) buscou identificar se os programas envolvem usuários e familiares no processo de ensino aprendizagem dos residentes, reconhecendo-os como colaboradores deste processo, sendo esta uma ação esperada em contextos que adotam a EIP. A análise permitiu verificar que todos os PPP mencionam o envolvimento do residente com os usuários dos serviços, suas famílias e a coletividade como uma competência a ser desenvolvida durante a residência. A formação na residência dá-se por meio do trabalho e os residentes estão imersos nos contextos de prática, executando ações assistenciais, de educação e gestão e tal envolvimento é inerente ao processo de formação.

As questões 15 (*Será que a aprendizagem interprofissional será avaliada?*) e 16 (*A EIP conta para qualificação?*) revelaram a importância dada à avaliação e à EIP nos contextos das residências multiprofissionais. Verificou-se que os programas adotam diferentes estratégias de avaliação dos residentes; apenas o Programa 5 menciona explicitamente a avaliação por competências, realizada semestralmente, e utiliza instrumento específico para avaliar competências compartilhadas, complementares específicas e

atinentes à prática colaborativa, em sintonia com as premissas da EIP.

Os programas 1 e 3 realizam avaliações formativas e somativas baseadas em competências, com potencial para avaliar a aprendizagem interprofissional, porém no texto isto não aparece como uma finalidade do processo avaliativo. O residente deve alcançar o conceito “*satisfatório*” em todas as modalidades de avaliação. Além disso, é exigida a submissão de um artigo científico para a certificação do residente. Os programas 3 e 6 realizam a avaliação formativa por meio de instrumentos específicos, sendo essa ação realizada inter pares, por tutores e preceptores. O PPP do Programa 3 apresenta um instrumento de avaliação que aborda um item que discute o trabalho em equipe e a colaboração, elementos importantes para a EIP, já o do Programa 6 não apresenta os instrumentos de avaliação, não sendo possível tecer comentários a respeito da avaliação do aprendizado interprofissional. Nenhum dos PPP descreve como a avaliação contribui para a qualificação dos residentes. Apenas o Programa 4 utiliza métodos tradicionais de avaliação do conteúdo teórico por meio de provas e avaliação da prática, exigindo média superior a 7 como critério para a aprovação.

As questões 17 (*Como o programa será avaliado?*) e 18 (*Será que os resultados serão divulgados?*) reconhecem a importância da avaliação institucional, além de incentivar a troca de experiências com a EIP e a flexibilidade dos planejamentos educacionais em prol da melhoria dos resultados.

Os programas 1, 2 e 3 possuem instrumentos específicos de avaliação institucional a ser realizada pelos residentes. Não mencionam a participação dos demais sujeitos envolvidos nos cenários de prática profissional (tutores e preceptores). Além disso, os PPP não preveem a divulgação dos resultados avaliativos. O PPP do Programa 4 não prevê a realização de avaliação institucional e tampouco a divulgação dos resultados. Já o Programa 5 adota a auto avaliação no âmbito da Comissão de Residências

Multiprofissionais da IES, além de realizar seminários internos anuais para a avaliação do programa, com a representação de todos os envolvidos (residentes, preceptores e tutores), bem como representantes da Rede de Integração Ensino-Serviço e do Conselho Municipal de Saúde do município onde é oferecido. O PPP não detalha como são divulgados os resultados das avaliações, mas ressalta que o processo de avaliação institucional é contínuo. O Programa 6 prevê a avaliação institucional realizada semestralmente pelos residentes por meio de formulários específicos. Prevê ainda que o programa seja avaliado por supervisores, tutores e docentes na Comissão do Programa de Residência de acordo com pactuações, metas e objetivos declarados. Assim como o Programa 5, o PPP não estabelece a divulgação das avaliações.

4.2 ANÁLISE DO DISCURSO DO GRUPO FOCAL

O GF foi realizado em uma segunda feira de manhã no mês de agosto de 2014. Uma sala de aula com espaço suficiente para acomodação dos participantes foi reservada e todos os residentes matriculados no programa selecionado foram convidados. O GF ocorreu no horário de atividade teórica dos residentes e a coordenação do curso programou uma atividade a ser realizada caso algum deles não aceitasse participar do GF, o que não ocorreu.

No momento de realização do GF, havia 14 residentes matriculados no Programa porém somente nove participaram do GF, pois cinco não compareceram no dia marcado. No entanto, todas as categorias profissionais abrangidas pelo Programa estavam representadas. Todos haviam ingressado em 2013, portanto cursavam o segundo ano do Curso. Como não houve processo seletivo no ano de 2014, pois o encerramento do Programa era previsto para fevereiro de 2015, não havia residentes cursando o

primeiro ano. O quadro a seguir reúne as características dos participantes.

Quadro 5 – Características dos residentes que participaram do GF. São Paulo, 2015

ID	CATEGORIA PROFISSIONAL	IDADE	ANO DE GRAD.	IES FORMAÇÃO	EXPERIÊNCIAS ANTERIORES EM EIP
R1	Fisioterapia	27	2011	USP - <i>campus</i> Ribeirão Preto.	Não
R2	Nutrição	24	2011	Universidade São Judas Tadeu	Sim, durante o estágio curricular.
R3	Enfermagem	23	2012	UNIFESP - <i>campus</i> São Paulo (SP)	Não
R4	TO	24	2012	USP - <i>campus</i> SP	Sim.
R5	Psicologia	25	2012	UNIFESP - <i>campus</i> Baixada Santista.	Sim, durante toda a graduação
R6	Nutricionista	24	2012	UNIFESP - <i>campus</i> Baixada Santista.	Sim, durante toda a graduação
R7	Serviço Social	24	2012	Universidade de Taubaté	Sim, durante os estágios.
R8	Psicologia	34	2006	UNESP - <i>campus</i> de Assis	Sim, em grupo de pesquisa do Depto. Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp
R9	Educação Física	24	2012	UNIFESP - <i>campus</i> Baixada Santista.	Sim, durante toda a graduação e em atividades de extensão universitária e grupos de pesquisa.

Fonte: Arquivo pessoal do pesquisador

A maioria dos residentes havia ingressado no Programa de imediatamente após a conclusão do curso da graduação, ou no máximo um ano após a conclusão da graduação, e apenas duas residentes já haviam concluído outros cursos de pós-graduação,

uma delas o aprimoramento no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, e a outra havia cursado o mestrado. Há predominância do sexo feminino entre os participantes do GF (8 residentes), e a idade média é de 25,4 anos.

Em relação às experiências anteriores com a EIP, todos os formados na UNIFESP no *campus* Baixada Santista declararam ter vivenciado experiências de EIP durante todo o curso de graduação, inclusive nas atividades de extensão e pesquisa, pois a instituição é pioneira na adoção da EIP como eixo norteador da formação em saúde.

Os demais residentes que declararam ter experiências prévias em EPI relataram momentos pontuais durante a formação, especialmente durante estágios ou em atividades em grupos de pesquisa. Por isso não é possível afirmar se tais experiências foram de fato interprofissionais. No entanto, os participantes identificaram-nas como significativas para suas formação.

Na sala em que ocorreu o GF, as cadeiras foram dispostas em formato de roda para facilitar a discussão, pois essa disposição permite que todos se comuniquem de maneira mais horizontal. Os residentes foram chegando aos poucos para a atividade, que foi iniciada 30 minutos após o horário agendado, para evitar interrupções após o início, o que não ocorreu.

Foram feitas as apresentações da professora que ficou responsável pela coordenação da atividade, assim como da professora que desempenhou o papel de observador, juntamente com o pesquisador responsável. Em seguida foram explicitados os objetivos da pesquisa e explicado como seria desenvolvido o GF. Foi realizada a leitura do TCLE e solicitada a assinatura dos participantes. Foi solicitado que todos os celulares fossem desligados. Apenas dois celulares ficaram ligados porque havia duas pessoas que poderiam receber ligações, pois tinham familiares com

problemas de saúde, mas para evitar interrupções uma única pessoa ficou responsável por atendê-los.

A atividade teve início com a apresentação dos participantes pedindo que contassem como haviam recebido a notícia de aprovação na residência e quais os sentimentos presentes naquele momento. Foi sugerido que voltassem no tempo e relatassem suas expectativas, motivações e inquietações que a situação trouxe para suas vidas. Esse momento foi importante para aproximar os participantes, além de permitir identificar o significado de se tornar residente e constituir-se como um grupo, vindo de diferentes realidades, com diferentes acúmulos e expectativas.

A certa altura do desenvolvimento do GF os residentes foram lembrados do conceito de EIP adotado no estudo, na tentativa de captar as experiências pessoais de cada um considerando a EIP como *"uma ocasião quando dois ou mais profissionais aprendem com, para e sobre o outro para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados"* (Barr et al., 2005). A coordenadora do GF ressaltou que a presença dos residentes nos serviços de saúde pode oxigenar as relações por suas condições de realizar a crítica e ajudar a repensar e questionar estruturas e práticas já cristalizadas pelo cotidiano do mundo do trabalho.

Buscando identificar a percepção dos residentes a respeito dos limites e das potencialidades daquele programa de residência para a EIP, foi realizada uma dinâmica em que cada participante dispunha de 15 minutos em silêncio para escrever em uma tarjeta amarela o que considerava "os limites" e em uma tarjeta azul, "as potencialidades" do Programa. Essa estratégia garantiu que todos pudessem se expressar, pois em um grupo sempre há os falam mais e outros mais reticentes. Pedindo que escrevessem foi possível obter informações de todos.

O GF teve duração de 120 minutos, tal como planejado. Não houve problemas ao transcorrer do grupo, exceto uma interrupção

devido ao toque de um dos celulares, mas a pessoa responsável pelo apoio operacional atendeu a ligação e não houve maior prejuízo com o andamento do grupo. Foram utilizados dois gravadores estrategicamente posicionados para fazer a captação do áudio, o que foi essencial para garantir a qualidade da gravação, de modo que não houve perdas de discurso. As anotações da observadora foram providenciais para identificar os gestos, as reações e o início de cada fala, o que garantiu a identificação de cada participante na transcrição.

As categorias empíricas que nortearam a elaboração do roteiro do GF estão relacionadas com os objetivos da pesquisa e com uma das finalidades da EIP. São elas: vivenciando a residência multiprofissional; limites da residência multiprofissional para a EIP; potencialidades da residência multiprofissional para a EIP e percebendo impactos para melhoria da qualidade na assistência por meio das práticas profissionais como residente. A análise de discurso possibilitou a identificação de temas em cada uma das categorias empíricas:

Figura 2 – Categorias empíricas e temas identificados através da análise de discurso. São Paulo, 2015

Apresenta-se a seguir a análise do material empírico resultante do GF, organizado de acordo com as categorias empíricas definidas *a priori* e os temas que as compõem. Para preservar o anonimato, cada participante foi identificado pela letra R (Residente) seguida por um número, por exemplo: R1, R2, R3 e assim sucessivamente até o R9.

4.2.1 Vivenciando a Residência Multiprofissional

Esta categoria empírica expressa a experiência dos residentes durante a trajetória no curso, desde o momento em que receberam a notícia da aprovação, até os conflitos e as inquietações que emergiram ao longo do processo.

Os discursos revelaram que os participantes desejavam muito a aprovação na residência e tinham grande expectativa em relação ao curso e às mudanças que com ele viriam. Buscavam a formação em serviço, mas muitas vezes não sabiam exatamente como seriam suas atividades e até mesmo do que se tratava a residência multiprofissional ou o que a diferenciava da residência médica, esta sim amplamente conhecida.

Recebendo a notícia

Eu fiquei em êxtase. Estava sozinha em casa, não tinha para quem contar [...] Fiquei muito feliz, não tinha para quem contar na hora e liguei para cá, sabe? Porque, assim: - 'Nossa, eu preciso falar com alguém, que história é essa?' Para mim foi uma alegria muito grande. (R1)

[...] você vai fazer residência porque você vai ter o estudo e a prática e isso seria perfeito. E aí foi isso, eu escolhi fazer a residência. (R2)

Eu olhei o resultado, e falei: - 'Nossa, mãe eu passei!' Eu fiquei indecisa e ela não sabia se ficava feliz ou triste, porque eu ia sair de casa [...] Eu estava super feliz [...] Todo mundo me deu parabéns. (R3)

Foi bem legal, mas eu também estava bem insegura com essa coisa de sair de casa, porque eu nunca tinha saído, mas fiquei muito feliz, estava querendo bastante. (R4)

Quando eu vi que tinha sido aprovada, fiquei aliviada, porque para mim tinha um lance assim de eu ocupar algumas posições [...] eu queria de alguma forma passar pela experiência. (R8)

[...] quando passei na residência, eu estava um pouco confuso ainda, tinha tido um pouco de contato com os residentes como aluno de graduação e então quando passei e contei para minha família, eu fiquei muito feliz, mas aí todo mundo [perguntou]: - 'Mas o que é isso?' Meu pai contou para todos os amigos dele: - 'Mas seu filho não fez educação física? E ele é médico?' Minha avó também [contou para] todo mundo e eu me senti muito despreparado para responder, principalmente porque um dos nossos cenários é o hospital. Então eles falavam: - 'O que você vai fazer em um hospital?' E eu falava: - 'Boa pergunta, vamos descobrir juntos.' Foi uma experiência interessante, porque eu não esperava, foi uma surpresa, se posso definir em uma palavra. (R9)

Vivenciando a interprofissionalidade

Foram relatadas as percepções frente à proposta interprofissional. Muitos iriam vivenciar a prática profissional pela primeira vez, eram recém-formados e, além disso, enfrentariam a nova rotina de 12 h de trabalho diário compartilhado com os colegas da residência e com os trabalhadores da equipe dos serviços de saúde.

Ficou evidente o desafio que representou para os residentes reconhecer os limites profissionais, as competências comuns e as complementares específicas, o que é do outro e o que é próprio de sua profissão, inclusive por parte daqueles que tiveram sua formação pautada na EIP e teriam de lidar com colegas de realidades e formações distintas.

Os excertos a seguir reforçam que a residência contribuiu para fortalecer a identidade profissional, assim como as competências comuns e complementares específicas. Os residentes, porém, relataram grande sofrimento ao longo do processo de formação, inclusive com adoecimento.

[...] em vários momentos eu tive que sair um pouco do multi. Anos depois, quando eu começar a refletir sobre o que a gente fez, acho que vai dar para saber o que que foi que a gente fez. Por isso eu acho que também a preceptoria mudou muito, porque teve tempo para assentar algumas coisas e o tempo é importante. Às vezes a gente acha que não vale a pena [...]. Acho que aprendi muito mais a entrar na minha caixinha do que a ser inter, porque na minha graduação, por exemplo, eu fui muito pouco psi. Eu sou psicóloga e na minha graduação era o que eu mais sabia fazer, e estou falando porque me formei na UNIFESP e aqui a gente aprende a fazer isso. Para maioria das pessoas que se dedicaram ao lado de TES, que é um lado que tem aqui, que fala muito da saúde e que fala 'exercite a escuta, exercite o acolhimento'... É... esse tipo de coisa... Eu acho que saí muito mais alguém que sabia acolher do que alguém que sabia ver tudo. Alguém que sabia ser profissional de saúde. A intervenção psicológica eu acho que eu sabia muito pouco quando eu saí da faculdade. Eu via que a maioria das pessoas que eu conhecia, que eram psicólogos, que já estavam formados, falavam assim: - 'Que linha é isso que você tem?'. 'Sei lá do que vocês tão falando, eu não tenho e não sei se é algo que eu quero ter'. Mas eu acho que eu aprendi a ter um manejo clínico mais relacionado à psi na residência, do que... agregar algumas outras coisas. Claro, contribuiu muito no sentido de conhecer melhor, embora eu tivesse tido contato na graduação, acho que eu conheci melhor a prática dos outros profissionais. Mas acho também que aprendi a saber separar o que que era da psico dentro disso, assim [...] Para mim foi muito difícil admitir que... não é nem admitir... mas é a forma como isso aconteceu, a forma como eu me aproximei da minha profissão [...] Foi muito bom ter tomado essa postura de compreender melhor o que que eu sou dentro dessa equipe. Acho que foi um movimento bom, só que, para mim, na hora que eu coloco, na hora que eu digo, é que foi de uma forma tão destruidora para mim, que eu não acho que isso foi tão

bom. Entendeu? Eu acho que foi muito bom eu ter me encontrado dentro da minha profissão, só que teve um preço muito alto, eu fiquei doente várias vezes, tive conjuntivite devido a problemas da equipe, problema na coluna por conta da equipe, do trabalho em equipe, do estresse. De chegar em casa e as meninas falarem assim: - 'O que que você está fazendo nesse lugar?' Eu me questioneei sobre isso e hoje acho que foi muito bom, foi muito bom ter chegado aqui, ter conseguido me encontrar melhor na minha profissão, porque às vezes exigiam de mim assim: - 'O que a psicologia pode fazer neste caso?' E eu falava assim: - 'Ah, sei lá!' Então era o que me deixava meio assim: - 'Eu não sei'. Então foi bom ter regredido... porque, da forma que foi para mim, foi uma regressão. Não foi uma forma legal de ter me encontrado na minha profissão, foi uma porrada no estômago (R5).

Eu fiz um pouco o caminho inverso, porque eu estudei em uma instituição que não tinha essa coisa de ser multi. Nos estágios sempre teve muito a política da psicologização, das questões sociais, das questões biológicas, isso foi bem presente na minha formação. Mas eu tinha de me reconhecer como psicóloga, só que dentro da psicologia há n correntes, muitas coisas que para uma é pressuposto, para outra não é. E dentro da própria categoria tem muito questionamento, outras bases. Era uma coisa um pouco mais cartesiana [...] E para lidar com isso o trabalho na própria psicologia é muito tensionado. E aí eu percebi que aqui na Unifesp tem muito uma proposta de fazer algo mais coletivo e tal, mas ao mesmo tempo, sair formado. E todo mundo se forma, assim, tem uma questão de identidade profissional, saber um pouco do que a gente faz e aí, às vezes, isso não é, não é... Não tem tanta sustentação para saber se são lineares, 'eu vou até aqui' e aqui é do outro. E a residência coloca essa questão do fazer. Então, quando esses lineares [campo de saberes e núcleo de práticas] não estão minimamente contornados, é muito difícil. Eu tive essa dificuldade, porque de alguma forma esse campo aí de não saber, que muitas vezes é preciso o não saber. Mas, no mundo de hiperespecialização, ele nos é vendido como falta, como uma coisa que a gente não faz no dia-a-dia, que a gente deveria ter. E é doloroso lidar com isso. Então esse balizamento constante do que a gente pode e o que não pode é muito difícil. (R8)

A motivação para o aprendizado interprofissional não foi homogênea, como pode ser verificado na fala da residente que expressa seu sofrimento no processo de formação, principalmente com conflitos dentro do grupo de residentes pois havia pessoas que não lidavam bem com a proposta interprofissional.

Eu senti muita diferença, na verdade, durante uma época eu senti que tudo que eu tinha tido na graduação tinha virado lixo. E me falaram: - Agora você vai ter que aprender a dançar dentro do teu quadrado.' [...] Às vezes que era impossível conseguir trabalhar junto. Vários dias eu chegava em casa chorando porque sabia que não tinha dado tudo o que queria ter dado. Chegava em casa e falava: - 'Eu odeio quem eu me transformei na residência'. Falava: - 'Eu quero desistir disso aqui porque não era o que eu achava.' [...] Tinha pouquíssimas coisas boas dentro daqui, o que tinha de bom eram as poucas pessoas com quem a gente conseguia trabalhar e a resposta do usuário. Mas minha sensação foi que toda a experiência que eu tive na graduação estava muito distante. Eu achava que ia só aumentar e ter possibilidades maiores dentro da residência, porque teria um espaço para ter todo mundo bem disposto a fazer isso, só que não foi tanto assim o que eu encontrei. Justamente porque eu acho que muita gente não teve essa experiência na graduação, muita gente não estava enfrentando o que era a interdisciplinaridade, o que era a interdisciplinaridade ali na residência e a grande dificuldade que eu acho que para mim pegou muito foi como conversar com pessoas que não concordam ou que não querem, não estão a fim de fazer a interdisciplinaridade, ou que não compreendem o que é [...] Enfim, é difícil, muito difícil! Hoje eu acho que a gente consegue pelo menos lidar um pouco melhor com isso ou eu tenho lidado melhor com isso depois de ter tomado muito na cabeça, ter me sentido muito mal e começado a refletir que ou eu mudava a minha forma de lidar com isso ou ia desistir da residência ou ficar doente, como eu fiquei. Foram coisas que... Para mim, foi muito frustrante chegar na residência e, na hora que eu ia buscar ainda mais a interdisciplinaridade, foi onde... Em vários momentos eu acho que foi possível a gente trabalhar junto, mas não era a equipe inteira, eram núcleos dentro da equipe. Trabalhar com a equipe inteira, de 'somos interprofissionais a equipe inteira', eu não sei dizer se

realmente aconteceu. A gente conseguiu trabalhar em pequenos grupos de forma mais íntegra, mas eu sofri muito quando cheguei na residência e vi que não era nada daquilo que eu achava que era, por conta da experiência que eu tive na graduação. Tudo aquilo que para a maioria das pessoas era muito novo, de PTS e o que é trabalhar com grupos, a gente já tinha tido muito na graduação. (R5)

No momento em que foi apresentada a definição de EIP, uma das participantes manifestou-se dizendo que o grupo talvez não tenha exatamente aprendido **com**, **para** e **sobre** a profissão do outro:

Eu nunca tinha pensado nessa definição e acho que a gente não atingiu o ponto de saber o que as outras profissões fazem de verdade. E isso é uma dificuldade muito grande, porque fica nessa coisa do achar que se a pessoa está chorando então manda para o psicólogo. Teoricamente é uma coisa, a gente está numa equipe privilegiada por trabalhar nisso, mas acho que a gente ainda não venceu muito as barreiras, em algumas profissões mais, em outras menos, mas eu sinto que a gente está há um ano e meio junto e ainda não sabe o que as outras profissões podem oferecer. (R1)

O papel da IES como responsável pelo programa de residência

Os residentes enfatizaram a importância da IES como responsável pedagógica e administrativa pelo programa de residência. Uma das residentes relatou não perceber o apoio por parte da IES frente às questões próprias da residência multiprofissional, como a definição de atividades práticas e teóricas, estabelecimento de normas e mediações de conflitos entre os sujeitos envolvidos.

E às vezes eu sentia e eu sinto que a Unifesp é muito responsável pela gente, porque tem de estar muito junto, muito próxima. E eu vejo que muitas vezes eles lavam as mãos e saem, assim. E às vezes está acontecendo muita

coisa, a gente está questionando muitas coisas e de alguma forma eles não se opõem ao serviço e talvez... Questões assim do tipo do serviço estar falando que a gente tem que trabalhar, fazer 300 coisas e a gente está falando que tem que ter um tempo para estudar, tem que fazer o relatório, fazer qualquer coisa, e o serviço falando que a gente tem que trabalhar. A gente chama a Unifesp e a Unifesp diz: - "Mas é o serviço que vai trabalhar com a rotina de vocês, não é a gente". E eu acho... eu sinto a Unifesp muito longe [...] eu não me sinto respaldada pela Unifesp. Eu não me sinto respaldada nas dificuldades. E, na verdade, uma das minhas maiores ideias ao ter entrado na residência era de ter uma universidade junto, de estar pensando junto, estudando junto e eu não sinto que eles dão esse apoio. (R7)

Percebendo-se diferente ao final da residência

Este tema reúne os relatos dos residentes sobre como estavam se sentindo e percebendo-se ao final da residência, faltando apenas um semestre para a conclusão do programa.

Eu acho que muito do que você [a coordenadora do grupo focal] falou de a gente alguma forma servir como oxigênio, dar uma oxigenada nos serviços, eu sinto também, e falo muito por mim, de estar colocando no mercado de trabalho profissionais diferentes também. Porque eu me sinto outra pessoa, uma pessoa que entrou e uma pessoa que está saindo. Tenho certeza que em outro trabalho eu vou ter um olhar muito diferente, eu acho que eu vou ter muito mais vontade de fazer coisas que talvez eu não tivesse aprendido a fazer se eu não tivesse passado na residência. Então eu acho que a residência é muito importante também para ter profissionais diferentes no mercado, com uma visão, querendo outras coisas, buscando outras formas. Então, eu vejo isso muito forte também. (R7)

Uma das participantes considerou-se mais qualificada para o trabalho, com um olhar ampliado sobre os fenômenos da saúde, mas se disse angustiada com os cenários que poderia vir a encontrar fora da residência e dificultar sua prática profissional.

Com certeza. Eu acho que a gente vai conseguir por em prática tudo que a gente teve na residência, ter outra visão, mas eu tenho muito medo do sistema, de não dar conta, tenho medo de não ter o mínimo possível para fazer um acolhimento com o usuário, sabe? (R3)

A formação na residência também parece ter contribuído para diminuir os estereótipos e corporativismos profissionais, como pode ser verificado na fala a seguir. Entretanto, o depoimento também evidencia que o processo de formação gerou sofrimento pela forma como foi conduzido. Ficou explícito que o processo de formação é provocador e mobilizou zonas de conforto e concepções profissionais, levando os residentes a estabelecer relações e práticas interprofissionais.

Eu sempre falo que eu mudei muito, muito, muito. Eu antes achava que eu era salvadora, que a nutrição resolvia todos os problemas. Mas eu mudei muito e acho que muito dessa mudança profissional eu devo demais ao pessoal, demais. Às vezes eu estou lá na minha casa e ouço uns comentários assim... que eu começo a... E, de mudar o olhar assim, de tirar muito preconceito, tirar da caixinha, tirar da zona de conforto. Acho que a residência proporcionou isso, porque a formação em nutrição, nutrição clínica, eu tive uma boa formação na graduação e no aprimoramento. OK, estava lindo, perfeitinho, redondo. Aí quando venho para residência: - 'Mano, tem tudo isso?! Como assim? Eu não sei nada, não aprendi nada!' Como diante desse objeto eu posso me aprimorar? Aí eu comecei a surtar, sofri muito, muito, muito, muito com as meninas ano passado. Aí deu certinho, agora eu estou bem, né? (R2)

No estágio eletivo, ao entrar em contato com outro programa de residência de qualidade reconhecida, uma das residentes conta como essa experiência colaborou para que ela pudesse perceber os pontos fortes de seu programa, relacionados principalmente à condução das práticas profissionais. Lembrou-se de quando o pesquisador apresentou a proposta da presente investigação, relatando que o PPP indicava que se tratava de um cenário

altamente favorável à EIP. Na ocasião, não concordou com essa afirmativa, porém, após conhecer um cenário de formação distinto onde pode se distanciar momentaneamente da realidade em que estava, foi capaz perceber os aspectos positivos de seu curso.

Na quinta-feira passada eu voltei de um estágio optativo, fui para Santa Catarina, fui para Florianópolis. Eu me lembro de uma parte da apresentação deste projeto de pesquisa e me lembro dele falando assim: - 'Eu vim aqui porque o projeto político pedagógico da residência de você é o melhor'. Pensei: 'Ele não sabe o que está falando, está ficando louco. Ele vai chegar aqui e a gente vai descascar e falar um monte da residência e ele vai falar: - 'Nossa! acho que estava errado. Mas aí eu fui conhecer a experiência da residência da UFSC [Universidade Federal de Santa Catarina] e lá eles têm uma exigência gigantesca de produtividade no atendimento. Fiquei pasma, a outra que TO foi comigo também... Na residência em saúde da família, eles têm uma superestrutura lá, 100% de Estratégia Saúde da Família, eles têm NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família], eles têm vários problemas, mas algumas coisas que funcionam muito legal. A residência lá está em um ponto em que: "Ah, o enfermeiro ele vai ter que fazer 10 atendimentos, 10 acolhimentos por manhã'. E aí eu olhei para aquilo e pensei: - 'Não é possível que a residência tenha essa exigência! Aí questionei: 'E a enfermeira da unidade, quantos atendimentos ela tem que fazer por dia?' 'Ah, ela faz uns 15.' Foi uma das coisas no nosso último dia, o único dia que a gente sentou com eles... e aí eu consegui enxergar algumas coisas da nossa residência, que tem pontos muito legais... e que eu fui para a residência falando assim: - 'Nossa, a residência em saúde da família, como que deve funcionar?' A Estratégia Saúde da Família lá é muito boa e é claro que tem muitas coisas muito positivas, mas a hora que vi que eles têm uma carga de [trabalho] específico muito grande e que as ações em que realmente eles estão juntos é uma perda no ano inteiro... eu falei: - 'Não é que o nosso projeto é bom mesmo? (R5)

4.2.2 Os limites do programa de residência para a educação interprofissional

O conteúdo das tarjetas relacionados a percepção dos limites da residência para a EIP foi transcrito a seguir exatamente como descrito pelos participantes. O conteúdo foi apenas agrupado facilitar a compreensão:

Quadro 6 – Limites da residência para a EIP. São Paulo, 2015

Relacionados à carga horária semanal e diária	Convivência de 12 h diárias, 60 h semanais Carga horária excessiva Convivência extrema, modo de trabalho Carga horária extenuante que leva as relações de trabalho a certos momentos críticos e até desagradáveis.
Relacionados às relações pessoais e interprofissionais e aos conflitos que podem estar presentes, assim como as dificuldades em lidar com as diferenças:	Sofrimento devido a diferenças e condutas discordantes Dificuldades com as diferenças Orgulho, autossuficiência, pessoa fechada Lidar com pessoas que não entendem o que você faz. E não parecem ter interesse em conhecer Divergências teórico-metodológicas de formação. Pouco espaço/tempo para perscrutação, consenso e dissenso Conflitos que desgastam o corpo e que às vezes tornam a relação interpessoal impossibilitada e às vezes conflitos tornam a relação com nós mesmos insuportável. Não gosto de quem me transformei nessa experiência, com o grupo ou com o outro.
Relacionado ao mundo do trabalho, diferente do mundo acadêmico:	Sofrimento por experienciar o mundo real Sentir-se distante de conhecimentos e temas comuns durante a graduação.
Relacionados aos limites profissionais e reconhecimento de competências comuns e complementares específicas:	Dificuldade em definir os limites entre as profissões Imprecisão dos limites profissionais
Relacionados a problemas de comunicação:	Dificuldade de comunicação. Linguagens muito diferente Dificuldade de parar para escutar o outro Dificuldade de entender a atuação de algumas áreas que preferem não compartilhar o atendimento Dificuldade em dialogar com pessoas de cursos diferentes.

Relacionados às condições para a prática profissional e o trabalho em equipe:	Poucos espaços clínicos lúdicos para as equipes Dificuldade de a equipe estar afinada.
---	---

Fonte: Tarjetas produzidas pelos participantes do GF. Arquivo pessoal do pesquisador

A carga de trabalho é um fardo difícil de carregar

Este tema apresenta trechos dos discursos em que os residentes expressam suas percepções a respeito da carga horária do curso. Relatam grande desgaste devido à complexidade do trabalho e das atividades que desempenham, o que provoca estresse e sofrimento, diante da proposta de formação:

Acho que a carga horária, por mais que seja boa, vai ser sempre uma dificuldade na residência, por mais que a gente não brigue [...] Às vezes eu me sinto perdida na quantidade de coisas que tem para fazer e de não ter tempo. (R7)

São 12h com o coleguinha para fazer atendimento em conjunto. (R3)

Então, a questão é que a proposta é diferente. 12h no coletivo, trabalhando junto, sempre em companhia é complicado. Em outras residências que eu já ouvi falar, o residente vai lá, faz o atendimento dele e depois tem um hora que senta todo mundo. A gente não, a gente faz o atendimento junto, discute junto, faz tudo junto, 12h por dia (R7).

Você pode ficar doente, mas tem de repor, a não ser que você morra. E é muito complicado, porque se você pega uma conjuntivite e não pode ir ao serviço, não é porque você não quer, mas tem que repor isso e é muito difícil. (R1)

E a carga horária excessiva não é só a hora, porque uma hora pode se transformar em várias horas em termos da carga que você carrega. Você vai numa reunião e, dependendo de uma reunião, você carrega, parece que

você ficou 30 horas, e só ficou uma hora. Às vezes você pega um atendimento que a pessoa traz milhões de coisas para você, e aquela uma hora de atendimento se transforma, como se você tivesse ficado lá a manhã inteira. (R5)

E onde fica nosso processo de trabalho nisso? A gente precisa ser criativo constantemente [...] trabalhar exercendo uma só função já é exaustivo. Quando você tem que criar, caçar, fazer, tentar propor coisas novas, eu acho que aumenta, e talvez explique um pouco porque essa carga-horária, essa carga de trabalho fica muito forte. (R9)

O desafio das relações pessoais e interprofissionais

Assim como no conteúdo das tarjetas, em suas falas os participantes relataram limites relacionados às relações pessoais e interprofissionais, além de identificarem um apoio institucional tardio por parte da IES na mediação desses conflitos. Reconhecem como transformador o momento que a IES adotou medidas para qualificar os espaços de prática e mediar conflitos, mediante a designação de uma docente para atuar como vice-coordenadora do Programa.

Eu imaginava que ia ser como eu já tinha visto em alguns lugares, cada profissional ia trabalhar dentro da sua área, eu não imaginava tanto que ia ser o tempo todo em equipe. E acho que aqui o trabalho em equipe é muito estimulado, sempre. Essa coisa toda da interdisciplinaridade e tudo mais não era uma coisa que eu, por exemplo, tinha vivenciado. Então foi uma coisa nova que eu acho que estimulou e esperam que a gente busque isso na residência. Só que eu acho que a maioria vem de formação do tipo, formado [formatada] (R5).

Eu acho que a maior dificuldade foi lidar com esse tipo de conflito de trabalhar em equipe. No começo, eu falava assim, desculpa o palavrão, mas: - 'Pqp! como pode sete pessoas que estão dispostas a fazer um trabalho interprofissional ter tanto conflito nesse ponto?' Às vezes a gente chegava na equipe da unidade e eles não traziam

esses conflitos para gente, e aí isso pra mim é o mais angustiante. Como pode a galera que está aqui dizendo 'vamos fazer' ter mais conflito nesse ponto do que as pessoas com quem você ia conversar que falavam assim: - "Nossa, isso é lindo e maravilhoso e vamos fazer." Sabe? Às vezes, na hora da prática, acabava tendo um conflito e outro, mas os maiores conflitos eram exatamente com as pessoas que eu achava que estavam super mega dispostas a fazer. Inclusive eu, que eu falei: - 'Eu não estou mais tão disposta.' Porque o sofrimento era tanto que eu tirei e coloquei no canto. (R5)

O conflito é inevitável. Por isso quando eu coloco que eu acho que faltou mediação desde o começo, não sei, talvez uma mediação mais próxima desde o começo pudesse ter ajudado a moldar isso de outra forma, sem tanto sofrimento, sem tanto atrito. (R1)

O descompasso entre as práticas dos serviços e a proposta da RMS

O sucesso das iniciativas em EIP depende do alinhamento dos projetos entre os sistemas de saúde e educação, para que os cenários de prática sejam capazes de potencializar a formação. A análise de discurso permitiu identificar este tema que apresenta a percepção dos residentes sobre como ocorrem práticas interprofissionais nas equipes que estão inseridos. Ao serem questionados pelo coordenadora do GF se os serviços eram interprofissionais, os residentes foram categóricos ao afirmar que não, o que revela um descompasso entre a proposta de formação por meio da EIP e as práticas nos serviços de saúde.

Nenhum deles. Nenhum deles, a gente passa por mais de um. Eles acham que tinha que tinha que ser cada um no seu quadrado (R1)

Quando a gente tem esse movimento de trabalhar em equipe, discutir em equipe, sempre em equipe. O serviço já começa [a falar]: 'Mas vocês acham que tudo tem que ser em equipe?' (R5)

Eu diria que eles acham muito estranho quando a gente vem com essa proposta. E isso começou até da UNIFESP, que começou a pesar agora. Por que tudo é tão em equipe, cadê o específico, cadê o específico? Virou até um jargão da UNIFESP, pegar no nosso pé em relação a isso. (R7)

O papel do preceptor

Este tema apresenta percepções dos participantes a respeito do papel dos preceptores nos campos de prática. Relataram que em algumas áreas profissionais não existe o preceptor específico da categoria, como ocorre com a educação física na cenário hospitalar e com a terapia ocupacional na Atenção Básica. Disseram ter enfrentado situações problemáticas por não contar com um profissional como referência nos serviços, não podendo discutir situações específicas das áreas profissionais.

É porque, por exemplo, o profissional de educação física não tem espaço no hospital. Não existe nenhum profissional lá dentro. (R4)

Não existe nenhum profissional de educação física com experiência hospitalar. Então é complicado, porque às vezes o específico, as pessoas não entendem e falam: - 'Como assim? Você está brincando comigo.' Elas não entendem. (R9)

Não existe terapeuta ocupacional na Atenção Básica. Eu também acho que até [prejudica] as nossas próprias discussões, porque teoricamente a gente está em um espaço de formação, mas a gente também não tem esses profissionais de referência, a gente está muito por si mesmo, fazendo o que a gente acha que tem que fazer. (R4)

E isso gera um desgaste, além do sofrimento, desgasta você de um jeito. (R1)

Também foram evidenciadas diferenças entre as atividades de preceptoria no cenário hospitalar e na Atenção Básica. Os participantes identificam a Atenção Básica dá aos profissionais maiores possibilidades de desempenhar o papel de preceptor. Na percepção dos residentes, os preceptores têm dificuldade em desempenhar seu papel, mas para uma análise mais profunda seria interessante analisar a percepção dos preceptores, o que infelizmente não foi possível nesta investigação. Também expressaram a preocupação com a qualidade da preceptoria e de como IES mobiliza-se e adota medidas para garantir esta qualidade.

Na Atenção Básica a preceptoria tem uma possibilidade maior de fazer discussões, com mais tempo, de estar mais próxima e tal. A rotina hospitalar não permite que os preceptores de lá façam isso com tanta facilidade. Eu digo pela minha, que queria muito participar de tudo, só que ela tem que dar conta da demanda, não sei quantos atendimentos por dia, porque senão o que acontece com ela? (R1)

A gente tem preceptoria específica e preceptorias de campo. No meu caso, por exemplo, a minha específica não aparecia na Atenção Básica, porque ela era de outro serviço muito longe e ela não conseguia estar sempre presente. Mas eu acabava me aproximando de preceptores de outras áreas, você vai se virando com o que tem. No hospital, por exemplo, existe a minha área e a preceptora está mais próxima. Então eu acho que depende muito de profissão pra profissão. (R2).

Eu acho que na Atenção Básica, o que era mais específico da preceptoria era que a gente tinha uma reunião com todos eles ou com a maioria deles. Então eles mesmos de alguma forma tinham alguma troca. Eles também tinham dificuldade de falar uma mesma língua, assim como a gente, mas, minimamente, a gente tinha alguma conversa ali. E no hospital é TO com TO, cada um no seu canto, em separado. (R5)

Mas no hospital é o contrário. Tem [preceptor] de cada área, mas muito dentro da sua caixinha. E aí essa reunião de integrar os conhecimentos, discutir os casos,

quando vai, vai um ou outro, porque eles não conseguem ir mesmo. (R1)

No hospital, eu tinha uma preceptoria todo dia, mas que, na realidade, não contribuiu muito para meu período enquanto residente. Tinha um momento, a gente ficava 15 min pela manhã conversando sobre o que eu ia fazer etc., mas era muito o bê-á-bá, muito arroz e feijão, não era aquilo que eu esperava de uma preceptora de nutrição dentro do contexto da residência multiprofissional. Eu tive muitos entraves com ela, porque justamente porque eu estava ali, dentro da equipe, estava me dando vários apontamentos. Eu saí de uma graduação muito fechadinha mesmo, mas que me deu muitas ferramentas para trabalhar, que a preceptora não. Assim, era a nutrição e a gente tem que pensar isso. Mas enquanto eu estava vendo o mundo, ela ainda estava ficando nisso. Então para mim a preceptoria de nutrição dentro do hospital foi muito mais uma fonte de estresse que de ajuda para resolução de conflitos. Então para mim, não é necessariamente ter a preceptoria, é a qualidade dessa preceptoria e ninguém observa isso. (R2)

Para mim, a qualidade da preceptoria... Acho que teria que estar mais atento. Eu sinto às vezes que a Unifesp, de alguma forma, tem alguma tensão com os serviços. Então a Unifesp também não se coloca. Muitas vezes a gente falou das dificuldades que estava passando no próprio serviço e com a preceptoria e eu senti a Unifesp muito: - 'Ah, não sei, vamos ver. (R7)

Sentindo-se sem referências: o caso é do residente e não da equipe.

Os residentes disseram que muitas vezes se sentiam desenvolvendo práticas paralelas às da equipe em que estavam inseridos e que os casos que atendiam passavam a ser exclusivamente deles, quando deveriam ser de toda a equipe, considerando as características da educação e da prática interprofissional.

Eu acho que algumas pessoas acabam excluindo a gente, sabe, ficamos sendo a referência, e o que a gente quer é que mais pessoas demonstrem interesse e estejam envolvidas em nossos atendimentos. (R7)

Queremos ter mais pessoas de referência. (R3)

A gente que garantir que tenha uma manutenção, independente de alguém quebrar o pé e ficar um mês sem vir [...] então quem eu atendo, vai ficar sem atendimento, sem cobertura, sem nada. (R1)

4.2.3 As potencialidades do programa para a educação interprofissional

Tal como foi feito com as tarjeta relativas aos limites, apresentam-se os conteúdos das tarjetas produzidas na dinâmica durante o GF referentes às potencialidades do programa de residência para a EIP. O conteúdo foi reunido no quadro a seguir. Chama atenção que alguns aspectos identificados como limites também foram destacados como potencialidades.

Quadro 7 – Potencialidades da residência para a EIP. São Paulo, 2015.

Relacionadas às relações pessoais e ao aprendizado, relações e práticas interprofissionais	<p>Conhecer mais sobre outras profissões; Construir um trabalho em conjunto; mais perspectivas sobre a situação; Ampliar o olhar, Aprender, Compartilhar.</p> <p>Potencializar a atuação da minha profissão;</p> <p>Riqueza das discussões sobre cuidado do usuário; Novos conhecimentos, amizades, reconhecimento, paciência, aprendizado;</p> <p>Cumplicidade, companheirismo, estar junto, colaboração, troca de conhecimentos;</p> <p>Possibilidade de conseguir fazer uma orientação para o usuário com base na experiência e no conhecimento que o outro profissional compartilhou.</p>
Relacionadas ao cotidiano da residência	<p>Compreender a partir de uma prática intensa, de 12h por dia, como se dá a construção de um trabalho em equipe que prioriza o melhor de cada um para atender o usuário de forma mais integral ;</p> <p>Aprender a conviver com as diferenças e a manejá-las aprendendo com a equipe.</p>

Relacionadas ao processo vivencial da residência	Desenvolvimento pessoal, desenvolvimento profissional, fazer amigos enfrentar desafios; Aprendizado constante; No cotidiano, formas de reagir aos problemas correlacionados às lacunas das redes intersetoriais, convergem aos bodes expiatórios personalistas, sejam eles pessoas ou equipamentos, e há pouca sustentabilidade espaço-temporal para que a insolubilidade de alguns problemas encontre eco em debates clínicos, teóricos e políticos que venham a remanejar cada problema ao segmento que possui os meios de solucionar. A residência promove esses questionamentos.
Relacionadas ao atendimento compartilhado e a prática interprofissional	Atendimento compartilhado, aprender a trabalhar com todas as profissões; Descobrir e continuar a buscar os limites da atuação multiprofissional, sabendo o que o outro faz de verdade, deixando de lado os estereótipos sobre outras profissões.
Relacionados à integralidade do cuidado	Aprender que cuidar do usuário como um todo é muito melhor que vê-lo apenas como partes.

Fonte: Tarjetas produzidas pelos participantes do GF. Arquivo pessoal do pesquisador

A chegada do apoio

Este tema revela a importância atribuída pelos participantes do GF ao momento em que uma docente foi designada vice-coordenadora do programa de residência e foram implantadas medidas de ajuste. Ressaltaram a postura proativa por parte da docente e a gestão educacional participativa, que os ouviu e buscou em conjunto formas de enfrentar os problemas.

Foi bem difícil. Hoje eu acho que não foram só transformações pessoais, mas que foi justamente o ponto em que alguém chegou na residência, alguém que seria exclusivamente da residência e conseguiu fazer com que a gente conseguisse construir de novo as coisas e que os 14 conseguissem estar aqui hoje. Porque se fosse como em turmas passadas, provavelmente só a metade das pessoas estaria aqui na residência, se seguisse o que aconteceu nas outras duas turmas. (R5)

Estes discursos emergiram no momento em que foram questionados sobre o que exatamente havia acontecido para que permanecessem cursando a residência. Foi relatado que a chegada dessa pessoa provou uma grande mudança e um salto de qualidade no cenário educacional.

Foi quando chegou aquela professora que foi voltada só para residência e falou: - 'Quais são os seus problemas?'. E aí a gente contou e ela começou a tentar ajudar, trabalhar. Eu acho que isso ajudou muito a melhorar as coisas aqui. (R1)

A entrada dela com certeza foi um marco. Os outros residentes, quando viram as intervenções dela, também falaram: - 'Que bom que alguém chegou aqui para cuidar da residência.' (R5)

Ela foi meio que uma mãe para a gente em alguns momentos. De tipo de pegar no colo e falar: - 'O que está acontecendo?' Eu acho que foi o momento em que a gente realmente foi mais ouvido, porque ela deu tempo. É mais ou menos o que acontece com a gente, porque a gente dá tempo para o nosso usuário falar o que ele precisa. E aí foi mais ou menos o que aconteceu com ela, ela deu tempo e falou: - 'Falem.' (R5)

E eu acho que ela também desafiou a própria Unifesp, eu acho que ela ouviu nossas queixas e eu acho que ela desafiou a coordenação da Unifesp, acho que ela desafiou os serviços, porque ela desafiou muitas vezes os serviços indo lá e bancando com muita delicadeza, porque ela é muito delicada. (R7)

Ela levou a residência pra congregação do campus [...] (R1)

Ela chegou e perguntou: - 'Ah, gente, como vocês estão? E me falem tudo'. Eu não me lembro de algum professor, nem mesmo da coordenação, perguntando: - "Gente, como vocês estão de verdade? Então, mas pode falar tudo. Era sempre "está tudo bem, professora" "Ah, está tudo bem?" "Tudo bem". E às vezes você reclamava com algum tutor e o tutor tentava fazer alguma coisa, mas nunca era efetivo. (R2)

Na verdade, foi direcionado um profissional para ficar com a gente e mais todas as mil atividades que a UNIFESP exige que o docente tenha. A gente consegue enxergar que a carga deles é pesada, que eles têm muita coisa para fazer e que talvez não fosse tão viável estar tão próximo para nos ajudar. Talvez não tivesse sido tão sofrido e está um pouco diferente pelo menos. Eu acho que para a maioria de nós, depois que veio a vice-coordenadora e ficou um pouco mais próxima, a gente conseguiu negociar umas coisas com a coordenação e tudo mais, muita coisa melhorou. Se tivesse tido desde o começo, talvez fosse muito diferente. (R1)

Mudando a postura frente aos problemas

Os residentes afirmaram que, no momento que o Programa de recebeu maior apoio institucional, o grupo sentiu-se mais fortalecido e houve uma mudança de atitude frente aos problemas vivenciados. Alternativas foram buscadas para a resolução dos conflitos, pois passaram a contar com espaço participativo no próprio programa, na congregação do *campus* universitário e nos cenários de prática. Também ocorreu uma melhora na convivência entre residentes, tutores, preceptores e coordenação, como pode ser verificado nos excertos a seguir:

Porque quando a gente entrou na Santa Casa, era um clima. A outra turma ainda estava lá e era uma situação completamente diferente de como está agora. A gente ainda pegou alguns resquícios, não sei o que aconteceu, mas eles tinham muito medo da gente, a gente nem podia andar sozinho nos corredores. (R4)

Mudou muito, como era no hospital, como a gente era recebido lá e como está sendo recebido agora. E também aquilo que eu tinha falado da preceptora, que antes eu tinha muitos entraves e que era muita luta. Esse ano ela é outra pessoa, ela é completamente diferente comigo, é super aberta, me deixa muito livre para eu fazer o que eu quiser, claro que sempre conversando com ela. E não é só nutri, nutri, nutri, inclusive ela até dá dicas do que se

pode fazer no multi, sabe? Então, assim, está bem diferente mesmo. (R6)

Reorganizando o programa de residência e o cenário de prática profissional

Os residentes identificaram como potencial para o fortalecimento do programa a reorganização da chamada “semana típica”, que nada mais é do que a agenda dos residentes e a definição das atividades que ocorrem ao longo de uma semana. Relataram que quando o programa repensou a distribuição da carga horária houve relativa melhora no cotidiano do Curso pois, no momento em que o serviço passa por uma reestruturação, as condições para a prática também se tornam melhores. Referiram ainda que adoção de medidas de apoio institucional, como a criação de espaços de crítica e reflexão entre os envolvidos, foi importante para promover melhorias no cenário do PRMS.

Teve outro fator que também pode ter contribuído. Antes os residentes ficavam metade da semana na Santa Casa, metade da semana na Atenção Básica. Isso talvez tenha gerado muito cansaço e você ainda tinha de lidar com outras coisas, como a diferença de vínculos, porque são diferentes. Então eu acho que isso também pode ter contribuído (R5).

E mudou o serviço também, por exemplo, a terapia ocupacional estava tendo um super problema na Santa Casa. Também não dá para exigir que as pessoas estejam tão próximas se elas não conseguem nem dar conta do que elas estão fazendo, sabe? Então acho que depende muito do momento em que o serviço está. (R4)

[...] porque a UNIFESP tenta desde o final do ano passado, começou com as rodas de acolhimento, momento entre duas equipes ou entre as miniequipes, em que a gente se reúne em roda e conversa, e aí varia porque é sempre direcionado para os problemas das

próprias equipes. E isso foi acontecer só no final, depois que a gente deve tudo. (R1)

Ampliando os olhares e buscando a integralidade do cuidado

Os participantes identificaram a residência como uma estratégia de formação que provoca uma superação, pois propicia a ampliação do olhar frente aos fenômenos da saúde e uma busca constante pela integralidade do cuidado por meio de práticas humanizadas e da clínica ampliada. Porém, mesmo sendo uma potencialidade desde modelo de formação, uma participante relatou sofrimento devido aos limites já identificados como, por exemplo, dificuldades para estabelecer limites profissionais e reconhecer competências comuns e complementares específicas.

Só acho que tem uma coisa que a residência traz e se diferencia dos outros: ela expressa que tem uma coisa do biológico e do social e isso tem uma força assim de aliados, na própria entrada do conhecimento e como o conhecimento vai concebendo seu objeto. E não é colocada muitas vezes a questão em termos de produção de conhecimento. E a residência traz isso com a proposta de trabalhar de uma forma mais próxima. A gente precisa levar em consideração todos os componentes de uma vida, para ver de repente: “Ah, a pessoa não está aderindo ao tratamento...” Não está aderindo por quê? ‘Ah, não está aderindo porque tem um problema e está sem apetite.’ Mas se a pessoa não quer comer é por questões psicológicas. E aí a gente fala: “Peraí, não está comendo por quê?” Porque não tem dinheiro. ‘Não tem dinheiro por quê?’ Porque aconteceu uma questão de saúde. Então, assim, a gente consegue ir, com muito custo, com muito sofrimento, mas percebendo quais são os efeitos que a gente pode modificar na vida daquela pessoa para conseguir um cuidado mais integral. Só que a gente sofre horrores. Como você falou agora do matriciamento, por exemplo, para nós o matriciamento de saúde mental... mas se pegar a proposta do NASF a gente sabe que tem uma área que compartilha um pouco dos seus saberes com os saberes dos outros. E aí a gente procura criar uma coisa de novo nisso em cima

daquilo. Mas eu acho que essa pouca possibilidade de contato com algumas áreas profissionais deixou lacunas que foram difíceis de lidar. A gente não sabe muito bem como integrar isso, não sabe o que é que tem de comum, qual a possibilidade da nossa inserção profissional, de um jeito para identificar o comum e a nossa especialidade e depois como puxar esse saber especializado para a integração. (R8)

4.2.4 Percebendo os impactos das práticas profissionais como residente na melhoria da qualidade da assistência

Esta categoria empírica identificou a percepção dos residentes em relação aos impactos na melhoria da qualidade na assistência por meio de suas práticas profissionais. A finalidade da EIP é promover impactos na qualidade da assistência graças à prática colaborativa, assim se buscou conhecer as vivências dos residentes e suas percepções relacionadas a esse aspecto. A coordenadora do GF questionou-os a esse respeito e eles foram unânimes ao afirmar que percebiam que suas práticas contribuíam e impactavam a qualidade da assistência. Reconhecem-se como agentes transformadores e capazes de melhorar a qualidade dos serviços.

Eu sinto muito feedback positivo, assim, diariamente eu ouço algumas frases do tipo: “vocês são diferentes”, “vocês ouvem”, “às vezes eu sinto que as pessoas estão complicando e vocês estão aqui, vocês têm tempo, vocês ouvem”. Acho que vêm algumas coisas “eu não entendo o que vocês estão fazendo, eu não sei o que vocês estão fazendo, mas eu gosto”. (R7)

Eu acho que eles se surpreendem muito com essa coisa de: “Não, a gente te acompanha até ali.” É muito intenso o que a gente consegue vivenciar com o usuário, indo ver assim em frente (R1).

Teve até uma situação que a gente viveu bastante, a gente fica no hospital, a gente rodizia pelas clínicas, a gente estava na maternidade, atendendo um caso x de

uma mãe que estava na UTI, o bebê teve alta, a gente deu super apoio no caso na UTI, fez o acolhimento, fez como referência tudo o que sabia. E aí a mãe voltou três meses depois, a gente já estava em outra clínica, lá na pediatria, e ela procurando a gente, ela queria ver as meninas que cuidaram dela, tirar foto com as meninas que cuidaram dela, e ela disse que senão fosse pela gente ela não estaria ali. Então, isso é muito significativo. (R2)

Relataram satisfação pessoal ao perceber que os usuários atendidos declaram-se satisfeitos com o cuidado recebido e também identificam que o espaço da residência proporciona a possibilidade de refletir, criticar e propor mudanças. Estar em formação no serviço pautado na EIP oferece-lhes a possibilidade de desenvolver práticas profissionais mais reflexivas.

E acho que isso que dá o gás para a gente [...] é a hora que a gente olha e fala: - "Hum, isso faz sentido, isso tudo aí faz sentido."(R1)

Nosso modo de atender é muito diferente, é uma maneira ainda muito diferente, a maioria ainda é em grupo ou é uma ação diferente, e isso favorece os profissionais a atenderem juntos e estarem nesse processo de discussão, de se importarem com os outros colegas (R9).

Primeiro porque a residência dá condições e tempo para a gente fazer isso, né? O trabalhador dos serviços tem outras questões, outras cobranças. Mas a gente, qualquer um de nós poderia falar o quanto o paciente e os participantes saíram desse estigma para transformá-lo, graças ao sucesso dos nossos colegas. Nossa! Isso não é algo individual, se forma nas políticas públicas, preceptores, tutores. Várias coisas que convergiram para melhorar esse cenário. (R8)

Uma das coisas bem legais que a nossa equipe pode fazer na Atenção Básica foi articular rede, uma coisa superdifícil, porque as pessoas não têm tempo e fica no individual. (R4)

As práticas dos residentes impactam positivamente na qualidade da assistência. Uma das participantes relatou um caso vivenciado pelo grupo em que a intervenção dos residentes foi bastante significativa :

Eu só queria fazer um parênteses [para relatar] uma coisa que para mim foi muito forte. Uma vez a gente estava na pediatria, ia lá, conhecia os usuários e fazia o acolhimento. Tivemos a oportunidade de atender uma criança e mãe começou a reclamar muito que, não no primeiro momento, foi depois que a gente fez o acolhimento, que o bebezinho não se mexia, não fazia coisas que deveria estar fazendo de na idade dele. A gente falava: “Fala com o médico, a gente vai encasquetar o médico e falar”. Aí fizeram uma tomografia e viram que a criança não tinha metade de um hemisfério. Ele tinha quatro meses, já era uma criança. Então a gente ficou pensando: - “Caramba, ainda bem que a gente ficou pentelando a mãe ‘pede pro médico, fala da tomo’. E a gente lá: “Não vai pedir tomo?”. A gente teve esse trabalho, encheu o saco das pessoas mesmo, a gente enche o saco e pentelha para encontrar essas coisas. Aí a gente entrou em contato lá com a UBS de referência, enfim. (R2)

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

Apresenta-se neste capítulo a discussão dos resultados encontrados na primeira etapa da pesquisa, em que se efetuou a análise documental dos PPP, e na segunda etapa, em que foi realizado um GF com os residentes do PRMS identificado com um cenário altamente favorável à EIP.

5.1 A EXPRESSÃO DA EIP NOS PPP: REVELANDO OS CENÁRIOS DE FORMAÇÃO

A análise documental dos PPP revelou o que Programa 5 é um altamente favorável para a EIP, com base no conjunto de questões do CAIPE, um guia para planejadores e avaliadores de programas educacionais, capaz de medir expectativas e medidas adotadas nos cenários de educação e trabalho (Barr, 2003). As questões estão alinhadas aos princípios da EIP e por isso questionam elementos fundamentais dos programas que a adotam e consideram os focos da EIP para oferecer um retrato das práticas educacionais dos programas (Barr *et al.*, 2005). Abordam aspectos relacionados à configuração da EIP nos programas educacionais, se adotam a colaboração como finalidade, as características didáticas pedagógicas e metodológicas em alinhamento com a EIP, o modelo teórico adotado e avaliação e a efetividade da EIP.

Na introdução deste estudo foram apresentados os três focos da EIP (Barr *et al.*, 2005), que serão retomados nesta discussão, relacionados aos resultados encontrados:

1. **Preparação individual para a colaboração:** estabelece que inicialmente devem ser garantidos conhecimentos básicos, a aquisição de habilidade e as modificações de atitudes e percepções individuais por parte dos envolvidos para prepará-los para a prática colaborativa entre profissionais, organizações, usuários, familiares e coletividade.

2. Cultivo da colaboração no grupo e na equipe: focaliza o aprendizado para a colaboração entre trabalhadores dos serviços de saúde, por meio do trabalho em equipe, assim como entre estudantes durante os cursos de formação. Este foco propicia o aprendizado para a colaboração entre trabalhadores dos serviços de saúde, por meio do trabalho em equipe, assim como entre estudantes durante os cursos de formação. Considera essencial o aprendizado para a prática interprofissional colaborativa,

3. Melhoria dos serviços e a qualidade da assistência: enfoca as ações coletivas que busquem a transformação da realidade dos serviços de saúde por meio da EIP, visando à melhoria da qualidade da assistência.

Os três focos da educação interprofissional estão interligados e são interdependentes. Para que a EIP seja efetiva, devem se estabelecer e relacionar-se. O conjunto de questões perpassa todos estes focos, possibilitando a criação de um panorama dos contextos educacionais por meio da avaliação. A figura a seguir ilustra a relação entre os três focos e o ponto de intersecção que representa a efetividade da EIP.

Figura 3 – Focus da EIP. Fonte: Barr et al., 2005. Tradução livre

Santos (2010) submeteu à análise crítica os PPP dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e o da Residência em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública “Sérgio Arouca” (ENSP) da Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz). Realizou a análise documental dos PPP buscando identificar as particularidades locais regionais dos programas, a matriz teórica, a organização didática pedagógica e os sistemas de avaliação adotados, além de ter realizado entrevistas com os coordenadores e os preceptores dos dois Programas. Não encontrou diferenças significativas entre os Programas, exceto em relação às singularidades locais regionais, o que, segundo a autora, pode ser explicado pelo fato de ambos tratarem de aspectos já legitimados e valorizados no campo da saúde.

Na presente investigação, entretanto, os resultados da análise documental dos seis PPP não demonstraram tanta uniformidade, pois foi revelada uma gama possibilidades relacionadas à organização didática pedagógica, diferentes matrizes pedagógicas e diversos sistemas de avaliação, sendo este um grande nó identificado. A análise documental permitiu identificar se os PRMS eram interprofissionais e se tinham em seus objetivos educacionais a prática colaborativa como finalidade. Os objetivos educacionais relacionam-se diretamente com o sentido das competências profissionais que devem ser exploradas durante a formação (Maia, 2014), e pode ser assim definido:

[...] a descrição clara e precisa de resultados que se pretende alcançar ao final de uma determinada ação. Representa uma intenção e uma previsão, em termos de resultados, pois, ao mesmo tempo em que se determina uma direção de ação, isto é, o que se deseja promover em um determinado período de tempo, propõe o que se pode promover nesse período (Luck, 2002, p. 91-92).

Identificou-se que apenas o Programa 5 expressa em seus objetivos educacionais a EIP para a prática colaborativa, além do

desenvolvimento de competências comuns, específicas complementares e para a prática colaborativa, ressaltando como valores a comunicação e a integralidade, o que vai ao encontro do modelo de competências proposto por Barr (1998) e das recomendações da OMS (WHO, 2010, 2013).

Os demais programas expressam apenas a formação para a atuação em equipes interprofissionais, a troca de saberes e a valorização da integralidade das ações de saúde em todos os níveis de atenção. Todos os PPP analisados estão de acordo com a Portaria Interministerial que dispõe sobre as residências multiprofissionais em saúde (Brasil, 2009) e a publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 2006), que enfatizam que os PRMS devem ter como eixo norteador a integralidade, a integração de saberes e práticas em prol do desenvolvimento de competências compartilhadas para o trabalho em equipe, com a intenção de transformar o processo de formação para o trabalho e gestão em saúde.

Resultados semelhantes foram encontrados na análise documental já mencionada, empreendida por Santos (2010) nos PPP dos PRMS da UFBA e da Fiocruz, que também adotam a integralidade como eixo estruturante. O mesmo pôde ser observado na análise do PRMS da Universidade Federal de Santa Maria que reorientou seu PPP e estabeleceu parcerias com os serviços para promover melhorias na qualidade da assistência e a integralidade das ações de saúde (Cheade, Frota, Loureiro e Quintanilha, 2013).

Todos os seis programas analisados nesta investigação também adotam métodos de ensino adequados para a EIP, porém somente os elementos fornecidos no texto do PPP não permitem afirmar se são de fato interprofissionais, pois não explicitam a colaboração.

A colaboração interprofissional é o processo em que diferentes grupos profissionais trabalham juntos para produzir impactos

positivos no cuidado em saúde (Zwarenstein, Goldman e Reeves, 2009). Relaciona-se, portanto, ao campo das práticas profissionais e não somente ao trabalho em equipe, mas também ao trabalho entre equipes de diferentes serviços de saúde.

As práticas interprofissionais colaborativas envolvem a comunicação e as negociações entre os profissionais, valorizam os conhecimentos e as contribuições de cada um dos profissionais envolvidos nos cuidados dos usuários, familiares e coletividade. São reconhecidas por serem capazes de promover mudanças, qualificação e melhorias nas práticas profissionais e nos resultados de saúde da população. (Zwarenstein, Goldman e Reeves, 2009; D'Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodriguez e Pineud, 2008).

Orchard, Curran e Kabene (2005) consideram fundamental a criação de uma cultura de colaboração, assim como Goldman, Zwarenstein, Bhattacharyya e Reeves (2009), que recomendam promover e incentivar a EIP, tanto nos cenários de formação como nos de prática profissional, incluindo políticas públicas voltadas à área. Os PPP devem explicitar as concepções pedagógicas e as metodologias de ensino e aprendizagem desenvolvidas para alcançar mudanças e melhorias nas práticas de cuidado do SUS, tomando como preceitos a integralidade, interdisciplinaridade e a intersetorialidade (Rede Unida, 2008 *apud* Santos, 2010).

A análise documental revelou uma variedade de termos relacionados à formação para o trabalho em equipe. A terminologia equipes *multiprofissionais* ou *interprofissionais* foi adotada para descrever as equipes que desenvolvem práticas interdisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais. A análise permitiu identificar a compatibilidade entre os objetivos e metas multiprofissionais e interprofissionais.

Quatro programas apresentam metas e objetivos compatíveis com a formação multiprofissional mas não expressam claramente a intencionalidade da formação interprofissional. Apenas o Programa 5

apresenta plena compatibilidade com a EIP, ainda que seu PPP não tenha fornecido elementos suficientes para identificar o equilíbrio entre os objetivos e metas multiprofissionais e interprofissionais.

A EIP e a formação uniprofissional complementam-se, ambas são fundamentais para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes. A educação multiprofissional também é importante, pois permite que os grupos profissionais tenham oportunidades de aprendizado que permitam identificar situações que os impedem de avançar em direção a EIP. Portanto, faz parte do percurso de ensino e aprendizagem da EIP.

Os autores também enfatizam a importância do equilíbrio entre as três propostas para que a EIP seja efetiva. É fundamental que exista um equilíbrio entre a formação uni, multi e interprofissional para atender às necessidades e aos objetivos educacionais dos programas. Tal equilíbrio pode ser observado nos recursos disponíveis para o aprendizado, no espaço nas salas de aula, na proporção de tutores para grupos de alunos, nos conteúdos abordados, na frequência de encontros, na composição dos grupos e nos resultados dos processos de avaliação. (Barr *et al.*, 2005; Freeth *et al.*, 2005)

OS PPP analisados apresentam uma diversidade de termos relacionados aos prefixos *multi* e *inter* e aos adjetivos profissional e disciplinar. Nenhum dos PPP apresentou a definição desses termos e concepções, o que impede a identificação da concepção adotada. Apenas o Programa 5 utiliza termos frequentes na literatura sobre EIP, o que é esperado, pois esse é o único programa que expressa claramente a adoção da EIP como eixo estruturante.

Diversos estudos fazem referência à dificuldade de estabelecer conceitos relacionados à EIP e à prática interprofissional colaborativa e por isso se esforçam para construir conceitos que contribuam para o avanço no campo de estudo destas áreas (Barr *et al.* 2005; Freeth *et al.*, 2005; Olenick, Allen e Smego, 2010; D'Amour

e Oandasan, 2005; D'Amour, Ferrada-Videla, Martín-Rodríguez e Beaulieu, 2005; Oandasan e Reeves, 2005a; Reeves *et al.*, 2008; Zwarenstein, Goldman e Reeves, 2009; D'Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodríguez e Pineud, 2008; Goldman, Zwarenstein, Bhattacharyya e Reeves, 2009; CHIC, 2010).

Todos os programas analisados apresentam em seus objetivos educacionais a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços e a assistência à saúde, promovendo impactos positivos nos cenários de prática. Adotam, porém, um cardápio diversificado de possibilidades para que esse objetivo seja alcançado.

O Programa 5 expressa claramente a colaboração como competência para melhoria da assistência, por meio das práticas dos residentes nas equipes em que estão inseridos. Para isso, promove articulações com políticas de saúde e pactos com gestores locais para que os residentes desenvolvam práticas capazes de atender as necessidades de saúde da população, em direção aos princípios do SUS, o que vai ao encontro das recomendações de diversos estudos sobre a EIP e a prática colaborativa interprofissional como competência para promover melhorias na qualidade do cuidado (Barr *et al.*, 2005; D'Amour e Oandasan, 2005; Reeves *et al.*, 2008; D'Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodríguez e Pineud, 2008; Zwarenstein, Goldman e Reeves, 2009; Goldman, Zwarenstein, Bhattacharyya e Reeves, 2009; CHIC, 2010; Olenick, Allen e Smego, 2010; IPEC, 2011).

Os demais programas, como já mencionado, apresentam claramente em seus objetivos a intenção de promover melhorias na qualidade, porém não expressam a colaboração como uma ferramenta para tal, embora ressaltem a importância da formação de profissionais críticos e reflexivos capazes de promover transformações nos modelos tecno-assistenciais através de práticas que possam melhorar as condições de vida e saúde dos indivíduos e coletividades, além de um forte discurso em direção aos princípios do SUS (integralidade, universalidade e equidade). Resultado

semelhante foi encontrado por Santos (2010) e Dallegrave e Kruse (2009) que realizaram uma importante análise dos materiais produzidos e divulgados por órgãos oficiais, residentes, profissionais e programas de residência (profissional, multiprofissional e médica).

Em relação às práticas didáticas e aos métodos pedagógicos adotados pelos programas e como esses se alinham com a EIP, também foi possível identificar a diversidade de metodologias de ensino adotadas, além de diferentes concepções pedagógicas e currículos. No que se refere às metodologias de ensino e aprendizagem, é forte a presença de metodologias ativas, pautadas na Andragogia, como ABP e a Problemática, que são métodos interativos de ensino e aprendizagem. Apenas um programa adota metodologias tradicionais de ensino, com aulas expositivas e seminários e aulas em laboratórios. O uso de metodologias ativas, especialmente a ABP é fortemente indicado para programas que adotam a EIP, tanto nos cenários de formação na graduação, na pós-graduação e nos serviços de saúde (Barr et al., 2005; Freeth et al., 2005; Oandasan, Reeves, 2005a.; Dahlgren, 2009; Barr, Low, 2013; Barr, Helme, D'Avray, 2014).

A EIP é baseada nos princípios da Andragogia, que é a ciência relacionada ao ensino e a aprendizagem de adultos e que valoriza as experiências pessoais dos estudantes, assim como os conhecimentos e as habilidades próprios de suas áreas profissionais. A aprendizagem interativa leva os indivíduos a desenvolver habilidades, conhecimentos e atitudes fundamentais para que possam trabalhar em suas profissões e também de forma colaborativa, sendo capazes de identificar as melhores práticas de acordo com as necessidades dos usuários e suas famílias, grupos sociais, coletividades e serviços (Barr et al., 2005; Freeth et al., 2005)

Vale ressaltar que não é objetivo deste estudo o aprofundamento sobre as diferentes concepções pedagógicas adotadas pelos PRMS e as metodologias de ensino e aprendizagem;

por isso será discutida apenas a adequação dessas metodologias à EIP.

Santos (2010) também identificou em sua análise documental o uso de metodologias ativas, como a problematização, assim como Oliveira (2007), em sua dissertação de mestrado, que tinha como objetivo identificar os limites e as possibilidades de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família para promover mudanças na formação profissional. O PPP do Programa foi analisado e realizadas entrevistas com os sujeitos envolvidos, o que permitiu identificar dificuldades para implementação da metodologia problematizadora naquele cenário de formação.

Realizando a análise documental do PPP do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional do Câncer (INCA), Avellar (2013) também identificou o uso de metodologia problematizadora, corroborando os resultados da presente pesquisa. Tais resultados evidenciam o uso destas metodologias nos contextos dos PRMS, em observância à Portaria 1077 de 12 de novembro de 2009, que preconiza que os PRMS adotem abordagens pedagógicas que considerem os sujeitos como participantes do processo ensino e aprendizagem (Brasil, 2009).

Outro elemento importante para a aprendizagem interativa, em busca da efetividade da EIP, é o aprendizado em pequenos grupos, com a representação de todas as categorias profissionais envolvidas em número equilibrado, equilíbrio que é fundamental para potencializar as relações interprofissionais (Barr *et al.* 2005; Freeth *et al.*, 2005; Oandasan e Reeves, 2005a; Barr e Low, 2013). Em relação a este aspecto, nenhum dos PPP analisados forneceu elementos suficientes para a análise, mas foi possível identificar que dois programas adotam o ensino em pequenos grupos, sem contudo mencionar a composição desses grupos. Os demais PPP não abordam o assunto, o que prejudicou a análise neste aspecto.

Em programas de EIP, a aprendizagem comparativa deve ser complementar à aprendizagem comum (Barr et al. 2005; Freeth et al., 2005). Todos os PPP, exceto o de um programa que afirmou utilizar apenas a aprendizagem comparativa, expressam os dois tipos de aprendizagem, um aspecto positivo relacionado à efetividade da EIP.

Em relação a concepções pedagógicas e teorias adotadas, identificou-se a presença da Teoria Sócio-Contrutivista, marco da Educação Crítica e também da Teoria de Aprendizagem Significativa. Mesmo tendo explicitado a EIP como o constructo teórico central, o Programa 5 não expressa as teorias pedagógicas que embasam sua proposta de EIP. Outros PPP não explicitaram seus marcos teóricos.

Santos (2010) encontrou resultados semelhantes em relação aos marcos teóricos dos dois programas submetidos a análise crítica dos PPP; identificou convergência entre os dois programas e um discurso marcado pela adoção da problematização, do construtivismo e da formação por competências, o que foi também identificado nesta pesquisa.

Oandasan e Reeves (2005) ressaltam a importância de aprendizagens em contextos informais para oportunizar a socialização entre os estudantes, o que contribui para o desenvolvimento da confiança e a incorporação das competências para a EIP e prática colaborativa.

A EIP é reconhecida por comportar diversas perspectivas teóricas e concepções pedagógicas capazes desenvolver seus três focos, buscando atender os interesses e as motivações dos envolvidos. O fundamental é que essas perspectivas estejam explícitas e claras (Barr et al., 2005; Barr e Low, 2013), o que não pode ser verificado na totalidade dos PPP analisados. As indicações de Barr et al. (2005), reunidas no quadro a seguir, servem como um guia para as iniciativas de EIP:

Quadro 8 – Abordagens teóricas que podem ancorar a EIP, de acordo com o foco

FOCO	TEORIAS
Preparação individual para a prática colaborativa.	Ensino de adultos Contato Identidade Social Auto Categorização Conflito de Realidade Perda e Mudança Defesa Social Consciência de relação Intercâmbio Social Negociação Cooperação
Cultivo da colaboração nos grupos e equipes.	Trabalho em grupo mental Desenvolvimento de grupos Ensino em equipe
Melhoria dos serviços e da qualidade da assistência.	Sistemas Ensino Organizacional Atividade

Fonte: Barr et al. (2005). Tradução livre.

Nas duas últimas décadas no Brasil vive-se um momento de reforma curricular nos cursos de formação superior, devido à publicação Diretrizes Curriculares Nacionais pelo Ministério da Educação, o que gerou um movimento nacional de reformas curriculares, especialmente nos cursos da saúde, que devem adotar um perfil de competências profissionais adequadas às necessidades da população (Maia, 2014).

A temática do currículo é extremamente relevante. Nos contextos educacionais de EIP, o desenho do currículo é um elemento fundamental para sua efetivação (Barr et al., 2005; Freeth et al., 2005; Barr e Low, 2013). Dentre as diversas definições de currículo, adota-se a proposta por Freeth et al. (2005, p.40): “*curriculum is an overarching term for all those aspects of education that contribute to the experience of learning: aims, content, mode of delivery, assessment, and so on*”. Os autores abordam diferentes concepções de currículo que ampliam o olhar sobre a importância do

planejamento curricular para a efetivação da EIP: (Freeth et al., 2005):

- **O currículo planejado** (Planned curriculum): o currículo que será seguido em teoria, expresso em documentos como o PPP, por exemplo. É desenvolvido antecipadamente e expressa o conteúdo e os objetivos que se deseja alcançar;
- **O currículo posto em prática** (Delivered curriculum): é o currículo vivo e a experiência concreta de ensino aprendizagem na perspectiva de tutores, professores e estudantes;
- **O currículo recebido** (Receveid curriculum) – formal: é o currículo sob o olhar dos estudantes, vivenciado nas atividades proposta para o curso, em diferentes cenários (aulas, seminários, palestras, laboratórios, estágios etc.);
- **O currículo recebido** (Receveid curriculum) – informal: é o currículo vivido pelos estudantes durante as atividades que ocorrem fora do horário do curso, de maneira informal mas de grande relevância, como discussões durante intervalos e participações em atividades extracurriculares; e
- **O currículo oculto** (Hidden curriculum): refere-se à aprendizagem não planejada, também conhecida como “aprendizagem encoberta”, não é reconhecido facilmente, mas é de fundamental importância pois pode promover mudanças comportamentais nos participantes devido a experiências vivenciadas.

A análise documental dos PPP permitiu conhecer apenas o currículo planejado, pois a exploração dos demais tipos demandaria outras estratégias de pesquisa. A segunda etapa desta pesquisa, que consistiu na realização do GF com os residentes, avança na exploração inicial do currículo oculto, que será discutido a seguir.

A análise empreendida permitiu identificar que a maioria dos programas adota um currículo integrativo, organizado em módulos em torno de eixos comuns a todas as categorias profissionais e módulos específicos, com diferentes desenhos, baseados inclusive em competências. Apenas o Programa 5 adota um currículo em matriz integrativa que possibilita a aprendizagem integrativa interprofissional, tendo como eixos transversais a formação em saúde e em Saúde Coletiva e um eixo específico para cada categoria profissional. Cada um desses eixos é formado por módulos que abrangem ações educativas que visam desenvolver competências comuns, complementares específicas e para a prática colaborativa.

Oliveira (2007) Santos (2010) e Avellar (2013) também encontraram desenhos curriculares semelhantes aos dos PPP dos PRMS analisados. Esses currículos são considerados inovadores no cenário brasileiro, pois avançam em direção a currículos integrativos, provocando importantes transformações nos cenários de formação e desafiando IES, docentes e estudantes a superar os modelos tradicionais (Gordan, 2014).

Currículos integrados (matriz integrativa, teia integrativa, *cross curriculum model* etc) são adequados a programas de EIP e devem buscar o equilíbrio entre o aprendizado uniprofissional, multiprofissional e interprofissional, considerando os focos da EIP, os objetivos educacionais, o modelo de competências, os conteúdos, as abordagens pedagógicas e as formas de avaliação (Barr et al., 2005; Freeth et al., 2005; Barr, Low, 2013)

Mota e Pacheco (2014) relatam a experiência da construção de um currículo integrado entre o Programa de Residência Médica em Geriatria e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Foram realizadas oficinas com a participação dos coordenadores, tutores e preceptores para a definição dos objetivos educacionais, competências comuns e específicas, organização das atividades e

formas de avaliação e seleção, tendo como eixo estruturante a EIP para a prática colaborativa. Essa iniciativa certamente representa um avanço importante no contexto das residências em saúde, pois não se conhecem experiências semelhantes. Além disso, o programa adota a EIP como eixo estruturante, um avanço para o contexto brasileiro, que ainda apresenta poucas iniciativas de EIP.

Ainda tratando do planejamento curricular, é fundamental considerar todas as categorias profissionais no planejamento do programa, visando atender as necessidades e as singularidades locais (Barr et al, 2005; Freeth *et al*, 2005; Pardue, 2015). Os PPP analisados fizeram referência a todas as categorias envolvidas nos Programas, com exceção de um único.

Outro elemento importante para os cenários de EIP é o incentivo de práticas baseadas em evidências, que são importantes para promover práticas de saúde coerentes, racionais e de melhor qualidade nos serviços de saúde (Freeth et al., 2005).

Dois PPP analisados expressaram claramente o incentivo à prática baseada em evidências como competências fundamentais para a formação dos residentes nos âmbitos de trabalho, ensino, gestão e pesquisa. Um dos programas apenas ressaltou que os residentes devem conhecer e medicina baseada em evidências e três programas, incluindo o Programa 5, que foi identificado como cenário favorável à EIP, não citaram que os residentes deveriam adotar práticas baseadas em evidências.

Os estudos de Oliveira (2007) e Nascimento (2008) tiveram como cenário de estudo o PRMS da FASM, que também teve seu PPP analisado nesta pesquisa e que citou que o residente deve desenvolver a competência de adotar práticas baseadas em evidências. Avellar (2013) revelou que o PRMS do INCA também estabelece as práticas baseadas em evidências como competência profissional. A EIP tem como valores (Barr, Low, 2011):

- Responder às necessidades dos usuários, familiares e coletividade, buscando melhorar a qualidade da assistência e os resultados positivos de saúde, por meio de práticas ao longo do processo de ensino aprendizagem;
- Promover a igualdade de oportunidades de aprendizagem em suas próprias profissões e entre profissões diferentes, assim como entre todos os envolvidos, considerando as singularidades de cada uma, mas deixando de lado o poder e o status profissionais;
- Respeitar a individualidade, as diferenças e a diversidade dentro e entre as profissões, considerando a contribuição de todos os envolvidos;
- Valorizar a experiência e a identidade das profissões, considerando a positividade e a singularidades de cada uma;
- Promover o equilíbrio entre as profissões no ambiente de aprendizagem e
- Estimular valores e perspectivas interprofissionais nos cenários de aprendizagem uniprofissionais e multiprofissionais.

A análise documental não permitiu identificar elementos suficientes para asseverar que algum dos programas tem todos estes valores. Pode-se afirmar entretanto, que o Programa 5 apresenta diversos deles e que a análise do PPP não foi suficiente para uma identificação mais profunda. Os demais projetos expressam os valores da EIP com menor frequência.

Um dos valores primordiais da EIP é o envolvimento do usuários, sua famílias e a coletividade no processo de ensino e aprendizagem (Barr e Low, 2011). Todos os programas analisados buscam envolver os usuários, familiares e a coletividade por meio do treinamento em serviço. Os residentes são inseridos no contexto dos serviços de saúde e executam ações assistenciais, de educação e

gestão. Por isso, o envolvimento é intrínseco à formação, resultado também encontrado em outros estudos (Oliveira, 2007; Nascimento, 2008; Dallegrave, 2008; Santos, 2010; Avellar, 2013).

Nos contextos educacionais, a avaliação é primordial. É definida por Freeth *et al.* (2009) como um julgamento sobre até que ponto os participantes alcançam ou não os resultados de aprendizagem em um curso. A avaliação na EIP é um processo complexo e ainda pouco desenvolvido, o que ressalta a importância das práticas de avaliação. Em sua revisão sobre EIP, Barr (2014) fez importantes recomendações para que as universidades adotem procedimentos e critérios rigorosos e consistentes para a avaliação de EIP em seus cursos.

O ato de avaliar consiste em atribuir valor, portanto, é fundamental conferir significado e sentido sobre o que é avaliado. O momento de avaliação é aquele em que se aplica um olhar que distingue e rompe com a indiferença, pois se estabelecem pontos de referência e apreciação da realidade.

Para realizar a avaliação é necessário estabelecer princípios em função dos objetivos que se pretende alcançar, além de definir instrumentos e caminhos que serão seguidos para atingir o fim. Também é preciso verificar criticamente e constantemente o percurso seguido, levando em consideração todos os elementos envolvidos, sendo portanto, um processo dinâmico. (Rios, 2000)

A avaliação é um julgamento de valor sobre informações da realidade que orientam tomadas de decisões, é dinâmica e processual e os resultados obtidos tem caráter diagnóstico e direcionam os processos. Esse tipo de avaliação é chamado de avaliação processual ou formativa e não visa à atribuição de uma nota/conceito. Inclui o estudante no processo avaliativo para que ele consiga atingir os objetivos educacionais. Outro tipo de avaliação é a somativa, que consiste na síntese do processo de ensino aprendizagem e atribui nota/conceito ao aluno (Anastasiou, 2003).

A análise documental identificou uma diversidade de práticas avaliativas adotadas pelos PRMS. Os PPP preveem avaliações formativas e somativas baseadas em competências ou somente avaliações formativas. Um dos programas realiza apenas avaliações somativas tradicionais por meio de provas.

Barr e Low (2013) evidenciam que a avaliação formativa contribui para acompanhar o progresso dos estudantes, possibilitando que sejam traçados planos de melhoria ao longo do percurso educacional. Recomendam a realização de avaliações formativas, especialmente nas fases iniciais da EIP, e avaliações somativas ao término dos processos. Ressaltam que os estudantes valorizam as avaliações somativas, pois veem reconhecido seus esforços. Apresentam algumas estratégias de avaliação pertinentes à EIP e um modelo baseado em competências colaborativas, sendo elas: diários reflexivos, portfólios, estudos de casos, *learning logs*, entre outros.

A experiência do uso de diários reflexivos em um PRMS da Família é relatada por Oliveira (2013), que os considera eficazes para fornecer elementos para a avaliação formativa dos residentes e um recurso de reflexão sobre a prática profissional que promove ainda o desenvolvimento de princípios éticos profissionais.

A avaliação institucional do programa é fundamental para o planejamento e para corrigir erros, buscando a melhoria do contexto educacional. Identificou-se uma série de formatos de avaliação institucional realizadas por todos os sujeitos envolvidos (residentes, preceptores, tutores e coordenação) com a utilização de instrumentos específicos em cada um dos cenários, além de diferentes periodicidades para a realização da avaliação. Santos (2010) também identificou uma sólida prática de avaliações institucionais nos PPP dos PRMS analisados em sua pesquisa.

5.2 LIMITES E POTENCIALIDADES PARA A EIP

A análise de discurso do material empírico proveniente do GF realizado com os residentes do PRMS identificado como um cenário altamente favorável para a EIP revelou aspectos importantes relacionados a esse modelo de formação e como a EIP é aplicada no programa, isto sob a perspectiva dos residentes. Eles são os principais sujeitos desse modelo de formação, pois são os que vivenciam o currículo “vivo”, aplicado na prática, e por isso sentem diretamente seus impactos.

Em relação ao perfil dos participantes do GF, houve a predominância de residentes do sexo feminino, com idade média de 25,4 anos, a maioria recém-formada, com ingresso no programa no máximo um ano após a graduação. Perfil semelhante foi identificado em outras pesquisas nas quais também houve predomínio de jovens recém-formadas do sexo feminino. A residência é uma oportunidade importante para o prosseguimento dos estudos logo após a conclusão da graduação, mediante o treinamento em serviço (Goulart, Silva, Bolzan, Guido, 2012; Fernandes, 2013).

A maior parte dos residentes não possuía experiência anterior na EIP, exceto aqueles que haviam cursado a graduação na UNIFESP – *campus* Baixada Santista, que é pioneiro no Brasil na implantação de cursos pautados nessa perspectiva (Batista, 2012).

A formação dos profissionais de saúde é predominantemente uniprofissional (Barr *et al.*, 2005; Reeves *et al.*, 2008), incluindo o contexto brasileiro (Costa, 2014). A formação uniprofissional resulta da compartimentalização dos saberes em disciplinas, do modelo biomédico, curativo e centrado em procedimentos, o que dificulta a compreensão sobre os determinantes do processo saúde-doença (Barr *et al.*, 2005; Nascimento e Oliveira, 2006; Reeves *et al.*, 2008; Pagani e Andrade, 2012; Kalili, Orchard, Laschinger e Farah, 2013; Teixeira, Coelho e Rocha, 2013). Tem como consequência a fragmentação dos saberes e das práticas profissionais, o isolamento

profissional e a falta de reconhecimento dos diferentes papéis profissionais, estimulando o corporativismo e a competição profissional (Kalili, Orchard, Laschinger e Farah, 2013; Silva, 2014).

A formação uniprofissional representa uma barreira para a implementação das iniciativas interprofissionais, existindo um ponto de tensão a ser superado entre as duas abordagens (Kalili, Orchard, Laschinger e Farah, 2013; Teixeira, Coelho e Rocha, 2013; Costa, 2014). Por isso foram explicados os motivos pelos quais alguns residentes não haviam tido experiências em EIP anteriormente.

O ingresso no programa representou uma realização pessoal e foi acompanhado por importantes transformações, como a mudança para uma nova cidade e a oportunidade de vivenciar a formação em serviço. Além disso, foi relatado o desconhecimento desse modelo de formação por parte de amigos e familiares, que conheciam apenas a Residência Médica, o que pode ser explicado pelo fato da formação pela Residência Multiprofissional ainda ser relativamente nova.

No Brasil a Residência Médica consolidou-se como uma modalidade de formação em serviço para médicos, sendo que a residência médica é considerada o “padrão ouro” para a formação profissional em serviço. É pautada no modelo médico hegemônico, curativo, especializado e uniprofissional e seu sucesso estabeleceu o discurso de que “residência é coisa de médico”. A criação e a expansão das RMS coloca em pauta um novo discurso, proposta, cenário e orientação para a formação de profissionais de todas as áreas de saúde, que busca superar as limitações dos modelos hegemônicos em prol da integralidade do cuidado e do trabalho em equipe (Dallegrave, Kruse, 2009).

Ainda assim, a residência multiprofissional apresenta diversos limites para a efetivação da EIP. Neste estudo, foram identificados limites relacionados a: carga horária semanal e diária; relações pessoais e interprofissionais e conflitos que podem estar presentes,

dificuldades em lidar com as diferenças; diferenças entre o mundo do trabalho e o mundo acadêmico, limites profissionais e reconhecimento de competências comuns e específicas; problemas de comunicação e condições concretas para a prática profissional e o trabalho em equipe.

Estudos sobre barreiras e facilitadores para efetivar a EIP e a prática colaborativa associam-nos a diferentes níveis: individual (micro), organizacional (médio) e o das políticas/governo/cultura (macro) (Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour e Ferrada-Videla, 2005; Oandasan e Reeves, 2005b; Borduas *et al.*, 2006; Lawlis, Anson e Greenfield, 2014; Costa, 2014).

Esta pesquisa identificou limites (barreiras) e potencialidades (facilitadores) relacionados em grande parte aos níveis micro e médio e, em menor parte, ao nível macro, o que pode ser explicado por ter captado a percepção de residentes de um único programa, sendo fundamental nas próximas investigações ampliar a identificação da percepção de outros sujeitos também envolvidos no contexto das RMS, coordenadores, tutores, preceptores e representantes de órgãos oficiais como a CNRMS.

Frente à proposta interprofissional, os residentes relataram limitações relacionadas ao nível micro, especialmente em relação à motivação e à disposição para o aprendizado interprofissional e para reconhecer as competências comuns e complementares específicas.

Dentre as barreiras para a EIP, puderam ser identificados: estereótipos profissionais, preconceito, pouca disposição para o aprendizado interprofissional, diferentes motivações e graus de entusiasmos, dificuldade para reconhecer os papéis profissionais, diferentes tipos de formação e necessidades educacionais, falta de oportunidade para trocas de conhecimento. Todas podem ser enfrentadas por meio de mudanças na condução da EIP no cenário em que é desenvolvida (Borduas *et al.*, 2006; Lawlis, Anson e Greenfield, 2014; Sunguya, Hinthong, Jimba e Yasuoka, 2014).

Borduas *et al.* (2006) reconhecem como fundamental a identificação do currículo oculto para melhor compreensão das barreiras no nível individual, pois esse currículo permite verificar se educação vai além do currículo planejado e aplicado, revelando-se de maneira sutil na relações que os sujeitos envolvidos estabelecem entre si. Sua apreensão é essencial para identificar os elementos que podem interferir no processo de ensino e aprendizagem e elaborar estratégias para superar eventuais limitações.

O programa é composto por residentes de diferentes categorias profissionais, formados em realidades e contextos educacionais distintos e a residência configura-se como um momento de nivelamento diante da diversidade de perfis, ainda mais considerando a proposta ousada de adoção da EIP como eixo norteador da formação. Inicialmente o programa oferece práticas educacionais buscando o nivelamento dos participantes, como também foi identificado por Oliveira (2007) em sua pesquisa que buscou identificar limites e potencialidades da residência multiprofissional para a mudança na formação em saúde.

O discurso dos residentes revela sofrimento diante da experiência como residente, provocado pela forma como se deu a condução do aprendizado, pela vivência no Programa e por tudo que está presente nessa experiência, como a complexidade dos casos atendidos, das relações interprofissionais, os diferentes níveis de disposição e as motivações para o aprendizado interprofissional, além de conflitos nas equipes que se inseriram, inclusive entre os próprios residentes, que relataram episódios de adoecimento atribuídos às difíceis condições de trabalho e estudo nos serviços de saúde e na IES.

Os resultados encontrados são semelhantes aos de Viana (2014) que identificou que os estudantes brasileiros de cursos de graduação em saúde de duas públicas encontram dificuldades em estabelecer relações pessoais e interprofissionais, com limitações na comunicação entre si e com diferentes categorias profissionais.

Nesse caso, porém, os estudantes apresentavam disposição para o aprendizado interprofissional.

Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, Fernandes (2013) identificou o prazer e sofrimento durante a formação dos residentes do PRMS da Universidade Federal de Santa Maria. As situações de sofrimento foram provocadas pela estrutura e a organização da residência e pelo trabalho multiprofissional, enquanto as sensações de prazer também resultaram das práticas de caráter multiprofissional. Apesar deste estudo não utilizar a abordagem dejouriana, foram identificadas situações de prazer e sofrimento nos depoimentos dos residentes.

A oportunidade de aprender com diferentes profissões, o compartilhamento de saberes e a gratificação decorrente do reconhecimento profissional por parte dos usuários emergiram como situações prazerosas. Já o sofrimento evidenciou-se na organização didático-pedagógica do programa, na sobrecarga de trabalho e na ausência de translação dos conceitos aprendidos nos espaços teóricos.

Também foram identificadas situações de sofrimento atribuídas ao desinteresse de tutores e preceptores, sentimentos negativos por parte dos trabalhadores dos serviços de saúde, falta de reconhecimento nos cenários de prática em que os residentes são apenas “mão de obra” para os serviços, além da burocracia do PRMS e das dificuldades para participarem de outros espaços de formação, levando ao esgotamento mental.

O sofrimento e condições de trabalho desgastantes podem levar ao esgotamento profissional e a episódios de adoecimento, como a Síndrome de *Burnout* ou esgotamento profissional multidimensional, caracterizada por despersonalização, exaustão emocional e baixa realização profissional. Guido, Silva, Goulart, Bolzan e Lopes (2012) identificaram a ocorrência de *burnout* entre residentes de um PRMS, sendo que 27% apresentava indicativos da

síndrome e um grande número, pelo menos um dos três domínios da síndrome (despersonalização, exaustão emocional e baixa realização profissional), revelando a importância de compreender como o modelo de formação pode comprometer a saúde dos residentes.

Considerando a definição de EIP, os residentes relataram que talvez não tenham alcançado o aprendizado interprofissional, por não terem aprendido **com**, **para** e **sobre** a profissão do outro. Tal achado revela um aspecto importante em relação à efetividade da EIP nesse contexto, indicando a necessidade de repensar as medidas de avaliação do Programa em relação à EIP e a sua efetividade. A avaliação da efetividade da EIP e dos contextos educativos é um campo complexo que exige ações contínuas para garantir bons resultados e, portanto, deve ser sistematicamente realizada (Barr et al. 2005; Freeth et al., 2005; Curran, Sargeant, Hollet, 2007).

A limitação identificada também pode estar relacionada ao conceito de EIP adotado pelo Programa. A clareza do modelo de EIP praticado no currículo é fundamental para que ela seja efetiva (Sunguya, Hinthong, Jimba e Yasuoka, 2014) e isso não parece estar claro no cenário pesquisado, já que os estudantes não reconhecem o conceito de EIP, além de não terem alcançado sua definição.

A IES é a responsável pelo PRMS e deve estabelecer parcerias entre os serviços de saúde para configuração dos cenários de formação em serviço (Brasil, 2009). Os residentes reconhecem que a instituição deve prover boas oportunidades de aprendizado, devendo assumir a responsabilidade pedagógica e administrativa do curso, oferecendo o apoio necessário e promovendo a integração ensino-serviços-coletividade. Os discursos revelaram fragilidades relacionadas a esses aspectos (nível médio), que produzem impactos diretos na vida dos residentes, pois a instituição apresenta dificuldades para mediar os conflitos entre os envolvidos

(coordenação, tutores, preceptores e residentes) e pouca capacidade para estabelecer normas e definir com clareza as atividades práticas e teóricas.

Limites relacionados ao nível organizacional (médio) foram identificados por diversas pesquisas que revelaram a importância do papel das IES na implementação e condução de iniciativas em EIP (Borduas, 2006; TNYAM, 2013; Costa, 2014; Silva, 2014; Sunguya, Hinthong, Jimba e Yasuoka, 2014; Lawlis, Anson e Greenfield, 2014). A falta de coordenação, planejamento e apoio por parte das IES é uma barreira a ser superada na concretização da EIP (Sunguya, Hinthong, Jimba e Yasuoka, 2014).

O sucesso na implantação, no desenvolvimento e na manutenção da EIP nos contextos educacionais e assistenciais depende de uma gama de condições institucionais, sendo fundamental o reconhecimento dos elementos estruturais e processuais das IES (Clark, 2013). O apoio institucional é reconhecido como uma medida de suporte organizacional, relacionada a valores, intenções e culturas institucionais da formação em saúde das universidades.

Para a concretização da EIP devem tomadas medidas de apoio em todas as esferas da instituição, por meio de incentivos reais e do compartilhamento de interesses e objetivos entre reitoria, docentes, técnicos e estudantes, buscando a institucionalização da EIP e contribuindo para a reorientação da formação profissional em saúde. Ressalta-se, porém, que o apoio é apenas umas das medidas que podem levar às mudanças necessárias, sendo de igual importância o reconhecimento dos problemas e a adoção de medidas de ação nos níveis individual e médio (Clark, 2013).

No cenário brasileiro Silva (2014) identificou importantes limites para a EIP na perspectiva de docentes, relacionadas a: necessidade de apoio institucional nas universidades; modelo de organização das universidades públicas brasileiras, cuja estrutura é fragmentada;

incompatibilidade das grades curriculares dos cursos de formação em saúde e falta de articulação entre as universidades e os serviços de saúde. Algumas das barreiras identificadas pela pesquisadora também foram reveladas neste estudo no contexto das RMS, principalmente quanto à percepção da necessidade de apoio institucional e à dificuldade para estabelecer parcerias com os serviços de saúde.

Ainda tratando da realidade brasileira, o estudo de Viana (2014) revelou limitações para efetivação da EIP. Os cenários de formação estudados pelo pesquisador apresentaram deficiências em sua estrutura física, o que dificulta as ações interprofissionais. Além disso, a qualificação docente e o modelo de organização da universidade brasileira podem atuar como limitadores para a EIP, enquanto o apoio institucional pode potencializá-la.

O presente estudo corrobora os resultados das pesquisas de Silva (2014) e Viana (2014), fornecendo elementos para futuras pesquisas e para repensar e reavaliar os modelos de formação profissional no País, a fim de ampliar o escopo de experiências em EIP no contexto brasileiro.

Como se sabe, a carga horária de todas as residências do Brasil é regulamentada em 60h semanais, sendo que 85% da carga horária total é dedicada a atividades práticas e 25%, as atividades teóricas. Além disso, é exigida 100% de presença na carga horária prática, tanto nos programas de residência médica, como nos multiprofissionais e em áreas profissionais (Brasil, 2009).

Os residentes revelaram que a extensa carga horária torna-se extremamente desgastante diante da complexidade dos casos atendidos e das características do trabalho que desempenham, marcado pelo atendimento compartilhado, e pela imersão nos serviços de saúde, tal como identificado por Fernandes (2013). Diante disso, ressalta-se a importância de ampliar as discussões a

respeito da organização e da distribuição das atividades e do uso do residente como mão de obra para os serviços.

Os profissionais residentes estão em um momento de formação e qualificação profissional, desempenhando atividades assistenciais, de gestão, educação e pesquisa nos cenários de prática, sendo corresponsáveis por sua formação e também pela integração ensino-serviço (Brasil, 2012). Portanto, devem ser garantidos e potencializados os espaços de reflexão e crítica sobre a prática profissional, cabendo aos programas a responsabilidade por garantir as condições para tal.

Não se pretende afirmar que a carga horária determinada na legislação deve ser diminuída, mas sim destacar a necessidade urgente de examinar os cenários de prática e as condições de infraestrutura dos serviços de saúde para que a carga horária seja proveitosa e garanta a formação qualificada para o SUS. O que se deve evitar é a exploração do trabalho do residente, de maneira descontextualizada, em um cenário de formação onde este pode vir apenas a reproduzir as práticas dominantes.

Ao invés de ser um potencial de desgaste, impactando diretamente no processo saúde doença dos residentes, a carga horária pode vir a ser um potencial de fortalecimento, garantindo uma formação de qualidade e promovendo melhorias nos serviços de saúde e nas condições de saúde da população por meio de mudanças nos modelos tecno-assistenciais e de práticas colaborativas.

Foi revelado um aspecto fundamental nas iniciativas de formação de recursos humanos em saúde, especialmente na perspectiva da EIP, pois existe um descompasso entre as práticas dos serviços de saúde e a proposta da RMS. Os residentes foram categóricos ao afirmar que os serviços de saúde em que atuam não desenvolvem práticas interprofissionais colaborativas, o que provoca tensão entre a prática realizada pelos residentes e pelos

profissionais das equipes dos serviços, redundando em sofrimento e dificuldades de permanência e atuação dos residentes nos cenários de prática.

É fundamental a relação entre as iniciativas de formação e as práticas de saúde dos serviços, com foco na integralidade do cuidado e nas necessidades de saúde dos usuários, por meio de práticas interprofissionais colaborativas (D'Amour e Oandasan, 2005; WHO, 2010; Frenk, 2010; IPEC, 2011), além da clara relação entre os níveis micro, médio e macro que devem estar articulados para superação das barreiras para a EIP e a colaboração interprofissional (Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour e Ferrada-Videla, 2005; Oandasan e Reeves, 2005b; Borduas *et al.*, 2006; Lawlis, Anson e Greenfield, 2014; Costa, 2014). Esses aspectos reforçam a percepção dos residentes no que se refere ao desencontro entre as práticas assistenciais dos serviços de saúde e a proposta da RMS.

Os sistemas educacionais que adotam a EIP apresentam íntima relação com os serviços de saúde, com vistas à colaboração interprofissional, pois os serviços são os responsáveis por implementar elementos da prática colaborativa entre os futuros profissionais (Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour e Ferrada-Videla, 2005).

Os residentes sentem que desenvolvem atividades “em paralelo” às da equipe em que estão inseridos, o que corrobora a percepção de há um descompasso entre as práticas dos serviços de saúde e a proposta da RMS. Essa dificuldade é agravada por problemas relacionados à preceptoria, que deveria ser uma ponte entre os residentes e a equipe de saúde. Os residentes estão inseridos no cotidiano dos serviços como uma estratégia de formação em serviço, devem compor a equipe de trabalhadores, trabalhar em equipe e de maneira colaborativa. A colaboração interprofissional depende de um ambiente organizacional favorável, com recursos físicos e apoio administrativo para que os

profissionais possam trabalhar em equipe e desenvolver práticas interprofissionais colaborativas (Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour e Ferrada-Videla, 2005).

O programa analisado tem previsão de encerrar suas atividades em fevereiro de 2015, quando passará por reestruturação, pois enfrenta dificuldades para sua manutenção no formato atual. Neste sentido, esta pesquisa apresenta uma experiência que se encerra precocemente após três turmas devido a dificuldades para sua concretização como uma ferramenta de formação.

O PRMS da UFSCar (UFSCar, 2010), cujo PPP também foi analisado nesta investigação, é outro exemplo de programa que encerra suas atividades por descompasso entre a proposta de formação e as condições para a integração com os serviços de saúde, que não se reconhecem como participantes e co-responsáveis pela formação de recursos em saúde, tal como é estabelecido no artigo 200 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

A desarticulação entre as políticas de educação e saúde e suas propostas de formação, observada no nível macro, torna evidente que PRMS de reconhecida qualidade encerram suas atividades por não conseguir estabelecer parcerias entre as Universidades e as Secretarias de Saúde, por não configurar uma rede “saúde-escola” adequada à proposta de formação da RMS. Em menos de um ano, dois PRMS oferecidos por universidades federais encerraram suas atividades no estado de São Paulo e esse fato revela o tensionamento presente no nível macro no que tange ao modelo de formação.

O preceptor tem um papel essencial na formação do residente, é profissional do serviço de saúde responsável pela supervisão docente-assistencial do residente nos cenários de prática profissional. Sua formação mínima deve ser de especialista, devendo ser da mesma categoria profissional do residente que supervisiona, exceto em programas ou áreas de concentração que

podem ser desenvolvidas por quaisquer categorias profissionais, como nas áreas de gestão, saúde do trabalhador, vigilância em saúde e epidemiológica, entre outras (Brasil, 2012).

Diversos estudos abordam o conceito de preceptoria, o papel do preceptor e sua interface entre a prática assistencial e docente, pois lhe cabe articular o conteúdo teórico e sua aplicação na prática assistencial, fazendo uma ponte entre o campo profissional e o campo disciplinar, o que requer um leque de competências clínicas e pedagógicas. O preceptor deve desempenhar com excelência o cuidado e o ensino, para que o residente sob sua supervisão tenha oportunidades de aprendizado críticas e reflexivas (Botti e Rego, 2008; Pagani e Andrade, 2012; Ribeiro e Prado, 2013; Autonomo, 2013;)

A ausência de preceptores de todas as áreas profissionais, além da falta de tempo desses profissionais para desempenhar a atividade de preceptoria revelou-se um limite para a EIP no programa analisado, pois os residentes não tinham condições de discutir situações específicas de suas áreas profissionais. Também foram mencionadas diferenças entre as atividades de preceptoria no cenário hospitalar e nos serviços de Atenção Básica, em que foram identificadas condições mais favoráveis à realização da atividade.

Sendo assim, questiona-se como os serviços de saúde, tanto os cenários hospitalares como os de Atenção Básica, estão se organizando para que seus profissionais possam desempenhar a preceptoria e quais condições são lhes oferecidas para que seja realizada. Os gestores dos serviços de saúde devem oferecer condições de trabalho diferenciadas para os profissionais que assumem o papel de preceptor, para que consigam acompanhar de perto os residentes e sejam suas referências nos cenários de prática profissional. Estudos ressaltam como fundamental a adoção de medidas de apoio e incentivo à integração ensino e serviço, para o que o projeto de EIP seja efetivo (Borduas, 2006, TNYAM, 2013,

Lawlis, Anson e Greenfield, 2014; Costa, 2014, Silva, 2014; Sunguya, Hinthong, Jimba e Yasuoka, 2014).

A par dos limites, foi identificada uma grande variedade de potencialidades da residência para a EIP, relacionadas às relações pessoais e ao aprendizado, às relações e práticas interprofissionais, ao cotidiano e ao processo vivencial da residência, ao atendimento compartilhado, à prática interprofissional e à integralidade do cuidado.

As potencialidades revelaram um aspecto interessante quando comparados com as limites da RMS para a EIP. As relações pessoais e de aprendizado, as relações e as práticas interprofissionais, assim como o cotidiano e a vivência da residência ora aparecem como limites, ora como potenciais, expressando fragilidades em relação à condução do processo de EIP.

Embora repleto de menções ao sofrimento, o discurso dos residentes reconhece como positivas para sua formação profissional as situações que antes provocaram sofrimento. Quando tais situações passaram a ser mais bem conduzidas, com medidas de apoio institucional, o sofrimento transformou-se em algo positivo. Isso revela que medidas de enfrentamento dos limites identificados, tomadas no próprio contexto educacional, podem superar obstáculos e promover saltos de qualidade.

Oandasan e Reeves (2005), em uma revisão de literatura, identificaram elementos de sucesso em programas com EIP. Ressaltaram como fundamental a oportunidade de socialização entre os estudantes e os profissionais de diferentes categorias profissionais (nível micro), pois eles devem estabelecer relação interprofissionais para que possam aprender com, para e sobre a profissão, com vistas à colaboração interprofissional e a diminuir estereótipos e preconceitos profissionais. Este aspecto também foi identificado como uma potencialidade da residência para a EIP. O planejamento da EIP, sua implementação e condução também são

aspectos centrais que devem ser considerados pelas IES e pelos serviços de saúde (nível médio) para que alcancem bons resultados em EIP. Recomendam a identificação e o envolvimento de lideranças institucionais e o planejamento compartilhado, pois se trata de proposta educacional colaborativa. Por último, os autores mencionam os aspectos políticos (nível macro) que devem incentivar e criar condições para que as IES implementem iniciativas em EIP, assim como propiciar que sejam estabelecidos critérios de avaliação, acreditação e certificação em EIP.

Os residentes reconheceram como transformador o momento em que a IES adotou medidas para qualificar os espaços de prática e valorizaram “rodas de conversa” em que as equipes de residentes e preceptores encontram-se para discutir casos e situações problemáticas, refletindo e criticando a prática profissional. Essa medida promoveu a mediação de conflitos entre os sujeitos envolvidos. Ressalta-se que o conflito pode ser uma mola para a mudança, desde que haja mediação e reflexão para sejam realizados os ajustes necessários para o alcance da nova qualidade.

A partir do momento em que ocorreu a contratação de uma docente para assumir a vice-coordenadoria do programa, houve uma profunda mudança no cenário do PRMS, que incrementou sua qualidade, dadas as novas práticas de gestão educacional participativa implementada pela vice-coordenadora. Na perspectiva dos residentes, as medidas de apoio institucional adotadas resultaram em melhoria do PRMS. Quando se sentiu fortalecido, o grupo passou a enfrentar as situações problemáticas de maneira mais positiva e conseguiu lidar com as adversidades, pois encontrou ressonância para seus anseios e apoio para resolução dos problemas.

A adequação das atividades teóricas e práticas realizadas com a mudança do cronograma de atividades também foi vista como uma potencialidade, o que ressalta a importância da adequação dos conteúdos trabalhados pelos residentes. Antes dessa mudança os

residentes estavam inseridos no cenário hospitalar alguns dias da semana e no restante da semana frequentavam os serviços de Atenção Básica, o que ocasionava cansaço físico devido aos deslocamentos e a dificuldades de vinculação com os serviços e os usuários. Com a mudança do cronograma de atividades, metade dos residentes passou a frequentar os serviços hospitalares no primeiro ano do curso, enquanto a outra metade frequentava os serviços da Atenção Básica, invertendo-se no segundo ano. Com essa medida, os residentes tiveram melhores condições para se vincular as equipes, usuários e coletividades, podendo até mesmo implantar projetos de maior impacto, pois frequentaram o serviço ao longo de um ano.

A rigidez curricular, os cronogramas inadequados e os conteúdos insuficientes são limites importantes para a EIP. Por isso é preciso envolver residentes, coordenadores e docentes no planejamento curricular, além de realizar avaliações sistemáticas para corrigir possíveis falhas (Sunguya, Hinthong, Jimba e Yasuoka, 2014). Neste caso em particular, a postura pró-ativa da vice-coordenadora do PRMS ao escutar os residentes e convidá-los ao debate representou um avanço e corrigiu problemas relacionados ao cronograma de atividades, que passou a se adequar às necessidades dos residentes, além de potencializar sua inserção e vinculação às equipes, elemento essencial na proposta da RMS.

Os integrantes do GF reiteraram que a residência contribuiu para fortalecer a identidade profissional, assim como para o reconhecimento das competências comuns e complementares específicas. Foi capaz ainda de diminuir os estereótipos e o corporativismo profissional, levou os residentes a estabelecer relações interprofissionais e mobilizou diferentes concepções. Entretanto, os residentes revelaram ansiedades em relação às experiências que podem vir a ter depois de formados, especialmente no que se refere às condições de trabalho em serviços de saúde.

A formação pautada na EIP provoca a ampliação do olhar sobre os fenômenos da saúde, por meio da busca constante pela integralidade, sendo este o eixo do cuidado e da formação, por meio de práticas humanizadas e das ferramentas da clínica ampliada. Nessa perspectiva, o objeto de trabalho em saúde passa a ser o sujeito e as práticas avançam em direção à autonomia do usuário, ultrapassando a concepção curativa, individual e biológica (Campos e Amaral, 2007). Os residentes reconhecem-se como agentes de transformação das práticas de saúde, capazes de promover impactos positivos nos serviços de saúde e, por conseguinte, melhores práticas de saúde em prol de usuários, famílias e coletividades.

Diversos estudos e documentos oficiais abordam a formação em serviço e o papel das residências na formação de profissionais para o SUS, mediante práticas focadas na integralidade e nas necessidades de saúde da população. A RMS presta-se bem a esse papel (Nascimento e Oliveira, 2006; Brasil, 2006; Nascimento, 2008; Brasil, 2009; Oliveira, 2009; Santos, 2010; Lima e Santos, 2013; Fernandes, 2013).

Neste estudo buscou-se compreender se a EIP no contexto da RMS potencializaria este papel. O discurso dos residentes permitiu constatar que a EIP foi capaz de produzir melhoria da assistência e das atividades de gestão. Impactou positivamente a qualidade da assistência por meio de práticas interprofissionais colaborativas de melhor qualidade, promovendo maior satisfação pessoal dos residentes que perceberam resultados positivos na saúde dos usuários e mudanças nas práticas das equipes profissionais.

Silva (2014) identificou que a EIP no contexto da Atenção Primária em Saúde tem a capacidade de promover mudanças importantes na formação e na prática profissional, pois potencializa a integralidade como ênfase da formação e das práticas de saúde. Além disso, identificou que a EIP contribui para que sejam estabelecidas relações profissionais colaborativas, além de

favorecer o desenvolvimento de competências específicas complementares de cada área profissional e facilitar o reconhecimento de competências comuns e para a prática colaborativa. Tendo em conta o amplo contexto das RMS no Brasil, este estudo identificou a percepção dos residentes de apenas um único cenário, não sendo possível fazer generalizações. Ainda assim, percebe-se uma relação com os resultados de Silva (2014), que realizou uma pesquisa mais extensa, em diferentes cenários e contextos e com sujeitos representativos em todo o território nacional.

Pullon e Fry (2005) desenvolveram um estudo na Nova Zelândia para captar a percepção, os impactos e as atitudes de profissionais da saúde que atuavam na APS e cursaram uma pós-graduação interprofissional. Constataram que os participantes perceberam melhorias em suas práticas, além de serem capazes de reconhecer os papéis das diferentes profissões e compreender as competências complementares específicas, comuns e para a prática colaborativa, levando a uma melhor colaboração entre os grupos profissionais.

A residência é uma estratégia importante para a formação de profissionais de saúde críticos, reflexivos e cidadãos, por meio da EIP e da prática colaborativa, o que é ressaltado por estudos que reforçam o papel da pós-graduação para potencializar a colaboração interprofissional por meio da EIP (Pullon, Fry, 2005; Hallynan, Hegarty, 2015).

6 Considerações finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação em saúde através das Residências Multiprofissionais em Saúde é uma realidade no contexto brasileiro, sendo reconhecida como uma estratégia política e pedagógica de formação em serviço, capaz de produzir modelos tecnoassistenciais mais resolutivos para enfrentar a complexidade dos fenômenos de saúde, com foco na integralidade do cuidado e nas necessidades de saúde da população. Produzem impactos na qualidade do cuidado por meio das práticas de saúde produzidas pelo residente, que é um agente capaz de produzir mudanças nos processos de trabalho das equipes em que se insere.

Os princípios, os valores e os objetivos da EIP aproximam-se da Residência Multiprofissional como cenário de formação de recursos humanos em saúde. A abordagem da EIP mostra-se adequada ao modelo de formação da residência, ampliando suas possibilidades, na medida em que qualifica estudantes e profissionais para a produção de práticas interprofissionais colaborativas centradas nos usuários, famílias e coletividades. Nesta concepção o usuário passa a ser protagonista da produção em saúde e é inserido na equipe de trabalhadores, suas necessidades passam a ser o foco da atenção em saúde, promovendo sua autonomia e empoderamento em um contexto colaborativo.

Este estudo buscou identificar os limites e as potencialidades de uma residência multiprofissional em saúde para a EIP, partindo do pressuposto que o modelo de formação em serviço apresenta potencialidades para sua operacionalização. A opção mostrou-se adequada, considerando que os PRMS são um espaço potente para interprofissionalidade tanto nos cenários de formação como de prática profissional.

A análise documental dos PPP caracterizou os PRMS oferecidos no estado de São Paulo e revelou um cenário heterogêneo no que diz respeito a currículos, organização didático-

pedagógica, objetivos educacionais, matrizes pedagógicas e sistemas de avaliação utilizados. Possibilitou um mergulho no discurso político-pedagógico dos projetos e suas aproximações e distanciamentos com a EIP.

Os PPP são a expressão dos valores e princípios educacionais e políticos adotados pelos programas, frutos de uma produção coletiva com o objetivo de nortear e conduzir o processo de formação, buscando superar desafios políticos e pedagógicos. Nem todos os PPP analisados apresentaram elementos suficientes para uma análise profunda do cenário formativo através da análise documental e das questões propostas por Barr (2003). A maioria dos documentos é bastante complexa e forneceu elementos suficientes para a análise, porém alguns projetos não continham informações suficientes. Ainda assim, um dos programas foi identificado como um cenário altamente favorável por expressar claramente a adoção da EIP como abordagem para a formação. O conjunto de questões propostas por Barr (2003) mostrou-se adequado para avaliar a EIP nos cenários educacionais; foi adequado para identificação do cenário altamente favorável a EIP, assim como para identificar elementos didáticos, pedagógicos, políticos e organizacionais dos PRMS.

Ressalta-se a importância da construção de PPP consistentes, pois são eles que fornecem os elementos condutores da formação, e por isso sua construção expressa a responsabilidade social da IES com a formação em saúde. Embora a CNRMS estabeleça critérios mínimos para a elaboração dos projetos, é importante o compromisso dos sujeitos envolvidos na elaboração, avaliação e divulgação da proposta curricular.

Os PPP são documentos públicos e devem ser divulgados entre preceptores, tutores, residentes e a quem mais possam interessar. Não são apenas documentos protocolares que devem ficar guardados em gavetas ou mesmo escondidos a sete chaves. Sua construção deve ser coletiva e, portanto, debatida, dado que a

residência é uma proposta para formar profissionais mais colaborativos, a construção do projeto também deve se dar de maneira colaborativa. Infelizmente o PPP de um dos programas oferecido no estado de São Paulo não foi disponibilizado pela coordenação do programa mesmo após inúmeras solicitações e tampouco estava disponível em algum canal de comunicação, o que impossibilitou a análise documental da totalidade de programas oferecidos no Estado.

Foi possível identificar a percepção dos residentes a respeito dos limites e das potencialidades da residência para a EIP, revelando um cenário complexo de condições para a operacionalização da EIP. A realização de apenas uma sessão de grupo focal com os residentes é uma das limitações deste estudo, pois apresenta a percepção de apenas um conjunto de envolvidos na residência.

O tempo para realização da pesquisa também representa outra dificuldade, devido a trâmites burocráticos, foi possível realizar o GF apenas no mês de agosto de 2014 não havendo tempo para realização de entrevistas com tutores, preceptores e coordenação do programa, como havia sido planejado inicialmente. A não inclusão desses sujeitos representa um limite para o estudo, pois certamente sua percepção certamente enriqueceria os resultados e a compreensão a respeito dos limites e das potencialidades para a EIP no contexto das Residências.

A pesquisa sobre EIP no contexto brasileiro é recente e por isso este estudo adotou um caráter exploratório e descritivo, fornecendo os primeiros elementos para futuras pesquisas e para debate da temática no País, ao apresentar uma fotografia do cenário de formação em um PRMS, seus limites e potencialidades deste contexto para a EIP.

Foram revelados limites e potencialidades relacionados ao nível individual, organizacional e das políticas, o que se configura

como um grande desafio, pois serão necessários debates e medidas de enfrentamento, incentivo, avaliação em todas as esferas para que a EIP se operacionalize.

Este estudo pode desdobrar-se em diversas outras pesquisas e pode provocar inúmeras possibilidades de investigação que para identificar a percepção dos demais envolvidos nos PRMS (tutores, preceptores, coordenadores, representantes de órgãos representativos como a CNRMS e usuários dos serviços de saúde onde os residentes atuam) a respeito dos limites e potencialidades das RMS para a EIP, assim como ampliar os cenários investigados, incluindo programas de outras áreas de concentração e com maior diversidade locorregional, o que pode enriquecer a investigação. Também se recomenda o aprofundamento da investigação sobre os limites e as potencialidades identificados, especialmente aqueles voltados a relações e práticas interprofissionais; disposição para o aprendizado interprofissional; comunicação entre residentes e as equipes de saúde; condicionantes da integração ensino-serviço-comunidade e apoio institucional das universidades para a operacionalização da residência e da EIP. É essencial a realização de estudos que busquem verificar o impacto das práticas dos residentes na melhoria da qualidade da assistência e sua capacidade de produzir práticas colaborativas, assim como avaliar a efetividade da EIP no contexto das residências.

A EIP mostrou-se uma abordagem adequada ao contexto da RMS, por reorientar a formação em saúde, contribuir para fortalecer a identidade profissional, desconstruir estereótipos e preconceitos profissionais, além de tornar os residentes mais capazes de reconhecer competências comuns e específicas e perceberem-se produzindo práticas interprofissionais colaborativas com impactos positivos na qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços, o que lhes proporcionou satisfação profissional.

Ressalta-se porém que são necessárias medidas de ajustes relacionadas à implantação, condução e avaliação da EIP de forma

articulada entre todos os níveis (micro, médio e macro), para que se torne efetiva e o processo de formação não gere tanto sofrimento aos residentes.

Ser residente é um constante ser e não ser, pois é constante a dualidade entre ser profissional e ser aluno, o que provoca conflitos, porém ficou evidente que a forma de condução do processo educacional do programa através da EIP, devido aos limites identificados, provocou intenso sofrimento. No momento em que foram tomadas medidas institucionais, a experiência de formação tornou-se mais positiva e significativa.

Diante do sofrimento e do prazer dos residentes, opto por encerrar este estudo com um trecho de uma música de Caetano Veloso. Afinal, também fui residente e tive a oportunidade de vivenciar a intensidade e a complexidade de ser residente em um programa multiprofissional.

Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é”.

Dom de Iludir - Caetano Veloso.

Referências

REFERÊNCIAS

Anastasiou LGC. Avaliação, ensino e aprendizagem: anotações para um começo de conversa [texto construído para processo de profissionalização continuada de professores]. 2003. [citado 2015 jan, 12]. Disponível em: <http://www.uel.br/graduacao/odontologia/portal/pages/arquivos/NDE/AVALIA%C3%87%C3%83O,%20ENSINO%20E%20APRENDIZAGEM.pdf>

Autonomo FROM. A preceptoria em saúde a partir das publicações brasileiras [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública “Sérgio Arouca”, Fundação Osvaldo Cruz; 2013.

Avellar WO. O Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia: limites e possibilidades frente às políticas públicas de inovação em saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública “Sérgio Arouca”, Fundação Osvaldo Cruz; 2013

Barbour R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed; 2009. (Coleção Pesquisa Qualitativa).

Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprofessional Care*. 1998;12:181-7.

Barr H. Ensuring quality in interprofessional education. *CAIPE Bulletin*. 2003; 22: p.2-3.

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

Barr H, Low H. Principles of Inteprofessional Education. Fareham: Centre for The Advancement of Interprofessional Education (CAIPE); 2011.

Barr H, Low H. Introducing interprofessional education. Fareham: Centre for The Advancement of Interprofessional Education (CAIPE); 2013.

Barr H, Helme M, D’Avray L. Review of interprofessional education in the United Kingdom 1997-2013. Fareham: Centre for The Advancement of Interprofessional Education (CAIPE); 2014.

Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*. 2012; 2: p. 25-8.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988. Brasília: Presidência da República, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Medida Provisória nº 238/2005. Diário Oficial da União, 2 fev. 2005.

_____. Lei nº 11.129, 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 da 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jun. 2005b.

_____. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria Interministerial 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 a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov. 2009.

_____. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS nº 2 de 13 de abril de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 abr. 2012.

_____. Decreto 8.065, de 07 de agosto de 2013. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. Brasília: Presidência da República, 2013.

Borduas F, Frank B, Hall P, Handfield-Jones R, Hardwick D, Ho K, et al. Facilitating the integration of interprofessional education into quality health care: Strategic roles of academic institutions. Ottawa: Health Canada; 2006

Botti S, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? Rev Bras Educ Med. Scielo; 2008; 32(3):363-73.

Car MR, Bertolozzi MR. O procedimento da análise de discurso. In: Chianca TCM, Antunes MJM, organizadoras. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva: CIPESC. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1999. p.348-55. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A national interprofessional competency framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010.

Cassiani S. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014; 22(6).

Centre for The Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). Principles of interprofessional education. London: Centre for advancement of interprofessional education; 2001.

Ceccim RB. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: Brasil, Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição. Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010. p.17-22.

Ceccim RB. “Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra”: a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2009; 13(28): p.233-35.

Cheade MFM, Frota OP, Loureiro MDR, Quintanilha ACF. Residência Multiprofissional em Saúde: a busca pela integralidade. *Cogitare Enferm*. 2013; 18(3):592-5.

Chiesa AM, Ciampone MHT. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In: Chianca TCM, Antunes MJM, organizadoras. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva: CIPESC. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1999. p.306-24. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

Costa MV. A educação interprofissional como abordagem para reorientação da formação profissional em saúde [tese]. Rio Grande do Norte: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2014.

Cotrim BC. Potencialidades da técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev Saúde Pública*. 1996; 30(2):285-93.

Curran V, Sargeant J, Hollett A. Evaluation of an interprofessional continuing professional development initiative in primary health care. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2007;27(4):241-52.

D'amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *J Interprof Care*. 2005;19(s1):8-20.

D'Amour D, Ferrada-Videla M, Martín-Rodríguez L, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005;19(s1):116-31.

D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodríguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*. 2008;8(1):188.

Dallegrave D. No olho do furacão na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

Dallegrave D, Kruse M. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009;13(28):213-26.

Dahlgren L. Interprofessional and problem-based learning: a marriage made in heaven? *J Interprof Care*. 2009;23(5):448-54.

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Manual da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Marília: FAMEMA; 2009.

Faculdade Santa Marcelina (FASM). Projeto Político-Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. São Paulo: FASM; 2005.

Fernandes MNS. Prazer e sofrimento no processo de formação de residentes multiprofissionais de saúde [dissertação]. Santa Maria: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria; 2013.

Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 1998; 2(3):51-72.

Feuerwerker LCM. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2009; 13(28):229-30.

Freeth D, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Barr H. *Effective interprofessional education: development, delivery & evaluation*. Oxford: Blackwell; 2005.

Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996. p.97.

Frenck J, Chen L, Bhutta ZA, Crisp N, Evans T, Fineberg H, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010; 376(9756): 1923-57.

Frenk J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. *The Lancet* [internet]. 2014 [cited 2014 jan. 17]. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61467-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61467-7).

Fiorin JL. *Elementos da análise de discurso*. 9ª ed. São Paulo: Contexto; 2000.

Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(2):490-98.

Goldman J, Zwarenstein M, Bhattacharyya O, Reeves S. Improving the clarity of the interprofessional field: Implications for research and continuing interprofessional education. *J Contin Educ Health Prof*. 2009;29(3):151-6.

Gondim SMG, Fischer T. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. *Cad. Gestão Social*. 2009; 2(1):9-26.

Gordan P. Currículos inovadores: o desafio da inserção docente. In: Batista N, Batista SH, organizadores. *Docência em saúde: temas e experiências*. São Paulo: Senac São Paulo; 2014. p.169-82.

Goulart CT, Silva RM, Bolzan MEO, Guido LA. Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Rev Rene*. 2012; 13(1):178-86.

Hallinan CM, Hegarty KL. Advanced training for primary care and general practice nurses: enablers and outcomes of postgraduate education. *Aust J Prim Health*. 2015 Jan 3.

Interprofessional Education Colaborative (IPEC) Group. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for Interprofessional Practice: Report on an Expert Panel. Washington; 2011.

Jesus ML, Araujo D. Politização e formação em serviço: significados e sentidos atribuídos pelos residentes em uma residência multiprofissional em saúde mental na Bahia. *Psicol.: Teor. Prát.* 2011; 13(3):67-80.

Kamberelis G, Dimitriadis G. Focus groups: contingent, articulations of pedagogy, politics and inquiry. In: Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE handbook of qualitative research*. Los Angeles: SAGE; 2011. p. 545-61.

Khalili H, Orchard C, Laschinger H, Farah R. An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *Journal of interprofessional care*. 2013; 27(6): p. 448-53.

Lawlis T, Anson J, Greenfield D. Barriers and enablers that influence sustainable interprofessional education: a literature review. *Journal of Interprofessional Care*. 2014;28(4):305-10

Lima M, Santos L. Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. *Psicol cienc prof.* 2012;32(1):126-41.

Lobato CP, Melchior R, Baduy RS. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. *Physis*. 2012; 22(4):1273-91.

Maia JA. O currículo no ensino superior em saúde. In: Batista N, Batista SH, organizadores. *Docência em saúde: temas e experiências*. São Paulo: Senac São Paulo; 2014. p.99-129.

MacIntosh J, McCormack D. Partnerships identified within primary health care literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2001;38(5):547-555.

Meireles C. *Poesia completa*. Org. Antonio Carlos Sechin. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2001. v. 2.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Motta L, Pacheco L. Integrating medical and health multiprofessional residency programs: the experience in building an interprofessional curriculum for health professionals in Brazil. *Educ Health (Abingdon)*. 2014; 27(1):83-8.

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*. 2006; 10(4):435-39.

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

Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2010; 19(4): p.814-27.

Nunes ED. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. *Physis*. 2005; 15(1):13-38.

Norrie P, Thorpe L, Karagic L, Dyson S. Post-registration interprofessional learning: a literature review and consideration of research methods. *Journal of Research in Nursing*. 2011;18(1):21-32.

Pagani R, Andrade L. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saude soc*. 2012; 21(1):94-106.

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

Pullon S, Fry B. Interprofessional postgraduate education in primary health care: Is it making a difference? *J Interprof Care*. 2005;19(6):569-78

Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *J Interprof Care*. 2005a;19(s1):21-38.

Oandasan I, Reeves S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *J Interprof Care*. 2005b;19(s1):39-48.

Olenick M, Allen L, Smego R. Interprofessional education: a concept analysis. *Adv Med Educ Pract*. 2010;1:75-84.

Oliveira FR. Residência multiprofissional em saúde da família: limites e possibilidades para mudanças na formação profissional [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.

Oliveira F, Carvalho M, Garcia M, Oliveira S. A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família. *Interface (Botucatu)*. 2013;17(44):201-09.

Orchard CA, Curran V, Kabene S. Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. *Med Educ Online*. 2005; 10:11.

Pardue K. A Framework for the Design, Implementation, and Evaluation of Interprofessional Education. *Nurse Educ*. 2015;40(1):10-15.

Pierantoni CR, França T, Garcia AC, Santos MR, Varella TC, Matsumoto KS. Gestão do trabalho e da educação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: Observa RH; 2012.

Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev Saúde Pública*. 1995; 29(4):318-25.

Puschel VAA. A mudança curricular do bacharelado em enfermagem da Escola de Enfermagem da USP: análise documental e vivência dos participantes [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Rios T. A dimensão ética da avaliação. *Revista Pró-Posições*. 2000; 10(2):94-102.

Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; (1): CD002213. pub.2

Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; (3): CD002213. DOI: 10.1002/14651858. pub3

Ribeiro KRB, Prado ML. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(4):161-5.

Rosa SD, Lopes RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab. Educ. Saúde.* 2010; 7(3):479-98.

Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev Bras Hist Ciênc Sociais.* 2009; 1(1):1-15.

Santos FA. Análise crítica dos Projetos Políticos-Pedagógicos de dois programas de residência multiprofissional em saúde da família [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública "Sérgio Arouca", Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2013; 18(11):3203-12.

Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Cortez; 2007. Teoria e prática científica. p.99-126.

Silva JAM. Educação interprofissional em saúde e enfermagem no contexto da atenção primária [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Sunguya BF, Hinthong W, Jimba M, Yasuoka J. Interprofessional Education for Whom? - Challenges and Lessons Learned from Its Implementation in Developed Countries and Their Application to Developing Countries: A Systematic Review. *PloS one* [Internet]. Public Library of Science; 2014;9(5):e96724. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0096724>.

Teixeira C, Coelho M, Rocha M. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva.* 2013;18(6):1635-46.

The New York Academy of Medicine (TNYAM). Interprofessional care coordination: looking to the future. Policy, Research, & Practice. 2013; 1(2):1-17.

Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Atlas; 2008. Alguns temas no desenvolvimento de pesquisa. p. 91-115.

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2010-2012. São Carlos: UFSCar; 2010.

Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista (UNIFESP). Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde – PRMAS. Santos: UNIFESP; 2012.

Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina (USP). Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; 2013.

Universidade de São Paulo, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USPRP). Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Ribeirão Preto: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2010.

Witt RR. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição das funções essenciais de Saúde Pública [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

World Health Organization (WHO). Learning together to work together for health. Geneva: WHO; 1988.

World Health Organization (WHO). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.

World Health Organization (WHO). Transforming and scaling up health professional education and training. Geneva: WHO; 2013.

Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009; (3): CD000072. DOI: 10.1002/14651858. pub2.

Apêndices

APÊNDICE 1: ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

- A. Sexo:
- B. Idade:
- C. Profissão:
- D. Ano e instituição de formação:
- E. Experiência profissional anterior:

Apresentação

- Apresentação do pesquisador, coordenador e observador.
- Apresentação dos objetivos da pesquisa.
- Entrega do TCLE e assinatura pelos participantes da pesquisa.
- Entrega de folhas de sulfite coloridas para que os participantes possam se identificar.

Aquecimento

- Dinâmica para apresentação dos participantes. Buscando despertar memórias a respeito do que sentiram a saber de sua aprovação no processo seletivo para o Programa, foi solicitado que os participantes se apresentassem e respondessem a seguinte pergunta:

1 – Para quem você contou em primeiro lugar quando foi aceito no programa? Qual foi sua reação? Por quê?

Desenvolvimento

- Buscando compreender a percepção dos residentes a respeito dos limites e potencialidades da residência multiprofissional, pedimos que cada um considerasse sua experiência pessoal e listasse em folhas de sulfite da cor amarela, suas considerações a respeito de “Limites”, e que listassem em folhas azuis suas considerações a respeito de “potencialidades”.
- Leitura das filipetas e discussão em grupo sobre as percepções
- Reforçar o conceito de EIP
- Perguntar: Em que medida essas experiências contribuíram para a melhoria da qualidade da assistência?

Finalizando

Perguntar: Que outros aspectos vocês gostariam de ressaltar?

APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, Manoel Viera Neto, sou aluno do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP - nível de mestrado - e desenvolvo a pesquisa intitulada **“Limites e Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde para a Educação Interprofissional”**, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira.

A investigação tem como objetivo compreender os limites e potencialidades das residências multiprofissionais em saúde para a educação interprofissional em saúde. Considera a Educação Interprofissional como "uma ocasião quando dois ou mais profissionais aprendem com, para e sobre o outro para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados".

Gostaria de convidá-lo (a) a participar deste estudo, em caráter voluntário dado a importância de sua colaboração e experiência pessoal para a compreensão do objeto de estudo. Você está sendo convidado a participar de um grupo focal, onde responderá algumas perguntas relacionadas à sua experiência pessoal e percepção a respeito da temática deste estudo. O grupo focal durará em torno de 120 minutos, e será gravado e o material transcrito mediante sua autorização.

Esta pesquisa não lhe trará nenhum tipo de risco de qualquer natureza, assim como nenhum benefício direto. Ressalto que será garantido o sigilo e anonimato de seus dados pessoais durante todo o percurso do estudo. Caso aceite participar, poderá desistir a qualquer momento sem qualquer ônus ou prejuízo.

A pesquisa e a coleta de dados foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, recebendo o número de processo (número do processo), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, instituição coparticipante deste estudo. Este Termo será assinado em duas vias, ficando uma com você e a outra comigo.

Caso necessite de qualquer esclarecimento durante a coleta de dados, informo que poderá entrar em contato comigo pelo email: manoel.vmn@usp.br e pelo telefone (11) 3971-2951.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador principal

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar. Telefone: 3061-7548 - e-mail: edipesq@usp.br

ou com

CEP da Universidade Federal de São Paulo – Rua Botucatu, 572, 1º Andar, Cj 14.
Telefone: 5571-1062, FAX: 5539-7162

Ciente destas informações, concordo em participar deste estudo

Data: / /

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador principal

APÊNDICE 3: ANÁLISE DOCUMENTAL DO PROJETOS POLÍTICO-PEDAGÓGICOS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Programa de Residência Multiprofissional 1

1. Os objetivos declarados promovem a colaboração?

Em parte, pois não utiliza os temas EIP e prática colaborativa, porém enfatiza a formação para o trabalho em equipe e a troca de saberes, o que não significa integração de saberes.

O PRMS tem como objetivo:

- *Promover o desenvolvimento de competências profissionais que possibilitem aos enfermeiros, cirurgiões dentista, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, profissionais de educação física, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e farmacêuticos no exercício profissional com excelência no âmbito da Estratégia Saúde da Família, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida da população brasileira.*

A inserção dos residentes junto às equipes de Saúde da Família e demais unidades da Rede Escola do município fortalece o desenvolvimento do trabalho em equipe e a troca de saberes para a construção de novos conhecimentos que são originados na interface dos diferentes campos de trabalho profissional, além de aprofundar a parceria entre o ensino-serviço. Contribui ainda para a expansão e a consolidação da Estratégia Saúde da Família, no sentido de formar profissionais de saúde capazes de se comprometer e de operacionalizar as mudanças necessárias na organização do cuidado à saúde, de modo a promover melhoria na saúde e qualidade de vida das pessoas.

2. Como os objetivos contribuem para a colaboração?

Os objetivos podem contribuir para a colaboração considerando a abordagem pedagógica adotada e as estratégias mencionadas, porém o PPP não explicita a formação para prática colaborativa e a EIP como um objetivo.

O Programa contempla estratégias para ampliar a qualidade e eficiência dos serviços de saúde para o enfrentamento das necessidades e problemas de saúde da população, além de capacitar todos os profissionais dos serviços de saúde que de alguma maneira contribuem para a formação pós-graduada dos profissionais. Pressupõe uma articulação cooperativa com os cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Educação Física, Psicologia, Medicina e Terapia Ocupacional da Universidade que oferece o curso, e inicia um movimento ampliado e integrado de transformação das práticas educacionais e de formação na área da saúde na Universidade.

Apresenta uma organização curricular inovadora que aborda a articulação entre teoria/prática, sem subordinações. Utiliza uma abordagem pedagógica construtivista e fundamentada na aprendizagem significativa e de adultos. Focaliza metodologias ativas de aprendizagem tanto na formação de residentes como na educação permanente de tutores e preceptores. Utiliza laboratórios com uma concepção voltada ao estudo autodirigido e ao desenvolvimento da prática profissional.

3. As metas e objetivos contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento?

O PRMS adota como eixos norteadores elementos e ações que podem contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade do atendimento:

- *Cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio epidemiológica do País;*
- *Concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade e considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;*
- *Política Nacional de Educação e desenvolvimento no SUS aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada entre as distintas esferas de governo;*
- *Abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;*
- *Estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurada em itinerário de linhas de cuidado de forma a garantir a formação integral e interdisciplinar;*
- *Integração ensino-serviço-comunidade por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, promovendo articulação entre ensino, serviço e gestão;*

- *Integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, trabalho e gestão na saúde;*
- *Integração com diferentes níveis de formação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e com o ensino de educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde;*
- *Articulação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade com a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade;*
- *Descentralização e regionalização contemplando as necessidades locais e regionais de saúde;*
- *Monitoramento pactuado para garantir que o sistema de avaliação seja dialógico e envolva a participação da instituição formadora, coordenador do programa, preceptores, tutores, consultores, residentes, gestores, gerentes e o controle social do SUS, considerando a conformação da política, da execução e da avaliação dos resultados; e.*
- *Integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema.*

4. As metas e os objetivos são compatíveis?

Os objetivos do programa são compatíveis com o modelo de formação da residência multiprofissional e com os pressupostos da EIP em partes, pois não expressam claramente a EIP e a prática colaborativa como elementos da formação, apesar dos elementos apresentados aproximarem destes conceitos.

5. Como o aprendizado interprofissional é incorporado ao programa?

O programa de residência fundamenta-se na aprendizagem baseada na prática profissional, na educação de adultos e, portanto, na aprendizagem significativa. As atividades práticas orientam as atividades de teorização e reflexão crítica, propiciando à identificação das necessidades de aprendizagem de cada residente, a busca de informação, a identificação das melhores evidências para a investigação e o plano de cuidado e a imediata aplicação do conhecimento visando à transformação da prática e a saúde das pessoas.

A teorização ocorre tanto em relação aos casos vivenciados na prática (aprendizagem baseada na prática) com os preceptores, tutores de área e tutores de campo, como em relação a situações simuladas e discutidas em grupo, de forma a garantir que todos possam entrar em contato com os conteúdos essenciais para o desenvolvimento dos atributos requeridos (aprendizagem sistematizada e baseada em problemas).

Os casos simulados são explorados em pequenos grupos, na Unidade Estruturada, através de sessões de tutores. A exploração das situações simuladas está fundamentada na compreensão e análise de problemas utilizados como estímulo à aprendizagem e ao uso de recursos educacionais. A exploração dos problemas estimula e aciona o conhecimento prévio dos participantes do grupo e representa um ponto de partida para a teorização. Cada problema visa estabelecer uma ponte com a realidade e essa ligação deve ser buscada nas vivências de cada residente e no conhecimento prévio acumulado. Os problemas possibilitam conhecer os conteúdos de forma articulada e integrada, identificando sua aplicabilidade.

Cada grupo conta com um tutor e eventualmente um preceptor, cujo papel é o de facilitadores do processo de aprendizagem. O grupo reúne-se uma vez por semana e cada encontro constitui numa oportunidade para o exercício do trabalho em equipe, comunicação, avaliação, responsabilidade, intercâmbio de experiências e estímulo à aquisição de conhecimento.

O residente tem um papel ativo tanto nas atividades educacionais como de cuidado à saúde das pessoas e famílias. Na atividade de aprendizagem em pequenos grupos, participa da exploração do problema, da elaboração dos objetivos de aprendizagem (questões de aprendizagem), da busca, análise e crítica de informações e da elaboração de planos de cuidado (individual e coletivo) e de organização do trabalho em saúde, integrando e aplicando o conhecimento de diversas disciplinas. De modo paralelo, também nas atividades práticas é responsável pela identificação de necessidades de saúde individuais e coletivas e da elaboração e execução de planos de cuidado para os problemas identificados.

Assim, as necessidades de aprendizagem de cada residente são identificadas individualmente, uma vez que tanto no cenário da USF como nos grupos os residentes estão sob supervisão possibilitando que essas necessidades sejam reveladas e/ou percebidas. A individualização da aprendizagem, segundo as necessidades particulares de cada residente, representa uma pedagogia diferenciada e, portanto, centrada no estudante.

6. O programa informa seu referencial teórico?

O programa de residência fundamenta-se na aprendizagem baseada na prática profissional, na educação de adultos e, portanto, na aprendizagem significativa e na aprendizagem sistematizada e baseada em problemas.

7. O programa adota a prática baseada em evidências?

Sim, a avaliação por competências prevê que o residente deve adotar práticas profissionais (nos âmbitos da assistência, gestão e educação) baseada em evidências científicas para a tomada de decisões, porém esta prática é apenas citada no PPP.

8. O programa é formado por valores interprofissionais?

Em parte, pois os eixos norteadores do programa estão alinhados a alguns valores da EIP na medida em que expressa a integração de saberes interdisciplinares. O termo interprofissional não está presente no documento, assim como também não é citada a formação para a prática colaborativa e as competências específicas, gerais e colaborativas, essenciais para a EIP.

9. A aprendizagem comparativa é complementar a aprendizagem comum?

Sim, é prevista a realização de diversos espaços de aprendizagem, sendo a comparativa abordada nos espaços de Unidade Estruturada, Tutoria de Campo e Consultoria, e a aprendizagem comum abordada no espaço de tutoria de área.

10. São adotados métodos de aprendizado interativo?

A aprendizagem baseada na prática profissional, na educação de adultos e, portanto, na aprendizagem significativa e na aprendizagem sistematizada e baseada em problemas são métodos de aprendizagem interativos.

11. A aprendizagem ocorre em pequenos grupos?

Sim, mas o documento não expressa o número de integrantes por grupo e nem as categorias profissionais que os compõe.

12. O número de profissionais participantes é razoavelmente equilibrado?

O número de profissionais por categoria é definido para a formação de equipes multiprofissionais, as equipes são formadas por diferentes profissionais, por exemplo: uma equipe com um enfermeiro, um dentista, uma terapeuta ocupacional, um farmacêutico, uma nutricionista e uma fisioterapeuta, e a outra sendo formada por uma enfermeira, uma dentista, um psicólogo, uma assistente social e um educador físico. Assim o número de pessoas por equipe variam de 5 a 6 profissionais, porém não há a presença de todas as categorias nas equipes e nos pequenos grupos.

13. Todas as profissões são representadas no planejamento e no ensino?

Sim, todas as profissões estão representadas.

14. Os usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem?

Os usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem na medida em que o residente está inserido na equipe da ESF realizando práticas de assistência, educação e gestão. O processo de avaliação por competências expressa claramente o envolvimento dos usuários e comunidade no processo de aprendizagem do residente.

15. A aprendizagem interprofissional é avaliada?

Os enfoques do sistema de avaliação do PRMS são:

- *Desenvolvimento do programa;*
- *Desempenho do tutor de campo e de área e preceptores;*
- *Desempenho do residente.*

O Programa adota a avaliação formativa e somativa para avaliação dos residentes. A avaliação formativa dos residentes é realizada de forma contínua e em processo em momentos formais de avaliação de desempenho dos residentes nos quais as avaliações realizadas no dia-a-dia são discutidas com os próprios residentes por meio dos tutores de área, campo e equipe e analisada por outros docentes vinculados ao programa.

A avaliação somativa para certificação de competência, realizada ao final de cada ano, é fundamentada na análise do desenvolvimento de cada residente em relação ao seu próprio ponto de partida e em relação ao padrão estabelecido como satisfatório para certificação de competência, sendo responsabilidade final do preceptor e avaliadores. Primeiramente o residente é avaliado em seu núcleo de conhecimento e em seguida é avaliado em seu campo de atuação com a avaliação em grupo composto por diversas profissões.

16. Será que vai contar para a qualificação?

A certificação do residente fica vinculada à obtenção de conceitos satisfatórios em todas as modalidades de avaliação e também a entrega do comprovante de submissão do artigo para revista ao Tutor de Área e a Secretaria da Residência.

17. Como o programa é avaliado?

O programa de residência é avaliado por residentes ao final de cada semestre em formato específico de avaliação

18. Os resultados da avaliação são divulgados?

As avaliações são realizadas em documentos utilizados para a coleta de dados e registro de informações do processo de ensino-aprendizagem no programa de residência. As informações coletadas nesses documentos contribuem para a melhoria do processo, revelando as fortalezas e as áreas que necessitam atenção e melhoria, porém o PPP não descreve como ocorre a divulgação dos resultados das avaliações.

Programa de Residência Multiprofissional 2

1. Os objetivos declarados promovem a colaboração?

Em parte, pois não utiliza os temas EIP e prática colaborativa, porém enfatiza a formação para o trabalho em equipe e a troca de saberes, o que não significa integração de saberes e práticas.

O PRMS tem como objetivo:

- *Promover o desenvolvimento da prática integral à saúde que possibilitem aos residentes formados pelo programa o exercício profissional com excelência nas áreas de cuidado à saúde das pessoas, das famílias, de comunidades, na gestão, na organização do trabalho e na produção de informação científica, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida.*

O enfoque integrado e multiprofissional da residência fortalece o desenvolvimento do trabalho em equipe e a troca de saberes para a construção de novos conhecimentos que são originados na interface dos diferentes campos de trabalho profissional.

2. Como os objetivos contribuem para a colaboração?

Os objetivos tem potencial para contribuir para a colaboração na medida em que enfatizam o trabalho em equipe e a troca de saberes para a construção de novos conhecimentos, assim como a abordagem pedagógica adotada e a lógica dos saberes e práticas específicos do núcleo e campo profissional, porém a formação para a prática colaborativa e EIP não é explicitada nos objetivos.

3. As metas e os objetivos contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento?

Sim, na medida em que a proposta visa aprofundar a parceria entre a academia e os serviços, potencializar os pontos fortes e superar as dificuldades identificadas no programa iniciado em 2003, além de contribuir para expansão e a consolidação da ESF, no sentido de formar profissionais de saúde capazes de se comprometer e de operacionalizar as mudanças necessárias na organização do cuidado à saúde de modo a promover uma melhoria na saúde e qualidade de vida das pessoas.

4. As metas e os objetivos são compatíveis?

Os objetivos do programa são compatíveis com o modelo de formação da residência multiprofissional e com os pressupostos da EIP em partes, pois não expressam claramente a EIP e a prática colaborativa como elementos da formação, apesar dos elementos apresentados aproximarem-se desses conceitos.

5. Como o aprendizado interprofissional é incorporado ao programa?

O Programa tem como eixo norteador a prática profissional e fundamenta-se na educação de adultos e na aprendizagem significativa. As atividades práticas orientam as atividades de teorização e reflexão crítica, propiciando a identificação das necessidades de aprendizagem de cada residente, busca de informação, identificação das melhores evidências para a investigação e plano de cuidado e a imediata aplicação do conhecimento visando à transformação da prática e da saúde das pessoas, família e comunidade.

Os espaços de Unidade Educacional Sistematizada, Aprendizagem Baseada em Problemas, Problemática e Laboratório de Prática Profissional (LPP) possibilitam o processo de aprendizagem em pequenos grupos em um contexto multiprofissional, onde não há necessariamente a aprendizagem integrativa. Os pequenos grupos são formados por residentes, porém o PPP não informa o número de participantes e categorias profissionais que o compõem.

6. O programa informa seu referencial teórico?

O programa de residência fundamenta-se na aprendizagem baseada na prática profissional, na educação de adultos e, portanto, na aprendizagem significativa e na aprendizagem sistematizada e baseada em problemas.

7. O programa adota a prática baseada em evidências?

Sim, a avaliação por competências prevê que o residente deve adotar práticas profissionais (nos âmbitos da assistência, gestão e educação) baseadas em evidências científicas para a tomada de decisões, porém esta prática é apenas citada no PPP.

8. O programa é informado por valores interprofissionais?

Em parte. O programa apresenta alguns valores a EIP na medida em que expressa a integração como elemento essencial a formação. O termo interprofissional não é descrito no documento, assim como também não é citada a formação para a prática colaborativa e as competências específicas, geral e colaborativo, essenciais para a EIP.

9. A aprendizagem comparativa é complementar à aprendizagem comum?

Não, o PRMS adota apenas a aprendizagem comparativa como estratégia pedagógica.

10. São adotados métodos de aprendizado interativo?

Sim, pois a aprendizagem baseada na prática profissional, na educação de adultos e, portanto, na aprendizagem significativa e na aprendizagem sistematizada e baseada em problemas são métodos de aprendizagem interativos.

11. A aprendizagem ocorre em pequenos grupos?

Sim, mas o documento não expressa o número de integrantes por grupo e nem as categorias profissionais que os compõe.

12. O número de profissionais participantes é razoavelmente equilibrado?

O documento não descreve a composição dos grupos.

13. Todas as profissões estão representadas no planejamento e ensino?

O documento apenas cita quais categorias profissionais que compõe o programa, porém não descreve competências e ações específicas de cada uma delas.

14. Os usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem?

Os usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem na medida em que o residente está inserido na equipe da ESF realizando práticas de assistência, educação e gestão. O processo de avaliação por competências expressa claramente o envolvimento dos usuários e comunidade no processo de aprendizagem do residente.

15. A aprendizagem interprofissional é avaliada?

Os enfoques do sistema de avaliação do PRMS são:

- *Desenvolvimento do programa;*
- *Desempenho do tutor de campo e de área e preceptores;*
- *Desempenho do residente.*

O programa adota a avaliação formativa e somativa para avaliação dos residentes. A avaliação formativa dos residentes é realizada de forma contínua e em processo em momentos formais de avaliação de desempenho dos residentes nos quais as avaliações realizadas no dia-a-dia são discutidas com os próprios residentes por meio dos tutores de área, campo e equipe e analisada por outros docentes vinculados ao programa.

A avaliação somativa para certificação de competência, ao final de cada ano é fundamentada na análise do desenvolvimento de cada residente em relação ao seu próprio ponto de partida e em relação ao padrão estabelecido como satisfatório para certificação de competência, sendo responsabilidade final do preceptor e avaliadores. A certificação de competência é realizada num formato de avaliação que analisa, em situações simuladas e com pacientes simulados, a capacidade dos residentes para desempenharem tarefas da prática profissional, fundamentando suas ações segundo evidências científicas, destreza técnica e valores e postura ética (exercício de avaliação da prática profissional – EAPP). Ao final do segundo ano, o residente finaliza o trabalho científico, que foi acompanhado e analisado por preceptores e/ou tutores.

16. Será que vai contar para a qualificação?

A certificação da competência profissional fica vinculada à obtenção de conceitos satisfatórios em todas as modalidades de avaliação.

17. Como o programa é avaliado?

O programa de residência será avaliado por residentes, preceptores, tutores e consultores ao final de cada semestre em formato específico de avaliação.

18. Os resultados da avaliação são divulgados?

As avaliações são realizadas em documentos utilizados para a coleta de dados e registro de informações do processo de ensino-aprendizagem no programa de residência. As informações coletadas nesses documentos contribuem para a melhoria do processo, revelando as fortalezas e as áreas que necessitam atenção e melhoria.

Programa de Residência Multiprofissional 3

1. Os objetivos declarados promovem a colaboração?

Em parte, pois não utiliza os termos EIP e prática colaborativa, porém enfatiza a formação para o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, o que não significa integração de saberes e práticas como proposto pela EIP para a prática colaborativa.

São objetivos do PRMS:

- *Selecionar, adaptar e prover meios para a implantação, implementação e avaliação das referências teóricas, operacionais, organizacionais e tecnológicas da atenção à família nos cenários locais, regionais e nacionais;*
- *Analisar concepções teóricas e suas possibilidades de geração de tecnologias sociais viáveis para a prática com famílias;*
- *Estudar referenciais teórico-metodológicos existentes nas práticas e ações de saúde, junto às famílias, analisando-os e provendo novas formas de atuação;*
- *Analisar as relações sociais e profissionais, e contribuir individual e coletivamente para o fortalecimento dos processos de educação permanente no âmbito da ESF;*
- *Aplicar conhecimentos dos processos de resolução de problemas nas pesquisas e na elaboração e desenvolvimento de projetos assistenciais.*

O residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família agrega conhecimentos, habilidades e atitudes próprias a serem utilizadas na promoção, proteção e recuperação da saúde, exercidas por trabalhadores de formações diferenciadas. Sua ação dá-se em equipe multiprofissional e interdisciplinar na promoção da saúde da organização dos Serviços de Saúde.

2. Como os objetivos contribuem para a colaboração?

Os objetivos tem potencial para contribuir para a colaboração na medida em que enfatizam o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar na perspectiva da abordagem integral dos problemas de saúde em sua área de abrangência (país/região/estado), assim como a abordagem pedagógica adotada, porém a formação para a prática colaborativa e EIP não é explicitada nos objetivos do PRMS

3. As metas e os objetivos contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento?

Sim, na medida em que instituição adota o enfoque da multidisciplinaridade, dentro de uma visão holística, utilizando o pensamento crítico, que visa a uma prática de profissional autônoma e eficiente. Consequentemente, transformadora do modelo assistencial vigente, revertendo-se em efetivas melhorias do quadro sanitário do país.

Atendendo aos princípios norteadores, o Projeto Político-Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, pretende dar sólida formação e materiais profissionalizantes preparando assim os profissionais para que sejam capazes de:

- *Atender às especificidades do exercício profissional, referentes ao seu processo de trabalho, representado pela assistência, administração, ensino e pesquisa;*
- *Reconhecer e compreender o homem como um ser bio-psico-político-cultural e espiritual em sua dimensão individual e coletiva, como um ser de direitos e deveres que devem ser respeitados e, que tem necessidades de saúde no seu ciclo vital;*
- *Entender a saúde como qualidade de vida determinada pela biologia humana, ambiente, estilo de vida e acesso à saúde;*
- *Reconhecer a complexidade do processo saúde-doença e de suas múltiplas causas;*
- *Prestar assistência profissional de atenção à saúde.*
- *Posicionar-se criticamente, frente ao contexto sócio-político-econômico do país, reconhecer e analisar seu papel profissional atuando como agente de mudança para uma sociedade melhor;*
- *Desenvolver trabalho em equipe e interdisciplinar, na perspectiva da abordagem integral dos problemas de saúde em sua área de abrangência (país/região/estado);*
- *Posicionar-se eticamente em defesa dos direitos individuais e coletivos.*

4. As metas e os objetivos compatíveis?

Os objetivos do programa são compatíveis com o modelo de formação da residência multiprofissional e com os pressupostos da EIP em partes, pois não expressam claramente a EIP e a prática colaborativa como elementos da formação, apesar dos elementos apresentados se aproximarem destes conceitos.

5. Como o aprendizado interprofissional é incorporado ao programa?

O Programa de Residência adota a formação profissional por competências e um currículo em teia integrativa organizada por módulos de formação geral, e específica de cada área profissional visando atender às grandes transformações das profissões e principalmente às necessidades e demandas de saúde da população, segundo perfil epidemiológico (país/região/estado). Nesse sentido, os conteúdos foram elaborados na ancoragem de perfis de competência a serem adquiridos ao final de cada módulo.

6. O programa informa seu referencial teórico?

O programa de residência fundamenta-se na Educação Crítica e adota como estratégia pedagógica o Problem-Based Learning (PBL), a problematização e operacionalização da prática.

7. O programa adota a prática baseada em evidências?

Não, o PPP apenas cita que o residente deve desenvolver a competência de conhecer a medicina baseada em evidências, porém não são descritas estratégias de ensino relacionadas a esta competência.

8. O programa é informado por valores interprofissionais?

Em parte. O programa apresenta alguns valores da EIP na medida em que expressa e formação para o trabalho em equipe e interdisciplinar. O termo interprofissional não é descrito no documento, assim como também não é citada a formação para a prática colaborativa e as competências específicas, gerais e colaborativas, essenciais para a EIP.

9. A aprendizagem comparativa é complementar à aprendizagem comum?

Sim, são previstos momentos de aprendizagem comparativa e comum ao longo do programa.

10. São adotados métodos de aprendizado interativo?

Sim, pois o PBL e a problematização são interativos.

11. A aprendizagem ocorre em pequenos grupos?

O PPP não cita se a aprendizagem ocorre em pequenos grupos

12. O número de profissionais participantes é razoavelmente equilibrado?

O documento não descreve a composição dos grupos.

13. Todas as profissões representadas no planejamento e ensino?

Sim, todas as profissões são contempladas no planejamento de ensino.

14. Os usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem?

Os usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem na medida em que o residente está inserido nos serviços de saúde realizando práticas de assistência, educação e gestão. O processo de avaliação por competências expressa claramente o envolvimento dos usuários e comunidade no processo de aprendizagem do residente.

15. A aprendizagem interprofissional é avaliada?

Em parte, pois o Programa adota a avaliação formativa do residente por meio de instrumento específico que prevê a auto avaliação do residente e a avaliação com feedback dos tutores, preceptores, e equipe profissional de forma contínua e processual. Os documentos são preenchidos periodicamente, porém o PPP não estabelece a periodicidade da avaliação. O instrumento possui um item que discute a colaboração e o trabalho em equipe.

16. Será que vai contar para a qualificação?

O documento não descreve como o processo de avaliação contribuirá para a qualificação.

17. Como o programa é avaliado?

Prevê-se a avaliação por residentes, mediante o preenchimento de instrumento específico.

18. Os resultados são divulgados?

O documento não prevê a divulgação dos resultados, apenas prevê que o processo de avaliação será contínuo durante o processo.

Programa de Residência Multiprofissional 4

1. Os objetivos declarados promovem a colaboração?

Em parte. Os objetivos declarados apenas citam a formação para o trabalho em equipes multiprofissionais e o reconhecimento da integralidade das ações em saúde, o que não necessariamente promove a colaboração, assim como não aborda em seu texto os termos EIP e prática colaborativa.

2. Como os objetivos contribuem para a colaboração?

Em parte. Os objetivos têm potencial para contribuir para a colaboração pois enfatizam a formação do residente para atuar em equipes interprofissionais realizando ações interdisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais mediante o acesso ao conhecimento e às especificidades da Saúde Coletiva e APS, porém nenhum outro aspecto da colaboração é citado.

3. As metas e os objetivos contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento?

Sim, pois têm como objetivo formar profissionais de saúde capazes de:

- *Conhecer o perfil de saúde da população brasileira, sendo capaz de refletir criticamente sobre seus determinantes e tendências;*
- *Compreender a organização política e institucional do setor saúde no país, estando apto a participar da organização e gestão de serviços de saúde em seus diversos níveis e modalidades;*
- *Planejar, supervisionar e avaliar ações e programas de saúde adequados e relevantes para a realidade dos serviços e perfis de saúde de seu local e nível de atuação;*
- *Manejar instrumental científico na definição de objetos, desenhos de estudo e estratégias de investigação de problemas de saúde relevantes para o desenvolvimento de ações, programas e políticas voltadas para a melhoria das condições de Saúde Coletiva.*

Tais objetivos podem contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

4. As metas e os objetivos são compatíveis?

Os objetivos do programa são compatíveis com o modelo de formação da residência multiprofissional, e com os pressupostos da EIP em partes, pois não expressam claramente a EIP e a prática colaborativa como elementos da formação, apesar dos elementos apresentados se aproximarem destes conceitos em alguns aspectos.

5. Como o aprendizado interprofissional é incorporado ao programa?

O Programa incorpora o aprendizado interprofissional e expressa em seus objetivos a formação do residente para a atuação em equipes interprofissionais. O aprendizado é organizado em eixos transversais e específicos de disciplinas e práticas da área de Saúde Coletiva de caráter multiprofissional e multidisciplinar.

6. O programa informa seu referencial teórico?

O programa de residência não informa claramente seu referencial teórico.

7. O programa adota a prática baseada em evidências?

Não

8. O programa é formado por valores interprofissionais?

Em parte. O programa apresenta valores multiprofissionais e multidisciplinares. O termo interprofissional é descrito no documento apenas como um dos objetivos de formação do residente, e não é citada a formação para a prática colaborativa e as competências específicas gerais e colaborativas, essenciais para a EIP.

9. A aprendizagem comparativa é complementar a aprendizagem comum?

Sim, o programa adota momentos de aprendizagem comparativos e comuns em sua estrutura curricular tradicional.

10. São adotados métodos de aprendizado interativo?

Não, o programa adota métodos de aprendizagem tradicionais como aulas expositivas, seminários, provas e aulas práticas em laboratórios.

11. A aprendizagem ocorre em pequenos grupos?

Não.

12. O número de profissionais participantes é razoavelmente equilibrado?

O documento não descreve a composição dos grupos.

13. Todas as profissões são representadas no planejamento e no ensino?

Sim, todas as profissões são contempladas no planejamento.

14. Os usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem?

Os usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem na medida em que o residente está inserido na equipe nos serviços de saúde realizando práticas de assistência, educação e gestão, com ações transversais e comuns da área de Saúde Coletiva.

15. A aprendizagem interprofissional é avaliada?

O programa realiza avaliação tradicional do conteúdo teórico por meio de provas e avaliação prática realizada pelos supervisores, determinada por nota. O documento não descreve estratégias de avaliação interprofissional.

16. Será que vai contar para a qualificação?

A avaliação determina a aprovação do residente que obtiver média igual ou superior a 7 em cada uma das disciplinas e avaliações da prática profissional.

17. Como o programa é avaliado?

A avaliação do programa não é prevista.

18. Os resultados são divulgados?

Não é prevista a avaliação dos resultados, apenas a divulgação das notas obtidas pelos residentes.

Programa de Residência Multiprofissional 5**1. Os objetivos declarados promovem a colaboração?**

Sim, o PRMS tem como objetivo formar um profissional de saúde capaz de colocar o saber específico na direção de um saber compartilhado e que, não abrindo mão da sua formação, possa estar atento às diferenças, aos movimentos de inclusão e ao interprofissionalismo em todos os níveis de atenção à saúde junto a indivíduos, famílias e redes sociais.

2. Como os objetivos contribuem para a colaboração?

Os objetivos contribuem para a colaboração na medida em que adota como competências fundamentais para o trabalho em equipe a competência comum a todos os profissionais de saúde, a competência complementar (específica de cada profissão) e a competência colaborativa, essencial para o trabalho conjunto. Com essa abrangência, a educação interprofissional assume diferentes enfoques que abrangem modificar atitudes e percepções na equipe, melhorar a comunicação entre os profissionais, reforçar a competência colaborativa, contribuir para a satisfação no trabalho, construir relações mais abertas e dialógicas, assim como integrar o especialista na perspectiva da integralidade do cuidado.

Essa diversidade revela itinerários de aprendizagem múltiplos na educação interprofissional, compreendendo os campos da observação,

ação, troca, simulação e prática em contextos reais. Configura-se uma rede de situações e relações que envolvem os agentes em seus processos de expressar pontos de vista, abordar problemas, explorar as diferentes possibilidades de compreender a realidade, apropriar os conteúdos e articular teoria e prática. Parte-se do princípio de que a construção da identidade profissional dos estudantes de uma área em saúde fortalece-se na medida em que eles são expostos a situações comuns de aprendizagem com outras áreas, demandando olhares diferentes, que ora se complementam, ora se confrontam, mas que possibilitam um nível mais ampliado de compreensão da realidade.

3. As metas e os objetivos contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento?

Sim, o PPP descreve a articulação com as políticas de saúde e a pactuação com o gestor de saúde, estabelece ações e objetivos determinados a partir das necessidades locais regionais que contribuam efetivamente para a melhoria da qualidade do atendimento a partir da inserção e integração do estudante com a equipe multiprofissional nas ações regionais de prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde da comunidade, o incentivo à prática da cidadania e o aperfeiçoamento profissional com inserção social, visando o valor, o respeito à vida e à dignidade humana, o desenvolvimento da consciência crítica-reflexiva sobre os processos de cuidar e a integralidade disciplinar e multiprofissional, o desenvolvimento de protocolos de assistência/intervenções em saúde junto à equipe de saúde e a instrumentalização para o cuidado do indivíduo, família e comunidade.

4. As metas e os objetivos são compatíveis?

Os objetivos do programa são compatíveis com a EIP e a formação para a prática colaborativa.

5. Como é o aprendizado interprofissional incorporado ao programa?

O PRMS compreende que para a concretização de propostas de educação interprofissional deve-se assumir uma nova organização curricular que priorize discussões e vivências conjuntas das diferentes profissões envolvidas no cuidado em saúde. Isso implica no desenvolvimento de uma cultura de ensino-aprendizagem caracterizada pelas trocas e saberes partilhados, estabelecendo espaços formativos mais significativos e comprometidos com a prática do trabalho em equipe.

O currículo é organizado em matriz integrativa, em três eixos: transversal do programa, transversal da área de concentração Saúde Coletiva e específico de cada área profissional. Cada eixo é composto por módulos.

6. O programa informa seu referencial teórico?

Sim, o programa adota como diretriz pedagógica a EIP, e os princípios de indissociabilidade ensino e assistência, prática profissional como eixo norteador do projeto pedagógico, problematização do ensino a partir da prática, interdisciplinaridade, integração com a comunidade, dinamicidade do plano pedagógico com construção e reconstrução permanente, avaliação formativa como feedback do processo, desenvolvimento dos preceptores envolvidos.

7. O programa adota a prática baseada em evidências?

Não, o PPP não cita a adoção da prática baseada em evidências.

8. O programa é informado por valores interprofissionais?

Sim, pois adota como referencial teórico a EIP.

9. A aprendizagem comparativa é complementar à aprendizagem comum?

Sim, a matriz curricular integrativa prevê momentos de aprendizagem comparativa e comum.

10. São adotados métodos de aprendizado interativo?

O PPP não descreve os métodos de aprendizagem utilizados em cada um dos módulos.

11. A aprendizagem ocorre em pequenos grupos?

O PPP não cita se a aprendizagem ocorre em pequenos grupos

12. O número de profissionais participantes é razoavelmente equilibrado?

Sim, o programa oferece duas vagas por categoria profissional.

13. Todas as profissões são representadas no planejamento do ensino?

Sim, todas as profissões são contempladas no planejamento do ensino.

14. Os usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem?

Os usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem na medida em que o residente está inserido nos serviços de saúde realizando práticas de assistência, educação e gestão.

15. A aprendizagem interprofissional é avaliada?

A metodologia de avaliação harmoniza-se com princípios da metodologia de ensino desenvolvida no programa, com as características de trabalho interprofissional sob a responsabilidade de docentes e preceptores, além dos profissionais de saúde das unidades onde ocorrerem as atividades práticas. Essas atividades fundamentam-se em métodos de aprendizagem proativos, centrados no residente e no desenvolvimento e/ou aprimoramento da capacidade de auto aprendizado.

As experiências prévias dos residentes são levadas em conta e os níveis de complexidade do aprendizado aumentam gradativamente. Nesse contexto de metodologia de ensino, a avaliação está proposta num desenho dialogado e integrado de todos os atores envolvidos no processo de capacitação. Para tanto, há o monitoramento e processos de avaliação pactuados que garantam uma avaliação formativa, dialógica e que envolva a participação da instituição formadora, coordenador e vice coordenador do programa, preceptores, tutores, docentes, residentes e gestores locais. Semestralmente será utilizado um instrumento de avaliação de desempenho dos residentes que avalia as competências compartilhadas: trabalho em equipe, planejamento de ações, articulação, comunicação, vínculo, acolhimento, ética, resolutividade, comprometimento e flexibilidade; e as competências essenciais, relacionadas aos conhecimentos e práticas da área específica do residente.

16. Será que vai contar para a qualificação?

Sim, pois estabelece a avaliação por competências e feedbacks como princípios do programa.

17. Como o programa será avaliado?

Prevê-se a auto-avaliação do programa no âmbito da COREMU e do Colegiado Interno durante a realização seminários internos anuais para avaliação do programa, contando com a participação de preceptores e residentes das áreas temáticas/especialidades envolvidas, bem como representantes da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) da região e Conselho Municipal de Saúde.

18. Os resultados da avaliação serão divulgados?

O documento não prevê a divulgação dos resultados da avaliação. Prevê apenas que o processo de avaliação será contínuo durante o processo.

Programa de Residência Multiprofissional 6

1. Os objetivos declarados promovem a colaboração?

Em parte, pois o texto não utiliza os termos EIP e prática colaborativa. Entretanto, enfatiza a formação para o trabalho interdisciplinar, o que não significa integração de saberes e práticas como proposto pela EIP para a prática colaborativa. O objetivo do PRMS é:

- *Formar profissionais da área da saúde e correlatas em nível de pós-graduação lato sensu com ênfase na Atenção Básica à Saúde, para atuar de maneira interdisciplinar, através de uma formação em serviço técnico-científica, humanística e ética, de acordo com os princípios de integralidade, equidade e hierarquização dos serviços.*

2. Como os objetivos contribuem para a colaboração?

O objetivo tem potencial para contribuir para a colaboração na medida em que enfatiza a formação para atuação em equipes interdisciplinares, enfatizando que o trabalho interdisciplinar como modelo para as atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde, visando à redução da incidência e do impacto de condições crônicas.

3. As metas e os objetivos contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento?

O PRMS declara com a Política Nacional de Educação para Saúde oferecendo especialização na modalidade de ensino em serviço, em iniciativa inovadora que vai além da expertise da instituição, para prover formação comprometida com as necessidades locais, com o Plano de Metas para Saúde, gestão 2010-2013 da Secretária Municipal de Saúde, com a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço da DRS XIII e com as diretrizes do Eixo de Gestão da Educação e Trabalho no SUS do Plano Estadual de Saúde do quadriênio 2008-2011, o que demonstra total consonância com as políticas públicas de saúde contribuindo para o fortalecimento das ações de saúde e melhoria da qualidade do atendimento.

Além, disso o PPP declara que espera contribuir para:

- *Fomentar a discussão para garantir a referência primária ao nível de referência secundária e terciária, organizando a demanda reprimida por consultas especializadas;*
- *Garantir o diagnóstico precoce, adesão ao tratamento e controle de agravos para condições como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, desnutrição e condições dolorosas musculoesqueléticas da população;*
- *Promover ações e campanhas educativas e sensibilizar os usuários do sistema de saúde para a mudança em prol de estilo de vida saudável, participativos no controle social;*
- *Intensificar as ações de prevenção e assistência das doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS e de redução de danos com usuários de álcool e outras drogas;*
- *Melhorar a organização da estrutura disponível, orientação e acesso da população aos medicamentos no sistema de saúde;*
- *Aprimorar a coleta, informatização e a disponibilização dos dados de saúde.*

Quando da conclusão do Programa de Residência Integrada Multiprofissional, o profissional deverá estar apto a:

- *Atuar em equipes multiprofissionais, de forma presencial ou através do uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), na perspectiva interdisciplinar, com vistas à humanização da assistência, à integralidade da atenção e à melhoria dos indicadores qualitativos da saúde, em especial com relação às condições crônicas;*

- *Interagir com equipe multiprofissional, usuários, familiares ou cuidadores, de forma presencial ou através do uso de TICs, dentro de princípios éticos e de acordo com os órgãos de categoria profissional;*
- *Analisar e refletir sobre o processo saúde-doença, sobre as condições de cuidado à saúde e estratégias de atenção terapêutica individuais, familiares e coletivas, nos três níveis de atenção;*
- *Analisar criticamente a realidade do serviço e área de abrangência sob sua responsabilidade, contribuindo para o processo de qualificação do Programa de Saúde da Família e do sistema de saúde vigente;*
- *Atuar consciente de seu papel social e das necessidades de uma constante renovação do conhecimento técnico-científico, segundo uma visão ampliada de saúde, realizando diagnósticos de saúde e clínico, para usuários dos serviços e comunidade;*
- *Participar e promover ações, de forma presencial ou através do uso de TICs, voltadas ao controle social e ações intersetoriais para melhoria das condições de saúde;*
- *Desenvolver pesquisas e gerar conhecimentos que contribuam para o aprimoramento das práticas em saúde.*

Assim, fica claro que os objetivos e metas do PRMS contribuem para a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

4. As metas e os objetivos são compatíveis?

Os objetivos do programa são compatíveis com o modelo de formação da residência multiprofissional e com os pressupostos da EIP em partes, pois não expressam claramente a EIP e a prática colaborativa como elementos da formação, apesar dos elementos apresentados se aproximarem destes conceitos.

5. Como o aprendizado interprofissional é incorporado ao programa?

A formação de profissionais e a capacitação de trabalhadores incluem metodologias de ensino-aprendizagem que privilegiem a integração teórico e prática e que possibilitem um papel reflexivo, dinâmico e o desenvolvimento da capacidade de autoaprendizagem na construção do conhecimento, enquanto participam do processo assistencial em que estão inseridos. Serão respeitadas as experiências prévias dos envolvidos, aumentando os níveis de complexidade do conhecimento

por meio de conteúdos transversais, elaboração, reflexão, consolidação do conhecimento ou habilidade e estímulo às tomadas de decisões.

Está prevista a realização de seminários, debates e análises de casos discutidos em pequenos grupos multiprofissionais, e avaliação formativa e somativa de conhecimentos, atitudes e habilidades, para potencializar a interdisciplinaridade do trabalho. A grade de atividades foi organizada a partir de um eixo transversal de atividades teórico-práticas integradas (Módulo Comum), para o desenvolvimento de competências gerais e compartilhadas entre os profissionais. As atividades teóricas e práticas próprias de cada profissão são atendidas no eixo específico (Módulos Específicos).

6. O programa informa seu referencial teórico?

O PRMS adota como referência a formação especializada em serviço com ênfase na atenção básica, em atividades interdisciplinares e em método de ensino-aprendizagem centrado no estudante e problematizado.

7. O programa adota a prática baseada em evidências?

Não, o PPP não cita a prática baseada em evidências em seu texto.

8. O programa informado por valores interprofissionais?

Em parte. O programa apresenta alguns valores da EIP na medida em que expressa e formação para o trabalho em equipe e interdisciplinar. O termo interprofissional não é descrito no documento, assim como também não é citada a formação para a prática colaborativa e as competências específicas, gerais e colaborativas, essenciais para a EIP.

9. A aprendizagem comparativa é complementar à aprendizagem comum?

Sim, são previstos momentos de aprendizagem comparativa e comum ao longo do programa.

10. São adotados métodos de aprendizado interativo?

Sim, pois a aprendizagem problematizadora é interativa.

11. A aprendizagem ocorre em pequenos grupos?

O PPP não cita se a aprendizagem ocorre em pequenos grupos

12. O número de profissionais participantes é razoavelmente equilibrado?

O documento não descreve a composição dos grupos, porém o programa oferece duas vagas para cada categoria profissional.

13. Todas as profissões são representadas no planejamento do ensino?

Sim, todas as profissões são contempladas no planejamento do ensino.

14. Os usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem?

Os usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem na medida em que o residente está inserido nos serviços de saúde realizando práticas de assistência, educação e gestão

15. A aprendizagem interprofissional é avaliada?

Em parte, pois o Programa adota a avaliação formativa do residente por meio de instrumento específico que prevê a auto avaliação do residente e a avaliação com *feedback* dos tutores, preceptores, e equipe profissional uma vez ao final de cada semestre, porém o PPP não aborda o conteúdo dos instrumentos não sendo possível conhecer em detalhes como a educação interprofissional é avaliada.

16. Será que vai contar para a qualificação?

O documento não descreve como o processo de avaliação contribuirá para a qualificação do residente

17. Como o programa é avaliado?

O programa de residência é avaliado pelos residentes, por meio do preenchimento de instrumento específico para avaliação institucional. Também são realizadas reuniões periódicas com supervisores, tutores,

e docentes na Comissão do Programa de Residência para o monitoramento de indicadores de acompanhamento das metas de ensino, assistência e transferência de tecnologia para os serviços, pactuados com as equipes de profissionais envolvidas e Secretaria Municipal de Saúde na Comissão de Integração de Ensino e Serviço do Departamento Regional de Saúde XIII, considerando a conformação da política, da execução e da avaliação dos resultados. Também são analisadas as estratégias adotadas para a implantação e continuidade dos processos de ensino multiprofissional em serviço, em busca do melhor aproveitamento do residente. Estão previstos encontros periódicos entre os residentes para reflexões e discussões em busca da melhoria contínua da residência. O programa também faz acompanhamento anual de egressos, monitorando seu enquadramento profissional e a produção didático-científica dos residentes/egressos como forma de avaliar seus resultados.

18. Os resultados da avaliação são divulgados?

O documento não prevê a divulgação dos resultados; prevê apenas que o processo de avaliação será contínuo durante todo o processo.

Anexos

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COLEGIADO GESTOR DA UNIFESP, CAMPUS BAIXADA SANTISTA.

Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista
CNPJ 60.453.032/0001-74

Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde – PRMAS

OFÍCIO Nº 15/PRMAS-UNIFESP-BS

Santos, 02 de junho de 2014.

Prezado Senhor,

Em resposta à sua solicitação, cumpre-nos a grata satisfação de APROVAR a pesquisa intitulada "Limites e potencialidades das residências multiprofissionais em saúde coletiva para a educação interprofissional", solicitada mediante a apresentação do projeto de mestrado anexo. A decisão foi proferida na última reunião ordinária do Colegiado, ocorrida em 26 de maio.

Desta forma, a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista, no âmbito e através do Colegiado deste Programa, disponibiliza-se a cooperar com seu estudo no que se fizer necessário, ressaltando, no entanto, que as pesquisas envolvendo entrevistas em cenários parceiros (extensivo aos seus pacientes) devem ser tratadas diretamente junto a estes e, eventualmente, seus comitês de ética.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Ieda Ávila Vargas Dias
 Vice-coordenadora

Programa de Residência Multiprofissional em atenção à Saúde
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP
Campus Baixada Santista

Ao

Prof. Esp. Manoel Vieira de Miranda Neto

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da

Escola de Enfermagem da USP – EEUSP

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM

PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Limites e potencialidades das residências multiprofissionais em saúde coletiva para a educação interprofissional

Pesquisador: Manoel Vieira de Miranda Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30210014.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 714.003

Data da Relatoria: 02/07/2014

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa qualitativa tem como finalidade a Dissertação de Mestrado de Manoel Vieira de Miranda Neto, sob orientação da Professora Doutora Maria Amélia de Campos Oliveira. Estabelece como objeto a formação interprofissional nos programas de residências multiprofissionais em saúde (PRMS) por meio da educação interprofissional. Propõe, em uma primeira etapa, a realização de análise documental, com leitura em profundidade dos Projetos Político Pedagógicos dos sete PRMS oferecidos no estado de São Paulo para identificar um cenário favorável à educação interprofissional em saúde (EIP). A segunda etapa da pesquisa prevê a realização de um grupo focal com os residentes e entrevistas com preceptores, tutores e coordenador de um PRMS selecionado por apresentar o melhor cenário possível para a EIP, assim como entrevistas com integrantes da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS). A análise dos dados será realizada por meio da técnica da análise de discurso proposta por Fiorin e adaptada por Carl e Bertolozzi.

Nesta reapresentação do projeto de pesquisa explicitou-se a escolha pelo PRMS da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista, como contexto selecionado, entre os

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 714.003

elegíveis, por ser altamente favorável à EIP.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender os limites e potencialidades das residências multiprofissionais em saúde coletiva para a educação interprofissional em saúde.

Objetivos Secundários:

- Descrever os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do estado de São Paulo;
- Identificar um Programa com um cenário altamente favorável para a educação interprofissional;
- Analisar a percepção de residentes, preceptores, tutores e coordenador do Programa, a respeito dos limites e das potencialidades das Residências Multiprofissionais em Saúde para a educação interprofissional e
- Analisar o posicionamento de integrantes que tenham participado da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS) a respeito dos limites e potencialidades dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde para a educação interprofissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o proponente não há riscos, de qualquer natureza, nem benefícios diretos para os participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O proponente justifica a realização da pesquisa afirmando "tratar-se de temática relevante, amplamente discutida no mundo, porém ainda pouco investigada na realidade brasileira, especialmente em cursos de Pós-Graduação. Segundo ele, "a produção científica ainda restrita sobre o tema no País também evidencia a importância da realização de estudos que contribuam para sua discussão e aprofundamento, tendo como alvo as residências multiprofissionais e buscando refletir sobre esse modelo de formação profissional".

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 714.003

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme solicitado foram elaborados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) distintos: um para os residentes que participarão do grupo focal e outro para os preceptores, tutores, coordenador do programa de residência multiprofissional e representante da CNRMS que concederão a entrevista.

Ambos TCLE são claros, objetivos e contém as informações necessárias para subsidiar a tomada de decisão em relação a participar ou não do estudo em questão.

Foi anexada à Plataforma Brasil uma carta de autorização da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista, para condução do estudo em seu PRMS.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a declarar.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição co-participante, antes do início da coleta de dados.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 714.003

SAO PAULO, 10 de Julho de 2014

Assinado por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br