

GENI TESHIMA YAMAMOTO

A contribuição da atividade “Diário: Primeiras Histórias” para a educação interprofissional em programa de residência multiprofissional em neonatologia

São Paulo

2023

GENI TESHIMA YAMAMOTO

A contribuição da atividade “Diário: Primeiras Histórias” para a educação interprofissional em programa de residência multiprofissional em neonatologia

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências.

Orientador: Profa. Dra. Rosé Colom Toldrá

São Paulo

2023

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

Yamamoto, Geni Teshima.

A contribuição da atividade “Diário: Primeiras Histórias” para a educação interprofissional em programa de residência multiprofissional em neonatologia / Geni Teshima Yamamoto; orientador Rosé Colom Toldrá. -- São Paulo, 2023.

171 p. : tab. ; 30 cm.

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

Versão original.

1. Educação Interprofissional. 2. Unidades de Terapia Intensiva. 3. Abordagem de Tratamento Interdisciplinar. 4. Humanização da Assistência. 5. Integralidade em Saúde. 6. Colaboração. 7. Terapia Ocupacional. I. Toldrá, Rosé Colom. II. Título.

Yamamoto GT. A contribuição da atividade “Diário: Primeiras Histórias” para a educação interprofissional em programa de residência multiprofissional em neonatologia. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: / /

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Ao meu marido Tadashi, por ser o porto seguro em nossas vidas e aos meus filhos Ryuichi e Nicolas, que trazem imensa alegria e conforto: meu amor e profunda gratidão por seu carinho e apoio ao longo da elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Miyako e Tadashi Teshima (in memoriam) por terem sempre acreditado e me incentivado a prosseguir.

Às cunhadas, Cazuio Yamamoto e Akemi Kirihara e ao saudoso Mituo pelo acolhimento caloroso e apoio fraterno.

À Profª Drª Rosé Colom Toldrá, pela paciência, incentivo constante e dedicação na orientação desta pesquisa, meu profundo reconhecimento.

Às professoras Simone Rennó Junqueira e Sandra Maria Galheigo, pelos apontamentos e valiosas contribuições na banca de qualificação.

Aos docentes e colegas do Programa de Mestrado Profissional- Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de aprendizado.

À terapeuta ocupacional, Marly Arriaga (in memoriam), por me acolher no serviço e generosamente apresentar Winnicott e Brazelton na prática em serviço, sedimentando o trabalho com os bebês e suas mães.

À fonoaudióloga, Profª Drª Vera Quaglia Cerrutti, por me convidar para o Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia e possibilitar a atuação compartilhada com os residentes, iniciando os primeiros passos na educação interprofissional.

Aos colegas da equipe multiprofissional do HMEC por colaborarem em todos os momentos na qualificação da formação em serviço no SUS e pela amizade demonstrada nesses anos.

À Drª Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro, do Serviço de Documentação Odontológica, pela disponibilidade, atenção e gentileza.

Ao sobrinho Enzo Takeo Ozawa, pela gentileza e disponibilidade na tradução.

Ao Sr. Marcos Alípio Dantas Ramos, pela atenção e disponibilidade na reprografia.

Aos residentes participantes do grupo “Diário: Primeiras Histórias”, pela oportunidade de refletirmos sobre o cuidado prestado e pelo aprendizado que me proporcionaram.

Às mães e familiares participantes do grupo por compartilharem suas lágrimas e anseios e aos seus bebês, por quem buscamos fornecer apoio.

RESUMO

Yamamoto GT. A contribuição da atividade “Diário: Primeiras Histórias” para a educação interprofissional em programa de residência multiprofissional em neonatologia [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2023. Versão Original

A inserção do serviço de terapia ocupacional e suas incursões no Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia no Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva – Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha possibilitaram a experiência de formação dos residentes na perspectiva da prática colaborativa por meio da interação interprofissional. Tal interação foi favorecida pela atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias” em que mães e demais familiares foram convidados a construir o diário de seus bebês sob a coordenação da preceptora e terapeuta ocupacional e residentes das áreas de psicologia, nutrição, enfermagem, farmácia, fonoaudiologia, serviço social e fisioterapia. Este estudo diz respeito às reflexões suscitadas pelas vivências de residentes na abordagem grupal e interprofissional que se caracterizou como uma estratégia assistencial às mulheres cujos bebês recém-nascidos necessitam de maior tempo de internação na unidade neonatal devido à prematuridade e gravidade do quadro clínico. **Objetivo:** Descrever e analisar as vivências de educação interprofissional em saúde dos residentes na área de neonatologia desenvolvida por meio de tecnologia assistencial que consistiu de atividade grupal com as mães de bebês internados na UTIN. **Método:** Abordagem qualitativa do tipo exploratória-descritiva, retrospectiva e prospectiva, realizada por meio de estudo documental das atividades e dinâmicas adotadas nas sessões grupais registradas em formulário de campo no período de agosto de 2017 a dezembro de 2019 e complementadas com entrevistas semiestruturadas, aplicadas aos residentes das áreas profissionais participantes do grupo. Os dados qualitativos foram organizados e estudados a partir da análise de conteúdo temática. **Resultados:** Identificou-se que 43 (quarenta e três) residentes, 73% das 7 (sete) áreas profissionais do programa participaram de 78 (setenta e oito) sessões da atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias”, em que foi atendida a população composta majoritariamente por mães; 316 (trezentas e

dezesseis) as quais construíram diários, não apenas para seus bebês internados, mas para seus outros filhos e familiares. Todas as áreas profissionais tiveram oportunidade de interagir no mínimo com outras três e no máximo sete profissões diferentes, sendo que o maior número de interações foi com a terapia ocupacional. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 15 (quinze) residentes e profissionais egressos: 6 (seis) psicólogos, 3 (três) nutricionistas, 2 (dois) fonoaudiólogos; 2 (dois) assistentes sociais; 1 (um) enfermeiro e 1 (um) fisioterapeuta. Todas as categorias profissionais tiveram residentes elegíveis, com exceção da farmácia. Os participantes da pesquisa foram majoritariamente do gênero feminino, solteiros, entre 25 (vinte e cinco) e 34 (trinta e quatro) anos, com tempo de graduação inferior a 2 (dois) anos, e residentes do segundo ano.

Conclusões: A experiência propiciou aos residentes a vivência de prática colaborativa interprofissional e desenvolvimento de competências colaborativas, potencializando integralidade e humanização da assistência e melhoria das relações entre os residentes e entre estes e as usuárias. Enquanto produto educacional, foram desenvolvidos 2 (dois) vídeos para divulgação da atividade em grupo para as mães e residentes com conteúdo e termos diferenciados conforme o perfil dos públicos-alvo e aprimoramento da formação interprofissional.

Palavras-chave: Educação Interprofissional. Unidades de Terapia Intensiva. Abordagem de tratamento interdisciplinar. Humanização da assistência. Integralidade em Saúde. Colaboração. Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

Yamamoto GT. The contribution of the “Diário: Primeiras Histórias” activity to interprofessional education in a multiprofessional residency program in neonatology [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2023.Original Version

The insertion of the occupational therapy service and its influence into the Multiprofessional Residency Program in Neonatology at the Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva – Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha enabled residents to experience qualification through the perspective of collaborative practice and interprofessional interaction. Such synergy was favored by the group activity “Diário: Primeiras Histórias”, in which mothers and other family members were invited to build their infants’ diaries under the coordination of the preceptor and occupational therapist, and residents in the fields of psychology, nutrition, nursing, pharmacy, speech therapy, social work and physiotherapy. This study concerns the reflections from residents’ experiences in the group, and the interprofessional approach as a care strategy for women whose newborns require more extended hospitalization in the neonatal unit due to prematurity and severity of the clinical condition. **Objective:** To describe and analyze the experiences of interprofessional health education of residents in neonatology developed through assisting technology consisting of group activity with the mothers of babies admitted to the NICU (Neonatal Intensive Care Unit). **Method:** Exploratory-descriptive, retrospective and prospective qualitative approach, carried out through a documentary study of the activities and dynamics adopted in group sessions recorded in a field survey from August 2017 to December 2019, and complemented with semi-structured interviews, applied to residents of the professional fields participating in the group. Qualitative data were organized and studied based on thematic content analysis. **Results:** It was identified that 43 (forty-three) residents, (73%) of the 7 (seven) professional fields of the program. participated in 78 (seventy-eight) sessions of the group activity “Diário: Primeiras Histórias”, in which the population comprised mainly by mothers, 316 (three hundred and sixteen) who wrote

diaries, not only for their hospitalized infants, but also their other offspring and family members. All professional fields had the opportunity to interact with at least three others and a maximum of seven different professions, with the highest number of interactions being with occupational therapy. Semi-structured interviews were conducted with 15 (fifteen) residents and former professionals, 6 (six) psychologists, 3 (three) nutritionists, 2 (two) speech therapists, 2 (two) social workers, 1 (one) nurse and 1 (one) physiotherapist. All professional categories had eligible residents except pharmacy. The research participants were primarily female, single, between 25 (twenty-five) and 34 (thirty-four) years old, with graduation time of less than 2 (two) years and second year residents. **Conclusions:** The study provided residents with the experience of interprofessional collaborative practice and the development of collaborative skills, enhancing comprehensiveness and humanization of care, and lastly, improving relationships among residents and patients. As an educational product, 2 (two) videos were developed to publicize the group activity for mothers and residents with differentiated content and terms according to the profile of the target audiences and improvement of interprofessional training.

Keywords: Interprofessional Education. Units of Intensive Therapy. Approach of interdisciplinary treatment. Humanization of assistance. Comprehensiveness in Health. Collaboration. Occupational Therapy.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 5.1 - Residentes por área profissional, participantes da atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias”, HMEC, SP, 2020 62
- Quadro 5.2- Categorias e subcategorias levantadas a partir dos dados obtidos com os registros documentais e entrevistas com os residentes, HMEC, SP, 2020 71

LISTA DE TABELAS

- Tabela 5.1- Distribuição do número de participantes da atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias” por número de sessões, HMEC, SP, 2020.....63
- Tabela 5.2- Distribuição de interações entre residentes das áreas profissionais durante as sessões grupais “Diário: Primeiras Histórias”, HMEC, SP, 202065
- Tabela 5.3- Residentes entrevistados e distribuição por área profissional, HMEC, SP, 202266
- Tabela 5.4- Caracterização sociodemográfica dos residentes participantes da atividade grupal “Diários: Primeiras Histórias” nos anos de 2017 a 2019, HMEC, SP, 202068
- Tabela 5.5- Interação dos residentes com outras áreas profissionais no grupo “Diário: Primeiras Histórias”, HMEC, SP, 202069

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
CAIPE	Centro para o Avanço da Educação Interprofissional
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CCO	Centro Cirúrgico Obstétrico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGAR	Casa da Gestante de Alto Risco
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EVA	Etileno acetato de vinila
EIP	Educação Interprofissional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HMEC	Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva - Hospital Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IPEC	Interprofessional Education Collaborative
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integrada da Saúde da Mulher
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNH	Programa Nacional de Humanização

PNHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PP	Programa Pedagógico
PRAPS	Programa de Residência em Área Profissional em Saúde
PRMS	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
PROASP	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
RD	Registro Documental
RMS	Residências Multiprofissionais em Saúde
RN	Recém-nascido
SAICA	Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Teoria do Agir Comunicativo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCIN-Ca	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru
UCIN-Co	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

APRESENTAÇÃO

Após o término de licença por cessão a outro município paulista, solicitei a vaga como plantonista no Hospital e Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha no final de 2015. Com mais de duas décadas de formada e vindo de experiências diversas no serviço público, como saúde do trabalhador, reabilitação física e ambulatório de saúde mental, deparei-me frente aos desafios e possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional em neonatologia.

A terapeuta ocupacional, Marly Arriaga, coordenadora do serviço de terapia ocupacional naquele período, desempenhou o papel de mentora na assistência e durante seus últimos anos no serviço, acompanhou a minha atuação na preceptoria, após o convite feito pela fonoaudióloga Profa. Dra. Vera Quaglia Cerruti, coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia. Ambas, com suas experiências e generosidade ímpares, mostraram a importância da escuta e das trocas, da argumentação e do trabalho cooperativo, em prol do que acreditavam, contribuiria para uma melhor qualidade do cuidado e para a formação em serviço dos residentes.

Ter assumido a preceptoria mesmo sem residência de terapia ocupacional, mas com a responsabilidade de atuar com sete áreas profissionais, provocou a necessidade de mais estudos e o desejo de aprofundar as primeiras considerações sobre o processo de construção colaborativa da abordagem grupal com as mães de bebês internados na unidade de terapia intensiva neonatal. Buscar o mestrado profissional pareceu o ato mais lógico e mostrou ser uma possibilidade enriquecedora, modificando a postura para a pesquisa e impulsionando as reflexões sobre os aportes teóricos no cotidiano da prática.

Os fundamentos teóricos discutidos nessa pesquisa foram vivenciados ao lado de inúmeros colegas, principalmente dos residentes das áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e serviço social, através dos encontros proporcionados pelos grupos com as mães e reflexões com os colegas e docentes das disciplinas nas interunidades da Universidade de São Paulo.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
2	REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1	BREVE HISTÓRICO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE MATERNO-INFANTIL.....	27
2.2	A INSERÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA UNIDADE NEONATAL DO HMEC.....	33
2.3	EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM NEONATOLOGIA.....	35
2.4	COMUNICAÇÃO E TECNOLOGIA ASSISTENCIAL NA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO	45
3	OBJETIVOS	53
3.1	OBJETIVO GERAL	53
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	53
4	MATERIAL E MÉTODOS	55
4.1	CENÁRIO DE ESTUDO	55
4.1.1	O grupo “Diários: Primeiras Histórias”	56
4.2	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	56
4.2.1	Pesquisa documental,,,.....	56
4.2.2	Entrevista semiestruturada	57
4.3	PROCEDIMENTOS DE CARÁTER ÉTICO	59
4.4	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	59
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
5.1	APRENDIZAGEM INTERPROFISSIONAL NO CONTEXTO DE CUIDADO POR MEIO DO DISPOSITIVO GRUPAL	72
5.1.1	Da construção do projeto ao desenvolvimento da interprofissionalidade	75

5.1.2	Vivência da prática colaborativa e a mobilização de saberes e competências profissionais	82
5.1.2.1	Figura do preceptor enquanto mobilizador de competências	84
5.1.2.2	Desconstrução de estereótipos.....	87
5.1.3	Em busca do entendimento mútuo e a contribuição do cuidado integral	100
5.1.3.1	Procura do êxito técnico: dilemas da amamentação para a integralidade do cuidado?	107
5.1.3.2	Possibilidade de fortalecimento do vínculo e resignificação da experiência de hospitalização para as mães	111
6	CONCLUSÕES	121
	REFERÊNCIAS	125
	APÊNDICES	143
	ANEXOS	165

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa se refere ao atendimento e a experiência de trabalho interprofissional com mães de bebês internados na unidade neonatal no Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva – Hospital Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha (HMEC). Nesse contexto complexo, a humanização da assistência demanda articulação entre o uso de altas tecnologias (equipamentos, procedimentos e saberes) e propostas como o acolhimento, o diálogo e a potencialização de afetos, entendidas como uma forma de tecnologia relacional.

Com o intuito de compreender o conjunto de necessidades trazidas pelo usuário e as ações necessárias, a integralidade considerada um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui eixo norteador dos entendimentos acerca da interprofissionalidade e da interlocução entre os diversos saberes.

Nesse entendimento, ao lado da atuação em equipe multiprofissional, o terapeuta ocupacional também pode contribuir para a formação em serviço, especificamente nas Residências Multiprofissionais em Saúde, assumindo o papel de preceptor e favorecendo, por meio de tecnologias assistenciais, como a abordagem grupal, a oportunidade de experiências coletivas, trocas e reflexões sobre a prática desenvolvida de modo cooperativo, como oportunidade de educação interprofissional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Com o intuito de fundamentar a compreensão do objeto de estudo, a educação interprofissional e o desenvolvimento de práticas colaborativas por meio de tecnologia assistencial, utilizam-se os conceitos: interprofissionalidade, competências colaborativas, comunicação, humanização do cuidado e integralidade.

A complexidade dos temas envolveu a base de conceitos sociológicos presentes na Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas e nos aportes teóricos de José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres e Emerson Elias Merhy, cuja utilização favorece a análise das interações interprofissionais na formação em residência multiprofissional em neonatologia e na prática do cuidado.

2.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE MATERNO-INFANTIL

A atenção à saúde de gestantes e de crianças tem sido acompanhada por meio do implemento de diversas políticas no SUS (Cabral; Aguiar, 2003). A formalização das políticas públicas para esta população, ocorreu com o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) na década de 1970, o qual visava apenas a melhoria da assistência pré-natal e, portanto, de alcance bastante limitado (Trenche et al., 2016).

Na década de 1980 houve a mudança para uma abordagem específica em relação à mulher, com o Programa de Assistência Integrada da Saúde da Mulher (PAISM) (Brasil, 2004a). No caso da criança, dadas as altas taxas de mortalidade e adoecimento infantil, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (Brasil, 1984). Esse programa tinha como estratégia aumentar a sobrevivência da criança, promover a saúde de forma integral, priorizando aquelas pertencentes a grupos de risco, qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde para a população infantil (Araújo et al., 2014).

A Constituição de 1988 é considerada o grande marco de amparo à saúde da mulher e da criança, pois trata de diversos artigos que fundamentam e constituem a

base dos direitos reprodutivos da mulher (Costa et al., 2010). Paralelamente, o SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, para todas as populações (Brasil, 1988).

A partir dos anos 1990, o eixo político da humanização em saúde passa a configurar os programas, não mais voltados à conquista de direitos, mas à qualificação daqueles obtidos (Costa et al., 2010). Com a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os cuidados à saúde da criança passaram a ser efetivamente potencializados, com foco na promoção da saúde (Trenche et al., 2016).

No que se refere à atenção integral à saúde da mulher e da criança, em específico aos neonatos prematuros ou de risco, com a consolidação do SUS, começa a substituir a política de saúde materno-infantil (Trenche et al., 2016). Com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990, também se efetivaram mudanças na política de atenção à saúde da criança (Brasil, 1990). A criança e o/a adolescente passam a ter direito a um acompanhante durante sua internação hospitalar e ao neonato hospitalizado, um acompanhante em tempo integral no alojamento conjunto.

O Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), instituído em 1991, focalizou a organização hierarquizada e regionalizada da assistência perinatal e regulamentou o alojamento conjunto, incentivando o aleitamento materno (Brasil, 1991). O recém-nascido passou a ser visto, mesmo que de forma incipiente, como sujeito do cuidado, na sua integralidade (Araújo et al., 2014) e pela primeira vez em que a “atenção perinatal, enquanto responsável pelos cuidados à unidade mãe-feto e ao recém-nascido, foi definida [...] como área programática nas diretrizes governamentais” (Costa et al., 2010, p. 62).

Em 1992, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi lançada pelo Ministério da Saúde como estratégia para redução da morbimortalidade por afecções perinatais. Atualizada através da Portaria nº 1.153 de 22 de maio de 2014 (Brasil, 2014a), a IHAC visa o incentivo, promoção e apoio ao aleitamento materno e à garantia do direito da criança à assistência humanizada e integral (Trenche et al., 2016).

Em 02 de março de 2000, a Portaria nº 072 inclui na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de

Saúde, no artigo 1º, o atendimento ao recém-nascido de baixo peso e no artigo 2º, estabelece que a equipe responsável pelo atendimento seja multiprofissional, constituída por médicos: neonatologistas, obstetras, pediatras, oftalmologista; enfermeiras e auxiliares de enfermagem; psicólogos; fisioterapeutas; terapeutas ocupacionais; assistentes sociais; fonoaudiólogos e nutricionistas (Brasil, 2000).

Duas outras iniciativas transcorrem no final dos anos 1990: o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PNHPN) e a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – o Método Canguru. O PNHPN contempla a assistência da mãe-filho em todos os períodos, por meio da organização dos serviços e integralidade da atenção (Brasil, 2002). O Método Canguru preconiza a assistência neonatal, que implica no acolhimento do recém-nascido e sua família, respeito às singularidades, contato precoce pele a pele entre a mãe e o recém-nascido, visando favorecer a maior participação dos pais e o envolvimento da família no cuidado ao neonato, numa perspectiva integral e interdisciplinar (Brasil, 2002; Toma, 2012).

Considera-se que a perspectiva do Método Canguru estabelece uma mudança no paradigma da atenção ao recém-nascido (Cabral; Aguiar, 2003) como a primeira medida para a humanização do cuidado no Brasil (Matsuo, 2016) uma vez que as suas iniciativas estão inseridas em um conjunto de intervenções comprometidas com a integralidade do cuidado ao recém-nascido e sua família e a interdisciplinaridade (Costa et al., 2010).

O Método Canguru propõe o desenvolvimento de três etapas para o cuidado aos neonatos de risco. A primeira etapa inicia-se no pré-natal com a identificação de riscos na gestação; a segunda etapa transcorre na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCIN-Ca), onde a mãe, apoiada e orientada pela equipe multiprofissional, assume a maior parte dos cuidados com seu bebê, em um processo de ganho da autonomia. Em ambas as etapas há critérios de elegibilidade para mãe e filho e é recomendado manter a posição canguru, o qual consiste em acomodar o RN verticalmente, sem roupas, junto ao peito da mãe, a fim de promover o contato pele a pele pelo tempo que for possível e prazeroso para ambos, mãe e filho. O bebê também pode ficar junto ao peito dos pais ou dos familiares. No entanto, há critérios em relação às condições do bebê para ser elegível ao manuseio. A terceira etapa tem início com a alta hospitalar e envolve o cuidado com

o recém-nascido e sua família no espaço extra hospitalar em parceria maternidade e Unidade Básica de Saúde (UBS) (Brasil, 2018).

Já o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi formulado com base em diagnósticos de insatisfação dos usuários quanto à qualidade do atendimento (Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000) e objetivou promover uma mudança de cultura para a melhoria da qualidade e eficácia no atendimento de saúde pública brasileira, principalmente com foco nas relações entre os usuários e os profissionais (Brasil, 2001).

O PNHAH destaca a ampliação das possibilidades comunicacionais, relacionadas com a mudança da cultura da atenção hospitalar, que têm como norteadores os valores de solidariedade e alteridade, do respeito ao outro em sua autonomia e do conhecimento de suas expectativas, de sua subjetividade e contexto cultural (Deslandes, 2004a). Assim, Deslandes questiona o que considera ponto crucial no processo da humanização:

Quem é esse "outro"? profissionais e usuários? No que concerne aos usuários, o quanto deles se conhece para pressupor que os profissionais de saúde saberão corresponder a suas expectativas? Poderíamos, à luz da experiência empírica, identificar algumas leituras paternalistas, quando o profissional julga saber o que é melhor para o paciente e tenta prover os meios para satisfazer tais pretensas expectativas, o que não dá resposta satisfatória ao problema. Quais são os mecanismos de "permitir a voz", a livre expressão desses usuários, de facilitar a verbalização de suas demandas, além dos espaços mais formais das ouvidorias? (Deslandes, 2004a, p.12).

No contexto do cuidado, Deslandes chama a atenção para a importância da alteridade, para a posição de pretensão saber do profissional frente às necessidades do usuário e traz as tecnologias relacionais como possíveis ferramentas do cuidado. Dessa maneira, a importância da comunicação entre profissionais e usuários, entre os diversos profissionais integrantes da equipe e gestores, encontra-se presente em todos os momentos de atenção.

Compreende-se a humanização como a valorização dos diversos sujeitos participantes da produção de saúde e, conseqüentemente, fomento da autonomia e do protagonismo de usuários, trabalhadores e gestores e o estabelecimento de vínculos solidários, reconhecendo suas diferentes expressões de necessidades (Brasil, 2001). Sua operacionalização pode ocorrer através da construção de

diferentes espaços de encontros entre sujeitos: a troca e construção de saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais e a atuação transdisciplinar.

Deseja-se que encontro e diálogo crítico, entre os diferentes saberes e práticas, subsidiem e orientem o trabalho em equipes multiprofissionais, atentas à análise da relação dinâmica entre o fazer e o pensar, sobre o cotidiano do trabalho e a produção de saúde (Mori; Oliveira, 2009, p. 630).

Posteriormente, em 2004, o PNHAH foi substituído por uma perspectiva transversal, a Política Nacional de Humanização (PNH), constituindo uma política pública de saúde (Deslandes, 2004a) com o objetivo de impactar as demais políticas de saúde e interferir na qualificação da atenção e gestão do SUS (Brasil, 2004b). A PNH possui três princípios: a transversalidade que caracteriza um aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos e conseqüentemente a alteridade, para promover mudanças nos modos de relação e de comunicação entre os indivíduos; a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos (Brasil, 2010a).

Entendendo-se humanização como compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde, a sua operacionalização ocorre com o reconhecimento desse protagonismo de gestores, trabalhadores e usuários e através da construção e troca de saberes, o trabalho em rede com equipes multiprofissionais com atuação transdisciplinar e qualificadas para o atendimento das singularidades dos sujeitos e coletivos (Brasil, 2010a).

Neste percurso encontram-se alguns desafios a serem enfrentados, como ampliar e fortalecer a concepção de saúde como produção socioeconômica e cultural e não apenas ausência de doença, superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diversos profissionais (Brasil, 2010a).

Especificamente em relação ao cuidado do recém-nascido grave ou potencialmente grave e em processo de hospitalização, o Ministério da Saúde define, em 2012, (Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012), diretrizes, objetivos de intervenção e critérios de classificação e habilitação de leitos de unidades neonatais no SUS. Revisada em 2013, a Portaria nº 3389/2013 objetiva ampliar o acesso e qualificar a atenção humanizada ao neonato na faixa etária de zero a 28 (vinte e oito) dias de vida (Brasil, 2012a, 2013) e estabelece os seguintes objetivos da atenção integral ao neonato hospitalizado grave ou potencialmente grave:

I - Organizar a Atenção à saúde neonatal para que garanta acesso, acolhimento e resolutividade;

II- Priorizar ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal e que possibilitem o desenvolvimento saudável;

III – Garantir acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal, por meio da melhoria da organização do acesso aos serviços e ampliação da oferta de leitos em unidades neonatal;

IV – Induzir a formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao recém-nascido, que deverá ultrapassar exclusivamente a preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS (grifo nosso) e

V – Induzir a implantação de mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves no SUS (Brasil, 2013).

A integralidade é um dos princípios constitucionais do SUS que garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando, desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência), até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde.

A integralidade é uma característica desejável das práticas de saúde, gerando contrastes relevantes com aquelas de formação e a organização do trabalho no interior dos sistemas de saúde (Ferla; Toassi, 2017, p. 7).

Desse modo, integralidade também deve ser compreendida como a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação da cultura sanitária biomédica e as intervenções sobre os sujeitos (Brasil, 2010a).

Assim, dentre as diretrizes definidas pela Portaria 3389/2013, destacam-se a integralidade da assistência, a atenção humanizada e multiprofissional com enfoque nas necessidades do usuário e o estímulo à participação e ao protagonismo parental nos cuidados ao neonato (Brasil, 2013), retomando os marcos teórico-conceituais da PNH.

2.2 A INSERÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA UNIDADE NEONATAL DO HMEC

O Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva - Hospital Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha (HMEC) tem sua atuação voltada à assistência materno-infantil, ensino e pesquisa; relacionada à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Mãe-Canguru, do Ministério da Saúde e do Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia da Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o HMEC é um Hospital Especializado do tipo Maternidade, que atua na atenção médico-hospitalar de média e alta complexidade, com foco na assistência às gestantes de alto risco e seus recém-nascidos.

Considerado hospital de grande porte, o HMEC conta com 182 (cento e oitenta e dois) leitos planejados, dos quais 176 (cento e setenta e seis) operacionais encontram-se subdivididos especificamente na Unidade Neonatal em: 30 (trinta) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - Alto Risco (UTIN), 26 (vinte e seis) leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCIN-Co) e 04 (quatro) leitos de UCIN-Ca, ambas consideradas de Médio Risco. Os demais leitos, no total de 116 (cento e dezesseis) encontram-se disponibilizados para a UTI adulto, Alojamento Conjunto (AC), Casa da Gestante de Alto Risco (CGAR) e postos 1 e 2 de atendimento ginecológico.

A UTIN do HMEC atende RN graves e prematuros, cuja característica é de permanecerem internados por longos períodos até alcançarem peso e maturidade adequados para a alta hospitalar, com uma média na taxa de ocupação de 93%, média mensal de 51 (cinquenta e uma) internações e média de permanência de 17 (dezessete) dias, referente ao acumulado de 2019 (São Paulo, 2020).

As UCIN-Co e UCIN-Ca apresentam taxa de ocupação de 68%, média mensal de 118 (cento e dezoito) internações e média de permanência de 4 (quatro) dias, referente ao acumulado de 2019 (São Paulo, 2020).

No HMEC atua uma equipe multiprofissional que presta cuidados diretos e indiretos às gestantes e parturientes, sendo os profissionais distribuídos em escalas de serviço em período diurno e noturno, conforme área. A equipe que atende na unidade neonatal é constituída por várias especialidades médicas (neonatologia, cardiologia, neurologia, oftalmologia, cirurgia pediátrica) e outras profissões de saúde: enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, farmácia, nutrição e terapia ocupacional, além do efetivo administrativo.

O terapeuta ocupacional participa desde 1991 da equipe multiprofissional. Duas terapeutas ocupacionais atuam na unidade neonatal: a pesquisadora com carga horária de 40h (quarenta horas) e desde fevereiro de 2022, com a entrada da organização social na assistência neonatal, uma terapeuta ocupacional contratada especificamente para a UTIN, com carga horária de 30h (trinta horas).

O serviço de terapia ocupacional constitui-se de mais duas terapeutas ocupacionais com carga horária de 30h (trinta horas), sendo uma profissional lotada na área administrativa e outra que atua na CGAR. Com exceção da profissional contratada por organização social, as demais são servidoras públicas concursadas.

No contexto hospitalar, a atuação do terapeuta ocupacional busca:

à proteção, promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e Cuidados Paliativos, do indivíduo e da coletividade, pautado na concepção de integralidade e humanização da atenção à saúde realizada por meio do diagnóstico terapêutico ocupacional, bem como a seleção, execução e utilização de métodos, técnicas e recursos pertinentes e adequados aos contextos hospitalares (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2012).

Compreende-se o papel do terapeuta ocupacional ao buscar alternativas que favoreçam e/ou potencializam a qualidade de vida do usuário no processo de adoecimento e frente às dificuldades da hospitalização, por meio da ressignificação e oferta de espaço para expressão da história de vida e valores próprios (De Carlo et al., 2018). Em relação aos cuidados paliativos, considera-se, na atuação do terapeuta ocupacional, a multidimensionalidade das necessidades dos familiares, sobretudo quando, na iminência da morte, evidenciam-se os limites da vida e das possibilidades terapêuticas (De Carlo et al., 2018).

No contexto da atenção às mães e bebês, o terapeuta ocupacional pode atuar com o próprio bebê e assistir a gestante desde o período da gestação considerada de alto risco por pertencerem a um grupo considerado de maior

probabilidade de evolução desfavorável, seja para elas e/ou para o feto e para os familiares (Brasil, 2022).

Uma estratégia considerada eficaz é a abordagem em grupo enquanto modalidade de tecnologia assistencial, seja para favorecer reflexões, orientação sobre os cuidados dos bebês, atividades lúdicas e/ou de lazer como grupos de atividades manuais (Duarte et al., 2013) realizadas nos diversos espaços de atuação hospitalar na saúde da gestante e do binômio mãe-bebê, mas principalmente na CGAR, AC e UTIN.

Além da atuação junto ao usuário e seus familiares, as terapeutas ocupacionais participam das discussões de caso com os demais profissionais envolvidos no atendimento, no qual também estão inseridos residentes e ministram aulas de temas específicos como testes de triagem do desenvolvimento em recém-nascidos pré-termos. Contribuem dessa forma, para a formação e aperfeiçoamento das competências e habilidades profissionais, seguindo a Resolução do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional -COFFITO, nº 429 de 08 de julho de 2013 (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2013).

Devido ao histórico de poucos profissionais de terapia ocupacional com atuação na unidade neonatal do hospital, não foi possível a abertura de vagas para residência na área de terapia ocupacional em neonatologia, tendo em vista que no período havia apenas uma profissional atuando no hospital. Entretanto, o serviço da Terapia Ocupacional sempre procurou estar presente e atuante no cenário de práticas dos residentes, em atendimento interprofissional com enfoque inicial na educação em saúde, por meio de orientações às mães e familiares acompanhantes e promovendo e participando de atividades grupais como rodas de conversa com temas transversais como amamentação, desenvolvimento neuropsicomotor e cuidados após a alta hospitalar, com os profissionais de diversas áreas, “buscando conexões entre saberes e intervenções distintas” (Dittz et al., 2006, p. 43), no contexto de ensino do hospital.

2.3 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS

A formação de profissionais de saúde ocorre em um “ambiente técnico-científico-comunicacional” (Minayo, 2000, p. 67) em que estão presentes recursos de alta tecnologia ao lado de problemas de saúde vinculados à desigualdade social. Neste sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004) sinalizam a integralidade da atenção à saúde como eixo norteador da necessidade de mudança na formação e na graduação dos profissionais dessa área. Bem como apontam que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos, inclusive de pós-graduação, além de programas de educação permanente.

No cenário da formação profissional, é necessário que haja a garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente e a realização de atividades sistemáticas de formação, com articulação dos processos de educação e trabalho no SUS. De modo a contemplar diferentes temáticas permeadas pelos princípios e conceitos da PNH, com vistas à produção de mudanças nas práticas de formação e de saúde (Brasil, 2010a).

Neste contexto, também a PNH, enquanto estratégia adotada “para recompor as práticas de saúde pela introdução e reforço de princípios éticos” (Pasche et al., 2017, p. 127) traz reflexões sobre a formação no campo da saúde, ao criticar o “modelo bancário” de transmissão do saber e compreender a humanização enquanto

A indissociabilidade entre gestão e cuidado, a transversalidade (ampliação da comunicação; produção do comum) e o fomento do protagonismo das pessoas (...) construindo processos de negociação, permitindo a criação de zonas de comunalidade e projetos comuns (Brasil, 2010a, p. 1).

Deste modo, para a PNH, o objetivo da formação profissional seria a articulação entre ações de eficiência técnica e científica ao lado de uma postura ética, em que o profissional respeite a necessidade e singularidade de cada usuário e a convivência como imprevisível e geradora de inovação nas práticas de saúde (Barbosa et al., 2013).

Humanizar as práticas de saúde permite aos sujeitos a experimentação de outras perspectivas de construção de sua existência, mais em lateralidade, em relação interativa com os outros, forjando a emergência de subjetividades mais multirreferenciais e de novas atitudes que favoreçam a

construção de novas realidades sociais, políticas, institucionais e clínicas, ou seja, da produção de novos sujeitos (Pasche, 2011, p. 35).

Assim, o hospital maternidade, praticamente “local exclusivo de desfecho da gestação” (Pasche et al., 2017, p. 127) assim como do nascimento, ocupa lugar crítico e privilegiado de aprendizagem e de construção de identidades profissionais na formação dos trabalhadores da área da saúde.

O hospital também se encontra em processo de debate quanto ao “seu papel e seu lugar na produção do cuidado, em busca de qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos” (Feuerwerker; Cecílio, 2007, p. 966), pois nesse ambiente destacam-se as transformações sofridas pelo trabalho em saúde, com a crescente divisão técnica e social causada pelo processo de especialização e fragmentação das práticas profissionais e institucionalização crescente, ou seja, a sua reprodução cada vez maior em instituições de saúde (Cecílio; Lacaz, 2012).

Para Peduzzi et al. (2013), o modelo predominante tanto na graduação quanto no desenvolvimento dos profissionais da saúde é o da formação uniprofissional e tem, dentre suas consequências, o isolamento profissional e o desconhecimento sobre os demais papéis profissionais constantes da equipe.

Na perspectiva da hegemonia médico-centrada “na conformação das tecnologias de cuidado e da cultura institucional” (Pasche et al., 2017, p. 127), a formação uniprofissional reforçaria essa prática hegemônica, reduzindo a abordagem das necessidades de saúde dos usuários.

Uma educação tecnicista, voltada essencialmente às demandas imediatas e meramente instrumentalizadora, deve ser superada por um processo que abranja o desenvolvimento integral a fim de que os alunos adquiram senso crítico e transformador para atender às demandas atuais e suas constantes mudanças (Ramalhão et al., 2015, p. 68).

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) e as Residências em Área Profissional da Saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005 (Brasil, 2006), constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu* e têm como objetivo possibilitar o aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico dos residentes.

Destinadas às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização e caracterizadas por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, possuem duração mínima de 2 (dois) anos em regime de dedicação exclusiva, conforme o artigo 1º da Portaria Interministerial nº 16 de 22 de dezembro de 2014 (Brasil,2014b).

Tanto o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS) quanto o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), estão direcionados ao conjunto de atividades de ensino em serviço e teórico-práticos complementares, na modalidade de ensino de pós-graduação e favorecem a inserção qualificada dos jovens profissionais no mercado de trabalho, principalmente nas áreas consideradas prioritárias do SUS (Brasil, 2021).

Mas enquanto o PRAPS diz respeito à uma única categoria na área profissional da saúde e direcionado à aquisição de competências exigidas para cada especialidade, o PRMS encontra-se direcionado ao conjunto de três ou mais categorias na área profissional da saúde, “direcionado à aquisição de competências exigidas para cada área de concentração, com eixos comuns à construção do contexto de multidisciplinaridade de todas as categorias contempladas” (Brasil, 2021, p. 28).

Na SMS de São Paulo, o PRMS, considerado programa de cooperação intersetorial, está constituído pela articulação entre as seguintes profissões da saúde: biologia, biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional (São Paulo, 2018).

Especificamente na rede municipal da saúde de São Paulo, o residente da área de Atenção à Saúde da Criança, no Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia, deve atuar em equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar, para o atendimento na saúde da mulher e do neonato em suas necessidades de cuidado e/ou educação, sob a supervisão de preceptores das equipes de saúde. A atuação do residente deve ocorrer em sua área profissional específica, na assistência e em atividades de Educação em Saúde e inter-relacionar os vários cenários de atendimento com o objetivo de atender as metas de integralidade e de resolução (São Paulo, 2018).

O HMEC iniciou a Residência Multiprofissional em Neonatologia, a partir de 2015, com bolsas provenientes do Ministério da Saúde para as áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

O número de vagas anuais atualmente oferecidas para a Residência Multiprofissional em Neonatologia é no total de 16 (dezesesseis), distribuídas em 7 (sete) áreas profissionais: 4 (quatro) vagas para enfermagem e 2 (duas) vagas para as demais áreas.

Dentre os eixos norteadores a serem contemplados pelos programas de residência multiprofissional em saúde destacam-se: concepção ampliada de saúde e estratégias pedagógicas que considerem os sujeitos enquanto protagonistas sociais, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar, a consolidação da educação permanente por meio da integração de saberes e competências compartilhadas e a integralidade contemplando todos os níveis da Atenção à Saúde e a gestão (Brasil, 2009).

Desta forma, torna-se fundamental a formação profissional voltada à integralidade no processo de cuidado, no contexto da atenção às necessidades de saúde dos usuários, onde a co-responsabilização, a construção do projeto terapêutico e a busca pela autonomia e protagonismo dos sujeitos e seus familiares envolvidos podem nortear as ações (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Igarashi et al., 2016).

O Projeto Pedagógico (PP) de um PRMS é orientado pelo desenvolvimento de prática multidisciplinar e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento. As atividades desenvolvidas devem ser organizadas por um eixo integrador transversal comum aos saberes das diversas profissões e utilizar estratégias pedagógicas capazes de promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando o conceito da clínica ampliada, metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas (Brasil, 2012b).

Conforme indicado no Regimento Interno da Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde (São Paulo, 2019), o preceptor é o profissional de saúde que tem como função facilitar a inserção e a socialização do residente no ambiente de trabalho, na articulação ensino-serviço, aproximando a teoria ao operacionalizar a prática e, portanto, auxiliar no fomento das competências

colaborativas consideradas essenciais e respectivas subcompetências no processo de educação interprofissional em saúde (EIP)

Considerada metodologia de integração de ensino-serviço, a EIP é “uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde” (Reeves, 2016, p.185), os quais, ao receberem efetivo treinamento em EIP, ficam aptos à prática colaborativa em equipe (WHO, 2010).

A EIP trata-se de uma possibilidade de capacitação de estudantes de diferentes cursos da área da saúde, na perspectiva do aprendizado colaborativo, bem como do trabalho em equipe e em rede, com o objetivo do cuidado integral (Forte et al., 2016). Não há um consenso a respeito do início ideal para a formação interprofissional em saúde e alguns autores preconizam a sua introdução durante o estágio ou na pós-graduação (Horsburgh et al., 2001).

A diferença entre EIP e multiprofissional reside na possibilidade de aprendizado interativo na EIP relacionado aos “papéis, conhecimentos e competências dos demais profissionais” (Peduzzi et al., 2013, p. 979). Desta maneira, conduz a uma modalidade de formação em saúde a qual

promove o trabalho em equipe integrado e colaborativo entre profissionais de diferentes áreas, com foco nas necessidades de saúde de usuários e população, com a finalidade de melhorar as respostas e a qualidade da atenção à saúde (Peduzzi et al., 2013, p. 982).

Deluiz (2001b) afirma que a implantação de um modelo de formação e de gestão da força de trabalho com foco nas competências profissionais tem se generalizado devido às características do trabalho em saúde, suas crescentes exigências de produtividade em um contexto de instabilidade por privatizações e terceirizações e qualificação dos trabalhadores.

Entretanto, a competência envolve não apenas os saberes escolares ou técnicos-profissionais, mas também a coletividade e a subjetividade e a capacidade de mobilização para a resolução de problemas (Deluiz, 2001b). Segundo Perrenoud (1999), competência pode ser considerada como a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos, além de habilidades e atitudes a fim de confrontar e solucionar situações.

Dessa maneira, Perrenoud (1999) ressalta a importância do aprendizado para que as potencialidades do indivíduo se transformem em competências efetivas, a partir de aquisições que se realizam de modo único e individual. Para o autor, trata-se de mobilizar conhecimentos anteriormente assimilados e por isso, a importância de que o profissional reflita sobre a sua prática.

Por outro lado, a matriz crítico-emancipatória considera a noção de competência como uma construção social e a importância das relações humanas e destas com o mundo como fundamentais para o desenvolvimento cognitivo e para a aprendizagem. Portanto engloba não apenas a dimensão individual, mas inclui também as dimensões socioculturais como classe social, gênero e etc. (Deluiz, 2001a).

No que se refere às competências profissionais, Barr (1998) aponta para três tipos: comuns, específicas ou complementares e colaborativas. As competências comuns marcam a intersecção entre as profissões, ou seja, são compartilhadas pelas áreas profissionais da saúde e desenvolvidas sem interferências. As competências específicas ou complementares referem-se ao núcleo profissional específico, ao conjunto de conhecimentos, habilidades e valores pertinentes ao exercício de determinada prática, ou seja, às competências técnicas anteriormente citadas (Cecílio; Lacaz, 2012). O termo complementar refere-se à inter-relação necessária entre as profissões, dada à incapacidade de responder isoladamente às demandas e, portanto, à complementaridade entre as diversas áreas profissionais.

As competências profissionais em contextos específicos de cuidado de saúde envolvem a aplicação integrada de conhecimento, habilidades, valores e atitudes de uma determinada profissão (Interprofessional Education Collaborative, 2016).

As competências interprofissionais em saúde envolvem a aplicação integrada de conhecimento, habilidades, valores e atitudes que definem o trabalho conjunto entre profissionais de outras áreas e usuários e suas famílias e comunidades, com o objetivo de melhorar os resultados de saúde em contextos específicos de cuidado (Interprofessional Education Collaborative, 2016).

As competências colaborativas, foco deste estudo, são aquelas que melhoram as relações entre as diversas categorias profissionais na dinâmica do trabalho em saúde (Barr, 1998). Na EIP, o desenvolvimento da colaboração é considerado um aspecto central, pois é capaz de beneficiar as relações interpessoais e

interprofissionais, que necessitam de aporte teórico e de estratégias metodológicas para o seu desenvolvimento na prática profissional (Costa, 2017).

As quatro competências consideradas essenciais na prática colaborativa interprofissional pelo Interprofessional Education Collaborative (2016) na busca pela resposta às necessidades elencadas por usuários e familiares e por promover a saúde das populações são: *valores/ética para a prática interprofissional* que se relacionam com o compartilhamento de valores com os demais profissionais; *papéis e responsabilidades profissionais*, que dizem respeito ao reconhecimento do próprio papel e o de outros profissionais; *comunicação interprofissional*, que remete ao ato de comunicar-se de maneira responsiva e responsável com usuários e demais profissionais, de forma a apoiar uma abordagem de equipe e *trabalho em equipe interprofissional*, que envolve a aplicação dos valores de construção de relacionamento e os princípios da dinâmica da equipe para desempenhar efetivamente funções no planejamento, oferta e avaliação dos cuidados prestados.

Cada competência, por sua vez, encontra-se dividida em subcompetências (Interprofessional Education Collaborative, 2016), sendo mencionadas aquelas principais, relacionadas ao estudo.

Na *competência 1 -Valores/ética para a prática interprofissional* que envolve trabalhar com outros profissionais, de modo a manter um ambiente de respeito mútuo e valores compartilhados, as principais subcompetências encontradas são: colocar os interesses dos usuários no centro da prestação de cuidados; respeitar a dignidade e a privacidade do usuário e manter a confidencialidade; abraçar a diversidade cultural e as diferenças individuais que caracterizam os usuários e a equipe; respeitar as culturas, valores, funções/responsabilidades e conhecimentos únicos de outras profissões da saúde e os possíveis impactos nos resultados de saúde; trabalhar em cooperação com usuários e colaboradores (Interprofessional Education Collaborative, 2016).

Em relação à *competência 2 - Papéis e responsabilidades profissionais*, utiliza-se o conhecimento de seu próprio papel e das profissões para avaliar e abordar adequadamente as necessidades de saúde dos usuários e promover a saúde. As principais subcompetências são: reconhecer as próprias limitações em habilidades, conhecimentos; usar todo o escopo de conhecimentos e habilidades dos profissionais da saúde e de outras áreas; comunicar-se com os membros da equipe para esclarecer a responsabilidade de cada um na execução dos

componentes de um plano de tratamento; fortalecer relacionamentos interdependentes com outras profissões; envolver-se no desenvolvimento profissional e interprofissional contínuo para melhorar o desempenho e a colaboração da equipe; usar habilidades únicas e complementares de todos os membros da equipe para otimizar a saúde e o cuidado ao paciente (Interprofessional Education Collaborative, 2016).

Na *competência 3 - Comunicação interprofissional*, as subcompetências envolvem: comunicar informações ao usuário, familiares, membros da comunidade e da equipe de saúde, de forma compreensível, evitando terminologia específica da disciplina; expressar seus conhecimentos e opiniões aos membros da equipe envolvidos no atendimento ao usuário e na melhoria da saúde da população, com confiança, clareza e respeito, trabalhando para garantir o entendimento comum de informações, tratamento, decisões de cuidado; ouvir ativamente e encorajar ideias e opiniões de outros membros da equipe; em situação de conflito, utilizar linguagem respeitosa; reconhecer como a singularidade de cada um (nível de experiência, especialização, cultura, poder e hierarquia dentro da equipe de saúde) contribui para uma comunicação eficaz, resolução de conflitos e relações de trabalho interprofissionais; comunicar a importância do trabalho em equipe no cuidado centrado no paciente e nos programas e políticas de saúde da população (Interprofessional Education Collaborative, 2016).

Na *competência 4 - Trabalho em equipe interprofissional*, as subcompetências são: descrever o processo de desenvolvimento da equipe e os papéis e práticas eficazes; desenvolver consenso sobre os princípios éticos para orientar todos os aspectos do trabalho em equipe; envolver os profissionais da saúde e de outras áreas em ações compartilhadas, centradas no usuário e/ou comunidade, integrar o conhecimento e a experiência da saúde e de outros profissionais para informar as decisões de saúde e cuidados, respeitando os valores e prioridades/preferências de cuidados do usuário e da comunidade; aplicar práticas de liderança que apoiem a prática colaborativa e a eficácia da equipe; envolver-se e envolver os outros para gerenciar de forma construtiva as divergências sobre valores, papéis, objetivos e ações que surgem; compartilhar a responsabilidade com outras profissões, usuários e comunidades por resultados relevantes; refletir sobre o desempenho individual e da equipe e desempenhar efetivamente e em diferentes

funções de equipe em uma variedade de cenários (Interprofessional Education Collaborative, 2016).

O trabalho em equipe interprofissional envolve os níveis de coordenação e de colaboração, característicos das relações entre os profissionais de diversas áreas no cuidado em saúde (Interprofessional Education Collaborative, 2016).

O cuidado em equipe interprofissional, por sua vez, envolve os atendimentos prestados por grupos de trabalho em saúde, relativamente pequenos, criados de modo intencional e geralmente reconhecidos por si próprios e por outros com identidade coletiva. São exemplos: equipe de cuidados paliativos, equipe de centro cirúrgico, equipe de atenção primária e etc. (Interprofessional Education Collaborative, 2016).

Fomenta-se na formação profissional uma atuação integral em uma perspectiva colaborativa e de trabalho interprofissional e a necessidade de se elaborar projetos terapêuticos em que os usuários dos serviços sejam reconhecidos como protagonistas ativos e co-produtores do cuidado em saúde, de modo a favorecer o aperfeiçoamento profissional para o atendimento nos diversos níveis e cenários dos serviços de saúde do SUS (Brasil, 2012b).

Com vistas à qualificação na formação dos profissionais, também deve ser considerada no âmbito do SUS, a própria defesa do sistema público de saúde, por meio da "sustentabilidade institucional" (Paim, 2018). As articulações entre instituições de ensino e pesquisa, como universidades, com as práticas desenvolvidas nos serviços, aqui representadas pelos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, possibilitam a aquisição de conhecimentos, habilidades e valores vinculados aos princípios e diretrizes do SUS, proporcionando não somente a qualificação dos profissionais, mas do próprio sistema de saúde (Paim, 2018).

Na avaliação da qualidade da assistência hospitalar materna e neonatal do SUS, entende-se, segundo o Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE), que há possibilidade de reorganização das prioridades em saúde pública e na atenção às crianças e suas famílias e considera-se que houve pouca incorporação das práticas de humanização e de monitoramento das ações (Silva et al., 2014; Centre for Advancement of Interprofessional Education, 2017), cabendo o papel de espaços de ensino e de aperfeiçoamento da formação profissional em relação às competências e habilidades profissionais (Brasil, 2013).

Dessa maneira, a possibilidade de alinhar as propostas de educação interprofissional e práticas colaborativas na formação dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia do HMEC pode favorecer a integralidade das ações de cuidado e o fortalecimento do SUS.

2.4 COMUNICAÇÃO E TECNOLOGIA ASSISTENCIAL NA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

Em conjunto com os princípios que norteiam as políticas públicas voltadas para a saúde materno-infantil, o estudo será complementado com as contribuições e dimensões de alguns autores, que apoiam a compreensão da prática colaborativa interprofissional desenvolvida no contexto hospitalar por meio da estratégia assistencial grupo de mães da UTIN. Entre eles destacam-se o conceito de Cuidado¹ de Ayres, relacionado ao desvelamento do encontro terapêutico, subjacentes à humanização da assistência hospitalar, das “tecnologias leves” de Merhy e da Teoria do Agir Comunicativo (TAC) de Jürgen Habermas, que colaboram para a compreensão da relação entre de educação interprofissional e cuidado.

No convite de Ayres para refletir sobre as práticas voltadas ao cuidado e nas suas necessárias transformações/reconstruções, três giros teóricos-filosóficos encontram-se interrelacionados: a ideia de sujeito para contextos de intersubjetividade, em que se valoriza o caráter interacional na construção de categorias para conhecimento e intervenção; êxito técnico para sucesso prático, que envolve a inclusão do controle técnico na definição das finalidades de intervenção e na atitude orientadora do conjunto das ações voltadas para a saúde das pessoas e consequente transformação do cuidado (Ayres, 2001).

A esse Cuidado, conceito assim utilizado por Ayres (2004), em suas relações com os modos de ser (do) humano, entende-se “como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do

¹ Cuidado é redigido com a inicial maiúscula, caracterizado como marco conceitual desenvolvido por Ayres, compreendido como uma conformação humanizada do ato assistencial e para diferenciar o uso do termo em uma perspectiva reconstrutiva, diferentemente do sentido usual de um conjunto de recursos e procedimentos e/ou medidas terapêuticas e práticas médicas assistenciais (Ayres, 2006).

adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (Ayres, 2004, p. 22).

O autor, ao relatar uma experiência de assistência médica em unidade de atenção primária à saúde, traz “aspectos que podem fazer de um encontro terapêutico uma relação de Cuidado, desde uma perspectiva que busque ativamente relacionar o aspecto técnico, aos aspectos humanistas da atenção à saúde” (Ayres, 2004, p. 18).

Neste relato de caso, em que o “projeto de felicidade” da paciente é enfim desvelado, Ayres (2004) sugeriu à paciente que escrevesse a história de vida, numa “recuperação do seu projeto existencial, que permitiu estabelecer um vínculo terapêutico efetivo e acenar para um trabalho de manejo da saúde que passou a fazer sentido” (Ayres, 2004, p. 22), por meio do qual a assistência sofreu uma reorientação e se reconheceu a resignificação do cuidado justamente por meio da “permeabilidade do técnico ao não-técnico, o diálogo entre essas dimensões interligadas” (Ayres, 2004, p. 22).

Correlaciona-se a experiência de Ayres com as considerações de Merhy (2014), em que a atenção à saúde envolve sempre o encontro intersubjetivo entre profissionais e usuários e a utilização de diferentes tipos de tecnologias, enquanto saberes constituídos.

Para o autor, as “tecnologias duras” constituem os equipamentos e os medicamentos; as “tecnologias leves-duras” envolvem os saberes científicos da clínica e da epidemiologia que operam os processos e as “tecnologias leves” se referem às dimensões relacionais (Merhy, 2014).

Especificamente nesse estudo, o uso do grupo como tecnologia assistencial para a atenção às mães e familiares pode contribuir para as práticas cotidianas e para uma formação em uma perspectiva de atenção integral (Franco, 2013) que se inclui na perspectiva das “tecnologias leves”; uma vez que fomenta a produção de vínculos, acolhimento, reconhecimento da autonomia e singularização de usuários. Estas novas modalidades de produção e de gestão do cuidado permitem operar os processos relacionais do encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário (Merhy, 2014) e exemplificam a possibilidade de integração entre materialidade técnica e interação humana (Deslandes, 2004a).

Os espaços relacionais mediam o processo de trabalho em saúde, constituindo uma rede cujas ações assistenciais favorecem o encontro da potência

em outros trabalhadores. Trata-se de processo sofisticado e alta complexidade, demandando grande energia dos profissionais envolvidos, “em permanente processo de subjetivação” (Franco, 2013, p. 235).

A importância do “trabalho vivo em ato” (Merhy, 2013) consiste no seu convite a desvendar as duas dimensões que envolve; uma relacionada à atividade como construtora de produtos e ligada à realização de uma finalidade e outra que se vincula ao profissional, produtor do ato e a possibilidade de ser “um processo agenciado por sujeitos, que traz em si o atributo da liberdade, criação, inventividade” (Merhy; Franco, 2013, p. 157), provocando a “desterritorialização” nas práticas de saúde, mesmo sob risco da lógica prescritiva e instrumental da atividade assistencial.

Desterritorializar significa romper com as lógicas instituídas, capitalistas, biomédicas, procedimento centradas, abrindo-se para novas subjetividades formadas com base na estética da multiplicidade, que interpreta o mundo do trabalho e cuidado na sua forma complexa, com expressão das singularidades; e na ética da diferença que supõe inúmeros modos de significar o trabalho em saúde, admitindo todas elas, supondo, convívio, pactuação e permanente exercício da tolerância (Franco; Merhy, 2013, p. 15).

Neste estudo, em que a interação profissional ocorreu entre residentes de várias áreas profissionais e preceptora de terapia ocupacional, houve a possibilidade de reflexão sobre o processo de aprendizagem mútua na formação em serviço. Também se possibilitou refletir sobre a postura do profissional de saúde frente ao outro, seja usuário ou profissional da equipe, corroborando a dimensão do “trabalho vivo em ato”, a qual se relaciona às abordagens técnicas e interações (Merhy; Franco, 2013).

A experiência da abordagem grupal enquanto tecnologia assistencial, mediada por terapeuta ocupacional em uma abordagem interprofissional, evento raro na graduação, cujo foco permanece na formação uniprofissional, traz a oportunidade de refletir sobre oportunidades de aprendizado e prática interprofissional “viva em ato”.

A interação profissional no processo de trabalho como ato comunicativo, é mediada linguisticamente e juntamente com os aspectos éticos do cuidado,

constituem desafios para a construção de projetos terapêuticos (Deslandes; Mitre, 2009).

Para adentrar na sua importância para a interação e mútuo entendimento, recorreremos à Jürgen Habermas e sua TAC, que aborda conceitos relevantes para o estudo da interação intersubjetiva entre grupos de pessoas e que envolve a comunicação. Habermas nos traz a possibilidade de avançar na ação comunicativa, orientada para o entendimento e ultrapassar a lógica da ação instrumental, orientada para o êxito (Habermas, 2019).

Quando nos referimos a processo comunicacional, nos remetemos à possibilidade de produzir entendimento por meio do diálogo, dos atos de fala cotidianos que acontecem nas relações face a face. E esta competência é estratégica para a produção do cuidado em saúde e, também, para a gestão, comprometidos com a humanização. Ao falarmos do processo comunicacional no contexto da humanização, nos referimos à expansão de uma competência comunicativa que constitui a base de um cuidado e gestão emancipadores, onde os diferentes atores desse cenário possam se reconhecer e se implicar (Deslandes; Mitre, 2009).

Ao desenvolver o conceito do agir comunicativo, Habermas abre caminho para três complexas temáticas interligadas: o conceito de racionalidade comunicativa, “resistente às limitações cognitivo-instrumentais impostas pela razão” (Habermas, 2019, p. 10); o conceito de sociedade em dois níveis que vincula os paradigmas “mundo da vida” e “sistema” e por último, uma teoria da modernidade que utiliza a ideia de que “os campos da vida estruturados por via comunicativa estão submissos a imperativos de sistemas acionais autonomizados e formalmente organizados” para esclarecer o contexto e as patologias sociais presentes (Habermas, 2019, p. 11).

Para exemplificar a estreita relação entre racionalidade e saber que “permite supor que a racionalidade de uma exteriorização depende da confiabilidade do saber nela contido” (Habermas, 2019, p. 32), o autor traz para a discussão o exemplo de uma asserção e de uma intervenção. A asserção trata de ação comunicativa em que ocorre uma opinião com intenção comunicativa com pretensão de verdade a algo que de fato ocorre no mundo objetivo. Por outro lado, a ação teleológica trata da intervenção no mundo, com ações orientadas para determinado objetivo, em que se pleiteia perspectiva de êxito para o plano de ação ou eficácia a algo que deve ocorrer no mundo objetivo.

O sujeito decide entre diversas alternativas a partir de uma interpretação da situação e voltado a um propósito, no modelo teleológico, que parece dispor de um aspecto da racionalidade da ação, e, conforme Habermas, pressupõe relações entre um ator e um mundo objetivo constituído por sua vez, por opiniões e intenções sobre o estado das coisas.

O modelo teleológico é ampliado a modelo estratégico quando se integra a expectativa de decisões ao cálculo de êxito. Trata-se de modelo “frequentemente interpretado de maneira utilitarista” (Habermas, 2019, p.164), em que há a suposição de escolha e cálculo dos meios e fins conforme “aspectos da maximização do proveito ou das expectativas de proveito” (Habermas, 2019, p. 164). O conceito de agir estratégico também segue o pressuposto de um mundo objetivo, em que o êxito da ação depende de outros atores, “que se comportam cooperativamente apenas na medida em que isso corresponda a seu cálculo egocêntrico das vantagens” (Habermas, 2019, p. 169).

Por outro lado, o conceito de agir regulado por normas, refere-se aos sujeitos de um dado grupo social os quais têm o seu agir orientado por valores em comum e pela “expectativa de comportamento generalizada” (Habermas, 2019, p. 164). Segue o pressuposto de relações entre um ator e dois mundos, o mundo objetivo e aquele mundo social, “constituído de um contexto normativo que estabelece quais interações pertencem ao conjunto de relações interpessoais justificadas” (Habermas, 2019, p.170).

Na teoria habermasiana, há dois mundos envolvidos no conceito de agir regulado por normas: o mundo objetivo dos estados de coisas existentes e o mundo social em que há “interações normativamente regradas” (Habermas, 2019, p. 171) e reconhecidas como válidas pelos sujeitos.

Na perspectiva da ação comunicativa, uma interação simbolicamente mediada a qual se orienta segundo normas vigentes que definem as expectativas recíprocas de comportamento, entendidas e reconhecidas por ao menos dois sujeitos agentes, busca-se um entendimento sobre a situação, para a coordenação de planos de ação de maneira concordante, no qual a linguagem assume uma posição proeminente (Habermas, 2019).

Nesse modelo de ação comunicativa, presume-se a linguagem como *médium* nos processos de entendimento nos quais as pretensões de validade dos participantes podem ser aceitas ou não.

O entendimento só funciona como mecanismo de coordenação da ação à medida que os participantes da interação se põem de acordo quanto à *validade* pretendida para suas exteriorizações, ou seja, à medida que reconhecem intersubjetivamente as *pretensões de validade* que manifestam reciprocamente (Habermas, 2019, p. 191).

Em favor do entendimento e do sucesso para um diálogo efetivo, três pretensões de validação intersubjetiva devem ser manifestas pelo sujeito, conforme explicitados por Ayres (2001), seguindo a perspectiva habermasiana:

- 1) na aceitação, por parte do interlocutor, de que o projeto de mundo e de vida que orienta esse discurso (ou o que temos chamado de encontro desejante das circunstâncias) é correto desde um ponto de vista ético, moral, político;
- 2) na proposição de enunciados aceitáveis intersubjetivamente como expressão da realidade isto é, de que se trata de fatos que são tidos como verdadeiros por ambas as partes, e
- 3) na sua capacidade de expressar autenticamente a perspectiva subjetiva daquele que profere o discurso (Ayres, 2001, p. 68).

No conceito de agir comunicativo, essas três relações passam a ser atribuídas à perspectiva dos próprios falantes e ouvintes que procuram “o consenso e o medem conforme a verdade, a correção e a veracidade” (Habermas, 2019, p. 192)

conforme se refiram a algo no mundo objetivo (enquanto totalidade dos estados de coisas existentes), a algo no mundo social comum (enquanto totalidade das relações interpessoais legitimamente reguladas de um grupo social) ou a algo no mundo subjetivo próprio (enquanto totalidade das vivências a que têm acesso privilegiado) (Habermas, 1989, p. 79).

Portanto, podemos compreender que todo enunciado possui uma “força ilocutiva” (Austin, 1990) a qual indica o modo pelo qual o enunciado deve ser interpretado e que dependerá do contexto em que é emitido. Por outro lado, o ato de fala orientado para os efeitos perlocucionários, ocorre em um contexto de ação teleológica ou estratégica porque nele, o falante tenta provocar efeitos ou resultados

na comunicação “para ensejar a continuação desejada de uma interação” (Habermas, 1989, p. 79).

No agir comunicativo, um falante “é motivado racionalmente pelo outro para uma ação de adesão - e isso em virtude do efeito ilocucionário de comprometimento que a oferta de um ato de fala suscita” (Habermas, 1989, p. 79).

Na teoria habermasiana, para que o discurso seja considerado válido, o objetivo central permanece nos efeitos ilocucionários, ou seja, em um contexto de busca do entendimento mútuo. A TAC, para Bettine, tem como “paradigma a comunicação livre de coerções, a intersubjetividade comunicativa, a ação comunicativa e a dualidade de análise da sociedade” (Bettine, 2021, p. 12).

No conceito de Habermas, a sociedade encontra-se dividida em dois níveis: o “sistema” e o “mundo da vida”. O “sistema” é regido pela razão instrumental e por mecanismos auto-regulados e não-linguísticos compostos por subsistemas. A esfera social, a qual compreende as vivências do cotidiano e favorece a integração social, por outro lado, pertence ao que Habermas (2019) denomina “mundo da vida” e que é regulada pela busca do entendimento mútuo por meio da comunicação mediada pela linguagem.

Esse “mundo da vida” é entendido a partir da relação intersubjetiva entre os participantes que objetivam ter os planos de ação coordenados de modo cooperativo (Artmann; Rivera, 2006). Portanto, tal relação pragmática entre aspectos culturais enquanto componentes do “mundo da vida” sugere a possibilidade de seu condicionamento por subsistemas econômico e administrativo.

Na terminologia adotada por Habermas, o sistema de saúde, incluindo atores como os hospitais constituem subsistemas nos quais ocorre a “interação sistêmica”, onde a linguagem utilizada está previamente estabelecida, sem condições de diálogo (Mikkelsen et al., 2008). Porém, os aspectos culturais e pressupostos como saberes implícitos aos quais os profissionais estão condicionados, apontam para um tipo de relação que se mostra circular e de condicionamento mútuo entre cultura e comunicação, em que uma compreensão anteriormente estabelecida serve como pano de fundo ao processo de entendimento.

Na teoria da ação comunicativa, a crítica à “razão instrumental” é substituída pela crítica à “razão funcional”, que é uma forma de racionalidade sistêmica que se tornou independente da racionalidade comunicativa do mundo da vida. Para Habermas, tal fenômeno se deve à racionalização progressiva do mundo da vida.

Assim, nas sociedades modernas, a dissociação do sistema e do mundo real vai tão longe que a mera “mediatização” do mundo da vida pode se transformar em “colonização”. Efeitos patológicos ocorrem sempre que imperativos sistêmicos se intrometem nas áreas centrais da reprodução cultural, a integração social e a socialização a tal ponto que a integridade da reprodução simbólica do mundo da vida baseada na ação comunicativa é minada (Habermas, 2018).

Compreende-se a conexão entre o pensamento habermasiano na prática terapêutica em todos os contextos, mas especialmente na assistência hospitalar, uma vez que a humanização pressupõe a busca de novos sentidos para os sujeitos envolvidos no processo de adoecimento, através da ampliação do diálogo, do trabalho em equipe e de espaços de troca (Brasil, 2010a).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar as vivências de educação interprofissional em saúde dos residentes na área de neonatologia desenvolvida por meio de tecnologia assistencial que consistiu de atividade grupal com as mães de bebês internados na UTIN.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e caracterizar o perfil sociodemográfico dos residentes participantes da atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias” do Programa de Residência Multiprofissional na área de Neonatologia;

- Identificar e analisar a percepção dos residentes sobre sua participação na atividade grupal, para a formação interprofissional em saúde.

- Conhecer e analisar a percepção dos residentes sobre a participação das mães e familiares acompanhantes na atividade grupal.

- Identificar a percepção dos residentes sobre os efeitos da atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias” na relação entre os mesmos e as mães na rotina de trabalho da UTIN

- Desenvolver produto educacional que favoreça o desenvolvimento e aprimoramento da formação interprofissional e a participação de mães e familiares de bebês internados na UTIN na atividade grupal.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Para atender os objetivos da pesquisa, optou-se por desenvolver pesquisa de natureza qualitativa, do tipo descritiva-exploratória retrospectiva e prospectiva. A natureza qualitativa, apresenta como uma tentativa de compreensão detalhada dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes, que corresponde a um entendimento mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (Minayo, 2014).

A modalidade de pesquisa descritiva-exploratória permite ao pesquisador uma maior familiaridade com o tema (Rodrigues, 2007), com vistas ao aprofundamento sobre o objeto da pesquisa, que foi pouco ou não analisado até o presente momento (Gil, 2008). O estudo retrospectivo envolveu a análise de registros de documentos de e o estudo prospectivo, a realização de entrevistas com os residentes.

Pretendeu-se conhecer a percepção dos residentes sobre a prática colaborativa interprofissional, a partir dos conteúdos expressos e o entendimento de que estas mensagens refletem os sentimentos e impressões vivenciados a partir da experiência da atividade grupal “Diários: Primeiras Histórias”.

4.1 CENÁRIO DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no contexto do Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia no HMEC, a partir da atuação da preceptora terapeuta ocupacional. O HMEC é um hospital público fundado em 1972 sob administração direta da SMS, pertencente à Prefeitura de São Paulo, que atua na atenção médico-hospitalar de média e alta complexidade e possui foco na saúde da mulher e do recém-nascido e ênfase na assistência às gestantes de alto risco e seus recém-nascidos. O hospital está localizado na região norte do município de São Paulo.

4.1.1 O grupo “Diários: Primeiras Histórias”

A atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias” ocorreu como grupos abertos, ou seja, as mães, pais ou outros familiares acompanhantes, com bebês internados na UTI neonatal, que apresentavam quadro clínico com prognóstico para maior permanência eram convidados pelos profissionais que desenvolviam o grupo, ou eram indicados por outros membros da equipe multiprofissional e/ou convidados por mães/acompanhantes que já participavam da atividade.

O grupo ocorreu uma vez por semana, com duração de uma hora e meia, no horário das 13:30 às 15:00 horas, para não interferir na atividade da amamentação na UTIN. O grupo contou com a participação de uma profissional de terapia ocupacional e dois residentes da Residência Multiprofissional em Neonatologia. Os residentes de áreas diversas – fisioterapia, psicologia, serviço social, enfermagem, farmácia e nutrição do primeiro e segundo ano se revezavam para participar conforme cronograma da residência.

4.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisa se desenvolveu por meio de estudo documental e realização de entrevistas semiestruturadas com os residentes, conforme descrito a seguir.

4.2.1 Pesquisa documental

Para o estudo da experiência de prática interprofissional dos residentes utilizou-se de registro documental (RD) da atividade grupal “Diários: Primeiras Histórias” no período compreendido entre agosto de 2017 e dezembro de 2019. Os registros realizados pela terapeuta ocupacional contemplaram as atividades efetuadas e a dinâmica das sessões grupais com mães e familiares acompanhantes

de bebês internados na UTIN, frequência e participação nas sessões bem como as reflexões ocorridas entre os residentes e a preceptora e terapeuta ocupacional após cada sessão, em que constava as impressões, observações e temáticas abordadas pelos participantes.

Denomina-se “diário de campo” o instrumento de anotações, comentários e reflexões do pesquisador (Falkembach, 1987) cujas informações de natureza descritiva e reflexiva compõem um retrato dos processos de intervenção profissional (Lima et al., 2007). Nesta pesquisa a fim de distinguir os termos, evitou-se o termo “diário de campo”, por ser a denominação do grupo “Diários: Primeiras Histórias” e adotou-se registro documental, o qual foi realizado em um “formulário de campo” (Apêndice A). Assim, tais registros são passíveis de análise documental por constituírem materiais escritos e autênticos e que não receberam tratamento analítico, constituindo fonte de informação contextualizada e que podem complementar informações obtidas por meio de outras técnicas (Lüdke; Meda, 1986).

4.2.2 Entrevista semiestruturada

O estudo documental foi complementado com entrevistas semiestruturadas aplicadas aos residentes das diferentes áreas profissionais do 1º e do 2º ano, participantes da atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias” nos anos de 2017, 2018 e 2019.

Enquanto técnica de coleta de dados, a entrevista baseia-se na contribuição individual do entrevistado, em um espaço de interação social que permite captar a representação da realidade a partir deste ponto de vista específico. Na entrevista semiestruturada, o pesquisador atua como mediador entre marcos teórico-metodológicos e a realidade e a partir dos depoimentos, pode ter uma abordagem vasta e aprofundada sobre o tema (Minayo, 2014).

As entrevistas consistiram em conhecer e analisar os seguintes aspectos em relação aos residentes participantes: identificar e caracterizar o seu perfil sócio demográfico; identificar e analisar a percepção deles sobre a participação na atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias”, para a formação interprofissional em

saúde; conhecer e analisar a percepção deles sobre a participação das mães e familiares na atividade grupal; identificar os efeitos da atividade grupal para a relação entre residentes e as mães na rotina de trabalho na UTIN conforme roteiro de entrevistas (Apêndice B).

Todas as entrevistas individuais foram gravadas em arquivos de áudio e transcritas de modo literal e enviadas aos residentes entrevistados para revisão e anuência quanto aos conteúdos manifestos. As gravações foram inutilizadas após as transcrições. A análise de conteúdo foi iniciada após a liberação pelos entrevistados através de comunicação por e-mail. A própria pesquisadora que participou como terapeuta ocupacional e preceptora nos grupos, entrevistou os residentes.

Com o intuito de assegurar o sigilo da identidade, os residentes entrevistados escolheram nomes fictícios e foi acrescentado a letra “R” de residente, seguido do numeral 1 ou 2 correspondentes ao ano de residência e iniciais da profissão: “Enf” de enfermagem, “F” de farmácia, “Fi” de fisioterapia, “Fga” de fonoaudiologia, “N” de nutrição, “Psi” de psicologia e “SS” de serviço social. Tanto no estudo documental quanto nas entrevistas, na situação que a terapeuta ocupacional é mencionada na interação entre as profissões é usada a abreviatura TO e na situação em que as falas das mães são mencionadas, utiliza-se RD .

Considerou-se o envolvimento anterior entre residentes entrevistados com a preceptora entrevistadora, premissa para o aprofundamento da investigação ao invés de risco de falha ao comprometer a objetividade. Minayo (2007) defende esta postura como essencial para o desfecho da pesquisa qualitativa:

A inter-relação, que contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia a dia, as experiências e a linguagem do senso comum no ato da entrevista é condição *sine qua non* do êxito da pesquisa qualitativa (Minayo, 2007 p. 68).

Os critérios de inclusão para participação na entrevista contemplaram residentes do Programa de RMS em Neonatologia do HMEC dos anos de 2017, 2018 e 2019 que participaram de ao menos 3 (três) sessões da atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias” e que concordaram em participar da pesquisa, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). O número mínimo de participações levou em conta a possibilidade de maior interação profissional e vivência da atividade para o residente participante.

Os critérios de exclusão para participação na entrevista não contemplaram residente do PRMS em Neonatologia do HMEC de anos anteriores ao estudo, participação inferior a 3 (três) sessões grupais e residente que se recusasse participar da entrevista.

4.3 PROCEDIMENTOS DE CARÁTER ÉTICO

A presente pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) CAAE 06062819.0.0000.0065 (Anexo A) e da instituição coparticipante, o HMEC da SMS de São Paulo- SP, CAAE 06062819.0.3001.5454 (Anexo B).

A pesquisa teve início após aprovação dos referidos comitês, respeitando-se a Resolução 466/12 de 12 de junho de 2012 e aceite de participação por parte dos profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia, após o esclarecimento sobre a pesquisa e assinatura do TCLE.

4.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

A partir da análise dos conteúdos colhidos no registro documental e aqueles expressos pelos residentes entrevistados, buscou-se conhecer a percepção dos mesmos em relação à experiência da prática colaborativa vivenciada por intermédio da abordagem grupal.

A caracterização dos residentes é apresentada em forma de tabela e de frequências. A leitura compreensiva dos depoimentos e do registro documental é analisada por meio da análise temática. A modalidade de análise de conteúdo temática fundamenta-se em encontrar núcleos de sentido, seu significado e associação com os objetivos analíticos escolhidos (Minayo, 2014).

De acordo com as orientações de Minayo (2014), a aplicação da técnica de análise de conteúdo temática pode ser descrita em etapas: pré-análise que implica na organização do material obtido com o estudo documental e entrevistas por meio de uma leitura flutuante e a formulação de hipóteses; exploração do material com operações de codificação e decomposição, para a criação de categorias e subcategorias e tratamento dos resultados obtidos por meio das discussões e interpretação a partir do quadro teórico proposto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As vivências de Educação Interprofissional em Saúde dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia desenvolvida por meio da tecnologia assistencial atividade grupal, que contou com a participação das mães e familiares acompanhantes de bebês internados na UTIN, serão apresentadas pelo conjunto de informações obtidas pela transcrição das falas dos residentes entrevistados e do registro documental das sessões de grupo.

No período compreendido de 2017 a 2019, os residentes de diferentes áreas profissionais do programa participaram da atividade grupal com as mães de bebês na UTIN: “Diário: Primeiras Histórias”, como grade horária voluntária na formação profissional. Tendo em vista a perspectiva da formação em serviço de modo interprofissional, a participação dos residentes no grupo foi concebida pelo preceptor como de caráter voluntário, por entender que não caberia a obrigatoriedade da atividade “Diário: Primeiras Histórias” na grade de atividades da residência, mas sim a participação pela motivação e interesse dos residentes em compartilhar uma experiência de formação interprofissional, com vistas a promoção de uma atenção mais humanizada e integral.

As sessões em grupo constaram da participação das mães e outros familiares acompanhantes, residentes e a preceptora, terapeuta ocupacional no período compreendido entre 2017 e 2019.

A distribuição dos residentes do programa, por área profissional, considerando o número de ingressantes, egressos e os participantes do estudo, consta no quadro 5.1. Participaram da atividade grupal todas as 7 (sete) áreas profissionais do programa, quais sejam: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e serviço social. Do total de 62 (sessenta e dois) profissionais ingressantes, 48 (quarenta e oito) residentes efetivamente concluíram o programa, perfazendo um total de 77%. A área de nutrição completou 100% da formação na residência. As áreas da enfermagem, farmácia, fisioterapia e psicologia concluíram mais de 80% cada. Dentre as profissões com menor índice de conclusão do programa, foram a fonoaudiologia com 43% e serviço social com 50%. Dentre os motivos listados para a desistência constam o ingresso em emprego por concurso

público ou empresa privada (seis casos) e por ordem pessoal (quatro casos), conforme dados do programa (São Paulo, 2020).

Quadro5.1 - Residentes por área profissional participantes da atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias”, HMEC, SP, 2020

Área profissional	Ingressantes N (%)	Egressos N (%)	Participantes N (%)
Enfermagem	16 (100%)	13 (80%)	7 (44%)
Farmácia	8 (100%)	7 (87%)	3 (37%)
Fisioterapia	8 (100%)	7 (87%)	7 (87%)
Fonoaudiologia	7 (100%)	3 (43%)	5 (71%)
Nutrição	8 (100%)	8 (100%)	7 (87%)
Psicologia	7 (100%)	6 (86%)	7 (100%)
Serviço Social	8 (100%)	4 (50%)	7 (87%)
Total	62 (100%)	48 (77%)	43 (73%)

Fonte: a autora.

Do total de profissionais no Programa, 43 (quarenta e três) participaram da atividade grupal interprofissional, constituindo 73%. As áreas com maior participação de residentes foram a psicologia com 100% dos profissionais, seguida pela fisioterapia, nutrição e serviço social com 87% cada, fonoaudiologia com 71% e com menor participação, as áreas da enfermagem com 44% e da farmácia, com 37%. Segundo registro documental, residentes da enfermagem e da farmácia relataram dificuldade em serem liberados para as atividades grupais, mesmo estando na escala, devido à necessidade de permanecerem nos respectivos postos de serviço.

Ao realizar o comparativo com o número de ingressantes, observa-se que as áreas de fonoaudiologia, psicologia e serviço social tiveram mais residentes participantes da atividade do que egressos, demonstrando que, mesmo não finalizando o programa de residência, aqueles profissionais puderam vivenciar a atividade interprofissional.

Os residentes participaram de 78 (setenta e oito) sessões do grupo “Diário: Primeiras Histórias”, totalizaram 198 (cento e noventa e oito) profissionais das diversas áreas do Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e serviço social, conforme aponta a Tabela 5.1.

Tabela 5.1 - Distribuição do número de participantes da atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias” por número de sessões, HMEC, SP, 2020

Ano	Sessões	Residentes	Mães	Outros
2017	17 (22%)	45 (23%)	7 (44%)	4 (20%)
2018	32 (41%)	92 (46%)	3 (37%)	7 (35%)
2019	29 (37%)	61 (31%)	7 (87%)	9 (45%)
Total	78 (100%)	198 (100%)	43 (73%)	20 (100%)

Fonte: a autora.

A população atendida foi composta majoritariamente por mães; 316 (trezentas e dezesseis) as quais construíram 430 (quatrocentos e trinta) diários; não apenas para seus bebês internados, mas para seus outros filhos e familiares, como sobrinhos e enteados. Houve a participação da família imediata (cônjuges, parceiros, filhos e filhas e avós) e da família ampliada (tias, enteados e enteadas e sobrinhos). A participação de pais e outros familiares foi de 13 (treze) pais e 7 (sete) familiares como tias e avós do bebê internado.

Iniciados no segundo semestre de 2017, os grupos totalizaram 17 (dezessete) sessões com 45 (quarenta e cinco) profissionais, considerando residentes e preceptora e 59 (cinquenta e nove) mães e 4 (quatro) pais participantes. Em 2018, ocorreram 32 (trinta e duas) sessões com a presença de 92 (noventa e dois) profissionais, 152 (cento e cinquenta e duas) mães e 7 (sete) outros familiares do bebê, entre pais, uma tia e uma avó materna. Em 2019, ocorreram menos sessões em relação ao ano anterior: 29 (vinte e nove) que contaram com menor quantidade de profissionais, 61 (sessenta e um) e de mães, 105 (cento e cinco). A presença de 4 (quatro) pais e um aumento no número de outros familiares; 4 (quatro) avós e 1 (uma) prima materna.

A diminuição do número de sessões em 2019 foi devido às orientações do Método Canguru, para que as mães pudessem realizar com mais frequência o contato pele-a-pele com seus bebês, bem como pela necessidade de espera de atendimento no Banco de Leite na própria Unidade Neonatal e, ainda, pelo receio referido por algumas mães de se afastar da beira leito.

Outros aspectos da rotina institucional também influenciaram na redução do oferecimento do grupo. Inicialmente o grupo ocorria no espaço do refeitório e posteriormente foi alocado em espaço mais adequado e de fácil acesso das mães. No entanto, a destinação de uso da sala em que era realizado o grupo, para outro propósito, ocasionou o retorno do grupo para o espaço do refeitório, o que obrigava as usuárias a descerem duas rampas extensas. A mudança de espaço físico foi determinada pela diretoria técnica sem considerar as argumentações e a solicitação da preceptora e terapeuta ocupacional e demais membros da equipe multiprofissional; psicólogos e assistentes sociais que realizavam atendimentos individuais e/ou grupais, o que contraria a ideia de ambiência que pode ser usada como uma ferramenta facilitadora de processos de trabalho, atendimento humanizado e acolhedor; contributiva para a produção de novas subjetividades e otimização de recursos (Brasil, 2010b).

As dificuldades de espaço físico adequado para o desenvolvimento do grupo, e as condições de saúde de algumas mulheres que estavam no puerpério imediato ou tardio, que apresentavam desconforto para percorrer trajeto mais longo devido a dor na incisão cesariana, cólicas e lombalgia (Sousa et al., 2009; Tomasoni et al., 2020) podem ter contribuído para a menor frequência nas sessões grupais.

No que se refere às oportunidades de interação interprofissional entre os residentes, identificou-se diferentes composições entre os residentes participantes do grupo a partir do registro documental. Todas as áreas profissionais tiveram oportunidade de interagir no mínimo com outras três profissões diferentes, como encontram-se descritas na Tabela 5.2.

Tabela 5.2 - Distribuição de interações entre residentes das áreas profissionais durante as sessões grupais “Diário: Primeiras Histórias”, HMEC, SP, 2020

Área profissional	Enf	F	Fi	Fga	N	P	SS	TO
Enfermagem	--	--	3	--	4	6	1	11
Farmácia	--	--	1	--	--	1	--	3
Fisioterapia	3	1	--	--	3	13	4	18
Fonoaudiologia	--	--	--	--	1	5	1	10
Nutrição	4	--	3	1	--	7	1	16
Psicologia	6	1	13	5	7	--	6	31
Serviço Social	1	--	4	1	1	6	--	15
Total	14	2	24	7	16	38	13	104

Fonte: a autora.

A organização do grupo foi planejada para que residentes das diferentes áreas profissionais tivessem oportunidade de participar, juntamente com a preceptora e terapeuta ocupacional da instituição, nas atividades relacionadas às ações de acolhimento às mães e de desenvolvimento do grupo “Diário: Primeiras Histórias”. Tais ações possibilitaram até 7 (sete) interações interprofissionais na área da psicologia e no mínimo 3 (três) interações, na área da farmácia. O maior número de interações foi com a terapia ocupacional, tendo em vista que, por ser profissional da instituição, esteve presente nas sessões como preceptora. Portanto, embora houvesse 7 (sete) áreas profissionais na residência, 8 (oito) profissões estiveram envolvidas nas atividades grupais.

Embora tenha ocorrido uma participação maior do número de residentes nas sessões grupais conforme demonstrado, foram elegíveis para serem entrevistados

19 (dezenove) profissionais, dado que, conforme critério de inclusão completassem no mínimo 3 (três) participações no grupo, como indica a Tabela 5.3.

O convite para participação dos residentes na pesquisa foi realizado por meio de comunicação direta, e-mail e aplicativo *WhatsApp*. Do total de 19 (dezenove) residentes e profissionais egressos elegíveis para a entrevista, 15 (quinze) aceitaram ser entrevistados, perfazendo 79%.

Tabela 5.3 - Residentes entrevistados, segundo área profissional, HMEC, SP, 2020

Área profissional	Participantes	Elegíveis	Concordantes
Enfermagem	7	2	1
Farmácia	3	--	--
Fisioterapia	7	3	1
Fonoaudiologia	5	2	2
Nutrição	7	3	3
Psicologia	7	6	6
Serviço Social	7	3	2
Total	43	19	15

Fonte: a autora.

Todas as categorias profissionais tiveram residentes elegíveis, com exceção da farmácia, que não obteve o número de participações suficientes para alcançar os critérios de inclusão para ser entrevistado. No entanto, vale destacar que a participação dos residentes da área da farmácia em algumas sessões ficou demonstrada na análise do registro documental e nos depoimentos de residentes entrevistados das outras áreas, motivo pelo qual são referidos na análise dos dados qualitativos.

Os residentes atuantes e egressos elegíveis para entrevista, mostraram-se receptivos para participarem da pesquisa, e responderam prontamente ao convite para as entrevistas. 14 (catorze) profissionais, 93% optaram pelo encontro presencial ao invés de mídia digital (Skype), por considerar que esta última promoveria um distanciamento na entrevista. Uma única entrevista (7%) foi realizada via Skype e não foi identificado prejuízo pelo participante, quanto ao desenvolvimento do diálogo e dos temas abordados na entrevista, apesar do incômodo de duas falhas na conexão, necessitando a retomada da conversação.

Em relação à duração das entrevistas, 5 (cinco) entrevistas foram de até 29 (vinte e nove) minutos, perfazendo 33%, 6 (seis) entrevistas de 30 (trinta) a 49 (quarenta e nove) minutos, perfazendo 40% e 4 (quatro) entrevistas de 50 (cinquenta) a 60 (sessenta) minutos, perfazendo 27% do total.

A categorização sociodemográfica dos residentes entrevistados (Tabela 5.4) demonstra que os participantes da pesquisa foram majoritariamente do gênero feminino, com 93%, com exceção de 1 (um) residente do gênero masculino, 7% do total. A faixa etária concentrou-se entre 25 (vinte e cinco) e 34 (trinta e quatro) anos, com 80% de solteiros, 80% de formação com menos de 2 (dois) anos e com maior participação na atividade grupal constam R2, 78%.

Em relação aos residentes entrevistados, 40%, a maioria, constou da área da psicologia, seguida por nutrição com 20%, fonoaudiologia e serviço social com 13% e enfermagem e fisioterapia com 7%.

No que se refere a oportunidade de interação interprofissional dos entrevistados entre as categorias profissionais durante a atividade grupal “Diários: Primeiras Histórias”, HMEC, nos anos 2017 a 2019, pode ser identificada pelo número de participação nas sessões grupais, conforme tabela 5.5.

Verifica-se uma diversificação das oportunidades de interação: residentes da enfermagem tiveram 50% de interação com as demais áreas profissionais, fisioterapia 50%, fonoaudiologia 25%, nutrição 33%, psicologia 54% e serviço social 31%.

Tabela 5.4 – Caracterização sociodemográfica dos residentes participantes da atividade grupal “Diários: Primeiras Histórias” nos anos de 2017 a 2019, HMEC, SP, 2020

Caracterização dos residentes entrevistados	
Gênero	
feminino	14 (93%)
masculino	1 (7%)
Idade	
20 a 24 anos	1 (7%)
25 a 29 anos	8 (53%)
30 a 34 anos	4 (27%)
35 a 39 anos	2 (13%)
Estado civil	
solteiro	12 (80%)
casado	3 (20%)
Profissão	
enfermagem	1 (7%)
fisioterapia	1 (7%)
fonoaudiologia	2 (13%)
nutrição	3 (20%)
psicologia	6 (40%)
serviço social	2 (13%)
Tempo de formação	
<= 6 meses	1 (7%)
7 a 23 meses e 29 dias	10 (67%)
>=24 meses	4 (26%)
Total	15 (100%)

Fonte: a autora.

Tabela 5.5 - Interação dos residentes com outras áreas profissionais no grupo “Diário: Primeiras Histórias”, HMEC, SP, 2020

Nome*	Profissão	Enf	F	Fi	Fga	N	Psi	SS	TO	Total de áreas **
1- Alice	psicologia	1	–	1	1	–	–	1	4	5 (62%)
2- Cecília	psicologia	1	–	2	1	1	–	2	4	6 (75%)
3- Clara	psicologia	1	–	4	–	–	–	2	5	4 (50%)
4- Esi	nutrição	–	–	3	–	–	1	–	4	3 (37%)
5- Helena	psicologia	–	–	–	2	–	–	–	3	2 (25%)
6- Isadora	serviço social	–	–	–	–	1	–	–	4	2 (25%)
7- Liana	nutrição	3	–	–	–	2	2	–	6	3 (37%)
8- Liz	fonoaudiologia	–	–	–	1	–	1	–	3	2 (25%)
9- Luíza	fonoaudiologia	–	–	–	1	–	2	–	4	2 (25%)
10- Maria	nutrição	–	–	–	–	1	2	–	4	2 (25%)
11- Marina	psicologia	–	1	–	–	1	1	–	4	3 (37%)
12- Rafaela	serviço social	–	–	1	–	–	3	–	4	3 (37%)
13- Tarsila	psicologia	3	–	4	1	5	1	1	8	6 (75%)
14- Valentina	enfermagem	–	–	1	–	1	–	1	3	4 (50%)
15- Yasmim	fisioterapia	–	–	1	–	1	2	1	5	4 (50%)

* Nome Fictício ** Áreas diferentes

Fonte: a autora.

A única área profissional presente em todas as interações foi a terapia ocupacional, porque a profissional era preceptora e presente na grande maioria das sessões de grupo. Tal diversidade de encontros proporcionou diferentes momentos de educação interprofissional, oportunidade de trocas e interações dialógicas com outros e o desenvolvimento de práticas colaborativas no contexto da integralidade do cuidado no hospital (Cecílio, Merhy, 2003).

A análise compreensiva e interpretativa dos dados qualitativos ocorreu a partir dos conteúdos do registro documental das sessões grupais com as mães e familiares de bebês da UTIN por meio da atividade “Diário: Primeiras Histórias” na unidade neonatal e entrevistas semiestruturadas sobre a experiência dos residentes. Buscou-se refletir sobre a contribuição para a Educação Interprofissional em Saúde dos residentes do Programa em Neonatologia, participantes da atividade grupal bem como estudar os possíveis efeitos da relação estabelecida entre as atividades realizadas e a percepção dos residentes sobre a prática colaborativa e a manifestação de competências e do agir comunicativo no desenvolvimento da estratégia grupal. Assim, análise temática dos conteúdos desse conjunto de informações deram origem a 1 (uma) categoria temática e 7 (sete) subcategorias, conforme disposto no quadro 5.2.

Procurou-se produzir, com a discussão dos resultados, texto fidedigno aos achados empíricos, conforme preconiza Minayo, ciente de que se trata de “um momento na práxis do pesquisador” (Minayo, 2012, p. 625) e que, portanto, é apenas mais um olhar que se abre para outras oportunidades e questionamentos.

Quadro 5.2 - Categorias e subcategorias levantadas a partir dos dados obtidos com os registros documentais e entrevistas com os residentes, HMEC, SP, 2020

Categorias	Subcategorias
<p>5.1 Aprendizagem interprofissional no contexto do cuidado por meio do dispositivo grupal</p>	<p>5.1.1 Da construção do projeto ao desenvolvimento da interprofissionalidade</p> <p>5.1.2 Vivência da prática colaborativa e a mobilização de saberes e competências profissionais</p> <p>5.1.2.1 Figura do preceptor enquanto mobilizador de competências</p> <p>5.1.2.2 Desconstrução de estereótipos</p> <p>5.1.3 Em busca do entendimento mútuo e a contribuição para o cuidado integral</p> <p>5.1.3.1 Procura do êxito técnico: dilemas da amamentação para a integralidade do cuidado?</p> <p>5.1.3.2 Possibilidade de fortalecimento do vínculo e ressignificação da experiência de hospitalização para as mães</p>

Fonte: a autora.

5.1 APRENDIZAGEM INTERPROFISSIONAL NO CONTEXTO DE CUIDADO POR MEIO DO DISPOSITIVO GRUPAL

A proposição de prática interprofissional por meio de atenção de modo grupal com as mães, surgiu como iniciativa dos próprios residentes, que foi acolhida e reconhecida como válida pela preceptoria. Os residentes R2 da área de psicologia motivados pela experiência desenvolvida em outro serviço (Alencar, 2011) sugeriram em princípio, a realização de um diário pela equipe responsável sobre os cuidados com os bebês internados na UTIN, que aguardavam avaliação da Vara da Infância e da Juventude e com possível alta hospitalar para um Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA). No entanto, dado o contexto da UTIN, surgiu a proposta de grupo de mães para a confecção do diário com as primeiras histórias dos bebês, conforme segue:

A gente pegou a inspiração do que o “Instituto Fazendo História” faz, com crianças mais velhas em serviço de acolhimento. A gente pensou que por estarmos em maternidade, tínhamos o privilégio de começarmos isso antes, de podermos marcar esse começo antes e não esperar chegar lá na frente (...) e, também, marcar a história com a mãe e oferecer para ela a oportunidade de escrever, registrando dentro da própria UTIN (Cecília Psi).

No processo de discussões e de planejamento da atividade com os residentes da psicologia, que posteriormente se somaram os residentes da fisioterapia, a preceptora e terapeuta ocupacional colaborou para a reconfiguração da proposta, a partir do contexto do serviço:

O surgimento da atividade dos diários foi na UTIN: uma experiência vivencial das demandas que estavam surgindo. Fomos percebendo que seria mais pertinente naquele momento iniciarmos por algo que seria mais emergencial, que era ter um espaço de acolhida para os pais da UTIN em um número maior [...] era uma necessidade do serviço de que existisse esse espaço (Clara Psi).

A necessidade de criação de proposta que promovesse a convivência entre mães acompanhantes de seus bebês internados na UTIN, encontra-se na compreensão de que possam ocorrer dificuldades na assimilação e enfrentamento das mudanças ocorridas com o nascimento prematuro, o que envolve o olhar conjunto de *valores e ética* no cuidado, conforme percepção dos residentes:

Pais que diariamente escutavam uma série de orientações, claro que muitas vezes pertinentes; não estamos desvalorizando isso – mas, cadê o espaço para que eles possam colocar a emoção que estão sentindo, de forma mais livre? (Clara Psi).

E a gente foi construindo essa ideia, pensando em como não deixar esse buraco: a internação apenas como coisa ruim; a internação marcada apenas por questões técnicas, médicas, mas que (...) a mãe e o companheiro ao contarem a história do bebê durante a internação, possam resgatar todos esses sonhos (Cecília Psi).

Na perspectiva habermasiana, por meio de questionamentos e abertos ao diálogo; na busca por outras respostas, os residentes denotam o potencial para a produção de uma razão comunicativa e possibilidades de reinvenção da realidade (Craco, 2006).

Nesse contexto, o projeto “Diário: Primeiras Histórias”, se desenvolveu como grupo aberto, para favorecer a participação das mães em qualquer momento da internação e consistiu na construção de um diário pelas mães e/ou outros familiares de bebês internados na UTI neonatal, que apresentavam quadro clínico com prognóstico para maior permanência no hospital. O diário era produzido por meio da escrita e registro das histórias iniciais e do compartilhamento de experiências em grupo, para permitir a expressão e resignificação das vivências maternas frente à internação prolongada, promoção do protagonismo das mães, fortalecimento do vínculo mãe-bebê e das famílias e seus bebês.

A cada encontro, após a apresentação pessoal dos participantes e da proposta da atividade grupal, estabelecia-se entre os participantes um acordo ético de sigilo sobre os conteúdos que porventura poderiam ser manifestos no grupo e compromisso. Era estimulado que algumas das mães/acompanhantes que participaram anteriormente explicassem aos novos participantes qual era a proposta do grupo e os profissionais presentes complementavam as informações.

Para favorecer a dinâmica de desenvolvimento do grupo os materiais ficavam disponibilizados sobre as mesas com as cadeiras ao redor, para melhor distribuição dos participantes sentados. Eram apresentados pelos profissionais diversos materiais, tais como: cadernos com folhas brancas com capas plásticas de cores sortidas; materiais de papelaria (canetas, lápis de cor, caneta com tinta para tecido, colas para diversos materiais, folhas de papel sulfite e cartolinas de cores e padrões variados; materiais de armarinhos (fitas de tecido); folhas de etileno acetato de vinila (E.V.A.) de várias cores e padrões, adesivos com alusões à desenhos, imagens diversas, personagens, letras do alfabeto e números); moldes previamente preparados com E.V.A. como figuras representando bebês, carrinhos, animais, flores e outras solicitações que porventura os participantes pudessem fazer durante a atividade.

Os profissionais permaneciam à disposição para auxiliar na atividade, fosse recortando, procurando alguma figura que os participantes quisessem utilizar ou mesmo, criando o item desejado. Não havia temas previstos a serem abordados no grupo e, tampouco, a pretensão de um enfoque educativo. Tratava-se de um grupo de acolhimento que utilizava como recurso a construção do diário para expressão livre das mães e familiares acompanhantes. Os profissionais eram facilitadores para a construção dos diários e para favorecer a participação dos componentes do grupo.

Ao término da atividade, era disponibilizado um envelope para que as mães e demais familiares acompanhantes levassem o diário do bebê ou, se assim o preferirem, deixassem guardado com a coordenadora do grupo até o próximo encontro. Algumas mães deixavam os diários, pois não tinham armário para guardar objetos ou relataram receio de esquecer de levar na sessão seguinte. Nesse caso, solicitamos que identificassem o seu diário com nome e telefone de contato e reiteramos o sigilo com que seria guardado.

Antes das despedidas e agradecimentos pela participação de todos, a terapeuta ocupacional solicitava uma breve avaliação quanto à participação das mães e familiares acompanhantes e suas críticas e sugestões, que eram posteriormente registradas em formulário próprio.

Também no formulário eram realizados apontamentos levantados na reunião entre os residentes participantes e a preceptora, ao término de cada sessão grupal. Assim, esse encontro entre os profissionais também se traduz como um campo fértil para a experimentação da interprofissionalidade, visto que surge a oportunidade

para elucidar aspectos práticos e teóricos da formação, bem como a experiência prévia dos profissionais e suas especificidades, que podem colaborar para maior aprofundamento do que é vivenciado no grupo e buscar responder às necessidades das usuárias (Batista, 2012).

5.1.1 Da construção do projeto ao desenvolvimento da interprofissionalidade

A criação de uma proposta assistencial com alcance a todas as mães com bebês internados na UTIN ocorreu na perspectiva da humanização enquanto norte de práticas de cuidado, buscando oportunizar um espaço de acolhimento, dado os desafios que se apresentam no ambiente hospitalar. Quanto ao tempo de internação, pode variar conforme o quadro clínico severo da prematuridade e outros diagnósticos e soma-se aos desafios os procedimentos de alta densidade tecnológica.

As mães passam muito tempo na maternidade; as acomodações na UTI não são confortáveis e elas relatam que, ou elas ficam aqui, pensando nos problemas que elas têm em casa ou elas estão em casa, pensando nos problemas que têm aqui [...] estão sempre mergulhadas na questão negativa e ficam muito cansadas e se cobram muito. Vejo o grupo dos diários na questão da humanização, porque ele tira a mãe desse cenário pesado (Cecília Psi).

Cecílio e Lacaz (2012) apontam para a utilização de tecnologias de saúde disponíveis para melhoria da saúde adequadas às necessidades dos usuários e suas condições de vida. Consequentemente, distorções a respeito do consumo de tecnologias devem ser evitadas: primeiramente, o entendimento de que as tecnologias de saúde representadas pelos aparelhos sofisticados e os procedimentos seriam a principal estratégia para a saúde, em detrimento das condições de vida, uma vez que os conhecimentos específicos das várias profissões de saúde constituem as tecnologias mais utilizadas.

Esse entendimento sobre a importância outorgada e conseqüente papel crucial das “tecnologias duras” nomeadas por Merhy no cuidado aos bebês internados também é relatado por outros autores, como motivo de angústia para as mães (Lacerda, 2017). As conseqüências desse entendimento para a dificuldade de se estabelecer a preocupação materno-primária e o vínculo mãe-bebê são parte da preocupação dos profissionais. Como aponta o depoimento a seguir:

Além de uma UTI, é uma UTI neonatal, é muito “ponta de pirâmide”! Um lugar cheio de restrições, para a própria saúde do bebê: um ambiente com muita tecnologia que justamente dificultava a formação de vínculo e a parentalidade; o fazer e ser mãe e pai dentro da UTIN, além dos medos que vêm ali no pacote: “Vou ter o meu filho ou não vou?”, e “Mas posso tocar? Tem hora para isto?” “Para dar de mamar tem o jeito certo de segurar, também a higienização...” Então, tem muita regra e que vem com aquele adicional: “Quando eu for para casa, é uma criança diferente, como vou fazer?!” (Clara Psi)

O depoimento corrobora as observações de Braga e Morsch (2003) de que no contexto da UTIN, os pais acreditam ocupar um papel secundário devido à percepção de que a sobrevivência do bebê ocorre pelo cuidado dos profissionais e/ou em função das máquinas. Paralelamente à situação de impossibilidade de participação dos pais na UTIN em relação aos cuidados com os próprios bebês, forma-se uma imagem de fragilidade sobre o seu bebê e a necessidade da tecnologia sofisticada da UTIN, o que colabora para reforçar essa imagem negativa (Brazelton, 2002).

Por conseguinte, esses pais apresentam dificuldade de exercer a parentalidade durante o período em que o bebê está internado, ao se sentirem “desorganizados, desnorteados, ansiosos e terrivelmente cansados, sendo incapazes de compreender o que está acontecendo e de responder adequadamente” (Brum; Schermann, 2004, p. 463).

Tendo em vista que a hospitalização da criança e seus cuidados podem reproduzir o assujeitamento dos familiares, uma vez que os códigos e condutas no hospital encontram-se distantes de suas experiências de vida; mães e pais com filhos na UTIN podem experimentar sentimentos mais intensificados de sofrimento (Mitre, 2006).

Nesse contexto de internação prolongada, o terapeuta ocupacional pode, além da atuação específica com o plano individualizado de intervenções com o bebê internado, colaborar com os familiares e a equipe da unidade neonatal ao realizar comunicação efetiva numa tentativa de apoio no processo da hospitalização (Dittz; Rocha, 2018).

As ações específicas que uma mãe geralmente pode fazer pelo bebê: sustentar, conter, segurar, numa rotina de cuidado que caracteriza o “*holding*”, compreendido aqui como “sustentação”, (Winnicott, 1975; Khedy, 2017) fundamental para o desenvolvimento inicial, ficam limitadas na UTIN. Na situação limite dos RN prematuros, significa dizer que tudo aquilo que é possível a esta mãe fazer por seu bebê (Lamy et al., 2005), exige que ela se adapte do ponto de vista das suas ações e emoções, às necessidades do recém-nascido de modo a potencializar o cuidado e o seu próprio papel de mãe e buscar que os momentos de convívio sejam prazerosos para ambos.

No entanto, a própria mãe também expressava a necessidade de um ambiente de “*holding*” identificado nos registros documentais das sessões de grupo em que se constata o sentimento de frustração e incapacidade de uma mãe acompanhante frente às dificuldades de exercer a maternidade no contexto da UTIN. “Uma mãe referiu não poder fazer nada: ao querer trocar o bebê, era repreendida. Ao pedir para ser ensinada, porque acreditava poder aprender, recebia um não. Queixava-se de que lhe ofereciam psicóloga, ao que ela respondia não querer conversar e afirmava que estava claramente com raiva. Para ela, só faltavam lhe chamar de doida” (RD).

O registro denota a contradição da primazia do cuidado técnico com o bebê e as necessidades trazidas pela mãe, do seu desejo de exercer a maternagem. Dessa maneira, evidencia-se a importância de se estabelecer uma relação de escuta e de acolhimento e “a oferta de espaço para reconstrução de intersubjetividades” (Santos et al., 2014, p. 44), um espaço para compartilhamento de emoções e experiências, inclusive sobre o que é possível realizar com o bebê, no estado em que este se encontra.

Dado que a experiência da UTI se traduz em um ambiente mais hostil e frio pela alta tecnologia e o tipo de cuidado prestado, o presente estudo se concentra nas chamadas “tecnologias leves” e dentre elas, a tecnologia da escuta representaria a maior imaterialidade,

[...] da produção de formas singulares de cuidado, aquela que se dá no encontro do profissional com cada usuário, a partir das necessidades que apresenta naquele momento singular de sua vida. Tecnologia de saúde que contém um elemento de improvisação ou de criação, que é dada mais pela experiência, quando a medicina ou trabalho em saúde, se revela como arte. A arte da escuta, do encontro, da troca (Cecílio; Lacaz, 2012, p. 17-18).

À essas tecnologias de encontro, relacionais, soma-se o vínculo profissional-usuário na atenção à população acompanhada nos serviços. Entendido como um encontro intersubjetivo, o vínculo envolve relação de confiança, de empatia e de troca no encontro de sujeitos e, portanto, é terapêutico, tendo em vista que favorece e propicia uma postura mais autônoma dos sujeitos ao constituir uma necessidade de saúde (Cecílio; Lacaz, 2012).

Acho que um dos pilares da humanização é a questão da escuta, do acolhimento, e eu acho que o grupo é bem isso [...] dar um espaço para as mães falarem, que não se resume à doença do bebê, trazer outro espaço é humanizar mesmo; tentar trazer essa subjetividade [...] é um dos poucos momentos que a gente *escuta*”(ênfase na voz) (Helena R1Psi).

Vejo que as mães que estão no grupo dos diários têm um caminhar diferente na internação. Por exemplo, eu tinha muita dificuldade para acessar a M [...] e no grupo, ela fluía muito bem. Ela chegou a ir para a médica e dizer que não aguentava mais ver o filho sofrer e conseguiu chegar num ponto assim, de se expressar (Alice Psi).

Ao lado dos procedimentos de alta densidade tecnológica, representados pelos aparatos de uma UTIN como as incubadoras, monitores, bombas de infusão entre outros, ocorrem as “tecnologias leves-duras” representadas pelas especializações como a psicanálise, por exemplo.

No atendimento psicológico tem um setting definido que a gente tenta preservar para que as questões da mulher possam surgir e a gente possa ir trabalhando com cuidado [...] Na vertente da psicanálise, a profissional tem de estar um pouco mais neutra, se é que isso é possível. Mas tem de se guardar um pouco da sua subjetividade para colocar a da paciente e

[...] no grupo não tem disso, né? A gente está ali mesmo e achei difícil me adequar, mas não achei negativo; acabou virando mais um recurso a ser usado (Tarsila Psi).

A autonomia do indivíduo frente às adversidades causadas pelos problemas de saúde irá depender da existência do vínculo com o profissional ou equipe, das condições de vida e do acesso às tecnologias necessárias (Cecílio; Lacaz, 2012). Por isso, a importância de um olhar para a atuação interprofissional, principalmente de jovens em formação, aqui representados pelos residentes, possam vivenciar a oportunidade de desenvolver práticas que favoreçam a humanização e a integralidade do cuidado (Duarte et al., 2013).

A mudança de postura que a prática interprofissional requer, envolve a reflexão e o desenvolvimento de formas de atuação que respondam de modo integral e coeso às necessidades do usuário e sua família.

Nesse sentido, o grupo potencializa a expressão da mãe e denota a importância do olhar para a existência das mães “enquanto mulheres dentro da UTIN, já que tudo é voltado para o bebê” (Clara Psi). Autores apontam para a importância de que esses dispositivos para os pais sejam marcados pela expressão e pelo lúdico, como as oficinas de arte, as quais podem caracterizar oportunidades para expressar e elaborar sentimento de frustração e de esperança, constituindo “instrumentos de resgate da competência parental” (Braga; Morsch, 2003, p. 64).

Deste modo, a utilização de diferentes materialidades mediadoras em espaços terapêuticos, tais como cartas, fotografias e objetos/lembranças, entram como facilitadores do brincar, podendo proporcionar a espontaneidade, a criatividade, mudanças e sustentação emocional através da postura ativa dos sujeitos (Gil; Tardivo, 2011).

A importância do cuidado diferenciado fica exemplificado no modo como as mães assumem o grupo como um espaço próprio e apresentam a atividade para as novas participantes, conforme registro documental: “Uma mãe referiu que se tratava de um grupo gostoso, em que as pessoas se sentiam bem. Um grupo onde se escrevia o que se deseja para o bebê: sobre os sentimentos, como foi o nascimento, como é o tempo dentro do hospital”. Outra mãe acrescentou que “o diário era um caderno em branco para colocar a história do bebê; para que se escreva o que de bom e de mal aconteceu com o bebê; para que ele soubesse como foi a internação, quando crescer” (RD).

A dinâmica grupal de interação entre com as mães e residentes possibilitou aos mesmos a construção de um novo espaço de educação interprofissional, por meio das experiências de atendimento diferenciado e compartilhado, em que se evidenciam a aquisição e o emprego de um saber por meio de uma atitude de escuta e de acolhimento enquanto tecnologias de cuidado.

É um desafio você sair desse lugar de saber e poder estar ali com uma escuta acolhedora e poder estar ali para tentar entender o que está naquela relação para além do saber técnico [...] estava todo mundo ali, num jeito horizontal para ouvir o que essa mãe e pai traziam de preocupações, de medo, de sonhos e intermediando e mediando nesse sentido; sem impor um saber (Cecília Psi).

No desenvolvimento da atenção grupal com as mães e familiares da UTIN, a interação interprofissional foi facilitada e potencializada pela participação conjunta dos profissionais das diferentes áreas de formação da residência. Delineia-se desta forma, um olhar que vai além do modelo biomédico, altamente presente no ambiente da UTIN e que releva a importância de outras abordagens que envolvam aspectos ocupacionais e emocionais dos bebês e seus pais (Dittz; Rocha, 2018).

A gente imagina: ali está a mãe que precisa aprender isto e aquilo porque o bebê vai ter alta e o bebezinho tem uma questão [...] de fisioterapia. Mas, ali [...] não temos o papel de “olha, você faz assim” [...] acho que a gente está naquele espaço, aberto para ouvir. Acho que os grupos têm a importância do espaço de fala (Rafaela SS).

A aprendizagem mostrou-se significativa, a partir da percepção dos residentes sobre a contribuição da participação na atividade “Diário: Primeiras Histórias” para a formação nos demais cenários de prática nas quais a equipe encontrava-se envolvida, bem como o seu reconhecimento e reflexos da experiência no percurso da residência e na formação profissional, conforme aponta a seguir:

Acrescenta bastante na nossa vivência. Com certeza há uma modificação no olhar, no antes e no depois da participação no grupo. Até em pensar em outros espaços, outros grupos, como no AC, por exemplo (Alice Psi).

E a horizontalização também, porque na condução do grupo, a gente tenta acolher todas as mães, as dúvidas e não transmitir

apenas a informação, como se eu estivesse fazendo uma palestra, um monólogo. Então, trouxe um modelo, um exemplo que a gente pudesse reproduzir em outros espaços (Liz Fga).

A experiência de programas de residência multiprofissional em saúde para a formação profissional e a disseminação de práticas colaborativas de saúde é reconhecida pelo potencial de mudanças que está diretamente relacionado com as estratégias pedagógicas desenvolvidas nos cenários de prática (Medina, 2016). Ao mesmo tempo, nas práticas terapêuticas ocupacionais, o uso de atividades grupais e as técnicas de análise de atividade e de análise dos papéis sociais dos usuários podem ser compreendidas como ações da terapia ocupacional que contribuem para a construção de propostas em conjunto com outros profissionais (Medina, 2016).

Portanto, compartilhar experiências e interações promovidas pelo convívio interprofissional pode auxiliar no desenvolvimento de competências colaborativas.

A oportunidade de interação entre os residentes das diversas áreas, nos diferentes momentos da atividade terapêutica-ocupacional “Diário: Primeiras Histórias” favoreceu uma prática interprofissional, que pode se constituir como ferramenta para repensar a intervenção de modo a produzir uma aprendizagem interativa e engajada (Mesquita-Lago et al., 2018). Desse modo, a experiência extrapola o compartilhamento estático de saberes, dá lugar às interações inerentes ao trabalho e favorece uma prática compartilhada, (Mesquita-Lago et al., 2018; Pessoa et al., 2021) ao convidar “ao atravessamento e à transposição de fronteiras disciplinares [...] em favor de um trabalho coletivo” (Kastrup, 2013, p. 151-2).

A abordagem em grupo no cenário hospitalar no contexto da residência multiprofissional, configurou-se como contraponto à especialização e fragmentação das práticas, na medida em que se desenvolveu enquanto estratégia de prática interprofissional para a promoção de ações e práticas articuladas e reflexões dos residentes sobre o cuidado humanizado. Desse modo, identificou-se em consonância com a PNH, que o grupo valoriza os saberes dos sujeitos envolvidos, bem como a autonomia, protagonismo e a corresponsabilidade de usuários e profissionais (Brasil, 2010a).

5.1.2 Vivência da prática colaborativa e a mobilização de saberes e competências profissionais

A EIP é considerada metodologia de integração de ensino-serviço, e consiste em uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos e de forma interativa, tornam-se aptos à prática colaborativa em equipe e em rede, com o objetivo do cuidado integral (Reeves, 2016; WHO, 2010; Forte et al., 2016).

Nesse contexto, as RMS constituem propostas com potencial para o desenvolvimento da interprofissionalidade (Peduzzi et al., 2016), pois a experiência de aprendizado interprofissional no contexto do planejamento e desenvolvimento do grupo de mães e sua reverberação nas diferentes dimensões da residência propicia a vivência da prática colaborativa e, como consequência, a mobilização de saberes e competências interprofissionais.

Entende-se competência como a capacidade de agir de modo eficaz em determinada situação, utilizando-se sinergicamente de conhecimentos enquanto recursos cognitivos, todavia sem permanecer limitados a eles (Perrenoud, 1999).

Em consonância, compartilhar experiências e interações promovidas pelo convívio interprofissional no grupo pode ser considerada uma iniciativa que promove a EIP uma vez que se evidencia o caráter coletivo do trabalho em saúde no qual as competências profissionais podem ser reveladas:

Você vê o profissional lidando fora da categoria, do que é específico dele [...] categorias que eu acho que são “menos multi”: [...] que têm um pouco mais de dificuldade em trabalhar com questões que não são da sua área, mas que o grupo ajuda a desenvolver (Marina Psi).

Tal pensamento corrobora com a ideia de Batista (2013), de que os conceitos de educação e de saúde necessitam ser ressignificados para a compreensão da EIP, envolvendo a construção interativa, dialógica e crítica em situações de ensino-aprendizagem e a saúde compreendida num contexto sócio-histórico-cultural, com a ênfase no cuidado integral.

Foram evidenciadas nos relatos e registros documentais as 4 (quatro) competências colaborativas consideradas essenciais para o trabalho em equipe interprofissional (Interprofessional Education Collaborative, 2016), quais sejam: *valores/ética para a prática interprofissional* - compartilhamento de valores entre profissionais de outras áreas, procurando responder às necessidades detectadas pelas usuárias e seus parceiros/familiares; *papéis e responsabilidades para a prática colaborativa* - reconhecimento do próprio papel e o de outros profissionais para avaliar e atender às necessidades de cuidados de saúde das usuárias e seus parceiros/familiares; *comunicação interprofissional* - com as usuárias, famílias, comunidades e profissionais de outras áreas de maneira ágil e responsável que apoie uma abordagem de equipe para a promoção e manutenção da saúde e a prevenção e tratamento de doenças e *trabalho em equipe interprofissional* - relação entre os valores e a dinâmica da equipe para desempenho efetivo entre as diferentes profissões, inter relacionando as demais competências anteriores, para planejar, ofertar e avaliar os planos de cuidado centrado no usuário/população.

As competências colaborativas, acima descritas consideradas, de caráter relacional são responsáveis por melhorar as relações interpessoais e interprofissionais entre as diferentes categorias na dinâmica do trabalho em saúde (Barr, 1998) foram acionadas:

Você acaba criando, acho que um despertar no sentido de ver o outro como ser humano, dentro de suas características, das suas contribuições [...] tanto no grupo dos diários, quanto fora (Ezi N).

Acredito que o grupo seja instrumento transformador para a gente ter trocas. Quando o outro profissional fala alguma coisa, ou faz alguma coisa, você pode observar e levar para a sua prática também ou passa a observar nos pacientes (Maria N).

Competência supõe mobilizar saberes profissionais (Depresbiteris, 2001) a fim de formar profissionais aptos a buscar, pelos próprios meios, maneiras de descobrir e absorver os mais diversos assuntos e assim, serem capazes de identificar quais os melhores instrumentos, considerados pilares da aprendizagem, para “aprender a conhecer”, “aprender a fazer”, “aprender a conviver” e “aprender a ser”, conforme constam no relatório de Delors (1996) para a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).

5.1.2.1 Figura do preceptor enquanto mobilizador de competências

No processo de ensino-aprendizagem, em uma óptica de promoção da aprendizagem colaborativa e significativa, destaca-se a figura do preceptor, na medida em que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (Brasil, 1990). Assim, na utilização de metodologias diversas de ensino que favoreçam a participação e autonomia dos profissionais e o uso das chamadas “tecnologias leves” na produção do cuidado em saúde, pode-se afirmar que há uma tentativa de superação da perspectiva centrada em procedimentos ou nos profissionais (Merhy, 2014).

Para Habermas, a estrutura de nosso saber é proposicional, ou seja, a racionalidade encontra-se mais relacionada com o modo como os sujeitos “adquirem e empregam o saber” (Habermas, 2019, p. 31) do que com a posse do conhecimento. Desse modo, fica evidenciado o papel essencial do preceptor em favorecer a articulação do ensino-serviço na medida em que as atividades pedagógicas estejam diretamente vinculadas às situações de trabalho e à prática social, para a ampliação dos conhecimentos, capacidades e atividades intelectuais dos residentes (Ramos, 2008) e não “simplesmente delegar suas atividades ao residente e não estabelecer uma verdadeira relação pedagógica” (Torres et al., 2019, p. 58).

Assim, nas ações técnicas do cuidado ofertado, na busca de métodos resolutivos e nas discussões interprofissionais, a forma como o conhecimento é adquirido e empregado transparece nos depoimentos dos residentes, bem como suas lacunas se refletem nas práticas.

A própria participação voluntária dos residentes no grupo enfatizou a concepção de trabalho interprofissional e mobilizou os residentes na divulgação e apresentação do projeto para todos os demais colegas:

A gente queria muito que ninguém estivesse lá por obrigação; que desse muito certo e que fosse prazeroso. Porque seria voltado para pais em profundo sofrimento, tentando fazer um resgate da parentalidade. A gente entendia que a qualidade da acolhida seria muito importante então não iria adiantar ser só uma prática que as pessoas fossem lá de cara amarrada. A gente queria sim que tivesse a carga afetiva, a coisa gostosa

de estar presente. Então o que foi pensado foi de apresentar para o residente em uma reunião aberta e muita gente se interessou, se empolgou (Clara Psi).

Embora haja o argumento de que a atividade eletiva possa ser selecionada "pelos estudantes mais sensíveis às mudanças, o que tende a limitar seu impacto" (Peduzzi, 2016, p. 200) não se identificou tal repercussão na participação dos residentes no grupo. Observou-se participação significativa, sendo que, mesmo residentes que não finalizaram o programa da residência participaram da atividade interprofissional. Desse modo, enfatizou-se o caráter crítico e a necessidade de envolvimento e intencionalidade dos residentes para que experimentassem uma prática de formação que se pretendia ser contraponto ao exercício instrumental (Maroja et al., 2020).

A construção do grupo mostrou-se favorável à aproximação entre a preceptora e terapeuta ocupacional e residentes com vistas ao planejamento e gestão das sessões de modo compartilhado, centradas nos usuários e famílias, denotando o trabalho em equipe interprofissional. A experiência do grupo: "Diário: Primeiras Histórias" originou-se de um desejo dos profissionais sobre como se poderia minimizar as necessidades das mães e favorecer um espaço de convivência diferenciado na UTIN, o que fomentou o protagonismo e a corresponsabilidade dos residentes pela comunicação sobre a finalidade do grupo de mães para os demais residentes e para as próprias mães.

Buscou-se um agir orientado por valores em comum no desenvolvimento da preceptoria, na busca do entendimento sobre a situação e a partir dessas interações reguladas por normas e reconhecidas como válidas pelos participantes, ocorreu a coordenação e o desenvolvimento dos planos de ação. Nesse pressuposto de relações, simbolicamente mediadas, a comunicação assume papel central (Habermas, 2019).

Ocorreu o reconhecimento dos residentes em relação à contribuição do preceptor enquanto figura de referência e de intermediação entre a instituição e o programa (Landim et al., 2012), embora o preceptor não conste de modo oficial responsável por área específica. Mesmo assim, identificou-se possibilidade de mediação para o processo de inserção e socialização de recém-graduados no cotidiano do serviço (Junqueira; Oliver, 2020) e na construção da

interprofissionalidade, de modo a ouvir ativamente e encorajar ideias e opiniões e a participação no desenvolvimento contínuo, com o objetivo de melhorar o desempenho e a colaboração da equipe, respectivamente competências relacionadas à *comunicação interprofissional* e de *papéis e responsabilidades* como apontado a seguir:

Uma figura representante, constante, até para pensar o próprio bem-estar das participantes, para saber que aquela figura de referência estaria ali em grande parte dos encontros (Clara Psi).

Esta referência com quem a gente tem bastante afinidade, então a gente não se sente tão exposto. [...] Por ser o primeiro grupo que vai participar, você se sente mais respaldado tanto do lado profissional, pelo preceptor que está ali, quanto de já ter um R2 junto (Marina Psi).

No depoimento a seguir, a competência relacionada à *comunicação interprofissional*, em que se reconhece a singularidade de cada indivíduo (nível de experiência, poder e hierarquia dentro da equipe de saúde) pode contribuir para a resolução de conflitos e relações de trabalho interprofissionais (Interprofessional Education Collaborative, 2016):

Eu me lembro de que já havia um grupo naquele setor, dentro da UTIN, com outro formato do que estava sendo proposto e eu me lembro de que o movimento que havia era de se falar: “Ah, mas a gente fazia o grupo!” Tinha uma retomada muito maior do passado de como as coisas eram, e uma dificuldade de abertura de se reformular o espaço. Pois não era o mesmo grupo que era feito no passado; era uma outra proposta [...] Ter a presença de um profissional da instituição que abraçasse a ideia foi crucial para que essa ideia de fato fosse à frente (Clara Psi).

Na esfera atitudinal a figura do preceptor, para além da aquisição de conteúdos fica evidenciada, na “busca de ser mais”, valorizando-se os saberes dos educandos e a individualidade na sua construção, englobando o respeito às culturas singulares e o impacto nos resultados (Vasconcelos et al., 2015).

Contribuiu para pensar que existem outros recursos para além daqueles que nós estamos acostumados, por tradição da categoria; que existem outros dispositivos, que existem outras formas criativas de se acessar e de se vincular (Clara Psi).

Cabe ao preceptor a tarefa de articular a formação em serviço em espaços abertos à inovação em respostas às necessidades apresentadas pelos usuários, envolvendo as competências consideradas essenciais à prática colaborativa interprofissional. Nestas tarefas destaca-se a importância da interação interprofissional e a relação entre teoria e prática por meio de atividades planejadas, que possibilitem a troca de saberes, crucial para a formação (Mello et al., 2019).

5.1.2.2 Desconstrução de estereótipos

A construção do grupo mostrou-se favorável à aproximação entre a preceptora e terapeuta ocupacional e residentes com vistas ao planejamento e gestão das sessões de modo compartilhado, centradas nos usuários e famílias, denotando o trabalho em equipe interprofissional. A experiência do grupo: “Diário: Primeiras Histórias” originou-se de um desejo sobre como se poderia minimizar as necessidades das mães e favorecer um espaço de convivência diferenciado na UTIN, o que fomentou o protagonismo e a corresponsabilidade dos residentes pela comunicação sobre a finalidade do grupo de mães para os demais residentes e para as próprias mães.

Nesse sentido, o convite para ingresso dos demais residentes na atividade grupal era realizado por aqueles que já participavam, na medida em que o melhor modo de apresentação da proposta aos novos componentes seria a partir da própria experiência.

Tivemos de ter jogo de cintura para explicar a importância de um olhar integral do profissional para a equipe [...] Acho que o principal desafio era passar a visão de que a atenção não é apenas uniprofissional como aprendemos quando saímos da graduação. Então, nessa ideia, como fisioterapeuta da UTI “só” vou trabalhar com a ventilação mecânica (Yasmim Fi).

Identificou-se por parte dos residentes, uma preocupação com o desempenho profissional e a expectativa com os resultados, no entanto, participar da abordagem grupal e interprofissional favoreceu reflexões sobre o cuidado às mães e permitiu ao profissional rever seu próprio papel profissional e formas de atuação, diferindo muitas vezes do caráter técnico da formação na graduação. Portanto, a competência relacionada a *papéis e responsabilidades* foi aprimorada, ao mesmo tempo que se focou na atenção às usuárias, em um resgate constante dos *valores* envolvidos (Interprofessional Education Collaborative, 2016).

Fica claro para mim que não estou naquele momento do grupo para dar uma resposta a elas [...] mas para tentar escutá-las, na verdade. O grupo contribui para isso; para ser um espaço de escuta das mães, de acolhimento; exatamente isso (Helena Psi).

Eu já sabia que o grupo tinha essa característica, também percebi quando comecei a participar [...] Nos outros encontros fui relaxando um pouco sem ter uma cobrança muito grande no que poderia sair dali, enfim; só de estar com elas, poder conversar, abrir um espaço já era suficiente, porque o resultado era bom (Isadora SS).

Residentes demonstram a compreensão de que o acolhimento pode ser realizado por todos da equipe interprofissional e, ao reconhecer a realidade trazida pelo usuário, o profissional pode confrontar seu olhar e ampliar o alcance do cuidado, demonstrando novamente a inter-relação entre *valores* e *papel profissional*.

O grupo é a abertura desse acolhimento, e pensando dentro da prática do SUS, é a humanização. Você não precisa de uma formação específica para ter essa abertura. E a proposta do grupo era justamente essa: conhecer de uma outra forma, mais afetiva e acolhedora essas mães que frequentavam e estavam ali nesse momento tão delicado (Clara Psi).

Todo mundo estava num lugar de [...] ajudar as mães [...] a contar essas histórias e a gente se envolvia no cortar as coisas, no ajudar a colar [...] era um grupo muito diferente porque não tinha aquele caráter informativo de que cada profissão tinha algo a dizer sobre o bebê ou sobre a relação mãe e bebê (Cecília Psi).

Achei que a minha participação foi realmente mais dentro da questão multiprofissional, da gente se integrar e não ficar muito dentro da caixinha, da gente conseguir dialogar com essas mães, conseguir abrir espaço para elas poderem falar e aí nesses momentos, acabava de uma forma horizontalizada (Isadora SS).

Papéis e respectivas responsabilidades profissionais e estereótipos ficam evidenciados com a preocupação descrita pelos residentes sobre o silêncio das usuárias durante a abordagem grupal, através do no momento de reflexão pós-grupo: “se as mães não deveriam falar mais e se os profissionais não deveriam provocar mais diálogo” (R2N; RD). Esse estranhamento dos papéis profissionais pode ser elaborado, quando outra residente respondeu que “o grupo ficava em silêncio, mas trabalhando, trocando ideias e materiais de um jeito tranquilo e amistoso” (R2Enf, RD), “e que ela (residente) não se preocupava com o silêncio desde que observasse que as mães estavam satisfeitas e que a avaliação delas (mães) fosse positiva” (R2Enf RD). Em complemento, em outra experiência trazida pelo grupo observou-se: “que uma das mães havia falado muito, o tempo todo, mas que não constituía algo bom, no sentido positivo. Perceber o envolvimento no que estavam fazendo podia ser mais importante do que o falar” (R2Enf RD).

Desconstruiu-se a ideia de silêncio como algo que incomoda ou que denota desinteresse, e que existem diferentes modos de participação e de manifestação das vivências e não necessariamente têm relação com o desempenho profissional. De modo similar, houve a possibilidade de reflexão sobre a percepção do cuidado, “de coisas que devem ser observadas e modificadas [...] sob a forma de táticas e estratégias” (Fagundes; Fróes Burnham, 2005, p. 110).

Pode-se observar nesse encontro entre profissionais e mães, a dimensão profissional do cuidado regida pelos três componentes a seguir: a competência técnica específica; a postura ética do profissional em procurar atender o melhor possível as necessidades do usuário e a partir dessa disponibilidade, a capacidade de construir vínculos com o usuário. Assim, procurar conhecer a realidade trazida por esse outro, usuário do sistema, permite ao profissional confrontar seu olhar e ampliar seu alcance (Cecílio; Lacaz, 2012), através de reflexões sobre o desempenho.

O propósito primordial do grupo “Diário: Primeiras Histórias” configura-se como espaço de acolhimento e favorecimento de trocas entre os participantes,

portanto, não cabe a conotação mecanicista da transferência de procedimentos técnicos, na qual o sujeito acaba por ser transformado em objeto, receptor de conteúdos (Freire, 2013).

Foi importante a gente não fazer algo tão fechado. Cada um tem uma forma de passar pelo sofrimento; então, deixou isto muito marcado, respeitar esse tempo de cada um e a forma de cada um se expressar. A ideia do diário deixou isso muito forte, porque era um livro em branco (sorriso) e a gente não estipulava nenhum tipo de regra: Olha, os materiais estão aqui, usem como quiserem (Clara Psi).

A dimensão ampliada do cuidado possibilita revelar múltiplas leituras dos problemas enfrentados pelos usuários e que podem causar no profissional a sensação de impotência e de angústia (Vasconcelos et al., 2015). A importância do diálogo e da construção coletiva das soluções decorre da compreensão da impossibilidade e da não resolutividade do agir profissional puramente prescritivo e técnico, por mais aprimorado que possa se apresentar (Vasconcelos et al., 2015). Esta reflexão é corroborada pelos relatos de residentes que reconhecem os efeitos do formato mais aberto e livre do grupo e a postura de escuta e de acolhimento, que possibilita a expressão do outro, ao mesmo tempo que favorece reflexões sobre o papel profissional e a expectativa de utilizar sua expertise.

A gente sai da faculdade com esse imaginário de que tenho de dar conta [...] vou ter de acolher, saber falar a coisa certa no momento certo [...] mas acho que o mais importante é escutar e acolher [...] o grupo contribui para pensar que em algumas situações a gente não vai ter resposta e é isso (Helena Psi).

Na dinâmica do grupo, o processo de misturar-se implica criar uma disponibilidade para conviver com o outro profissional, conhecê-lo, respeitá-lo em suas singularidades na perspectiva de construir relações interpessoais mais inclusivas (Batista, 2012). Esse processo de convivência durante a construção da prática assistencial e de relações, promove a contribuição de saberes diferenciados, evidenciada nos depoimentos que se alinham à manifestação de “fronteiras interprofissionais [...] reivindicando a comunalidade como trabalho de/em equipe” (Ceccim, 2018, p. 1740). Essa experiência fica evidenciada nas reflexões a seguir:

Senti a participação mais interdisciplinar, na qual eu não tinha a função exata como fonoaudióloga e os outros profissionais não tinham a função exata de suas formações no momento do grupo, porém contribuímos para o acolhimento das mães e para o atendimento humanizado (Liz Fga).

Também favorece o “aprender a conviver” ao utilizar duas ideias que se complementam: a descoberta progressiva do outro e posteriormente, “a participação em projetos comuns, que parece ser um método eficaz para evitar ou resolver conflitos latentes” (Delors, 1996, p. 97).

Vi alguns profissionais abertos ao grupo, a esse formato de tirar a expectativa do profissional e de tirar o jaleco e “estou aqui para contribuir” [...] um tipo de desarme: “vou vivenciar, presenciar este grupo” (Ezi N).

Dá para perceber muito essa inter, acho que nem é inter, mas essa transdisciplinaridade, dessa quebra [...] dessas barreiras entre as categorias profissionais (Helena Psi).

O aprendizado interprofissional contribui para romper com a lógica de formação no ensino superior que dificulta a interação entre os cursos da área da saúde desde as barreiras físicas visíveis na distância entre os prédios de uma universidade, até as barreiras culturais em que a lógica conteudista da formação uniprofissional pode influenciar na construção da identidade profissional, o que “dificulta a adoção de estratégias capazes de formar atitudes, habilidades e valores pautados na colaboração” (Costa, 2016, p. 198). Assim, neste estudo, ao contrário, a experiência dos residentes no grupo ocorre a partir da desconstrução das barreiras que dificultam o estabelecimento de relações profissionais colaborativas, tema que se mostrou comum entre modelos interprofissionais bem sucedidos: o de favorecer a compreensão da própria identidade profissional e, ao mesmo tempo, dos outros papéis profissionais na equipe de saúde (Bridges et al., 2011).

Os residentes ficam com aquele receio, por causa dessa coisa de saber, de informar, de orientar e de como fazer; num lugar de poder e de saber. Mas quando eles participaram do grupo, viram que era uma coisa mais horizontalizada, que vai fluindo de acordo com o que as mães vão trazendo e a gente vai

solucionando algumas dúvidas ou trazendo alguns questionamentos (Alice Psi).

Se a gente pensar, é muito difícil enquanto pessoa sustentar algo tão aberto, porque a categoria acaba sendo uma muleta que a gente acaba usando de conforto. É muito mais fácil a gente conduzir algo fechado, semi-estruturado. Lidar com algo aberto - a gente não sabe o que pode ocorrer: Eu vou saber lidar? Alguém começa de repente a chorar no meio do grupo, o que eu faço? Acolhe (Clara Psi).

Portanto, há o favorecimento da *desterritorialização* centrada na formação biomédica e em procedimentos (Franco; Merhy, 2013), a desconstrução da imagem do desempenho ocupacional e das expectativas dos residentes quanto à própria atuação profissional e a potência da descoberta da construção do novo, desconhecido e do imprevisto:

A questão da desconstrução vem porque as categorias que participavam dos grupos já tinham uma atuação individual dentro da UTIN; tinham esse acesso para continuar um trabalho mais direcionado, específico. Mas tinha esse grupo como um espaço aberto, em que podia estar presente a questão do vínculo, desse acolhimento que independe da formação, da categoria. (Clara Psi).

O grupo contribuiu nessa questão da desconstrução de que sou a nutricionista e que só posso contribuir como nutricionista; para tirar a questão do jaleco, da formação que você teve, que você carrega e dizer assim: Não, eu estou no grupo e no que eu posso contribuir e se não posso contribuir, estou ali para apoiar. São atividades colaborativas de ações manuais, mas teve momentos de silêncio e teve momentos de conversa e você também escuta o outro profissional. E desarma a questão de que é de outra categoria, porque é a visão do humano, da vivência familiar, da visão da mãe que traz o seu sofrimento ou as suas expectativas ou as suas preocupações, a sua alegria no futuro (Ezi N).

Ao mesmo tempo que há reflexões sobre o desempenho individual no trabalho interprofissional, valoriza-se a *comunicação*, a importância do cuidado, a fim de gerenciar de forma construtiva divergências sobre valores, papéis, objetivos e ações, que podem surgir entre os profissionais e se contrapõem a lógica tradicional de formação:

O maior desafio é porque, tipo, pensando na fisioterapia em um ambiente hospitalar, não se pensa em desenhar! (risos). Isso é desconstruir. Achei fantástico isso de desconstruir até o papel do profissional de saúde, não que eu vá deixar de ser fisioterapeuta se eu brincar com uma criança ou se eu estiver pintando com um pai. O desafio era passar isso de forma que não ficasse a ideia de que: “Ah, esse profissional não quer trabalhar.” Dependendo do profissional, alguns achavam legal, outros não falavam abertamente, mas davam a entender que pensavam que era “enrolar o serviço”. Alguns residentes também tiveram mais dificuldade, mas aos poucos isso foi desconstruindo (Yasmim Fi).

Pensar em desenhar, repensar o papel do profissional, a atitude de deixar o jaleco de forma espontânea para participar do grupo, demonstra a compreensão de outro modo de se relacionar, uma tentativa de horizontalização das relações e de aproximação entre os participantes do grupo.

A assimetria da relação profissional e usuário não corresponde à proposta de humanização uma vez que esta defende a implicação dos sujeitos no cuidado e a valorização dos saberes de cada participante na construção conjunta do projeto terapêutico (Sato, 2014), conforme destacado a seguir:

O grupo favoreceu [...] a humanização. No sentido de que existiu o estímulo ao diálogo, ao contato com a outra pessoa, não apenas através da palavra, mas através da convivência dessa atividade em conjunto, ao sentar à mesa para trabalhar junto. E humanização, no sentido de facilitar a percepção de que existem sujeitos, tanto por parte dos pacientes quanto dos profissionais que estão ali, por trás do jaleco- pessoas com histórias, com pensamento próprio, com características individuais [...] já deixavam a “capa” de fora (sorriso) (Tarsila Psi).

A possibilidade de atuação conjunta no grupo surpreendeu de modo positivo os residentes, desmistificando a visão prévia dos profissionais de psicologia e de nutrição e apoiou o reconhecimento da contribuição das diferentes áreas para o cuidado integral e humanizado, contribuindo para a competência relacionada ao *trabalho em equipe*, conforme segue:

Traz um olhar mais amplo, mas também de desmistificar, de retirar o carimbo. os rótulos de que aquele profissional é daquela categoria e traz uma questão mais colaborativa: Olha,

ele tem habilidade. E acho que isso trouxe a maior coisa que foi a aproximação [...] levava essa leveza no trabalho (Ezi N)

A gente acaba se surpreendendo [...] com a abertura de colegas que vêm de uma formação que a gente imagina [...] mais fechada, mais tecnicista. Quebrou o estereótipo de que eu espero uma postura mais acolhedora de quem é da psicologia, do serviço social e da terapia ocupacional porque tem uma articulação com a saúde mental muito forte. Mas ali, no grupo, você vê que não (Clara Psi).

Foi surpreendente ver outros profissionais que tradicionalmente não tinham um olhar para a subjetividade [...] compraram a ideia junto com a gente, apostaram na ideia de que o diário podia de fato, ressignificar essa história de relações (Cecília Psi).

A descoberta e valorização do aprendizado interprofissional ocorrida por meio do dispositivo grupal com as mães de bebês da UTIN chama a atenção sobre a falta de participação de residentes de medicina, dada a sua importância para a qualificação do cuidado ofertado às usuárias. Tal qualificação leva em consideração o aprendizado ocorrido na dinâmica do cuidado experienciado, ao utilizar habilidades específicas e complementares de todos os membros da equipe, denotando a competência relacionada aos *papéis e responsabilidades profissionais* (Interprofessional Education Collaborative 2016).

Foi uma experiência imensamente rica, [...] uma das coisas que todos os profissionais deveriam passar, que o pessoal da equipe médica poderia vir junto, porque a visão deles é muito clínica, [...] com pouco interesse pela parte multiprofissional. Para que o médico visse que o ser humano tem outro lado, para além da metabólica, que ele tem vida social, que não dá para julgar. E até melhorar como se comunicar, porque você pode estar tocando o outro, sem querer, de uma forma agressiva, por mais que não seja a sua intenção (Yasmim Fi).

Constata-se que o hospital configura espaço de aprendizagem dos trabalhadores da área da saúde durante a sua formação e inclusive de pós-graduação (Feuerwerker; Cecílio, 2007). No entanto, os residentes das áreas consideradas multiprofissionais se deparam como uma realidade distinta em relação a equipe médica, voltada para visão biomédica em que as competências relacionais

e de comunicação não parecem ser valorizadas. De modo que possibilita considerar a respeito da capacidade do modelo biomédico ser suficiente para a formação integral de profissionais da saúde (Nogueira-Martins, 2006).

Os relatos da experiência dos residentes corroboram com a concepção do aprendizado e da EIP como um meio para superação do desconhecimento e do preconceito entre as profissões de saúde, visto que o aprendizado conjunto dos profissionais provoca qualificação do cuidado, maior capacidade de entendimento mútuo, valorização da contribuição de cada profissional para a prática colaborativa e o abandono dos estereótipos negativos (Barr, 2002).

Evidencia-se que os residentes demonstram ter ultrapassado a visão do conhecimento restrito às atribuições de cada categoria e a necessidade de fomentar o protagonismo dos atores envolvidos para que se desenvolva a corresponsabilidade pelo cuidado (Mesquita-Lago et al., 2018). Assim, a experiência no grupo desperta nos residentes o interesse de repensarem a própria prática, de modo que a competência *trabalho em equipe interprofissional* se inter-relaciona com a competência sobre *papéis e responsabilidades e comunicação* (Interprofessional Education Collaborative, 2016):

A gente muda a postura, parece que é um momento em que a gente consegue realmente estar horizontalizado com as mães. É algo que a gente tenta muito, mas é muito difícil porque o contexto é de passar o conhecimento (Liz Fga).

O protagonismo e a corresponsabilidade dos residentes ficam evidenciadas pela participação nas diferentes etapas da atividade grupal que compreenderam o planejamento, desenvolvimento do grupo e reunião pós-grupo entre os profissionais para a reflexão e o registro da experiência vivenciada. Ademais, no compromisso e cuidado com o funcionamento do grupo em que destacam as posturas proativas dos residentes ao convidar colegas e mães de bebês internados na UTIN, para participarem do grupo bem como na guarda e entrega dos diários para as mães cujos bebês recebiam alta, para aquelas que deixavam os diários com os profissionais.

Os depoimentos traduzem a importância de comunicar claramente os papéis e responsabilidades aos usuários e membros da equipe, inclusive na execução do projeto e ao escolher ferramentas e técnicas eficazes para facilitar discussões e interações e comunicar a importância do trabalho. Desse modo, o “aprender a fazer”

exige qualidades como a comunicação, trabalhar juntos e dirimir conflitos (Delors, 1996), envolvendo qualidades não necessariamente transmitidas pelas formações tradicionais “e que correspondem à capacidade de estabelecer relações estáveis e eficazes entre as pessoas” (Delors, 1996, p. 95).

Teve uma resistência inicial: por estarmos numa residência, a instituição compreendia que nós estávamos lá mais para absorver um conhecimento e não necessariamente para uma troca. E o movimento que fez, inclusive, esta ideia surgir, nasceu exatamente da troca entre residentes e profissionais. Então tivemos a necessidade de escrever, formalizar o projeto, realizar um resgate bibliográfico, justificar a importância teórica dele. A partir da construção desse projeto e o apoio de uma profissional da casa foi o que ajudou muito (Clara Psi).

O próprio processo de construção do grupo foi um aprendizado, porque a gente tem uma noção muito imediatista das coisas [...] tem um caminho a ser percorrido: a gente tem de conversar, tem de estruturar as questões, tem que enfim, trocar ideias, compor para que saia um trabalho mais humanizado. Tem de lidar com egos, toda uma preocupação com hierarquias; são muitas questões (Tarsila Psi).

Deste modo, a prática interprofissional vivenciada pelos residentes está em consonância com o termo “comunidades aprendentes” empregado por Ceccim (2018), as quais envolvem a problematização de relações de poder e transformam “momentos de situações de conflito e disputa em estratégias didático-pedagógicas de confronto de ideias e negociação” (Ceccim, 2018, p.174).

No contexto de atenção hospitalar a agilidade no desenvolvimento das atividades é fundamental dada à rotina de cuidados inerente a esse serviço. Ademais, ajustar a programação das atividades da residência se tornou um desafio para a concretização de uma atividade de assistência que pudesse congrega profissionais de diferentes áreas. Tal premissa mostra a importância do processo comunicacional para o trabalho colaborativo, desde a primeira troca de ideias, planejamento e realização das etapas de um projeto comum. Ao mesmo tempo, encontra-se relacionada com as práticas educativas, no contexto de trocas e aprendizagem.

Assim, a necessidade de interação entre os residentes ocorreu desde o planejamento inicial para a definição de funcionamento do grupo de acordo com a

rotina hospitalar, sendo necessárias a escuta ativa, o encorajamento de ideias e opiniões, a *comunicação interprofissional*, o desenvolvimento de consenso e a integração de conhecimentos e experiências, respeitando os *valores* e prioridades no *trabalho em equipe interprofissional*:

Na base de muita troca, de muito diálogo, a gente conseguiu pensar no dia da semana mais pertinente, no horário para que os pais pudessem aderir (Clara Psi).

Uma planilha para que os residentes pudessem se organizar e revezar a participação no grupo, [...] mas também de ouvir o que eles tinham a contribuir [...] uma relação bem horizontal (Cecília Psi).

O reconhecimento de residentes que participaram do planejamento e execução da atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias” sobre o potencial de aprendizado e do efeito benéfico para as mães participantes ficou demonstrado na preocupação e na responsabilidade pela continuidade do projeto, demonstrando compromisso ético e protagonismo nas relações interprofissionais.

A gente tinha um papel de sustentação frente aos outros profissionais [...] por sermos residentes, sabíamos que a nossa participação tinha um tempo limitado no projeto [...] tínhamos que passar a importância do projeto para outros residentes para que “comprassem” a ideia e ajudassem a sustentá-la (Cecília Psi).

Identifica-se o efeito da participação dos residentes nos grupos para a formação profissional, bem como os momentos de troca e discussões posteriores ao término das atividades dos grupos com a preceptora de terapia ocupacional, os quais propiciaram a valorização da experiência interprofissional a partir da utilização do escopo de conhecimentos e habilidades, enfatizando a competência de *papéis e responsabilidades profissionais* (Interprofessional Education Collaborative, 2016).

Havia um momento posterior ao grupo em que ficavam só os profissionais e a gente conversava sobre o que cada um pensava e o que cada um ouviu. E era muito interessante, pois cada um escutava uma coisa diferente e a gente podia trocar o que cada um percebia das famílias [...] Então era um momento de troca [...] para justamente fazer esse exercício de sair desse lugar do saber; de sair desse lugar de “a gente sabe alguma coisa e vai ensinar para o outro” (Cecília Psi).

Muitas falas do pessoal da psicologia me fizeram ver de outra forma: principalmente a questão de enfrentamento e de relação com o luto, com os bebês de internação crônica. A gente se sente impotente enquanto profissional porque sabe que aquele bebê provavelmente irá a óbito se tiver alta (Yasmim Fi).

A gente teve aquele caso: uma mãe com algumas dificuldades pessoais de comunicação e de autocontrole, mas ela conseguia fazer uma autocrítica e não relatava problemas comigo e com uma residente de psicologia. Porque o “difícil de lidar” está na nossa dificuldade de mudar de estratégia, dificuldade de comunicação [...] realmente falta na equipe uma capacidade de mudar de estratégia, de entender “que está tudo bem, que não é pessoal, porque é tudo muito personalizado”. Acredito que o grupo do diário tenha esse potencial de suavizar e humanizar a visão da equipe do berçário (Isadora SS).

Desse modo, no caso da mãe irritada com a rotina do serviço e que gritava “que iria quebrar tudo e que se recusava a participar de reuniões com a equipe médica” (RD), uma residente procurou desenvolver uma relação de confiança com a usuária e comunicar aos demais membros da equipe envolvidos no atendimento, sua visão sobre o ocorrido e a importância de se utilizar uma linguagem respeitosa e apropriada para determinada situação de conflito, abarcando as subcompetências ligadas aos *valores e ética e comunicação interprofissional* (Interprofessional Education Collaborative, 2016). O “aprender a conviver” demonstra que a *comunicação no trabalho em equipe interprofissional* pode dirimir conflitos e encontrar soluções.

A aproximação e a interação entre os residentes promovida pela atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias” contribuiu para o maior conhecimento de outras áreas e o desenvolvimento da habilidade de comunicação, conforme os relatos seguintes.

A importância de olhar como um todo, e não de forma fragmentada para aquele bebê ou aquela mãe. Saber trabalhar em grupo é uma questão muito difícil. Não se é preparado, mesmo as profissões que tradicionalmente trabalham em grupo. E quando a gente está lá, tem de aprender a trabalhar com a diferença para dar continuidade ao cuidado; vai aprendendo que não sabe tudo e vai aprendendo também a

escutar ao outro e entender a diferença: que cada pessoa vem com uma formação completamente diferente da sua, o que não quer dizer que é melhor ou pior, mas que vocês precisam encontrar um jeito de trabalhar juntos (Cecília Psi).

Dessa forma há um reconhecimento pelos residentes que o convívio proporcionado pela atividade grupal e pelo atendimento conjunto às mães e familiares dos bebês internados mostrou que compartilhar *valores* rompeu barreiras e contribuiu para o desenvolvimento de habilidades de *comunicação* e de colaboração interprofissional (Interprofessional Education Collaborative, 2016).

Ajuda muito na comunicação, ainda mais que os profissionais que participam do grupo estão com o mesmo propósito. Então, facilita (Liz Fga).

Aprendi como traduzir esta linguagem psicológica para outras pessoas e como também tornar este espaço atrativo e trazer o conhecimento de um grupo que tinha essa configuração mais “psi”, para outras áreas (Tarsila Psi).

Desse modo, a busca por uma *comunicação interprofissional* é um desafio, uma vez que se procura evitar terminologia específica da disciplina e expressar os conhecimentos com confiança e clareza, de modo a garantir o entendimento comum de informações (IPEC, 2016).

A gente tem que sair da nossa caixinha e conseguir falar na mesma linguagem do colega. E muitas vezes, é mais simples a gente ficar no nosso linguajar técnico, do nosso campo já confortável. É mais fácil tentar ser claro, falar na linguagem de alguém que tem um nível diferente do nosso, de compreensão, do que com o nosso colega [...] com quem a gente vai trocar ideia [...] Tínhamos de ser claros para poder chegar ao objetivo que a gente queria (Clara Psi).

O processo comunicacional envolve potencialidades e desafios na busca da humanização do cuidado e mostra a importância e os desafios de se validar e reconhecer o discurso dos envolvidos no processo (Deslandes; Mitre, 2009).

Nessa perspectiva habermasiana, em que “o processo comunicativo acontece no contexto das relações preestabelecidas por modelos de assistência cristalizados e acriticamente reproduzidos” (Deslandes; Mitre, 2009, p. 644) pode-se observar que ocorre um horizonte norteador que abre espaço para as trocas e possíveis confrontos de argumentos numa postura de “igualdade dos participantes em

argumentar, interpretar, recomendar, justificar, explicar, baseados na veracidade e sinceridade” (Deslandes; Mitre, 2009, p. 644) e conseqüentemente, alterar padrões preexistentes.

5.1.3 Em busca do entendimento mútuo e a contribuição para o cuidado integral

Na relação entre demanda e oferta, a integralidade consiste em ação social que resulta da interação dos sujeitos envolvidos nos planos da atenção individual e da rede de serviços (Pinheiro, 2006). Em ambos os planos, os aspectos subjetivos e objetivos devem ser considerados e os residentes reconhecem a importância da integralidade do cuidado como uma dimensão das práticas profissionais:

A gente começa a ver o que seria essa integralidade: é a maneira de ver o paciente como um todo. A maneira como ele se expressa é diferente quando ele está numa atividade em grupo [...] esse paciente dentro do contexto de vida dele e de tudo o que vivencia na internação. Mas também tem a ver com essa conjunção da gente também aprender com os outros profissionais que estão naquele espaço (Rafaela SS).

Fortaleceu a visão interprofissional porque fortaleceu a questão da integralidade do indivíduo. A própria discussão que a gente fazia no final do grupo, entre os profissionais que mostravam seu ponto de vista. Por exemplo, aconteciam coisas do meu lado que eu não via, mas outro percebia. Acontecia [...] aperfeiçoamento da percepção pois a minha formação me preparou para prestar atenção em algumas coisas (Yasmim Fi).

Desse modo, o grupo de mães envolveu outras formas de cuidado, diferentemente das tradicionalmente desenvolvidas no hospital, pois surgiu a partir do observado no cotidiano do serviço e na identificação das necessidades dos usuários. Para tanto, convém que as linguagens e ações com ênfase biomédica sejam enriquecidas com a construção de articulações entre si ou com outros procedimentos diferenciados (Ayres, 2006).

O cuidado nas práticas de saúde possui lugar privilegiado de “atitude e espaço de reconstrução de intersubjetividades, de exercício aberto de uma

sabedoria prática para a saúde” (Ayres, 2000, p. 120). A experiência com a abordagem grupal com as mães favoreceu aos residentes refletirem sobre outras propostas assistenciais das quais participavam e reconfigurá-las no espaço relacional (Ayres, 2000), na perspectiva da construção de possibilidades de ações mais integradas entre as áreas profissionais.

Nos deu muitas ideias (na residência). Tanto que agora tem a reformulação do grupo dos cuidados com o bebê (grupo de orientações na alta hospitalar) e a discussão multiprofissional de casos (Rafaela SS).

Nossa forma de conduzir outros grupos também se tornou diferente. Participei de dois tipos de grupo e foi tendo mudanças: o nome do outro grupo era “Grupo de Alta” e se tornou “Grupo dos Cuidados com o Bebê” porque quando convidava a mãe para participar do Grupo de Alta, a mãe já imaginava a alta. Então, há uma preocupação com o que o outro nos escuta, em como a mensagem chega. Foi uma mudança importante [...] muito válida, que eu vejo como uma tentativa de humanização (Liz Fga).

Em suas reflexões, os residentes mostraram-se sensíveis à importância da comunicação com as mães e buscaram aprimorá-la com a redefinição do nome do grupo de “alta”. Sendo assim, há um entendimento da integralidade do cuidado na percepção da busca por respostas às necessidades que se traduzem enquanto práticas profissionais. Transparece no depoimento da residente que o objetivo da comunicação é chegar a um entendimento sobre o que foi dito (Habermas, 2019) e que o profissional assume dois papéis a um só tempo, em um processo circular em que ele é “iniciador”, na medida em que efetua sua prática e também é “produto” dos processos de socialização e dos grupos aos quais frequenta (Habermas, 1989).

Na busca do entendimento e para a coordenação das ações necessárias para a concretização do projeto, a vivência da prática colaborativa demonstra afirmativamente a perspectiva do agir comunicativo de Habermas, para o qual a linguagem, enquanto “*medium* de comunicação a serviço do entendimento” (Habermas, 2019, p. 194) “preenche a função da integração social ou da coordenação dos planos de diferentes atores na interação social” (Habermas, 1989, p. 41).

Na compreensão de Habermas, a verdade, sendo pretensão de validade, será tratada com base na ideia de um consenso racionalmente motivado e intersubjetivamente realizado através da linguagem e do entendimento baseado em argumentação livre de coerções e de acordo com as pretensões de verdade proposicional, correção normativa e veracidade e autenticidade expressiva (Moraes Júnior, 2015). Portanto, a formulação de uma razão dialógica segue uma via reconstrutiva que evita um modelo que tenha a pretensão de ter o privilégio do saber (Moraes Júnior, 2015).

Assim, no contexto da prática em serviço se verifica a compreensão dos residentes sobre a importância de redefinição por parte da equipe de saúde e de seus processos de trabalho (Mattos, 2006), de modo que ocorra o entendimento e a comunicação efetiva, com o objetivo de alcançar a integralidade do cuidado.

A concepção e o funcionamento do grupo diferem do modelo médico e tecnológico do ambiente hospitalar: uma residente se surpreendeu com a reação da mãe que estava preocupada com a duração da sessão e com o possível prejuízo na hora da mamada ao perguntar sobre a necessidade de autorização para sair da sessão. A residente explicou que poderia sair a qualquer momento que precisasse ou quisesse e a mãe com expressão preocupada, pediu confirmação se realmente poderia sair. A residente a tranquilizou, reiterando que, caso não gostasse do grupo, poderia voltar à sala do bebê, sem quaisquer problemas ou prejuízos (RD).

Essa demonstração do quanto as mães estavam destituídas de poder de decisão, assujeitadas aos procedimentos técnicos tanto quanto seus bebês, ficou mais uma vez evidenciada quando perguntavam se podiam fixar com cola os adereços nas folhas, se lhes era permitido fazer de uma ou de outra maneira, mas principalmente quando perguntavam ao término da sessão se poderiam levar o diário de seus bebês para casa. Essa dúvida mostrou-se tão recorrente que no início das sessões foram acrescentadas as informações de que os materiais eram disponibilizados para o uso livre e que os diários eram para elas e seus bebês.

A análise inspirada em Habermas possibilita buscar a ação comunicativa no contexto de uma lógica do entendimento e da interação entre os sujeitos e ultrapassar a lógica da ação instrumental, em que não há a busca do diálogo, mas o repasse de informações que se julgam pertinentes ao quadro diagnóstico, integrando ao objetivo de êxito técnico, a expectativa de decisões e de proveito (Habermas, 1989).

Eu me sinto *diferente* (fala com ênfase) quando estou no grupo dos Diários, em comparação ao grupo que fazia para amamentação (referindo-se à experiência anterior em outra instituição). [...] Por mais que a gente tente horizontalizar a relação, ainda tem aquele caráter de informações clínicas ou de um conhecimento técnico; [...] você acaba ficando um degrauzinho acima e no grupo dos Diários não tem isso. A gente fica no mesmo nível. Acredito que elas (as mães) têm esta mesma sensação (Maria R2N).

Os depoimentos dos residentes corroboram a percepção de que estavam em interação, de modo que não buscavam “apenas na autonomia técnica individual a possibilidade de se expressar como sujeitos de ação” (Fagundes; Fróes Burnham, 2005, p. 111). Por outro lado, também não assumiram um lugar autoritário de controle da contribuição do outro (Habermas, 1989) e as interações corroboram o reconhecimento de um saber “de caráter provisório, que deve ser desafiado por outros saberes, inclusive do cliente, o único especialista na sua própria experiência” (Grandesso, 2000, p. 280), conforme segue abaixo:

A partir do grupo, minha pergunta nunca é baseada no que eu acredito. É sempre no que ele (o outro) me traz [...] a gente deve aprender, principalmente na área da saúde, que por trás daquela pessoa tem uma história, tem uma crença e que quando a gente não estiver do lado do paciente, a gente não consegue ter uma visão do todo. Mesmo assim, a gente não tem a visão do todo (Liana N).

A gente se coloca mais no lugar dos pais. Este é um ponto forte, porque faz muita diferença você chegar na UTI e dizer que “*aquela mãe é irresponsável, não poderia ser mãe*” uma visão diferente de você ver, “saber”, que existem outras coisas que interferem com as mães que tem outros filhos, muitas não podiam ir por conta de não ter dinheiro, da dificuldade dela em poder ir ver aquele bebê (Yasmim Fi).

Na visão dos residentes, as experiências apontam que não se trata simplesmente de aplicar os conhecimentos técnicos específicos de cada profissão, na medida em que reconhecem que no compartilhamento dos projetos terapêuticos

emergem o diálogo e a negociação entre profissionais e usuários na perspectiva da integralidade (Mattos, 2004), como ocorreu:

Chamou a atenção o formato do grupo. Porque nós vamos com a expectativa da contribuição ao grupo como profissional e aí a gente pensa: Não. Vamos escutar. Vamos escutar o que essa mãe traz, essas falas do tipo: será que é rosa para as meninas e só cor azul para os meninos? Na questão de como foram educadas pelas próprias mães [...] como querem fazer com seus filhos. Elas não ficavam somente no recorte das figuras, ficavam nesta entrega da construção de algum carinho por aquele bebê (Ezi R2N).

A desconstrução do papel profissional aos olhos da mãe, do lugar do técnico que teria a crítica e o julgamento das suas ações e da sua capacidade de cuidar do bebê, devido às interfaces com o poder judiciário, principalmente para aquelas mães que têm histórico ou fazem uso abusivo de drogas ilícitas, contribui para a reflexão da prática. Os depoimentos corroboram o papel exercido pelo profissional para a integralidade do cuidado, “quando a configuração dessas práticas assume a forma de um encontro com um usuário” (Mattos, 2006, p. 56).

O grupo dá uma “desconstruída”, ainda mais que a psicologia e o serviço social têm um peso [...] do tipo: “*Ah, vai tirar meu filho*”; “*Vai me julgar*” [...]. No momento do grupo, a gente consegue ficar numa relação mais ou menos horizontal e para a maioria das mães isso ajuda bastante. Elas começam a nos enxergar com uma outra perspectiva (Alice Psi).

O grupo é diferenciado porque é outro momento, em que a gente tenta fazer um atendimento mais próximo, com mais diálogo, sem ser o “detentor do saber” - um atendimento individual tem esse peso nem que seja no imaginário do usuário. E para você desconstruir isso, leva vários atendimentos. Na UTIN isso é mais possível porque as internações são prolongadas (Isadora SS).

É importante ressaltar que uma parte das famílias de crianças internadas na UTIN é composta por mães sem cônjuge, que apresentam problemas sociais e de saúde associados à pobreza, como o abuso de álcool e outras drogas, desnutrição materna, violência doméstica, doenças sexualmente transmissíveis e carências em

relação aos cuidados com a saúde (Scochi et al., 1999). Essas mães e famílias carregam marcas das desigualdades sociais, com significações e experiências de descrença e incapacidade para o cuidado de seus filhos (Lima, 2019).

Para Habermas, “todo processo de entendimento acontece ante o pano de fundo de um pré-entendimento exercitado culturalmente” (Habermas, 2019, p. 193). No entanto, apenas a parte utilizada e tematizada do saber será submetida à prova pelos participantes da interação, sofrendo negociações e alterações nas definições situacionais. Assim, no contexto da prática em serviço se verifica a compreensão dos residentes sobre a importância de redefinições por parte da equipe de saúde e de seus processos de trabalho (Mattos, 2006), de modo que ocorra o entendimento e a comunicação efetiva, com o objetivo de alcançar a integralidade do cuidado.

Habermas entende que, além das suposições “habitualizadas” por tradições culturais, as quais formam pano de fundo do “mundo da vida”, também os grupos integrados por meio de valores e competências servem como recursos para o agir comunicativo. Assim, o mundo da vida constitui o “contexto” da situação de ação e, também fornece os “recursos” para os processos interpretativos (Habermas, 1989), como pode ser vivenciado no grupo de mães, conforme segue. Também mostra que o profissional age tanto estratégica quanto comunicativamente.

Em algum deles eu me lembro que a gente teve uma reflexão sobre a questão do rosa e do azul, que são as cores das capas dos diários fornecidos pelo hospital. Não insisti para não ficar como se eu estivesse tentando dar uma palestra sobre a questão do gênero. Acontece muito quando falam dos maridos e fazem algumas reflexões sobre esses papéis determinados de gênero pela dinâmica que elas têm em casa. Então, acho que tem essa potencialidade, esse papel transformador, socioeducativo, de fazê-las refletir a respeito (Isadora SS).

Importa acrescentar que esse apontamento sobre o uso estratégico na relação com o usuário não se trata de negar a sua existência, porque no cotidiano, ele é utilizado bem como o entendimento mútuo, em um movimento simultâneo (Mikkelsen et al., 2008).

Identifica-se o reconhecimento por parte dos residentes da necessária disponibilidade da escuta por parte do profissional em um movimento de acolhida e validação das demandas trazidas pelo usuário para a elaboração e desenvolvimento do projeto terapêutico (Mattos, 2004; Anéas; Ayres, 2011). Observa-se também a

desterritorialização das práticas de saúde, rompendo com lógicas instituídas, procedimentos-centrados e abrindo caminho para outras subjetividades e expansão de horizontes (Franco; Merhy, 2013; Ayres, 2009).

O trabalho em equipe interprofissional e orientado pelo encontro e um diálogo crítico entre múltiplos saberes e práticas profissionais pode estabelecer a análise entre o fazer e o pensar no cotidiano da produção de Cuidado, enquanto categoria reconstrutiva (Mori; Oliveira, 2009; Ayres, 2009).

Importa reconhecer que as práticas integradas em equipe ocorrem “dentro de uma determinada composição de forças e a partir do desejo de uma construção compartilhada permanente, e não como resultante de um fato natural ou de um ato normativo” (Galheigo, 2008, p. 23), sendo inegável que as práticas em saúde, se integradas, potencializam as intervenções (Medina, 2016).

Assim, a prática colaborativa surgiu a partir da idealização, formulação e responsabilização dos residentes de uma atividade pensada para as mães e familiares do bebê internado na UTIN e como consequência, a aprendizagem da produção do cuidado transparece na busca de solução e inovação frente a mobilização que afetou os residentes durante o processo de formação interprofissional produzida no grupo. Foi possível observar a presença e desenvolvimento de competências colaborativas consideradas essenciais como *valores e ética, papéis e responsabilidades profissionais, comunicação e trabalho em equipe interprofissional*, algumas concomitantemente.

Portanto, identificou-se a abordagem grupal enquanto tecnologia assistencial, que propiciou na prática interprofissional e no contexto da humanização, reflexões sobre a atuação, estereótipos e a busca de entendimento mútuo nos espaços de encontro entre profissionais e usuárias.

Desse modo, a vivência da prática interprofissional por meio da abordagem grupal favoreceu as reflexões sobre os papéis profissionais e a busca do cuidado integral. Há uma relação de troca sobre novas possibilidades de produção do cuidado, em que os profissionais, sejam da residência ou da preceptoría, buscam qualificação na atenção ao usuário.

Também se retoma a importância de induzir a formação e qualificação de recursos humanos para a atenção integral ao cuidado do RN grave ou potencialmente grave em processo de hospitalização, que deve ultrapassar exclusivamente a preocupação técnica e tecnológica, incorporando os referenciais

conceituais e organizacionais do SUS e, no que se refere à PNHAH, com mudanças nos padrões de relacionamento ético entre usuários, profissionais e gestores (Brasil, 2000, 2012a, 2013; Ferla; Toassi, 2017).

O processo da construção do agir comunicativo ocorre no e por meio do “encontro intersubjetivo mediado pela linguagem” e a relação comunicacional que envolve uma “pluralidade de vozes” encontra-se baseada em trocas ativas entre os participantes a partir de um entendimento produzido internamente e aceito como válido por eles, tendo como “horizonte o entendimento, a compreensão e o consenso” (Deslandes, 2004b, p. 27).

Observou-se no desenvolvimento do grupo enquanto tecnologia assistencial, a potência para outros modos de se reconhecer a centralidade do encontro intersubjetivo entre profissionais, profissionais e usuárias bem como outras formas de “valorização da produção de narrativas [...] facilitadoras para a construção do seu significado, de dar sentido emocional” aos participantes (Deslandes, 2004b, p. 28-9).

5.1.3.1 Procura do êxito técnico: dilemas da amamentação para a integralidade do cuidado?

A concepção do grupo de mães como espaço livre de cobranças traz à tona reflexões como os profissionais reproduzem os conceitos e preceitos de uma instituição acreditada como Hospital Amigo da Criança (Brasil, 2014b).

O ato de amamentar ou o tema da amamentação no contexto de um hospital maternidade de referência para bebês de risco é um exemplo que provoca muitos questionamentos e uma necessidade de revisão do modelo profissional. Os residentes da fonoaudiologia identificaram especialmente o estresse e ansiedade sofridos pelas mães, conforme destaca o relato ocorrido no pós-grupo, o qual ressalta o quanto o ato de amamentar pode se tornar mais uma cobrança para as mães, quando elas não o conseguem realizar devido ao próprio quadro clínico severo do bebê, como um dos possíveis fatores (RD).

Ikonen et al. (2015) relatam as dificuldades das mães com a amamentação no ambiente da UTIN, por terem que lidar com as novas demandas. E que os declarados benefícios do aleitamento materno podem se tornar tanto fatores de apoio quanto de bloqueio. Assim, corre-se o risco do que deveria ser uma ação

educativa se configurar como mais uma situação de desgaste para a mãe, conforme identificado nos registros do grupo: “A mãe relatou sobre a angústia que sentia por não conseguir ter leite, dizendo que tentava, mas que sentia que a preocupação causava dificuldade. Relatou como era difícil estar em casa com os outros dois filhos; um de 10 anos e o outro de 7 anos e mais o bebê internado. E ao mesmo tempo, a dificuldade dela em ficar no hospital, o que a fazia sentir-se dividida” (RD).

Para Ayres (2004), importa percebermos a questão da transmissão de informações em contraponto ao compartilhamento, ao problematizar as insuficiências das interações intersubjetivas que ocorrem nos serviços de saúde. É necessário assegurar possibilidades que envolvem políticas públicas e intersetoriais, uma vez que as dificuldades estão relacionadas com a vulnerabilidade e ausência de rede de apoio.

Assim, considerar os dilemas e a realidade vivida por muitas mães, não significa criticar ou menosprezar a importância do incentivo ao aleitamento materno e/ou negar os benefícios comprovados à mãe, ao bebê e à relação do binômio mãe-bebê, além das vantagens econômicas e ambientais para a sociedade (Grummer-Strawn; Rollins, 2015; Rollins et al., 2016). No entanto, igualmente importante é o entendimento de que a amamentação deve também ser vista enquanto possibilidade de escolha da mulher e que faz parte de seus direitos, assim como os sexuais e reprodutivos, cabendo garantir o seu acesso aos profissionais de saúde, munindo-a de informações para a decisão (Martins; Montrone, 2009):

O direito de ser ouvido e acolhido; direito de cuidar de si e dos outros, e de ser cuidado; direito de participar socialmente e de autodeterminar suas vidas. Assim, a emancipação implica a consciência do direito de ter direitos (Galheigo, 2012, p. 181, tradução nossa).

Assim, no contexto da atenção de mães e bebês na UTIN, conflitos emergem na interação dialógica no processo de cuidado e na reflexão dos residentes sobre a importância da amamentação exclusiva e recomendações específicas como posições de aleitamento e evitar o uso de chupeta, por exemplo. Delineia-se aqui a ação dicotômica dos profissionais técnicos; ora sujeitos capazes de serem protagonistas de novos processos e mudanças, ora reprodutores de dadas situações

(Merhy, 2014). A discussão pós-grupo se torna um dos momentos propícios para reflexão dos desafios vivenciados pelos residentes no “trabalho vivo em ato”.

Não posso fechar a minha caixa na nutrição. Eu tenho que saber que aquele paciente tem a sua realidade e eu tenho de adequar o que eu posso fazer; se no caso for “somente” reduzir danos. Eu não posso impor para ele. Acho que para mim nunca foi uma verdade absoluta mas a gente sai muito da faculdade com isso: “a gente tem de fazer o certo”. E nem sempre o *certo* é o que o paciente vai poder fazer. E isso a residência me ensinou: a abrir mais o olhar; que há outros aspectos que a gente tem de considerar, que às vezes agravam mais do que uma nutrição não tão adequada, entende? (Liana N).

No agir estratégico, o grau de interesse e o cálculo de ganhos determinará a cooperação e a coordenação das ações dos indivíduos que se relacionam. Contudo, no agir comunicativo, modelo orientado para o entendimento mútuo, os sujeitos “tratam de harmonizar internamente seus planos de ação e de perseguir suas respectivas metas sob a condição de um acordo” (Habermas, 1989, p. 165) e conseqüências negociadas e alcançadas de forma dialógica. Em todos os momentos, ocorrem tanto o agir estratégico como a tentativa do agir comunicativo, com vistas ao entendimento mútuo.

Na abordagem grupal, residentes de nutrição e de fonoaudiologia apontaram que algumas mães solicitaram ajuda para fazer o enfeite de chupeta nas figuras de bebês utilizadas para decorar os diários. Nesta sessão, de acordo com o registro documental, houve uma breve troca de olhares entre os profissionais antes que se mobilizassem para desenhar e recortar chupetas para as mães que as solicitaram. O evento provocou reflexões conforme identificado abaixo:

A gente sempre acha que como nutricionista, como profissional da saúde, posso ter uma fala de contribuição para essa mãe. E não: (ênfase na voz), às vezes é só escutar, compartilhar uma fala nova, fora da academia, fora do conhecimento de saúde. Como a questão da chupeta, né? Algumas mães pediram para fazer a chupeta (adereço em E.V.A.) e a gente pensando só na

amamentação, mas “Vai, ela vai colocar a chupeta (no desenho) e vai ficar bonitinho” (risos) (Ezi N).

Dessa forma, o acordo a que se objetiva não pode ser imposto ou obtido através de manipulações; ele “depende do assentimento racionalmente motivado ao conteúdo de um proferimento” (Habermas, 1989, p. 165). Na compreensão de Habermas, a verdade será tratada com base na ideia de um consenso racionalmente motivado e intersubjetivamente realizado por meio da linguagem e do entendimento, baseado em argumentação livre de coerções (Moraes Júnior, 2015).

O processo de desconstrução do lugar do técnico e da expectativa do desempenho profissional foram mobilizados nos profissionais de modo que foi possível o acolhimento realizado à mãe participante da atividade grupal, do respeito ao desejo manifesto e de valores culturais trazidos por ela. Por parte da residente de nutrição, o compartilhamento nos momentos de orientação individual e/ou grupal, inclusive interprofissional com a preceptora mostrou o entendimento de que a orientação técnica poderia se dar em outro momento, sem causar prejuízo para o bebê e/ou dificultar a amamentação exclusiva.

é um dos poucos momentos que a gente escuta (se referindo ao grupo), a maioria do tempo são os profissionais que vão dar informação para as mães, e é um dos poucos momentos que elas têm para falar o que sentem e acho que o grupo é um desses espaços para dar voz para elas poderem falar o que elas pensam, o que elas sentem (Helena Psi).

E claro que de vez em quando, acho que é inevitável, alguma coisa própria da nossa categoria dá um salto e daí vem um colega para ajudar a repensar tipo: “Essa é a hora?” Porque a ideia do grupo era outra, [...] existia um outro espaço para esse tipo de informação. Naquele momento a proposta era outra (Clara Psi).

Deste modo evidenciou-se a importância da postura de acolhimento e de escuta e não apenas o papel de educar/informar as mães, ação mais comumente realizada pelos profissionais da saúde. As experiências profissionais dos residentes permitem concordar com os achados de Gorgulho e Pacheco (2008) em que a colaboração no processo de amamentação envolve além de técnicas, um conjunto

de habilidades as quais requerem a escuta ativa, linguagem corporal, atenção e empatia, tomada de decisão quanto à escolha da melhor opção e o seguimento com o apoio necessário à mãe e seu/sua parceiro(a).

Do mesmo modo, a análise inspirada em Habermas possibilita buscar a ação comunicativa no contexto de uma lógica do entendimento e da interação entre os sujeitos e ultrapassar a procura pelo êxito técnico, na lógica da ação instrumental. Percebe-se na prática em saúde a perspectiva da construção de um cuidado integral a partir de uma racionalidade defendida no agir comunicativo, em que há o domínio e o acesso às informações e conteúdos e o entendimento do contexto em que ocorre, considerando-se os consensos e os acordos (tácitos) sem coerções, mas em um processo de “fluxo recíproco” (Artmann; Rivera, 2006, p. 210).

5.1.3.2 Possibilidade de fortalecimento do vínculo entre os participantes e ressignificação da experiência de hospitalização para as mães

O vínculo que se estabelece enquanto referência e relação de confiança, implica em um encontro de subjetividades (Cecílio, 2006), que permite escuta sensível, um toque carinhoso, um olhar que acolhe, uma palavra que apoia, como também pode explicitar conflitos (Pulga, 2014).

A gente percebia esta aproximação maior, principalmente porque era um grupo menor, considerando o número total de profissionais da UTIN. As mães que participavam, começavam a confiar muito mais na gente, tanto para reclamar de questões que tinham acontecido, quanto para agradecer, ou para dizer das preocupações, dos medos (Cecília Psi).

Os residentes se sentiram sensibilizados com a identificação de que a participação das mães no grupo fortaleceu o vínculo e reconheceram com satisfação a diferença da relação estabelecida com as mães participantes do grupo, quando se reencontraram na UTIN, referindo que o olhar das mães era de um reconhecimento mais amistoso, em que passavam a chamar a residente pelo nome e não pela profissão (R2 Enf RD).

Houve uma aproximação entre residentes e as mães [...] a relação vai ficando mais natural, mais “orgânica”, de se encontrar no corredor e se reconhecer (Tarsila Psi).

Como profissional, me sinto muito bem no grupo, é uma humanização para a gente também. A gente sai daquele papel [...] de cuidado daquele bebê e da posição de dar orientações, para construir algo com a mãe e isso é muito bacana. A gente se permite conhecer mais do paciente e o paciente acaba conhecendo mais a gente também, acaba vendo que a gente não é robô, não somos máquinas (Liz Fga)

Identifica-se o contraponto entre as tecnologias “duras” próprias de um contexto de UTIN e as tecnologias “leves”, relacionais, que se observa com a correspondência de um riso, uma conversa amena durante as sessões de grupo, trazendo bem-estar não apenas para as mães, mas igualmente aos residentes e colabora para o vínculo e para a própria assistência.

Fiquei surpreso como aquela mãe, calada, que precisava de outra para responder por ela, no final do grupo já respondia direto. Eu cuido do bebê dela, então já me conhecia, mas não conseguia que ela falasse diretamente comigo [...]. Às vezes, a mãe pode ter vergonha de conversar no grupo e ao chegar na UTIN, ela vem conversar e perguntar alguma coisa para mim. É quando posso conversar e tirar dúvida de um modo simples, sem terminologia técnica (Valentina Enf).

Mesmo que a gente não tivesse uma relação tão direta na UTI, elas (as mães) começavam já a procurar a gente de uma forma mais próxima, sem tanta formalidade. É um vínculo mesmo: a gente não era mais um profissional que estava circulando ali, eles sabiam quem a gente era, qual era o nosso nome, sabia da nossa disposição para aproximação. Isso mudou bastante a partir do grupo (Clara Psi).

No depoimento anterior, surgem questões como confiança, ajustes linguísticos por parte do técnico e a provável “internalização da ideia” (Artmann; Rivera, 2006, p. 211) por parte daquela mãe, de que a profissional mantinha um comprometimento em relação ao apoio na resolução de problemas.

A questão da vinculação entre usuários e profissionais mostrou-se no reconhecimento do atendimento prestado e o agradecimento ficou presente em algumas falas das mães. Próximo ao Natal, na elaboração da proposta de construção de cartões de felicitações, algumas mães pediram que os profissionais escrevessem mensagens para seus filhos. A mãe referiu estar no segundo diário do bebê porque queria falar sobre a equipe que atendeu seu filho e que iria tirar fotos dos profissionais e mostrar ao filho quando ele estivesse maior (RD). Por outro lado, residentes expressaram o sentimento de alegria e de gratificação quando uma das mães pediu que eles escrevessem mensagens para o bebê porque todos haviam feito parte da história dele (RD).

A importância da postura do profissional presente na atividade se reflete de modo positivo na vinculação com as mães participantes do grupo, conforme segue.

A fala de uma das mães quando ela percebe que a gente está ali, de bom grado, [...] disposto a ajudar [...] não me lembro exatamente das palavras: “Ah, a gente vê que tem muito amor aqui, no que vocês fazem!” (A mãe se referia aos adereços confeccionados em E.V.A, disponibilizados para adornar os diários). Todos riram quando ela exclamou: “Deve ter dado um trabalho do ca...” e completou “ramba!”, porque esperavam um palavrão. Foi bem tocante e bem legal, porque a gente percebe que elas sentem que a gente está ali realmente para elas, que não é algo forçado. [...] não é só o fazer, elas sentem como que é feito (Maria N).

A diferença da atitude profissional formal e prescritiva por parte dos profissionais de saúde, muitas vezes vivenciada nos contextos dos serviços, é demonstrada pelas mães com o retorno afetivo e de reconhecimento pelo empenho dos profissionais pelo desenvolvimento do grupo.

Acreditamos que é no encontro com o outro, sujeito singular e coletivo, que a ação profissional é constituída, que o caminho cotidiano a ser feito é criado, construído e “caminhado” em uma aproximação de afetos, delicadezas e diálogos (Galheigo, 2020, p. 23)

Desse modo, chama a atenção para a importância da qualidade interacional que exige o conhecimento aprimorado dos profissionais da saúde em relação aos aspectos interpessoais na atividade assistencial (Nogueira-Martins, 2006).

A participação na atividade grupal também oportunizou o fortalecimento das relações entre os residentes e o desenvolvimento da formação interprofissional:

Foi muito interessante para conhecê-los melhor e eles a mim, principalmente o pessoal da enfermagem [...] eles ficam no Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) e nós [...] acabamos ficando mais na UTIN (Alice Psi).

A relação melhorou, tanto entre nós quanto com os pacientes [...] ajudou muito a gente fortalecer enquanto grupo [...] a comunicação ficou mais horizontal . Por exemplo, não fico muito na neo (UTIN), atendo mais no Alojamento Conjunto e mesmo que eles não me viam todos os dias, me reconheciam [...] a gente está ali, num outro momento: são os mesmos profissionais em outro espaço em que a questão da arte influencia muito. (Rafaela SS).

E de modo similar, ao horizontalizar as relações entre profissionais de saúde, permitindo-se aprender uns com os outros, em uma verdadeira troca de saberes e perspectivas, favorece um novo significado ao trabalho em equipe e à responsabilização na produção do cuidado (Onocko-Campos, 2005).

Portanto, reflexões a partir da atividade grupal “Diários: Primeiras Histórias”, por meio do uso de diferentes materiais, para expressão e elaboração da experiência das mães com seus filhos na UTIN, corroboram com as possibilidades que as artes expressivas têm de compensar o viés de especialização e para “para revitalizar os mundos da vida dos pacientes” (Quinlan et al., 2014, p. 293). Desse modo, a teoria habermasiana ao perceber o potencial emancipatório desses processos comunicacionais, demonstra a capacidade

para compreender o desenvolvimento de uma infraestrutura comunicativa entre grupos de pacientes que, em última análise promove a co-responsabilização entre eles e os profissionais de saúde (Quinlan et al., 2014, p. 295).

Para Lima (2004), o próprio olhar do técnico constitui um acolhimento e se transforma em sinônimo de cuidar. Embora a autora seja específica sobre o profissional de terapia ocupacional, colabora para a reflexão das demais áreas profissionais:

A atenção e o cuidado do terapeuta ocupacional com a forma como uma atividade é realizada, o olhar que dedica àquele que a realiza, pode colocar esta atividade e esta forma de fazer ao seu alcance: possibilita-lhe pensar os possíveis sentidos desta atividade para quem a realiza, porque ela é feita, como é feita, em que situação. Mas aqui já não se trata de um sentido previamente determinado, mas um sentido construído no encontro, no interior do processo terapêutico (Lima, 2004, p. 46).

A escuta e acolhimento favorecidos no atendimento em grupo, contribuem para o fortalecimento do vínculo do usuário com o profissional e possibilitam um outro olhar para o processo saúde-doença, em que se produzem sentidos diferentes a partir da capacidade de reconstruir os modos de viver frente às adversidades (Cecílio; Lacaz, 2012).

O grupo diferencia bastante da prática cotidiana por mais que sejam as mesmas mães que fazemos o atendimento individual; tem uma outra dinâmica que propicia muito mais elas falarem, elas ficarem mais à vontade, trazerem questões que não apareceriam em momento mais individual, que não aparecem no nosso cotidiano. Como elas estão ali com outras mães, acho que isso acaba contribuindo para que elas se sintam mais à vontade para surgir várias questões (Helena Psi).

Os diferentes momentos e atividades presentes no fazer dos diários, envolvem o cuidado com as mães, durante as sessões grupais, o que favorece aos residentes recriar as práticas profissionais, para além das tradicionalmente ofertadas. Assim, o sofrimento provocado pelo processo de internação do bebê começa a ser transformado, pois modificam-se as formas e o peso com que o sofrimento afeta as famílias (Vasconcelos, 2015) e leva à ressignificação da experiência.

Deste modo o grupo enquanto modalidade assistencial, na perspectiva do cuidado integral, se dá pela construção de um espaço para que as mesmas se sintam representadas; “mães de seus bebês”, provedoras e capazes, o que pode auxiliar na maternagem e no protagonismo:

Acho que (a internação) é uma questão muito difícil para as mães e isso as aproxima do bebê: elas se sentem exercendo mais a maternagem quando participam do grupo e fazem uma

atividade voltada para o bebê, escrevem como foi, o que ela sentiu, o que ele fez, se hoje ele sorriu. É poder escrever, poder exercer, poder registrar, contar para as outras pessoas, fazer o bebê realmente “existir” dentro desse período (Isadora SS).

A criação do projeto dos diários com as famílias representa uma tecnologia efetiva (Ayres, 2006), desenvolvida com a intenção de promover um cuidado acolhedor enriquecido de afeto, podendo ressignificar um momento marcado por sentimentos “contraditórios em relação à maternidade [...] com uma ambivalência que geralmente não está presente em outros momentos de sua vida, mas se expressa com toda força na gestação e no pós-parto” (Kern, 2017, p.168-169).

O vínculo estava bem quebrado, porque a mãe já vinha sofrendo um luto durante a gestação. Ela dizia: “Fui preparada desde a gravidez para ter meu filho morto”. Quando ele ficou na UTIN, ela demorou a gerar o vínculo porque todo dia ela pensava: “*Ele vai morrer, ele vai morrer, ele vai morrer*”. Era difícil para ela ter o apego com o bebê e a gente percebia uma certa rejeição da equipe para com ela, um julgamento e preconceito, sem saber dos outros problemas: de aluguel, de casamento, com os outros filhos. Mas a questão do luto era o mais forte, uma questão muito pesada. E o diário ajudou a ela a repensar que ele poderia morrer, mas que estava vivo agora (Yasmim Fi).

Residentes correlacionam a participação das mães e a possibilidade de ressignificação da internação com o espaço de escuta e possibilidade de registro dessa história vivenciada, nesse caso de um luto antecipatório e de suas repercussões para a vinculação mãe-bebê. Deste modo, associam o cuidado ampliado, visto que procuram integrar os familiares do bebê e a humanização ao cuidado integral, como “processo assistencial resultante do conhecimento e da prática das várias categorias profissionais atuantes” (Souza; Ferreira, 2010, p.473).

E o mais importante, o diário dá uma perspectiva de futuro: a mãe comentou que estava fazendo o diário para um dia, mostrar para seu bebê e contar a história dele. Então, dá um respiro, uma esperança, conforme relatou a mãe, que tudo que está acontecendo agora, está ruim, mas tinha o diário aqui, que ela estava preparando para o futuro dele” (Maria N).

As interações entre as mães no momento do grupo reafirmam o potencial terapêutico dessa estratégia assistencial. Uma das mães que compareceu ao grupo, convidada por uma colega, comentou que não sabia que era tão legal, ou teria vindo antes. Quando a colega replicou que a havia chamado várias vezes, confessou que não tinha vindo porque não tinha habilidade. No transcorrer da sessão, ao ouvir comentários de que seu diário estava ficando bonito e de que ela possuía habilidade, exclamou sorridente “que estava se descobrindo” e comentou sobre a amizade entre as mães e que pretendiam manter após a alta dos bebês. Ao dirigir-se à colega que a convidou, contou emocionada que “aquela figura a havia ajudado muito” (RD).

Desse modo, na perspectiva de rede social percebe-se o indivíduo como alguém capaz de protagonismo, “autor e ator de sua história [...] de atos de transformação de uma totalidade composta por relações sociais das quais ele é simultaneamente objeto e sujeito” (Braga, 2006, p. 163). E ao refletir sobre as possíveis e múltiplas inserções do sujeito no contexto de uma rede, traz à pauta a alteridade entendida como questão primordial na humanização do cuidado, porque o seu contrário “é não admitir o dinamismo das interações sociais e reduzir o ser humano a uma dimensão exclusivamente individualista” (Braga, 2006, p. 179)

Percebi que houve um fortalecimento entre os pais da UTIN, criando uma comunidade própria [...] o grupo acabou criando um fortalecimento dessa rede que já existia. [...] me lembro assim: que ela estava passando por um momento muito difícil, de quase perda e ela ficou quieta no grupo, não quis falar nada [...] e o grupo conseguiu “abraçá-la” [...] entender que era o momento dela, que ela queria estar ali, sendo acolhida, mas que o momento não era de falar; o momento era de estar presente de uma outra forma (Clara Psi).

O grupo abre espaço para as mães; um espaço de escuta, de acolhimento e para as mães expressarem [...] o que elas estão sentindo [...]. Essa troca entre elas é muito interessante; faz com que elas pensem, ressignifiquem coisas que elas jamais pensaram. Há um valor quando é uma mãe que fala, porque elas sempre perguntam: “Ah, você é mãe?” Então, parece que só se você for mãe de UTI vai entender. Então, essa fala de uma mãe na mesma situação dela tem um peso muito maior (Helena Psi).

Os depoimentos das mães têm consonância com a experiência com mulheres sobreviventes de câncer de mama, participantes de grupo de artes expressivas, no qual, “a ênfase na pontuação, silêncio e lágrimas dos outros sobreviventes foram compreendidas como formas de validação das experiências” (Quinlan et al., 2014, p. 303):

Há uma capacidade do grupo de acolher a situação de cada pessoa. Mesmo o silêncio que às vezes tinha, não era um silêncio vazio, tinha um sentido. E isso é tão difícil num local com tanta tensão. A gente acha que toda hora tem de justificar, tipo: “Não. Você está triste, mas...” [...] e o grupo soube respeitar a singularidade de cada um. (Clara Psi).

Observou-se o desenvolvimento de uma forma de cumplicidade entre mães que vivenciam a mesma situação na UTIN, na medida em que expressam o quanto a amizade entre elas ajudou nos momentos de incerteza quanto à evolução dos bebês: constituindo uma rede por vezes inexistente fora do hospital (RD). Os depoimentos a seguir corroboram a presença “das teias que nem sempre estão à mostra em função da sua informalidade e plasticidade” (Braga, 2006, p. 179):

Um espaço de compartilhar [...] de conhecer pessoas e de se aproximar, de formar ou de fortalecer as redes que elas construíam na UTI (Tarsila Psi).

É um espaço muito potente até para trabalhar esta relação delas [...] em que a gente pode manejar essas relações e compreender também o que está acontecendo. A abrangência do hospital é grande, muita gente se conhece, mora próxima e isto vai fortalecendo também (Alice Psi)

As mães compartilham as experiências relacionadas à internação: aquelas cujos bebês estão internados há mais tempo aconselham as outras sobre recursos de enfrentamento que utilizaram até o momento. Expressam a necessidade de se ter paciência e esperança e ressaltam a importância de descansar e ir para casa nos momentos de maior exaustão (RD).

É perceptível como elas saem diferentes e é um espaço também para elas conversarem e se abrirem tanto com a gente quanto entre elas. Às vezes, tem algumas que se conhecem e outras que não. E fazem aquela aproximação; o grupo serve como aproximação entre elas (Maria N).

O vínculo funciona como uma corrente, fortalecendo porque uma mãe fortalecia a outra e até os próprios profissionais também. Porque a gente tinha uma visão de como era a saúde desse bebê, mas também a visão dessa mãe, o sofrimento, suas expectativas, as preocupações com o bebê e no diário, parecia que era só o momento de compartilhar o carinho que elas tinham (Ezi N).

O grupo favoreceu a construção de um lugar para o bebê bem como para os outros irmãos. As mães manifestaram preocupação com o bem-estar dos outros filhos e filhas e procuravam incluí-los fazendo diários para os irmãos. Uma mãe iniciou o diário com a história dos irmãos do bebê para somente então, incluir o nascimento do caçula. Outra mãe contou que criou a filha do marido desde poucos dias de nascimento e passou uma sessão decorando o espaço em que iria colocar a foto da menina, relatando a ansiedade da enteada pela chegada da irmãzinha (RD). A participação de outros familiares acrescenta à troca em grupo e traz a possibilidade de uma sustentação emocional.

Nota-se o reconhecimento das mães sobre os benefícios de participação no grupo, o despertar de sentimentos e lembranças, o prazer do manuseio de materiais, que serão transformados. A mãe referiu que se sentia uma criança brincando de pintar; que estava contente por poder mexer com E.V.A. porque sempre ajudava sua irmã que era professora e, naquele momento, estava fazendo para suas filhas (RD). Outra mãe referiu ser bom poder sair do ambiente da UTI, mas que ao mesmo tempo, continuava a falar do bebê; mas de um jeito que ela considerava bom e bonito (RD).

A contribuição do formato diferenciado do atendimento grupal para o cuidado transparece em outro relato de uma das mães participantes que, ao retornar em casa após ter participado do grupo, descreve que o marido a achou bem e lhe perguntou o que havia acontecido ao que ela respondeu que tinha feito terapia e que foi bom ter participado do grupo porque naquele dia estava se sentindo mal (RD). Mais uma participante compartilhou que nunca imaginara ser possível esquecer que estava em um hospital, mesmo que por breves momentos; mencionou que havia ficado surpresa, porque conseguiu relaxar e que já tinha se sentido assim, no grupo do CRAS. Mas que no hospital, nunca pensara ser possível esquecer onde estava e que talvez seu filho tivesse alta logo. Disse que era claro que queria isso, mas que iria sentir falta de não fazer mais o grupo (RD).

Mesmo uma atividade cotidiana como ler e escrever pode adquirir novo sentido, de modo que uma mãe comentou que não gostava de escrever e nem de ler, mas que naquele dia, gostou da atividade e que achou importante poder desabafar daquele jeito e que a atividade a ajudou (RD).

O potencial do grupo também se mostrou enquanto espaço de troca de experiências, bem como para elaboração do óbito do recém-nascido, em que a realização do diário possibilitou às mães lidarem com a perda e constituir uma memória do filho.

As mães tiveram a oportunidade no grupo de fazer o diário para cada bebê; começaram os diários, mas seus bebês morreram. Mas elas têm a lembrança daqueles dias em que estiveram juntos. Acho importante ter essa lembrança. Há uns protocolos que falam de guardar a roupinha do bebê, a pulseirinha de identificação e acho que o diário entra nisso também. Esse período pode significar que o bebê “existiu”, que ele esteve aqui (Marina Psi).

Assim, foram observadas a ressignificação da internação, a importância do espaço de compartilhamento das experiências com outras mães e que a apropriação das histórias escritas pelos participantes, configura-se em uma postura ativa e de protagonismo durante o processo de internação. Tal “compreensão do vínculo como transferência de afeição” (Artmann; Rivera, 2006, p. 223) remete às possibilidades de trazer mais autonomia às usuárias, através da possibilidade de modificação das emoções nas conversas, num contexto de “multiplicação dos apoios” (Artmann; Rivera, 2006).

Paralelamente, também se observou a construção de uma relação mais horizontalizada entre as usuárias e os profissionais que atuam na UTIN, por meio do diálogo mais simétrico, demonstrando que a intervenção técnica se aproximou do Cuidado (Ayres, 2006), ao provocar reflexões e avaliação sobre a relação entre finalidades e meio e o seu sentido prático para as mães e seus bebês.

A abordagem grupal interprofissional, enquanto modalidade tecnológica utilizada pela terapia ocupacional, ambiciona o “sucesso prático” e a retomada do “projeto de felicidade” (Ayres, 2004) num contexto de humanização. A noção de “projeto de felicidade” quer se reportar inicialmente, “a experiências vividas,

valoradas positivamente, condições ou situações que se almeja alcançar ou manter” (Ayres, 2006, p. 51).

O cuidado e a humanização são vistos como propostas de articulação do bom uso de tecnologias na forma de procedimentos e de saberes ao lado da escuta, tecnologias do tipo relacional, denominadas por Merhy de tecnologias leves. Tais tecnologias abrangem o uso do diálogo e da potencialização dos afetos, em busca do sucesso prático para as usuárias, para que o *êxito técnico* “que significa prevenir, reverter ou minimizar danos morfofuncionais” (Ayres, 2006, p. 51) tenha sentido real para as pessoas que são atendidas. Este sentido real se traduz no termo “sucesso prático”, consideradas condições ou situações compreendidas como de grande valor para as usuárias, identificadas pelas mães e familiares participantes do grupo quando se referem ao bem estar proporcionado pelo fazer o diário, com o relato das conquistas do dia-a-dia, com fotos e mensagens da equipe, para que seus bebês possam ler quando crescerem e entenderem o tempo passado no hospital.

6 CONCLUSÕES

Neste estudo, as práticas colaborativas interprofissionais foram construídas a partir da leitura da realidade vivenciada pelas mães de bebês internados em uma UTIN, o que potencializou a escolha da estratégia assistencial grupal. A dinâmica interprofissional se desenvolveu em um processo de trocas entre residentes e a preceptora e terapeuta ocupacional no planejamento e execução da atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias”, após a identificação de sua pertinência como plano assistencial.

A prática colaborativa surgiu a partir da idealização, formulação e responsabilização dos residentes de uma atividade pensada para as mães e familiares do bebê internado na UTIN e como consequência, a aprendizagem da produção do cuidado transparece na busca de solução e inovação frente a mobilização que afetou os residentes durante o processo de formação interprofissional produzida no decorrer do grupo.

Frente à mobilização dos residentes com vista à humanização da atenção dada às necessidades de mães e familiares dos bebês internados na UTIN, construiu-se um processo de interação e comunicação entre os participantes, em um

movimento de reconfiguração das relações, provocando modificações e sendo por estas, afetadas de forma intersubjetiva.

Nos relatos dos residentes, a atividade grupal enquanto tecnologia assistencial, mostrou potencial de espaço de aprendizagem/formação/educação interprofissional e contribuições pessoais para residentes e outros profissionais, por meio do acolhimento proporcionado às usuárias, em um processo dependente da escuta qualificada, do reconhecimento e compromisso com as necessidades singulares, atributos da PNH.

Com o propósito de acolher as mães em um período que se considera crucial para o desenvolvimento psíquico do bebê, a busca por respostas consideradas mais adequadas às necessidades das usuárias e conseqüentemente da qualificação da assistência, identificou-se a contribuição do papel da preceptoria para o desenvolvimento de competências. As diferentes competências consideradas essenciais para a prática colaborativa como valores e ética, papéis e responsabilidades profissionais, comunicação e trabalho em equipe interprofissional se deram algumas vezes, de modo concomitante e integradas, demonstrando a interprofissionalidade.

A comunicação quanto ao alcance de um entendimento sobre o que era dito, aponta para possibilidades promissoras para a contraposição entre resultados estratégicos e a preocupação dos residentes com o sucesso prático para aquelas que eram atendidas.

Mais do que uma competência interprofissional, a comunicação assume papel central nas relações intersubjetivas mediadas pela linguagem. O agir orientado por valores em comum em que se busca o entendimento sobre a situação, numa troca de saberes por meio do diálogo e interações reguladas por normas reconhecidas como válidas pelos residentes, propiciou o desenvolvimento coordenado de todas as etapas e processos envolvidos na atividade grupal.

As reflexões e inovações trazidas pela experiência interprofissional evidenciou novos olhares para a validação das demandas das usuárias no cotidiano da unidade neonatal, cercada de um ambiente altamente tecnológico e especializado, dada a expectativa do êxito técnico, em especial em relação à amamentação, demonstrando a importância das interações intersubjetivas e das ações no contexto da integralidade para o apoio e seguimento necessários às mães.

A atividade grupal configurou tecnologia assistencial do tipo relacional, abrangeu o uso do diálogo e da formação de vínculos entre os participantes por meio da escuta qualificada e a expressão das emoções, potencializando afetos e favorecendo processos de ressignificação do processo de hospitalização para as usuárias e de reflexão e desconstrução de estereótipos profissionais para os residentes. Desse modo, propiciou a prática interprofissional e no contexto da humanização, reflexões sobre a atuação e a busca de entendimento mútuo nos espaços de encontro entre profissionais e usuárias.

Considerou-se contemplados eixos norteadores esperados da educação interprofissional no Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia, uma vez que os residentes participaram enquanto sujeitos ativos no processo de trabalho em equipe, corresponsáveis na busca da integralidade como uma dimensão no processo de cuidado e pela autonomia e protagonismo das usuárias atendidas.

Espera-se que o estudo estimule que outras iniciativas de práticas interprofissionais possam ser promovidas com vista à atenção integral da população e potencialização da educação interprofissional em programas de residência multiprofissionais

REFERÊNCIAS²

Alencar R. O acolhimento de bebês: práticas e reflexões compartilhadas. Instituto Fazendo História. São Paulo [internet] 2011[citado 20 out. 2017]. Disponível em: <http://www.fazendohistoria.org.br/publicacoes/>.

Anéas TV, Ayres JRCM. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2011 jul;15(38). doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000300003>.

Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Tos BRGO, Vieira CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enf*. 2014 nov;67(6). doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>.

Artmann E, Rivera FJU. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: Deslandes SF, organizador. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 205-31.

Austin JL. Quando dizer é fazer [Internet]. 1990 [citado 02 jun 2020]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2154814/mod_resource/content/0/Austin%20Quando%20dizer%20%C3%A9%20fazer.pdf.

Ayres JRCM. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In: Deslandes SF, organizador. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 49-83.

Ayres JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. *Interface (Botucatu)*. 2000 Feb;4(6).doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000100010>.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc*. 2004 set;13(3). doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>

Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Soc*. [Internet] .2009 [citado 13 jan 2020]; 18:11-23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QZX9gH7KmdDvBpfDBSdRVFP/?lang=pt&format=pdf>

²De acordo com Estilo Vancouver.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2001 [citado 09 fev. 2023];6(1):63-72. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>.

Barbosa GC, Meneguim S, Lima SAM, Moreno V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enf*. 2013 jan;66(1). doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000100019>.

Barr H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprofes Care* [Internet] 1998 Jul [citado 07 jan. 2019];12(2). Disponível em: https://neipc.ufes.br/sites/neipc.ufes.br/files/field/anexo/competent_to_collaborate.pdf

Barr H. *Inter-professional Education - Today, yesterday and tomorrow* [Internet]. London: CAIPE; 2002. [citado 14 jan. 2019]. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h>.

Batista NA. A educação interprofissional na formação em saúde. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2013. p. 59-68.

Batista NA. Educação Interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad FNEPAS* [Internet]. 2012 jan [citado 14 jan. 2019];2:25- 8. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4298824/mod_resource/content/1/educacao_interprofissional.pdf.

Bettine M. *A Teoria do agir comunicativo de Jürgen Habermas: bases conceituais*. São Paulo: Edições EACH; 2021 [E-book]. [citado 23 mar. 2022]. doi: 10.11606/9786588503027.

Braga NA. Redes sociais de suporte e humanização dos cuidados em saúde. In: Deslandes SF, organizador *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 163-83.

Braga NA, Morsch DS. Os primeiros dias na UTI. In: Moreira MEL, Braga NA, Morsch DS, organizadores. *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal* [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003. p. 51-68 (Coleção

Criança, Mulher e Saúde) [citado 14 mai. 2019] Disponível em:
<https://doi.org/10.7476/9788575413579>.

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União, Brasília, DF (1990 jul.16); Sec.1.

Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF (2009 nov 13). Sec. I:7.

Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 16/MEC/MS, de 22 de dezembro de 2014. Altera a Portaria Interministerial n. 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial n. 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial n. 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde; 2014b.

Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS n. 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF (2012a abr 16). Sec. I:24-5. 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da criança: ações básicas. PAISC., Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984.(Série B: Textos Básicos de Saúde n. 7).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 72, de 02 de março de 2000. Inclui o atendimento ao recém-nascido de baixo peso na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3389, de 30 de dezembro de 2013. Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria n. 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Assistência à Saúde Perinatal. Bases Programáticas. Brasília; 1991.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNRMS n. 1, de 24 de dezembro de 2021 Estabelece o Regimento Interno da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Diário Oficial da União, Brasília (2021 dez. 27) Sec. 1:243.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Método Canguru: diretrizes do cuidado. Brasília (DF); 2018. [citado 20 nov 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado_revizada.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2. ed. Brasília (DF); 2010b. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Brasília: 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de Gestaçao de Alto Risco. Versão preliminar*. Brasília (DF); 2022. [citado 14 jan 2023]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília (DF); 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso*. Brasília (DF); 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília (DF); 2004b.

Brazelton TB. *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. 2a ed. Camargo JR, tradutor. São Paulo: Martins Fontes; 2002. 564 p.

Bridges DR, Davidson RA, Odegard PS, Maki IV, Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Med Educ Online*. 2011 Apr;8(16). doi: 10.3402/meo.v16i0.6035.

Brum EHM, Schermann L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004 abr;9(2). doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200021>.

Cabral IE, Aguiar RCB. As políticas públicas de atenção à saúde da criança menor de cinco anos: um estudo bibliográfico. *Rev Enf UERJ*. 2003;11:285-91.

CAIPE - Centre for the Advancement of Interprofessional Education. Interprofessional Education Guidelines [Internet]. 2017 [citado 23 dez. 2018]. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2017-interprofessional-education-guidelines-barr-h-ford-j-gray-r-helme-m-hutchings-m-low-h-machin-reeves-s>.

Ceccim RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface-Comunic Saúde Educ (Botucatu)*. 2018;22(supl 2). doi.org/10.1590/1807-57622018.0477.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública* 2004 Sep;20(5). doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8a ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2006. p. 117-30.

Cecilio LCO, Lacaz AC. *O trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2012. 74 p.

Cecilio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA de. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003. p. 197-210.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Resolução n. 418/2012. Fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta ocupacional e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF* (2012 jun. 06); Sec 1:109.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Resolução n. 429 de 08 de julho de 2013. Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília* (2013 set. 02); Sec 1:169.

Costa MA. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: Toassi, RFC, organizador. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. doi: 10.18310/ 9788566659931.

Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. Interface (Botucatu). 2016 jan;20(56). doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>.

Costa R, Padilha MI, Monticelli M, Ramos FRS, Borenstein MS. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. Hist Enf Rev Eletr [Internet]. 2010 abr [citado 18 ago. 2018];1(1). Disponível em: http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n1vol1ano1_artigo4.pdf.

Craco PF. Ação comunicativa no cuidado à saúde da família: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006. doi:10.11606/T.22.2006.tde-27112006-155728.

De Carlo MMRP, Kebbe LM, Palm RCM. Fundamentação e processos da terapia ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos. In: De Carlo MMRP, Kudo AM, organizadores. Terapia ocupacional em contextos hospitalar e cuidados paliativos. São Paulo: Payá; 2018. p. 1-32.

Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Unesco.[Internet]. 1996. [citado em 29 mai. 2019]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/search/N-EXPLORE-1c6c730b-c7db-4f86-8b99-621dc028068d>.

Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Formação (Brasília). 2001a [citado 15 out. 2022];1(2):3-15. Disponível em:<http://www.saude.gov.br/profae>.

Deluiz N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. BTS [Internet]. 2001b set [citado 15 out. 2022]; 27(3):12-5. Disponível em: <https://www.bts.senac.br/bts/article/view/572>.

Depresbiteris L. Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa. Formação (Brasília).2001;1(2):29-40.

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004a;9(1). doi: doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002.

Deslandes SF. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva (Debatedores). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004b;9(1).doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100003>.

Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009;13 (supl 1). doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500015>.

Dittz ES, Rocha LLB. Terapia ocupacional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. In: De Carlo MMRP, Kudo AM, organizadores. *Terapia Oocupacional em contextos hospitalar e cuidados paliativos*. São Paulo: Editora Payá; 2018. p. 311-28.

Dittz ES, Melo DCC, Pinheiro ZMM. A terapia ocupacional no contexto da assistência à mãe e à família de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva . *Rev Terap Ocupacional Univ São Paulo [Internet]*. 2006 abr [citado 24 mar 2018]; 17(1):42-7. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13982>.

Duarte ED, Dittz ES, Noelly e Silva BC, Rocha LLB. Grupos de apoio às mães de recém-nascidos internados em unidade neonatal. *Rev Rene [Internet]*. 2013 jun [citado 24 mar. 2018];14(3):630-8. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3507>.

Fagundes NC, Fróes Burnham TF. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2005 fev [citado 20 mar. 2018];9(16):105-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100009>.

Falkembach EMF. Diário de campo: uma reflexão. *Contexto Educ [Internet]*. 1987 [citado 3 fev. 2018];(7). Disponível em: file:///C:/Users/Alunos/Downloads/Elza%20Falkembach_Diario%20de%20Campo.pdf

Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 jul;12(4). doi: doi.org/10.1590/S1413-81232007000400018.

Ferla AA, Toassi RFC. Formação interprofissional em saúde: um caminho a experimentar e pesquisar. In: Toassi RFC, organizador. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? Porto Alegre: Rede UNIDA. 2017. doi: 10.18310/ 9788566659931.

Forte FDS, Morais HGF, Rodrigues SAG, Santos JS, Oliveira PFA, Morais MST, et al. Educação interprofissional e o programa de educação pelo trabalho para a saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. Interface (Botucatu). 2016 jul;20(58). doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0720>.

Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 226-42.

Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. 361 p.

Freire P. Extensão ou comunicação? Oliveira RD, tradutor. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013. [E-book]. Kindle

Galheigo SM. Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. TOG (A Coruña) [Internet]. 2012 [citado 8 ago 2022];5. Disponível em: <http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf>.

Galheigo SM. Terapia ocupacional, cotidiano e a tessitura da vida: aportes teórico-conceituais para a construção de perspectivas críticas e emancipatórias. Cad Bras Terap Ocupacional. 2020 jan;28(1). doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2590>.

Galheigo SM. Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática. Rev. Terap Ocupacional Univ São Paulo. [Internet]. 2008 abr [citado 8 ago. 2022];19(1):20-8. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14024>.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. [Internet]. 2008 [citado 17 jan. 2019]. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>.

Gil CA, Tardivo LSPC. A oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. *Mudanças - Psicol Saúde*. 2011;19 (1-2). doi: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v19n1-2p19-30>.

Gorgulho FR, Pacheco STA. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. *Esc Anna Nery*. 2008 mar;12(1). doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000100003>.

Grandesso MA. Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.422 p.

Grummer-Strawn LM, Rollins N. Summarising the health effects of breastfeeding. *Acta Paediatr*. 2015 Dec;104(467):1-2. doi: 10.1111/apa.13136.

Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989. [citado 03 abr. 2020] Disponível em: <https://marcosfabionuva.files.wordpress.com/2011/08/consciencia-moral-e-agir-comunicativo.pdf>.

Habermas J. Philosophical introductions: Five approaches to communicative reason. [E-book] 2018 [citado 03 jul. 2020] Aug. 185 p.

Habermas J. Teoria do agir comunicativo: racionalidade da ação e racionalização social. São Paulo: Martins Fontes; 2019. Vol. 1. 704 p.

Horsburgh M, Lamdin R, Williamson E. Multiprofessional learning: the attitudes of medical, nursing and pharmacy students to shared learning. *Med Educ*. 2001 Sep; 35(9). doi: 10.1046/j.1365-2923.2001.00959.x.

Igarashi NS, Carrasco AVA, Lima MS, Arruda RJ, Russo RCM, Pereira SBS. Processos de trabalho na atenção hospitalar. In: Uchôa-Figueiredo L, Rodrigues TF, Dias IMAV, organizadores. *Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2016. p. 147-56.(Série Vivências em Educação na Saúde). doi:10.18310/9788566659702.

Ikonen R, Paavilainen E, Kaunonen M. Preterm infants' mothers' experiences with milk expression and breastfeeding: An integrative review. *Adv Neonatal Care*. 2015 Dec;15(6). doi: 10.1097/ANC.000000000000232.

Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC:Interprofessional Education Collaborative; 2016. [citado 14 set. 2022]. Disponível em: <https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf>.

Junqueira SR, Oliver FC. A preceptoria em saúde em diferentes cenários de prática. *Rev Doc Ensino Sup.*2020;10:1-20. doi: 10.35699/2237-5864.2020.13483.

Kastrup V. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 151-62.

Kehdy R. Uma rede para Marta e João: proporcionando *holding* a uma dupla mãe-bebê. In: Lacerda ET. *A Clínica da Constituição do Laço: corpo-linguagem-psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta; 2017. p. 177-90.

Kern LK. Mães e bebês em sofrimento: direções de atendimento. In: Lacerda ET. *A Clínica da Constituição do Laço: corpo-linguagem-psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta; 2017. p. 165-76.

Lacerda ET. *A Clínica da Constituição do Laço: corpo-linguagem-psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta; 2017. 248 p.

Lamy ZC, Gomes MA de SM, Gianini NOM, Hennig MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005 jul;10(3). doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300022>

Landim SA, Reis da Silva GT, Batista NA. Residência Multiprofissional em saúde da família: vivência hospitalar dos enfermeiros. *Rev Baiana Enf [Internet]*. 2013 jul [citado 14 maio 2019];26(1). Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6050>.

Lima EMFA. A análise de atividade e a construção do olhar do terapeuta ocupacional. *RevTerap Ocupacional Univ São Paulo [Internet]*. 2004 [citado 16 ago 2020];15(2): 42-8. Disponível em: <file:///C:/Users/Alunos/Downloads/13938-Texto%20do%20artigo-16916-1-10-20120518.pdf>.

Lima MP. A criança em abrigo: a Proteção e o Cuidado de Bebês em Acolhimento Institucional [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2019 [citado 25 ago 2021]. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=9018025.

Lima TCS, Miotto RCT, Dal Prá KR. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. *Textos Contextos* [Internet]. 2007 ago [citado 18 ago 2018];6(1). Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/1048>.

Lüdke M, Meda EDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. Temas básicos de educação e ensino. [Internet]. 1986 [citado 11 mar. 2019]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4091392/mod_resource/content/1/Lud_And_cap3.pdf.

Maroja MCS, Almeida Júnior JJ, Noronha CA. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. *Interface* (Botucatu). 2020;24.doi:<https://doi.org/10.1590/Interface.180616>.

Martins RMC, Montrone AVG. Implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: educação continuada e prática profissional. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2009 [citado 02 out. 2019];11(3). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a11.htm>.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004 out [citado 02 out. 2020];20(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO; 2006. p. 43-68.

Matsuo CM. Terapia ocupacional e a produção de cuidado em uma unidade de cuidados intermediários neonatais no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2016.doi:10.11606/D.5.2017.tde-19062017-144538.

Medina AG. Terapia ocupacional e a educação para a interprofissionalidade em residências multiprofissionais em saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2016..doi:10.11606/D.5.2016.tde-23062016-084223.

Mello AL, Arruda GT, Terra MG, Arnemann CT, Siqueira DF. Fatores que interferem no ensino e aprendizagem de residentes multiprofissionais em saúde: revisão integrativa. ABCS Health Sci. [Internet]. 2019 [citado 15 jun 2019];44(2). Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1176>.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Franco TB, Merhy EE, organizadores. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 19-67.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.187 p. (Saúde em Debate).

Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: Franco TB, Merhy EE, organizadores. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 138-48.

Mesquita-Lago LPM, Matumoto S, Silva SS, Mestriner SF, Mishima SM. A análise de práticas profissionais como dispositivo para a formação na residência multiprofissional. Interface (Botucatu). 2018 [citado 02 jan. 2020];22 (supl 2). doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0687>.

Mikkelsen TH, Soendergaard J, Jensen AB, Olesen F. Cancer surviving patients' rehabilitation – understanding failure through application of theoretical perspectives from Habermas. BMC Health Serv Res. 2008;8(122). doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-122>.

Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc SaúdeColetiva. 2012 mar [citado 01 jan. 2019];17(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14aed. São Paulo: Hucitec; 2014. 416 p.

Minayo MCS. Teaching and learning science: a dialectic and complex relationship. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2000;95(suppl 1). doi: <https://doi.org/10.1590/S0074-02762000000700012>.

Minayo MCS. Trabalho de Campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Deslandes SF, Gomes R, Minayo MCS, organização. Pesquisa social : teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 61-77.[citado 17 jul 2020]. Disponível em: https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/300166/mod_resource/content/1/MC2019%20Minayo%20Pesquisa%20Social%20.pdf.

Mitre RMA. O brincar no processo de humanização da produção de cuidados pediátricos. In: Deslandes SF, organizador. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 283-300.

Moraes Júnior MR. Encontros e desencontros da Razão: considerações sobre modernidade e pós-modernidade entre Heidegger, Lyotard e Habermas. Problemata: Rev Int Filos. 2015 6(3):171-97. doi: <https://doi.org/10.7443/problemata.v6i3.23835>.

Mori ME, Oliveira OVM. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. Interface (Botucatu). 2009;13 (supl 1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500014>.

Nogueira-Martins MCF. Oficinas de Humanização: Fundamentação teórica e descrição de uma experiência com um grupo de profissionais da saúde. In: Deslandes SF, organizador. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 141-61.

Onocko-Campos R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2005 Jul [citado 29 ago 2022]; 10(3) Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300015>

Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc Saúde Coletiva. 2018 jun;23(6). doi: [10.1590/1413-81232018236.09172018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018).

Pasche DF. Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília (DF); 2011. p. 29-50. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos Humaniza SUS; vol. 3).

Pasche DF, Vilela E, Santos IG. A mulher na luta pelo direito de ser na atenção ao parto. In: Pinheiro R, Engel T, Asensi FD, organizadores. Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado: pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do conhecimento. Rio de Janeiro: Cepesc/ABRASCO; 2017. p. 117-35.

Peduzzi M. O SUS é Interprofissional. Interface – Comunic Saúde Educ. 2016; 20:56. doi: 10.1590/1807-57622015.0383.

Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAMS, Agreli HLF, Neto MVM. Trabalho em Equipe, Prática e Educação Interprofissional. In: Martins MA, organizador. Clínica Médica, volume 1: situação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina física e reabilitação, medicina laboratorial na prática médica. 2a ed. Barueri: Manole; 2016. p. 171-8.

Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação Interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev. Esc Enf USP. 2013 ago;47(4). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>.

Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. [Internet] 1999. [citado 15 out. 2022] Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5090801/mod_resource/content/1/PERRENOUD_Construir%20as%20competen%C7Cias%20desde%20a%20escola.pdf

Pessoa TRRF, Pontes MLF, Gomes MQC, Andrade MS. Aprendizagem interprofissional. O PET - Saúde na Atenção Básica [Internet]. João Pessoa: Editora UFPB; 2021. [citado 02 jan. 2022]. Disponível em: <http://www.editora.ufpb.br/sistema/press5/index.php/UFPB/catalog/download/756/948/8357-1?inline=1>.

Pinheiro R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO; 2006. p. 69-116.

Pulga VL. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. p. 123-46.

Quinlan E, Thomas R, Ahmed S, Fichtner P, McMullen L, Block J. The aesthetic rationality of the popular expressive arts: Lifeworld communication among breast cancer survivors living with lymphedema. *Soc Theory Health*. 2014 Aug;12(3):291-312. doi: 10.1057/sth.2014.9. PMID: 25197263.

Ramalhão AB, Moraes AA, Ruíz-Moreno L. Terapia ocupacional: estratégias de ensino-aprendizagem na gerontologia/geriatria. In: Sonzogno MC, Seiffert OM, organizadores. *Ensino em ciências da saúde: formação e prática profissional*. São Paulo: Fap-Unifesp; 2015.p. 67-83.

Ramos MN. Currículo por competências. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2aed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 119-24.

Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016 jan;20(56). doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>.

Rodrigues WC. Metodologia científica. Faetec/IST. Paracambi [Internet]. 2007 [citado 8 nov. 2022]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/1714433-Metodologia-cientifica.html>.

Rollins NC, Lutter CK, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Martines JC, et al. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? *Epidemiol Serv Saúde*. 2016 Jan; 25(1):25-44.

Santos JE, Souza RC, Vasconcellos EA. Concepções de saúde mental de equipes de saúde da família. In: Souza RC, Santos JE, organizadores. *Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família*. Ilhéus: Editus; 2014. [E-book] Disponível em: SciELO Books<<http://books.scielo.org>>

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa em Saúde (COGEP/SMS-SP). Coordenação da Residência Multiprofissional em Neonatologia do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva- Hospital Municipal e Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha (COREMU-HMEC). São Paulo; 2018.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. São Paulo; 2020. [citado 14 jan 2023]. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/AIHRDOS/TabNet>.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Regimento Interno da Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde. Diário Oficial do Município, São Paulo (2019 mar. 13):58.

Sato ME. A construção do acolhimento através da arte no processo ativo de humanização dentro da lógica de trabalho de uma Unidade de Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2014 [citado 16 maio 2021]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-20102014-143922/>.

Scochi CGS, Mello DF, Melo LL, Gaíva MAM. Assistência aos pais de recém-nascidos pré-termo em unidades neonatais. Rev Bras Enf. 1999 out [citado 30 abr. 2018];52(4). doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671999000400002>.

Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Sá DA, Souza WV, Lyra TM. Avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal: índice de completude da qualidade. Rev Saúde Públ. 2014;48(4). doi:10.1590/S0034-8910.2014048004605.

Sousa L, Pitangui ACR, Gomes FA, Nakano AMS, Ferreira CHJ. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. Acta Paul Enf. 2009 nov;22(6). doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-2100200900060000>.

Souza KMO, Ferreira SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2019;15(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200024>.

Toma TS. Da intuição às políticas públicas: a jornada para incorporação do Método Canguru no cuidado ao recém-nascido de baixo peso. Bis Bol Institut Saúde. 2012;13(3):1231-28.

Tomasoni TA, Silva JB, Bertotti TCW, Perez J, Korelo RIG, Gallo RBS. Pain intensity and immediate puerperal discomforts. BrJP .2020 Jul;3(3). doi: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200047>.

Torres RBS, Barreto ICHC, Freitas RWJF, Evangelista ALP. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. Interface (Botucatu). 2019;23. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.170691>.

Trenche MCB, Martz MLW, Cerruti VQ, Reis NSM, Lima SLX. Acompanhamento de bebês de risco na rede pública de saúde: uma problematização a partir da experiência PET-Redes. In: Vicentin MCG, Trenche MCB, Kahhale EP, Almeida IS, organizadores. Saúde Mental, Reabilitação e Atenção Básica: Encontros entre Universidade e Serviços de Saúde. São Paulo: Artgraph; 2016. p. 231-56.

Vasconcelos EM. Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2015 [E-book] [citado 11 ago 2020]. Disponível em: <http://www.ccm.ufpb.br/vepopsus/wp-content/uploads/2018/02/Educa%C3%A7%C3%A3o-Popular-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Fam%C3%ADlia-Hucitec-Editora-2015.pdf>.

Vasconcelos EM, Vasconcelos MOD, Silva MO da. A contribuição da Educação Popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil. Rev FAEEBA – Educ Contemp. 2015 jan;24(43). doi: <https://doi.org/10.21879/faeeba2358-0194.2015.v24.n43.p89-106>.

Winnicott DW. O Brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago; 1975. 208 p.

WHO - World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (WHO/HRH/HPN/10.3). Geneva: WHO; 2010. [citado 08 jun 2019]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/.

APÊNDICE B – Roteiro para a entrevista semiestruturada

1. Identificação profissional

Data:

Iniciais do nome:

Formação Profissional:

Tempo de formação:

Área de Graduação:

Ano da Residência () R1 () R2

Participou da atividade “Diário: Primeiras Histórias” como R1 () R2 () Ambos ()

2. Sobre educação interprofissional (Relação do residente com o trabalho em equipe interprofissional e comunicação).

2.1. Como você conheceu o grupo “Diário - Primeiras Histórias?” Que informações você recebeu a respeito da atividade grupal?

OBS: Para as residentes que participaram desde o início da atividade grupal, solicitamos que contasse como foi a participação.

2.2. Como você considera a sua participação na atividade “Diário- Primeiras Histórias” em relação ao conhecimento sobre as demais profissões?

2.3. Como você considera a sua participação na atividade “Diário - Primeiras Histórias” com mães/acompanhantes em relação ao desenvolvimento das habilidades de colaboração e comunicação com os demais profissionais? Peça-lhe que exemplifique.

2.4. Como você considera a sua participação na atividade Diário - Primeiras Histórias com mães/acompanhantes em relação ao desenvolvimento das habilidades de colaboração e comunicação com os usuários? Peça-lhe que exemplifique.

3. Sobre a contribuição da participação no grupo dos diários para formação profissional.

3.1. Você considera que as atividades desenvolvidas pelo grupo dos diários trouxeram alguma contribuição para a sua formação profissional?

Sim () Não () Outro () Em caso positivo, poderia exemplificar?.

3.2. Você considera que a experiência na atividade “Diário - Primeiras Histórias” na UTIN contribui para as demais atividades profissionais da residência?

Sim () Não () Outro () No caso de resposta positiva: poderia exemplificar?

3.3. Você considera que as atividades desenvolvidas pelo grupo dos diários trouxeram alguma contribuição para as mães/acompanhantes?

Sim () Não () Outro () No caso de resposta positiva: poderia exemplificar?

3.4. Você teria alguma experiência marcante vivenciada na atividade Diário - Primeiras Histórias para relatar?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

NOME:.....

.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº.....SEXO: M () F ()

DATA DE NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO:Nº:

.....APTO:.....

BAIRRO:.....CIDADE:.....

CEP..... TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “A contribuição da atividade “Diário: Primeiras Histórias” para a Educação Interprofissional em Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia”
2. PESQUISADOR: Prof^a Dr^a Rosé Colom Toldrá.
CARGO/FUNÇÃO: Professor Doutor.
INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 3/855-TO.
UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO x RISCO MÉDIO □

RISCO BAIXO □ RISCO MAIOR □

0. DURAÇÃO DA PESQUISA: 2 anos.

0. Convido a participar de forma voluntária na pesquisa: “A contribuição da atividade “Diário: Primeiras Histórias” para a Educação Interprofissional em Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia”

O objetivo da pesquisa é: Descrever e analisar as vivências de Educação Interprofissional em Saúde dos residentes na área de Neonatologia desenvolvida por meio da atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias”, no Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário De Moraes Altenfelder Silva – Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha (HMEC).

A participação na pesquisa consiste em responder um questionário semiestruturado em anexo em que serão abordadas questões referentes aos dados sociodemográficos dos residentes participantes e 8 (oito) perguntas sobre a inserção na atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias”.

Sua participação no estudo não lhe trará qualquer benefício direto, porém, pode ocorrer risco mínimo de interferência, como desconforto, dúvida, entre outras, devido à realização de entrevista com profissionais. No entanto, serão tomados todos os cuidados para minimizar possível interferência e a identificação dos participantes será mantida em sigilo/com garantia de anonimato. Para a realização do estudo as respostas das questões

serão gravadas e anotadas, para posterior transcrição e análise de sua temática. Os dados serão utilizados somente para esta pesquisa e os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos sem menção aos participantes.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador responsável é Prof^aDr^a Rosé ColomToldrá, que poderá ser encontrado no endereço: Rua Cipotânea, 51, Cidade Universitária “Armando de Salles de Oliveira”, fone: (011) 3091 7457 – E-mail: centroto@usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP, localizado na Av. Dr. Arnaldo, 251-21º andar sala 36, Cerqueira César São Paulo SP, CEP: 01246-000, Fone/Fax: 55+11+3893-4401/4407 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal e Maternidade Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva – Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha (HMEC) da Prefeitura de São Paulo no e-mail: fomento.hmec@gmail.com Fone: 55+11+3986-1165.

Você terá liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Sua identidade será mantida em sigilo e as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, portanto não será divulgada a identificação de nenhum profissional. Não há despesas pessoais para o participante e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Como pesquisadora, comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “A contribuição da atividade: “Diário: Primeiras Histórias” para a Educação Interprofissional em Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia”.

Eu discuti com a Prof^a Dr^a Rosé ColomToldrá (pesquisadora responsável) e com Geni T. Yamamoto (pesquisadora executante) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

Declaração do Participante da Pesquisa

Data: ____/____/____

(Somente para os responsáveis pelo projeto)

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

Assinatura do responsável pela pesquisa

Data: ____/____/____

APÊNDICE D – Produto Educacional

GENI TESHIMA YAMAMOTO

**Tecnologia assistencial grupo para a formação interprofissional em
neonatologia mediada por terapeuta ocupacional**

São Paulo

2023

RESUMO

Yamamoto, GT. Tecnologia assistencial grupo para a formação interprofissional em neonatologia mediada por terapeuta ocupacional [produto educacional]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2023.

A abordagem grupal enquanto tecnologia de saúde do tipo “leve” apresenta potência para propiciar espaço de encontros intersubjetivos entre os profissionais de saúde e usuários, constituindo estratégia de humanização e qualificação da atenção. Ao mesmo tempo, promove o fomento à educação interprofissional e à prática colaborativa na formação dos residentes ao propiciar reflexões sobre as práticas assistenciais hospitalares. A construção do produto educacional em forma de dois vídeos de apresentação aos dois públicos-alvo, mães acompanhantes de recém-nascidos internados na unidade neonatal e residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia visa colaborar para disseminar a possibilidade de uso criativo e efetivo de novas ferramentas em busca de tecnologias para um ambiente que estimule uma formação interprofissional de promoção da saúde mais qualificado no contexto hospitalar e possibilidade de construir e refletir sobre outros caminhos para comunicação nos serviços considerando tanto para os residentes como para os usuários.

Palavras-chave: Humanização da assistência. Educação interprofissional. Unidade neonatal. Terapia Ocupacional. Vídeo.

ABSTRACT

Yamamoto, GT. Care technology group for interprofessional training in neonatology mediated by an occupational therapist [educational product]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2023.

The group approach, understood as a “light” health technology, presents the opportunity to create a space for intersubjective relations between health professionals and patients, constituting a strategy for humanization and qualification of care. Concurrently, it promotes interprofessional education and collaborative practice in coaching residents by providing reflections on hospital care practices. The construction of the educational product in the form of 2 (two) presentation vídeos for the two target audiences - mothers accompanying newborns hospitalized in the neonatal unit and residents of the Multiprofessional Residency Program in Neonatology - aims to advertise the possibility of creative and effective use of new tools through technologies for an environment that stimulates more qualified interprofessional coaching of health promotion in the hospital context, and possibility to build and reflect on other methods of communication in services considering both residents and patients.

Keywords: Humanization. Interprofessional education. Neonatal unit. Occupational Therapy. Video.

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O presente produto educacional foi produzido a partir da dissertação de Mestrado “A contribuição da atividade Diário: Primeiras Histórias para a educação interprofissional em programa de residência multiprofissional em neonatologia” pela mestrandia Geni Teshima Yamamoto, sob orientação da Prof^aDr^a Rosé ColomToldrá.

A pesquisa foi realizada em uma maternidade municipal, credenciada como hospital de ensino e localizada na Zona Norte de São Paulo com o objetivo de descrever e analisar a experiência de Educação Interprofissional em Saúde (EIP) da Residência Multiprofissional na área de Neonatologia.

Para que a humanização da assistência seja operacionalizada, é necessária a construção de diferentes espaços de encontros entre os participantes, para que ocorra troca e construção de saberes; favorecendo a atuação em equipe interprofissional.

Procurou-se, deste modo, colaborar na formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e em processo de hospitalização, no intuito de ultrapassar a exclusiva preocupação técnica e tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS (Brasil, 2012, 2013) e o enfoque nas necessidades do usuário e consequente estímulo à participação e ao protagonismo parental nos cuidados ao neonato (Brasil, 2013), retomando os marcos teórico-conceituais da Política Nacional de Humanização

Dessa maneira, a possibilidade de alinhar as propostas de educação interprofissional e práticas colaborativas na formação dos residentes do Programa de residência Multiprofissional em Neonatologia do HMEC pode favorecer a integralidade das ações de cuidado e o fortalecimento do SUS, através de encontros e diálogo crítico e reflexões pertinentes ao cotidiano do trabalho e prática assistencial (Mori; Oliveira, 2009).

Nesse sentido e em busca de uma atenção integral e humanizada, foi desenvolvido o grupo terapêutico com as mães e familiares acompanhantes de bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), que contou com a participação dos residentes da Residência Multiprofissional em Neonatologia da

Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de São Paulo e mediada por terapeuta ocupacional.

Com o intuito de compreender o conjunto de necessidades trazidas pelos usuários e as ações necessárias, a integralidade, considerada um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), constituiu eixo norteador dos entendimentos acerca da interprofissionalidade e da interlocução entre os diversos saberes.

A humanização na assistência em um local de atendimento complexo como o hospital, é entendida como uma proposta que demanda uma articulação entre o uso das tecnologias inerentes a esse ambiente (equipamentos, procedimentos e saberes) e as outras propostas assistenciais como o acolhimento, o diálogo e a potencialização de afetos, entendidos como uma forma de tecnologia relacional.

Assim, a estratégia assistencial grupo enquanto tecnologia relacional se desenvolveu com encontros semanais com mães e familiares acompanhantes, com a finalidade de confecção de diário para os registros das primeiras histórias do bebê pelas próprias mães.

A metodologia utilizada na pesquisa de natureza qualitativa, buscou uma compreensão detalhada dos significados e características da realidade, por meio de estudo documental referente aos relatórios do grupo, bem como de anotações de campo da pesquisadora e de entrevistas realizadas com os residentes.

Pretendeu-se conhecer a percepção dos residentes sobre o aprendizado interprofissional e desenvolvimento das competências colaborativas, a partir dos conteúdos expressos e o entendimento de que estas mensagens refletem os sentimentos e impressões vivenciados a partir da experiência da atividade grupal “Diários: Primeiras Histórias”.

Os resultados da pesquisa mostraram a potência da abordagem grupal enquanto tecnologia de saúde do tipo “leve”, conforme descrita por Merhy (2014), tendo em vista que propicia espaço de encontros intersubjetivos entre os profissionais de saúde e usuários, constituindo estratégia de humanização e qualificação da atenção. No contexto da formação dos residentes, a estratégia assistencial grupo, fomenta à educação interprofissional e à prática colaborativa no processo de formação, ao propiciar reflexões sobre as práticas assistenciais e recriação de estratégias de cuidado.

A construção de 2 (dois) guias em formato de vídeo como apoio educacional para a atividade interprofissional foi baseada nos depoimentos de residentes, que foram convidados por colegas a participarem da abordagem grupal às mães acompanhantes de bebês hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), os quais destacaram a importância do momento da apresentação da atividade para os novos residentes, para se sentirem motivados e aderirem a proposta.

Em registros documentais, observou-se que algumas mães foram convidadas pelos residentes e outras destacaram que tinham sido convidadas por outras participantes, o que apoiou a ideia de construção de vídeo para as usuárias, para facilitar o convite desde o ingresso do bebê na unidade neonatal. Desse modo, otimiza-se a mídia disponível na recepção da unidade neonatal, local de presença frequente de mães e familiares, para a divulgação bem como pela alta utilização de *smartphones* pela população, podendo ser verificada a possibilidade de difusão via *whatsapp* institucional.

O conteúdo principal dos guias é a apresentação da atividade em grupo que tem a finalidade de apoiar a construção de diário com os registros das primeiras histórias do bebê, tanto para as mães e outros familiares acompanhantes de recém-nascidos internados na unidade neonatal, como também para a divulgação entre os residentes.

As diferenças entre os dois vídeos de apresentação consistem na população-alvo a ser alcançada. Dessa maneira, conteúdos e termos utilizados são diferenciados conforme o perfil.

Com as mães e demais familiares acompanhantes, busca-se oferecer uma forma de livre-expressão por meio da atividade grupal, que contribua para o fortalecimento de vínculo com o seu recém-nascido internado, elaboração do processo de internação e expressão de narrativas e sentimentos num processo de ressignificação das experiências.

Com os residentes, buscou-se fomentar a experiência de educação interprofissional por meio de atividade interprofissional, que contribui para o atendimento de mães e demais familiares acompanhantes de recém-nascidos prematuros e/ou com risco ao desenvolvimento, internados na UTIN, na perspectiva da qualificação do cuidado no hospital.

2 OBJETIVO

-Divulgar e estimular a participação de mães e familiares acompanhantes de bebês internados na UTIN, assim como de residentes na perspectiva da prática interprofissional por meio da estratégia assistencial grupo.

3 IDEALIZAÇÃO E CONSTRUÇÃO DOS VÍDEOS

O relativo acesso aos aparelhos de televisão com mídia digital no meio institucional e principalmente devido à imensa facilidade e instantaneidade da comunicação por meio digital, via aparelho do tipo *smartphone*, estimulou a construção de vídeos como meio de divulgação e convite a serem encaminhadas aos potenciais participantes de atividade grupal.

As discussões e reflexões promovidas na disciplina “Produto Educacional: desafios e qualificação profissional”, desenvolvida no Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo, apoiaram a pesquisa, a identificação de conteúdo, planejamento da proposta e a elaboração do produto educacional no formato de vídeos. A decisão pelos vídeos partiu do entendimento de ser possível o uso de ferramentas na promoção da saúde em rede digital (Vermelho et al., 2014).

Para a construção dos vídeos, foi elaborado um roteiro considerando a atividade interprofissional e a prática colaborativa para os residentes e os aspectos afetivos e proposta lúdica para as mães/acompanhantes no convite à participação. Priorizou-se a linguagem compreensível e objetiva, com imagens e cenários correspondentes ao ambiente da unidade neonatal, para facilitar a comunicação.

Outro aspecto considerado na escolha pelo uso de vídeo e mídia digital, foi a sustentabilidade envolvida e o respeito ao meio ambiente, evitando-se assim, o uso de papéis e insumos gráficos como tintas coloridas que apresentam custo superior.

Na produção, utilizou-se o *software* como serviço baseado em nuvem da plataforma de comunicação visual denominada “Powtoon”, para criar os vídeos animados de explicação de curta duração, aproximadamente 2 (dois) minutos, com a intenção de facilitar e motivar o interesse em assistir bem como a divulgação por compartilhamento de mensagem.

Para sua divulgação no hospital, otimiza-se a mídia disponível na recepção da unidade neonatal, local de presença frequente de mães e familiares, para divulgação bem como pela alta utilização de smartphones pela população, podendo ser verificada a possibilidade de difusão via whatsapp institucional.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que os vídeos elaborados para a divulgação da atividade grupal “Diário: Primeiras Histórias” contribuam para fomentar a participação das mães e acompanhantes de bebês internados na UTIN e dos residentes, e na qualificação de uma assistência integral e humanizada.

A construção do produto educacional mostrou-se um diferencial do mestrado profissional, uma vez que oportunizou o aprendizado com o uso da tecnologia digital e vislumbrar o potencial de sua contribuição na rotina institucional. Desse modo, contribuiu para disseminar a possibilidade de uso criativo e efetivo de outras ferramentas em busca de tecnologias para um ambiente educacional e de promoção da saúde mais qualificado (UNESCO, 2008) e possibilitou explorar outros meios de comunicação nos serviços de saúde.

Embora os profissionais tenham reconhecido os benefícios e incentivado o desenvolvimento dos vídeos, o mesmo não foi possível com as mães e/ou demais familiares acompanhantes. Devido a pandemia pelo vírus Sars Cov-2, não foi possível solicitar a contribuição das mães, compreendendo-se a importância da avaliação pelo público-alvo (Ximenes et al., 2019). Contudo, procurou-se utilizar linguagem compreensível, evitando-se o uso de jargões técnicos e priorizando-se o aspecto afetivo e lúdico em consonância com tecnologia assistencial grupo.

Pretende-se apresentar o produto ao setor de qualidade do HMEC, solicitando-se a sua utilização na unidade neonatal e no Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia, quando as atividades grupais estiverem liberadas e houver a disponibilidade de espaço físico adequado para o desenvolvimento de grupos. Também o vídeo poderá ser utilizado em outras instituições públicas ou privadas e motivar o uso dessa ferramenta para favorecer a comunicação e participação do público-alvo.

Os vídeos ficarão disponíveis para acesso e utilização através dos links:

- Vídeo de apresentação da atividade grupal para os residentes:
<https://youtu.be/g2Ap2AzYGaM>

- Vídeo de apresentação da atividade grupal para as mães da UTIN:
<https://youtu.be/WnaBTkus5cA>

REFERÊNCIAS³

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3389, de 30 de dezembro de 2013. Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014. (Saúde em Debate). 187 p.

Mori ME, Oliveira OVM. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. Interface (Botucatu) [Internet]. 2009 [citado 07 dez. 2022]; 13 suppl 1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500014>

UNESCO. Padrões de Competência em TIC para professores: diretrizes de implementação, versão 1.0 David CB, tradutor. Paris [internet]. 2008 [citado 07 dez. 2022] Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000156209_por

Vermelho SC, Velho APM, Bonkovoski A, Pirola A. Refletindo sobre as redes sociais digitais. Educ Soc [Internet]. 2014 Jan [citado 18 nov. 2021]; 35(126). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302014000100011>

Ximenes MAM, Fontenele NÃO, Bastos IB, Macêdo TS, Galindo NM, Caetano JÁ, et al. Construção e validação de conteúdo de cartilha educativa para prevenção de quedas no hospital. Acta paul enferm [Internet]. 2019 Jul [citado 07 dez. 2022]; 32(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900059>

³De acordo com Estilo Vancouver.

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A contribuição da atividade Diário: Primeiras Histórias para a Educação Interprofissional em Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia

Pesquisador: Rosé Colom Toldrá

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08062819.0.0000.0065

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.156.735

Apresentação do Projeto:

Será testada, em uma metodologia qualitativa exploratória, se a atividade grupal "Diário: Primeiras Histórias" realizadas com mães/acompanhantes de recém nascido internados na UTI neonatal, com participação de residentes das diferentes áreas profissionais contribui para a educação interprofissional dos residentes em Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever e analisar as vivências de Educação Interprofissional em Saúde dos residentes na área de Neonatologia desenvolvida por meio da atividade grupal "Diário: Primeiras Histórias", no Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário De Moraes Altenfelder Silva – Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha (HMEC).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de natureza qualitativa, sem entraves éticos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado

Recomendações:

Aprovação

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: FACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 2.156.735

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1272010.pdf	20/01/2019 23:45:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa.docx	20/01/2019 23:43:35	Rosé Colom Toldrá	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/01/2019 22:53:29	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Outros	cep_formulario_para_cadastro_de_projeto_atualizado.docx	15/01/2019 08:36:05	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Outros	anuencia_chefia_do_setor_neonatalogia.docx	15/01/2019 08:11:40	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Outros	anuencia_diretora_de_departamento_tecnico.docx	15/01/2019 08:10:21	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	12/12/2018 09:56:15	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	06/12/2018 12:19:50	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	06/12/2018 12:03:48	Rosé Colom Toldrá	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 20 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

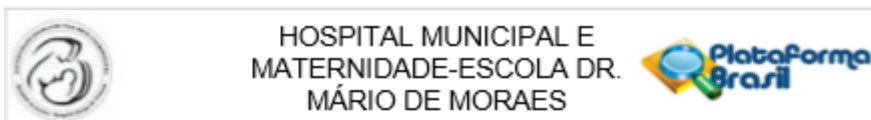
USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 3.158.735

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.245-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HMEC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A contribuição da atividade Diário: Primeiras Histórias para a Educação Interprofissional em Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia

Pesquisador: Rosé Colom Toldrá

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08062819.0.3001.5454

Instituição Proponente: HOSPITAL MUN. MATER. ESCOLA DR. MARIO E MORAES A. SILVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.382.869

Apresentação do Projeto:

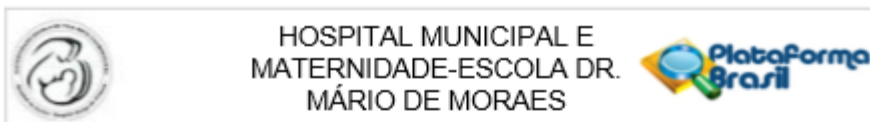
Projeto muito bem fundamentado, com revisão bibliográfica ampla, inter-relacionando o histórico das legislações passadas e vigentes com o propósito do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever e analisar as vivências de Educação Interprofissional em Saúde dos residentes na área de Neonatologia desenvolvida por meio da atividade grupal "Diário: Primeiras Histórias", no Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário De Moraes Altenfelder Silva – Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha (HMEC).

- Identificar e caracterizar o perfil sócio demográfico dos residentes participantes da atividade grupal "Diário:Primeiras Histórias" do Programa de Residência Multiprofissional na área de Neonatologia.
- Identificar e analisar a percepção dos residentes sobre a participação na atividade grupal "Diário: Primeiras Histórias", para a formação interprofissional em saúde.
- Conhecer e analisar a percepção dos residentes sobre a participação dos pais na atividade grupal "Diário:Primeiras Histórias".
- Identificar os efeitos da atividade grupal "Diário: Primeiras Histórias" para a relação entre residentes e pais na rotina de trabalho na UTIN.
- Desenvolver produto educacional que favoreça o desenvolvimento e aprimoramento da formação

Endereço: AVENIDA DEPUTADO EMILIO CARLOS 3100
Bairro: LIMAO **CEP:** 02.720-200
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3986-1294 **Fax:** (11)3986-1058 **E-mail:** cep.hmec@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.352.859

interprofissional por meio da atividade grupal "Diário: Primeiras Histórias"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação na pesquisa pode levar a risco mínimo de interferência, como desconforto, dúvida, entre outras, devido à realização de entrevista com profissionais. No entanto, serão tomados todos os cuidados para minimizar possível interferência e a identificação dos participantes será mantida em sigilo/com garantia de anonimato.

Benefícios:

Produção de conhecimento sobre a formação dos residentes em educação interprofissional para o desenvolvimento e aprimoramento educacional e qualificação da assistência.

Os riscos e benefícios que antes não constavam no corpo do trabalho principal agora estão descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa a ser desenvolvida é de natureza qualitativa e caracteriza-se por ser exploratória retrospectiva no que se refere a análise de registros de documentos de campo, e também prospectiva, pois envolverá entrevistas com os residentes.

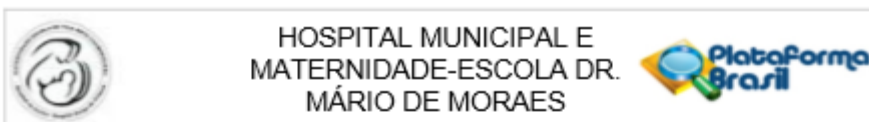
Nesta versão apresentada ficou claro que os residentes egressos das turmas passadas que participaram da atividade "Diário:

primeiras histórias" serão chamados para assinarem o termo e responderem à entrevista semi-estruturada, seja de modo presencial ou à distância via Skype. Nesta versão do documento do projeto detalhado foram incluídos os critérios de inclusão e exclusão, bem como tamanho da amostra, ficando de acordo com as recomendações que constaram na primeira relatoria sobre este projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado, acatado a recomendação de citar que a pesquisadora Geni Teshima Yamamoto é terapeuta ocupacional vinculada ao HMEC. Passou a constar também no TCLE a informação que as entrevistas poderão ser feitas presencialmente ou utilizar de recursos à distância, como Skype. Passou também a ficar explícito que se o residente quiser retirar seu consentimento, isso não acarretará consequências para o prosseguimento de suas atividades do Programa de Residência Multiprofissional. Todas as recomendações para a adequação do TCLE foram acatadas.

Endereço: AVENIDA DEPUTADO EMILIO CARLOS 3100
 Bairro: LIMAO CEP: 02.720-200
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3986-1294 Fax: (11)3986-1058 E-mail: cep.hmec@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.352.059

Recomendações:

As recomendações feitas na relatoria anterior foram todas acatadas, como explicitar a composição da amostra.

A caracterização da instituição HMEC foi extraída do relatório de gestão institucional, e a fonte está devidamente citada

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram regularizadas conforme recomendações da relatoria anterior, Não há mais pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado discutiu em reunião e acatou por unanimidade o parecer de APROVADO do relator.

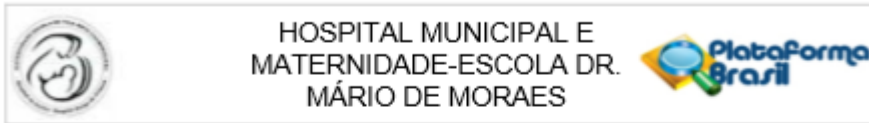
Por meio da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o pesquisador fica orientado a:

1. Comunicar por meio de emenda dentro desta Plataforma qualquer alteração do projeto.
2. Manter em local seguro por 5 (cinco) anos os dados individuais de todas as etapas da pesquisa para eventuais auditorias.
3. Finalizar o projeto na Plataforma Brasil por meio da elaboração de relatório final, empregando a opção "Enviar Notificação".
4. Em teses e monografias de conclusão de curso deverá constar um anexo com cópia deste parecer.
5. Em artigos de periódico deverá ser informado o número deste parecer no corpo do texto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	carta_resposta.docx	27/04/2019 18:20:58	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_v2.docx	27/04/2019 18:18:53	Rosé Colom Toldrá	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_v2.docx	27/04/2019 18:16:12	Rosé Colom Toldrá	Aceito

Endereço: AVENIDA DEPUTADO EMILIO CARLOS 3100
 Bairro: LIMAO CEP: 02.720-200
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3986-1294 Fax: (11)3986-1058 E-mail: cep.hmec@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.352.059

Ausência	TCLE_v2.docx	27/04/2019 18:16:12	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Outros	cep_formulario_para_cadastro_de_proje to_atualizado.docx	15/01/2019 08:38:05	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Outros	anuencia_chefia_do_setor_neonatologia .docx	15/01/2019 08:11:40	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Outros	anuencia_diretora_de_departamento_te cnico.docx	15/01/2019 08:10:21	Rosé Colom Toldrá	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 11 de Junho de 2019

Assinado por:
Renata Cereda Cordeiro
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DEPUTADO EMILIO CARLOS 3100
Bairro: LIMAO CEP: 02.720-200
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3986-1294 Fax: (11)3986-1058 E-mail: cep.hmec@gmail.com