



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Dândara Silva Oliveira**

**PERCURSO DA INTERPROFISSIONALIDADE DA TEORIA À PRÁTICA EM UMA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA BAHIA**

**Porto Seguro-Bahia**

**2022**

**Dândara Silva Oliveira**

**PERCURSO DA INTERPROFISSIONALIDADE DA TEORIA À PRÁTICA EM UMA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE/MPSF, vinculado ao Polo Universidade Federal do Sul da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Rocio Elizabeth Chavez Alvarez

Linha de Pesquisa: Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional.

**Porto Seguro-Bahia**

**2022**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Universidade Federal do Sul da Bahia  
Sistema de Bibliotecas

O48p Oliveira, Dândara Silva -  
Percurso da interprofissionalidade da teoria à prática em uma  
residência multiprofissional em saúde da Bahia / Dândara Silva Oliveira.  
Teixeira de Freitas, 2022 -  
167 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia,  
Campus Paulo Freire, Programa de Pós-Graduação em Saúde da  
Família, 2022.

Orientador: Prof. Dra. Rocio Elizabeth Chavez Alvarez.

1. Cuidados primários de saúde – Bahia (Estado). 2. Profissionais de  
saúde – Interprofissionalidade. I. Chavez Alvarez, Rocio Elizabeth.  
II. Título

CDD – 362.10981

Bibliotecária: Amanda Luiza de S. Mattioli Aquino - CRB 5/1956


Dândara Silva Oliveira

**PERCURSO DA INTERPROFISSIONALIDADE DA TEORIA À PRÁTICA EM  
UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família–PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do sul da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 14/12/2022

Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente  
 LINA RODRIGUES DE FARIA  
Data: 21/01/2023 10:28:33 -0100  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

---

Doutorado, Lina Rodrigues de Faria  
Universidade Federal do Sul da Bahia



---

Doutorado, Carla Pacheco Teixeira  
Fundação Oswaldo Cruz (RJ)

Documento assinado digitalmente  
 ROCIO ELIZABETH CHAVEZ ALVAREZ  
Data: 22/03/2023 21:12:04 -0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

---

Doutorado, Rocio Elizabeth Chavez Alvarez (Orientadora)  
Universidade Federal do Sul da Bahia

Porto Seguro-Bahia

2022

Ao Senhor Jesus, aquele que me deu forças,  
inspiração e ânimo para prosseguir até o fim.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, meu grande Pai e amigo, pelas infinitas bênçãos concedidas em minha vida.

A minha família querida, mãe, pai e irmã, por estarem sempre ao meu lado nos momentos de alegrias e dificuldades vivenciadas ao longo dessa caminhada. Vocês são a maior riqueza que eu tenho nessa vida.

A minha orientadora, Rocio Elizabeth Chávez Alvarez, a quem tenho imensa admiração e afeto. Obrigada pelos seus ensinamentos valorosos, pelo seu cuidado, paciência, compreensão nos momentos difíceis. Sua parceria, força e auxílio foram essenciais na condução desta pesquisa.

A minha companheira e amiga Tamine Habbib, você tornou a minha caminhada mais leve e prazerosa. Nessa jornada, compartilhamos momentos maravilhosos, mas também difíceis. Levarei comigo engraçadas e inesquecíveis lembranças.

A Coordenadora do Mestrado Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia, Professora Lina Faria, pela belíssima condução do programa, sou grata e tenho muito orgulho em fazer parte dessa formação.

A todo corpo docente do curso, pelo rico aprendizado dispensado e promoção de discussões valorosas entre os colegas.

A minha turma, pelas experiências compartilhadas e momentos enriquecedores entre os colegas multiprofissionais.

A Coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela receptividade à investigação proposta pela pesquisa.

As Secretarias Municipais de Saúde de Itabuna e Ilhéus, ao seus Núcleos de Educação Permanente e a Atenção Básica pela oportunidade em desenvolver o trabalho.

Aos preceptores e residentes por contribuírem com o estudo, fazendo parte da pesquisa.

## **PERCURSO DA INTERPROFISSIONALIDADE DA TEORIA À PRÁTICA EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA BAHIA**

### **RESUMO**

A atenção integral aos indivíduos é alcançada quando o trabalho em equipe multiprofissional é traduzido por ações compartilhadas, com foco na interdisciplinaridade e interprofissionalidade. As Residências Multiprofissionais em Saúde buscam o desenvolvimento de competências na perspectiva da educação interprofissional no processo de trabalho colaborativo realizado no serviço. Objetivou-se analisar o percurso da interprofissionalidade desde a educação até a prática em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de uma universidade do Sul da Bahia, desde a proposta pedagógica do curso até os saberes e práticas interprofissionais aplicados pelos residentes no serviço à partir da visão de residentes e preceptores. Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva que usa as técnicas de análise documental e entrevista semiestruturada com preceptores e residentes do segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em dois municípios do Sul da Bahia. Os dados obtidos foram analisados com a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados emergiram em 3 temas principais com suas respectivas categorias e subcategorias: “Diálogo do Projeto Político pedagógico do PRMSF com a interprofissionalidade”; “Percepções dos residentes ao encontro da interprofissionalidade na prática da ESF”; e “Percepções dos preceptores sobre o percurso da interprofissionalidade no Programa, da teoria à prática”, que permitiram ampliar as discussões sobre a temática nos espaços de formação e atuação profissional. Conclui-se que a formação interprofissional apresenta fundamentações teóricas e sua materialização é verificada na prática profissional dos residentes, resultando em melhoria na assistência à saúde prestada e aprendizado entre os profissionais. No entanto, fatores dificultadores são apontados, a exemplo do despreparo dos preceptores para exercerem esse papel. Entende-se que o ensino, o serviço e a gestão necessitam compartilhar responsabilidades para o alcance de novas realidades em saúde, a partir da promoção de espaços de discussão e diálogo entre esses atores.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Interprofissionalidade; Educação interprofissional; Práticas interprofissionais.

## **INTERPROFESSIONALITY PATHWAY FROM THEORY TO PRACTICE IN A MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE IN HEALTH IN BAHIA**

### **ABSTRACT**

Individuals achieve comprehensive care when we transform multidisciplinary teamwork into shared actions, with a focus on interdisciplinarity and interprofessionality. The Multidisciplinary Residencies in Health seek to develop skills from the perspective of interprofessional education in the collaborative work process carried out in the service. The objective was to analyze the course of interprofessionality from education to practice in a Multiprofessional Residency Program in Family Health at a Southern Bahia university, from the pedagogical proposal of the course to the interprofessional knowledge and practices applied by residents in the health service and from the perspective of residents and preceptors. The qualitative, exploratory and descriptive research used document analysis and semi-structured interviews techniques with preceptors and residents of the second year of the Multiprofessional Residency in Family Health, in two municipalities in the south of Bahia. The collected data were analyzed using Bardin's content analysis technique. The results emerged in three main themes with their respective categories and subcategories: "Dialogue of the PRMSF's Pedagogical Political Project with interprofessionality"; "Residents' perceptions of interprofessionality in the practice of the ESF"; and "Perceptions of the preceptors about the pathway of interprofessionality in the Program, from theory to practice". The themes allowed broadening discussions about the problem in areas of training and professional practice. It is concluded that interprofessional training presents theoretical foundations and its materialization is verified in the professional practice of residents, that results in the improvement of health care provided and learning among professionals. However, some complicating factors are pointed out, such as the unprepared preceptors to exercise this role. It is important that education, service and management need to share responsibilities in order to reach new health realities, based on the promotion of spaces for discussion and dialogue between these actors.

**Keywords:** Primary Health Care; Interprofessionality; Interprofessional education; Interprofessional practices.



## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
EIP	Educação Interprofissional
ESPBA	Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis
Eq. SF	Equipes de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
MA	Metodologias Ativas
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PIP	Práticas interprofissionais
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PSF	Programa de Saúde da Família
PRMS	Programas de Residência Multiprofissional em Saúde
PRMSF	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
PPP	Projeto Político Pedagógico
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde
RMS	Residências Multiprofissionais em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UESC	Universidade Estadual de Santa Cruz
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família

UNIFESP      Universidade Federal de São Paulo  
UFPE          Universidade Federal de Pernambuco

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Mapa da microrregião Ilhéus-Itabuna, 2022.....	34
Figura 2-	Divisão territorial em Módulos Assistenciais, Itabuna, 2009.....	35
Gráfico 1-	Percentual das áreas profissionais dos residentes.....	42
Gráfico 2-	Origem de Instituição de Ensino dos residentes.....	43
Gráfico 3-	Percentual por área profissional dos preceptores.....	44
Quadro 1	Caracterização dos residentes participantes da pesquisa.....	41
Quadro 2	Caracterização dos preceptores participantes da pesquisa.....	44
Quadro 3	Categorias e subcategorias que emergiram das falas dos residentes.....	64
Quadro 4	Categorias e subcategorias que emergiram das falas dos preceptores.....	136

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	17
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	19
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	20
4.1 Atenção Primária em Saúde.....	20
4.2 O trabalho em Saúde.....	21
4.3 O trabalho da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família.....	25
4.4 Residências Multiprofissionais em Saúde.....	29
<b>5. METODOLOGIA</b> .....	34
5.1 Tipo de estudo.....	34
5.2 Local de estudo.....	35
5.3 Participantes do estudo.....	37
5.4 Procedimentos para coleta de dados.....	38
5.5 Análise dos dados.....	38
5.6 Aspectos éticos.....	39
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	41
6.1 Caracterização dos participantes do estudo .....	41
6.2 Diálogo do Projeto Político Pedagógico do PRMSF com a interprofissionalidade .....	46
6.3 Percepções dos residentes ao encontro da interprofissionalidade na prática da ESF .....	60
6.4 Percepções dos preceptores sobre o percurso da interprofissionalidade da teoria à prática .....	116
<b>7. CONCLUSÕES</b> .....	142
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	146
<b>APÊNDICES</b> .....	159

## 1 INTRODUÇÃO

Dentro de uma perspectiva de atenção integral à saúde de indivíduos e coletividades, o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza o trabalho em equipe em todos os seus níveis de atenção, desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até o nível de maior complexidade do sistema. Considerada estratégia prioritária de consolidação da APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) caracteriza-se por uma atuação em equipe multiprofissional com vistas ao cuidado integral do usuário (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018).

É inegável o rico arsenal de conhecimento teórico-prático em uma equipe de Saúde da Família e o quanto trabalhar nela deve ganhar mais um significado, sobretudo pelo rico aprendizado mútuo e potente para atuar sobre as condições de saúde e doença de indivíduos, famílias e comunidades. Nessa perspectiva, são estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) os fundamentos e diretrizes essenciais para o alcance da integralidade: o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, integrando formações profissionais diferentes e até mesmo outros níveis de atenção (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

De acordo com a PNAB, a atenção integral ao indivíduo demanda um trabalho em equipe multiprofissional, pautado em ações compartilhadas e interdisciplinares com foco no usuário, sendo este considerado para além dos seus aspectos biológicos, mas sobretudo psicológicos, sociais, políticos, econômicos e culturais. Nesse sentido, espera-se que, a compreensão ampliada do conceito de saúde, implique no reconhecimento e exercício de práticas multidisciplinares e interdisciplinares para o cuidado em saúde (BRASIL, 2017; PEDUZZI et al., 2013).

Backes et al. (2014) referem que a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe implicam na comunicação entre as partes, no ultrapassar as fronteiras territoriais demarcadas pelos excessos disciplinares, significa “distinguir sem disjuntar e associar sem reduzir, significa, ainda, permitir que a ordem dialogue com a desordem, a certeza com a incerteza e a parte com o todo, assim como o todo com as partes” (BACKES et al., 2014, p. 284). Deste modo, enquanto a interdisciplinaridade se refere ao contexto das disciplinas, ciências ou áreas do conhecimento, a interprofissionalidade aplica-se ao mundo da prática profissional, desenvolvido no trabalho da equipe de saúde (PEDUZZI et al., 2013). Considera-se a primeira uma das bases fundamentais para o exercício da segunda, tornando-se indissociáveis.

Para Ceccim (2017, p. 50), a interprofissionalidade abarca tudo aquilo que pertence ao campo em que os núcleos profissionais cooperam para sua conformação, isto é, o núcleo

comum, “sendo tudo aquilo que podemos realizar mediante apoio ou que não temos autonomia, exceto como membros de uma equipe”. Assim, ressalta-se que, a interprofissionalidade está para além da mera presença de diferentes categorias profissionais atuando em um mesmo espaço, se referindo, sobretudo, a uma articulação e integração do conjunto de profissionais e seus campos do conhecimento em uma perspectiva interdisciplinar (ARNEMANN, 2018).

O trabalho interprofissional fortalece os atributos da APS, principalmente, a longitudinalidade e a integralidade, sendo alcançada por meio de uma ação multiprofissional em circunstância interdisciplinar, isto é, quando há o encontro entre os diferentes saberes. Mas, para ser considerado “interprofissional” faz-se necessário o cruzamento das aprendizagens e das práticas colaborativas, com orientação para o trabalho, envolvendo no mínimo duas profissões (VENDRUCROLO et al., 2020; CECCIM, 2017).

Nos cenários da APS, o conjunto articulado das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, demandam uma atuação integrada e colaborativa de diversas categorias profissionais de saúde, para além do médico (PEDUZZI, 2016), tais como: agentes comunitários de saúde, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal e os profissionais que compõem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, psicólogos, entre outros.

Nessa lógica, Ceccim (2004) ressalta que o trabalho em equipe multiprofissional tem sido posto como um elemento fundamental para a qualidade do trabalho e da formação em saúde, sendo orientado tanto nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de graduação da área da saúde, quanto nas bases para o exercício profissional do SUS. Assim, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua resolução nº 569 de 08 de dezembro de 2017 apresenta os princípios gerais que deverão nortear a construção das DCN dos cursos de graduação na área da saúde, com destaque para a formação de um profissional capaz de atuar na direção da integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional (BRASIL, 2017).

No entanto, considera-se um desafio a implantação das DCN, em especial, no que se refere a mecanismos efetivos de integração curricular, diversificação de cenários de aprendizagem, articulação com o SUS, retomada dos princípios éticos e humanísticos e da abordagem crítica-reflexiva na perspectiva do conceito ampliado de saúde (BATISTA, 2012). A contragosto das exigências emergentes para formação em saúde, Farias et al. (2018) destacam que, os conhecimentos descontextualizados e as disciplinas abordadas de modo fragmentado na formação dos trabalhadores do setor saúde, prejudicam o alcance de uma visão ampliada do

processo saúde-doença e o potencial do trabalho em equipe, comprometendo a resolutividade do cuidado.

Nesse panorama, há que se destacar as transformações dos perfis epidemiológicos do adoecimento e a complexidade dos problemas de saúde e seus determinantes, demonstrando cada vez mais a necessidade pela aplicação de uma abordagem interdisciplinar e uma intervenção interprofissional nas questões de saúde pública (PEDUZZI, 2017; FARIAS et al., 2018). Diante disso, tem sido posto em evidência o papel da Educação Permanente em Saúde (EPS) enquanto elemento chave na formação profissional e qualificação dos trabalhadores da saúde no âmbito do SUS.

Compreende-se a EPS como a aprendizagem no serviço, onde o aprender e o ensinar estão imbricados ao trabalho diário dos profissionais no exercício dos seus papéis, devendo primar pela aprendizagem significativa na direção das transformações das práticas profissionais. Portanto, a EPS deve construir uma rede de ensino-aprendizagem no cotidiano do trabalho do SUS, se renovando de acordo com as demandas dos usuários no serviço de saúde (BRASIL, 2007; PEDUZZI et al., 2013).

O papel do SUS na formação em saúde é posto na Lei 8.080 de 1990, competindo ao sistema a participação na formulação e na execução de política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Desse modo, por meio da articulação entre os Ministérios da Educação e da Saúde, estabeleceu-se formalmente a criação de programas de pós-graduação a exemplo das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), contemplando diversas categorias profissionais da área da saúde em um mesmo processo de formação, dando espaço para o desenvolvimento de competências na perspectiva interprofissional, com atividades educativas realizadas nos cenários da APS (FILHO; SILVA, 2017).

Assim, as RMS podem ser compreendidas como dispositivos de educação permanente, isto é, objeto de transformação das práticas profissionais em saúde, utilizando a articulação entre ensino e serviço (SOUZA, 2017). Contribuindo para a reorientação das práticas do cuidado na perspectiva da integralidade e humanização, as RMS proporcionam avanços nas áreas da saúde e educação, dispondo ao mercado de trabalho perfis profissionais condizentes com as necessidades reais de saúde pública. As RMS são caracterizadas como uma iniciativa recente de Educação Interprofissional (EIP) no Brasil, pautada na formação em serviço e sendo uma estratégia importante de integração dos serviços de saúde com processos formativos movidos pela lógica da interprofissionalidade e interdisciplinaridade, elas têm ganhado destaque no âmbito da formação e do SUS (ARAÚJO et al., 2017; FARIAS et al., 2018).

A EIP ocorre quando estudantes de no mínimo duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si, a fim de promover a colaboração efetiva e alcançar melhores resultados em saúde. Assim, a EIP se compromete com a formação para o interprofissionalismo, sendo este marcado pelo trabalho em equipe, discussão dos papéis profissionais, responsabilidade compartilhada pela resolução de problemas e tomada de decisão. Nesse espaço de construção, prima-se pela parceria na construção dos saberes, sem deixar de lado o respeito pelas diferenças e os limites profissionais (OMS, 2010; BATISTA, 2012).

E assim, como todo conhecimento teórico é traduzido por meio da prática, a EIP, ao mesmo modo, visa o estabelecimento das Práticas interprofissionais (PIP), sendo estas concretizadas quando há articulação e integração das ações de saúde com vistas ao melhor resultado e qualidade dos serviços, o que difere da ideia de que qualquer iniciativa que junte em um mesmo lugar, diferentes categoriais profissionais, é uma iniciativa de EIP (CECCIM, 2017; COSTA, 2017). Cabe ressaltar que, a necessidade de execução da PIP já se encontra prevista na PNAB, como parte do trabalho da equipe multiprofissional a exemplo da consulta compartilhada, construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), trabalho com grupos, entre outras estratégias (BRASIL, 2017).

No entanto, é válido lembrar que, para a efetivação da PIP faz-se necessário o investimento na EIP, sendo esta uma iniciativa de formação profissional com vistas a promoção do trabalho em equipe integrado e colaborativo (PEDUZZI et al., 2013). Busca-se por meio da EIP, a promoção do aprendizado entre estudantes e profissionais inseridos nos serviços para o trabalho conjunto e colaborativo com foco nos usuários, resultando em uma relação recíproca de mútua influência entre a atenção a saúde, o sistema educacional e o sistema de saúde (CECCIM, 2017). Nessa lógica, Peduzzi (2016, p.200) considera que o SUS é interprofissional “construído e consolidado como espaço de atenção à saúde, educação profissional, gestão e controle social, orientado pelos princípios de integralidade, equidade, universalidade”.

Em contrapartida, Costa (2017) chama atenção para a cultura de formação uniprofissional no Brasil, caracterizada pela centralização do desenvolvimento de competências específicas, sendo o trabalho colaborativo ainda pouco visto nos processos formativos no país. O autor destaca que, a despeito da ampla discussão da EIP em saúde, nas últimas décadas, ela ainda é pouco explorada na realidade brasileira. O diálogo entre saberes e práticas profissionais enfraquecido se justifica pela força do modelo tradicional e hegemônico de formação em saúde e prática disciplinar, em que o saber compartimentalizado, determinam barreiras de comunicação e integração entre os atores profissionais. No entanto, há alguns anos, tem-se debatido sobre a necessidade de mudanças na educação superior, com a discussão da formação



em saúde na perspectiva da interprofissionalidade. É notória a insuficiência e decadência da formação uniprofissional, evidenciada no Brasil, desde os movimentos da Reforma Sanitária, em que a formação e o trabalho em saúde ganharam maior visibilidade (FERLA; TOASSI, 2017).

Do mesmo modo, o modelo de atenção à saúde estabelecido a partir da divisão do trabalho entre as diferentes categorias profissionais, constituem em obstáculos para a mudança da realidade prática e reorientação do modelo de formação profissional, tendo em vista a necessidade de inserção dos estudantes em cenários práticos distantes da nova proposta educacional (COSTA, 2017). No entanto, destaca-se o potencial da educação no poder de transformação da realidade encontrada, uma vez que, por meio da formação no serviço, os profissionais locais, têm a oportunidade de discutir e refletir, por exemplo, sobre os preceitos do SUS, em seu processo de trabalho, culminando com um aprendizado coletivo e transformação das práticas em saúde.

Andrade, Meirelles e Lanzoni (2011) afirmam que, a formação no serviço constitui em oportunidades de aprimoramento benéficas para ambos os lados, isto é, ao mesmo tempo em que o aprendiz vivencia seu tempo de formação no campo da prática, torna-se possível a troca e o aperfeiçoamento do conhecimento teórico-prático aos profissionais da rede de saúde. Em reforço a discussão, Araújo et al. (2017) colocam que as RMS buscam estabelecer um espaço de reconstrução de conhecimento e de transformação de práticas, concebido de forma articulada às demandas do SUS.

As RMS caracterizadas pela criatividade e inovação, visam qualificar os profissionais a partir de abordagens participativas e problematizadoras, com atuação colaborativa, contribuindo para reorientação das práticas do cuidado na perspectiva da integralidade e humanização. Nesse sentido, elas favorecem para a disposição de profissionais que atendam aos problemas de saúde dos usuários, a partir de abordagens mais abrangentes, ultrapassando as dimensões biológicas (MENESES et al., 2018; ARAÚJO et al., 2017).

Assim, os serviços de saúde e educação devem caminhar na direção do desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho multiprofissional a fim de qualificar suas práticas em saúde. Para tanto, deve-se lutar pela superação de um trabalho individual e hierarquizado, ainda presente na realidade dos serviços, resultante de uma formação anterior tradicional e fragmentada, baseada em relações de poder, levando a posições individualizadas e desiguais dentro das equipes de saúde. Considera-se que, ainda, há muitos desafios a serem superados para a real efetivação das práticas colaborativas no contexto das residências, com vistas a uma

qualificação adequada dentro de uma proposta inovadora de formação em saúde (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; MARANHÃO, 2018).

Destarte, diante do grande potencial das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família para a formação interprofissional, e, por conseguinte, o fomento a interprofissionalidade nos serviços de saúde, a presente pesquisa buscou responder os seguintes questionamentos: Qual o percurso da interprofissionalidade desde a teoria à prática de uma residência multiprofissional em saúde em universidade baiana? Quais as potencialidades e os desafios encontrados para o seu desenvolvimento na prática?

## 2 JUSTIFICATIVA/MOTIVAÇÃO

Se a qualidade da atenção à saúde depende diretamente daquele que exerce o cuidado, isto é, da figura profissional que dispensa atenção em saúde, percebe-se o quanto é importante sua atuação engajada e ampliada dentro de um sistema que deve ser universal, equânime e sobretudo integral. A atuação colaborativa e interprofissional qualifica as práticas de saúde na medida em que multiplica as visões e atuações sobre uma determinada problemática em saúde, havendo maior resolutividade e, por conseguinte, aumentando a satisfação e adesão do usuário, família e comunidade na resolução dos problemas de saúde.

Gestores em saúde, Instituições de Ensino Superior (IES), profissionais de saúde e aqueles que estão em formação precisam entender que a proposta de uma equipe multiprofissional, característica da ESF, deve estar atrelada a uma atuação compartilhada e não fragmentada ou isolada como encontrado em vários estudos do trabalho multiprofissional em saúde realizados do Brasil.

Desse modo, a pesquisa visou contribuir para discussões que venham a valorizar tais práticas, evidenciar resultados positivos de práticas interprofissionais e, sobretudo, despertar os envolvidos na formação em saúde e os sistemas locais de saúde para a importância de se trabalhar na lógica da interprofissionalidade.

Entende-se que a interprofissionalidade caminha no sentido do olhar integral ao usuário, assim as necessidades de quem utiliza o serviço são mais fáceis de serem identificadas e, por conseguinte, sanadas dentro de uma perspectiva interdisciplinar, a partir de ações discutidas entre a equipe e com a equipe com vistas a qualificação do serviço prestado. Assim, tendo em vista as potencialidades da atuação interprofissional, fica fácil compreender o quanto abordar essa temática se torna relevante em um cenário de práticas ainda centrado na figura do médico, regado pela disputa entre competências profissionais e extremamente individualizado.

A discussão em torno da interprofissionalidade tem ganhado destaque nos últimos anos, sendo caracterizada como uma abordagem inovadora na direção dos avanços almejados pela política de saúde no Brasil. Assim, a formação em saúde necessita caminhar numa perspectiva de mudanças e as residências multiprofissionais são grandes dispositivos para transformar realidades em saúde. Nesse sentido, pesquisas que venham a abordar a interprofissionalidade no contexto da formação em saúde precisam ganhar espaço no campo científico, tendo em vista as poucas produções realizadas sob esta ótica. Cabe ressaltar que as residências

multiprofissionais são recentes no Brasil, conseqüentemente, maiores estudos na área todavia necessitam ser desenvolvidos.

Por fim, esta pesquisa teve o potencial de contribuir para um melhor desenvolvimento da proposta do programa investigado, com maior aproveitamento pelas equipes de saúde, refletindo, por conseguinte, no usuário, família e comunidade. O estudo parte de uma discussão recente e atual nas práticas de saúde e formação profissional e apresenta potencial de impacto na melhoria do processo de trabalho dos serviços de saúde e sobretudo por caminhar na perspectiva da consolidação do princípio da integralidade e fortalecimento do SUS.

### **3 OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GERAL**

- Analisar o percurso da interprofissionalidade desde a teoria à prática de uma residência multiprofissional em saúde em universidade baiana.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar a proposta pedagógica da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na perspectiva da interprofissionalidade;

- Caracterizar os saberes e práticas interprofissionais aplicados pelos residentes no serviço na perspectiva de residentes e preceptores;

- Compreender os desafios e potencialidades para atuação interprofissional do programa a partir da perspectiva dos residentes e preceptores do curso.

## 4. REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Atenção Primária em Saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) começou a ser estruturada no Brasil na década de 1990, correspondendo ao primeiro nível de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, compreendendo “a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” (DIAS et al., 2009; BRASIL, 2017, p.1).

A ESF criada em 1994 como Programa de Saúde da Família (PSF), propõe a reversão do modelo assistencial dominante centrado na cura e no hospital, por uma atenção com foco nas necessidades de saúde da população, em atuação próxima ao ambiente de vida dos indivíduos, famílias e comunidades. Tal proximidade, além de favorecer a formação de vínculos entre profissional-usuário, possibilita a detecção e intervenção apropriada sobre os riscos presentes no território pela equipe de saúde (RADICCHI; LEMOS, 2009; GIOVANELLA, 2009).

A ESF preconiza uma equipe de caráter multiprofissional composta por no mínimo médicos e enfermeiros, preferencialmente especialistas em saúde da família, auxiliares ou técnicos de enfermagem, podendo agregar o cirurgião dentista, auxiliar/técnico de saúde bucal, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e combate às endemias (BRASIL, 2017). A equipe da ESF deve ser responsável pela saúde da população em território definido, dispensando uma atenção integrada e qualificada a todos os indivíduos e famílias, sendo estes acompanhados em todas as suas fases do ciclo de vida, na perspectiva de linhas de cuidado.

A atuação de uma equipe multiprofissional reforça as intenções de promoção da integralidade como princípio do SUS, na medida em que favorece, em respostas, as demandas de saúde da população adscrita. Para isso, propõe-se a articulação e integração dos olhares dos diferentes profissionais, e o desenvolvimento de práticas que venham extrapolar o modelo curativista, sendo este já demonstrado incapaz de modificar os níveis de saúde da população (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013). No entanto, para compreendermos a lógica dos modos de estabelecimento do cuidado que se vigora nas práticas de saúde atuais, faz-se necessário conhecer as bases da produção do trabalho, nesse caso o trabalho em saúde, suas bases e seus fundamentos sob o ponto de vista da APS, campo de estudo da pesquisa em questão.

## 4.2 O trabalho em saúde

O trabalho em saúde é composto por um conjunto de atividades simultâneas, as quais são dotadas de características diferentes, exercidas por trabalhadores de variadas áreas, com saberes e experiências específicas, os quais vivenciam um diálogo produtivo, marcado por diferentes saberes, diálogos e práticas. Dentro do espaço de trabalho, os trabalhadores adotam um determinado tipo de organização, marcados por um modo peculiar de agir, nas relações entre si e com os usuários, no estabelecimento de regras específicas na divisão do trabalho e na prestação dos cuidados (BRASIL, 2006).

Assim, pode-se dizer que o trabalho em saúde é essencialmente coletivo, isto é, o trabalho de um é dependente do trabalho do outro para que se chegue ao objetivo final que é atender ao mundo das necessidades de saúde individuais e coletivas (FRANCO, 2003). Do mesmo modo Ferreira, Andrade e Franco (2007) defendem a não existência de autossuficiência no trabalho em saúde, pela mútua dependência dos trabalhadores entre si, e na condução de determinados esquemas terapêuticos. Assim, através de espaços de fala e de escuta, são construídos espaços relacionais que mediam seus processos de trabalho.

Por basear-se numa relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização, Feuerwerker (2005) afirma que o trabalho em saúde não é completamente controlável, sendo, portanto, sempre sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática. Mas, para fazer o seu trabalho, todo trabalhador carrega consigo uma caixa de ferramentas, que, na saúde, são traduzidas pelas valises tecnológicas, isto é, as caixas de ferramentas tecnológicas (MERHY; FRANCO, 2005).

Merhy e Franco (2005) destacam que todo trabalho é mediado por tecnologias, e a depender de como essas tecnologias irão se comportar no processo de trabalho poderá haver o predomínio de processos mais criativos, focados nas relações, ou de processos mais atrelados à lógica dos instrumentos duros, a exemplo das máquinas.

Nessa direção, Merhy (1997) estabelece três categorias para as tecnologias do trabalho em saúde, as “tecnologias “duras”, as “leve-duras” e as “leves”. As tecnologias “duras” dizem respeito aos equipamentos tecnológicos, como as máquinas, as normas e as estruturas organizacionais. As tecnologias “leve-duras” se referem aos conhecimentos e saberes profissionais bem estruturados do cuidado em saúde, os quais se associam à subjetividade das relações interpessoais, ou seja, o componente leve. Por fim, as tecnologias “leves” são aquelas das relações entre os sujeitos, do vínculo, do acolhimento e da autonomização.

No ato de cuidar, os trabalhadores da saúde, sejam eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, psicólogos, entre muitos outros, utilizam-se dos três tipos de valises, que compõem o arsenal tecnológico do trabalho em saúde, fazendo combinações entre elas, de acordo com sua forma de produzir o cuidado (MERHY; FRANCO, 2005).

Sabendo que o trabalho em saúde é constituído de um processo relacional, no qual apenas acontece a partir do encontro entre o trabalhador e o usuário, fica fácil entender que a produção na saúde se realiza, sobretudo, através do “trabalho vivo em ato” (FERREIRA; ANDRADE; FRANCO, 2007; MERHY; FRANCO, 2005).

Franco (2003) não desconsidera a importância das máquinas e dos instrumentos de que se utiliza o trabalho em saúde para os diagnósticos e as terapêuticas, mas para ele, o trabalho humano é absolutamente essencial e insubstituível. Fatores como, a redução do sofrimento, a melhora na qualidade de vida e a promoção da autonomia é muito mais proporcionada pelo predomínio do “trabalho vivo em ato” do que pelo trabalho morto, isto é, com base no operar das tecnologias de relações, de encontros e de subjetividades, possibilitando a atenção à saúde de forma integralizada, com foco nas necessidades dos usuários (MERHY, 1997).

Quando se impera a lógica “usuário-centrada” com predomínio das tecnologias leves, há vantagens como uma liberdade maior para uma atuação compartilhada dos diversos profissionais, além de ser menos específica em termo de saberes profissionais visto que todos que trabalham em saúde devem ser cuidadores e, sobretudo ampliar a caixa de ferramentas dessa dimensão. Nesse processo, há espaço para se fomentar nos usuários a coparticipação do processo de trabalho, devendo estes ser reconhecidos como sujeitos protagonistas que influenciam e fazem parte do processo de produção do cuidado em saúde (MERHY, PINTO, 2004; RODRIGUES; ARAÚJO, 2002; PESSANHA; CUNHA, 2009).

Cabe destacar, nesse espaço de trabalho, onde é desenvolvida a prática de cada um, o lugar da micropolítica do processo de trabalho, em que se dá o agir no dia-a-dia do cuidado em saúde, guiado por diversos interesses, os quais organizam as práticas e ações na saúde. Sendo, portanto, aí que se define de fato o perfil da assistência, pois é nesse lugar que se desenvolve o trabalho em saúde (MERHY; FRANCO, 2003; FRANCO, 2003).

É interessante salientar que o lugar da micropolítica do serviço de saúde é permeado também pelas relações de poder. Segundo Merhy e Pinto (2004), o médico, quase sempre, nas suas relações com usuários e demais membros da equipe, acumula poder suficiente para estabelecer a sua conduta, de um modo quase indiscutível, quanto a ser esta a mais adequada e a melhor do ponto de vista técnico.



Esse “poder” atribuído à classe médica tem relação direta com os modelos technoassistenciais à saúde adotados no Brasil e no mundo. Caracterizados pela supervalorização do trabalho médico, esses modelos orientam os processos de trabalho determinando, sobretudo, o perfil das tecnologias em saúde adotadas. No Brasil, isto foi construído historicamente, através da presença muito forte dos interesses corporativos e dos grupos econômicos voltados à indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos, que acabaram criando entre os profissionais o imaginário de que o uso das tecnologias “duras” e “leve-duras” está vinculado à qualidade da assistência à saúde. Assim, firmou-se a produção de um cuidado dependente do trabalho morto, especialmente pela organização do trabalho voltado ao saber-fazer médico, determinado pelo modelo technoassistencial medicocêntrico (MERHY; FRANCO, 2005; FRANCO, 2003; MERHY; FRANCO, 2003).

Esse modelo também conhecido por médico-hegemônico, incrustado, ainda hoje, nos serviços de saúde, ao concentrar o fluxo da assistência no profissional médico, formado para valorizar os sintomas biológicos, estimular os procedimentos consumidores de mercadorias de saúde e manter a distância afetiva na relação “profissional-paciente”, afastou o “trabalho vivo em ato” no lócus da assistência à saúde por apoiar-se nas tecnologias duras (MERHY; PINTO, 2004). Segundo Ceccim (2017, p.51), “o núcleo comum, portanto, é móvel e é vivo, fazendo-se em ato, mesmo que consumado em um plano de interfaces objetivas quando há indistinção real das separações”.

Coelho e Jorge (2009) entendem que há necessidade de se reorganizar o processo de trabalho, a fim de que o mesmo transfira seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, sendo a relação entre trabalhador e usuário pautada em aspectos humanitários de solidariedade e cidadania, além de ser lugar estratégico de mudança pautada pela ética do compromisso pela vida, com postura acolhedora e estabelecimento de vínculos para a resolutividade e criação de autonomia dos usuários e sujeitos [grifo nosso] (MALTA, MERHY, 2003, p.65).

Entende-se que, se houvesse um equilíbrio na valorização do trabalho de todos os profissionais aumentar-se-ia a capacidade resolutiva dos serviços, se fazendo, sobretudo, a partir de uma reestruturação dos processos de trabalho, com potencialização do “trabalho vivo em ato”, entre outras palavras, da valise das relações (MERHY; FRANCO, 2005; MERHY; PINTO, 2004).

Frente a isso, hoje, vê-se na ESF, uma grande oportunidade de mudança na atenção à saúde, uma vez que nela são resgatados conceitos essenciais de vínculo, humanização, corresponsabilidade entre outros, que apontam para a reestruturação no modo de operar os

serviços de saúde. Com ela, através de uma equipe, atenção centrada nos núcleos familiares e sobre um território específico, busca-se a substituição das práticas convencionais de assistência, por práticas mais resolutivas e integrais. Todavia, apesar da ESF ter inovado a forma de produzir saúde, o seu núcleo tecnológico no qual se processa o cuidado, ainda permanece centrado no trabalho morto, operando um modelo produtor de procedimentos (RODRIGUES; ARAÚJO, 2002; MERHY; FRANCO, 2005).

Nesse sentido, Feuerwerker (2005) destaca o fato de que o SUS ainda não foi capaz de produzir avanços significativos quanto à mudança das práticas de saúde e a reorientação do modelo tecnoassistencial. Mas, há de se considerar que, se por um lado, os fatores sociais, econômicos e políticos definem em grande parte a estrutura e organização dos serviços, por outro, o funcionamento do perfil assistencial é dado pelos processos micropolíticos e pelas configurações tecnológicas do trabalho, operados pelos trabalhadores da saúde, aqueles que possuem autonomia no modo de trabalhar e que, em última instância, definem, a partir de seus fazeres cotidianos o perfil da assistência à saúde (MERHY et al., 2003).

Assim, para Pessanha e Cunha (2009, p.237) “na Atenção Básica, cabe às equipes de saúde, com a confluência de seus múltiplos saberes e práticas, o esforço para identificar e atender às necessidades de saúde”. Deste modo, na área da saúde e especialmente na ESF, para que os profissionais direcionem a produção do cuidado com competência e eficácia, eles necessitam conhecer o avanço dessas tecnologias e como elas podem ser incorporadas nas suas práticas, isto é, a sua aplicabilidade.

Na concepção de Marques e Lima (2004) uma assistência de melhor qualidade depende de uma mudança considerável nas relações entre profissionais, usuários e comunidades, o que se torna possível com o uso das tecnologias leves. Como tecnologia leve, a noção de acolhimento pode ser entendida como acesso universal, uma relação entre pessoas, valorizando a fala e a escuta, não estando restrito ao setor da recepção, mas envolvendo o todo que compõe o serviço de saúde. A partir disso, as reais exigências de saúde dos usuários poderão ser trabalhadas pelas equipes de Saúde da Família (PESSANHA; CUNHA, 2009; COELHO; JORGE, 2009).

Assim Gomes e Merhy (2014) entendem que, superar as lógicas de trabalho centradas na doença é valorizar a dimensão cuidadora do “trabalho vivo em ato”, orientado pelas tecnologias leves e leve-duras, que organize os processos produtivos fundamentais para a construção de um trabalho produtor de autonomia. Nesse sentido, faz-se necessário que se tenha uma educação permanente atuante nos processos de trabalho das ESF, para que exista uma utilização eficaz das tecnologias, considerando as necessidades de aprendizagem dos

trabalhadores a partir dos valores e demandas da comunidade em que atuam (MOURA et al., 2014).

### **4.3 Trabalho em equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família**

No contexto da ESF, o trabalho em equipe constitui uma das estratégias de mudanças dos modelos de assistência à saúde. Para tanto, utiliza-se da comunicação entre os componentes do grupo, em que os trabalhadores realizam a articulação das suas práticas por meio da linguagem, para o alcance dos seus objetivos. Neste cenário, chama-se a atenção para a comunicação efetiva, constituindo em atributo essencial para o trabalho em equipe e prática colaborativa (PEREIRA; PIVERA; ARTMANN, 2013; PEDUZZI, 2017).

Nesse espaço, os processos de interação do trabalho em equipe multiprofissional resultam em uma pequena rede de diálogo na qual os membros envolvidos, através da linguagem, se comprometem intersubjetivamente a trabalharem de modo coletivo com vistas ao alcance de um objetivo comum, que é a prestação da assistência em saúde qualificada ao usuário. Ainda, estudos ultrapassam a perspectiva centralizada em um único profissional, inferindo que todos em alguma medida desenvolvem a liderança dentro da equipe, o que é importante por evidenciar a importância e o valor de todos os integrantes em seu processo de trabalho. Sabe-se que o reconhecimento e valor atribuído aos integrantes da equipe favorecem a integração dos profissionais que, por conseguinte, potencializará o cuidado prestado (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013). Os autores explicam que a liderança se desloca de ator a depender da situação, isto é, dentro de uma equipe de saúde seria inviável reconhecer uma única liderança, mas sobretudo várias em vias de atuação. Assim, ela é caracterizada como rotativa quando, por exemplo, médico(a) e enfermeiro(a) exercem liderança na coordenação das ações como uma categoria de referência na tomada de decisões.

Assim, também, na medida em que o ACS desempenha a liderança em seu território ou quando a equipe de saúde bucal comanda o seu saber na articulação com os demais membros da equipe e até mesmo quando a técnica de enfermagem se desloca para o território com os ACS. Desse modo, cada um em sua medida e a depender das circunstâncias do momento exercem o papel de líderes dentro do vasto território de saúde. Esses papéis de destaque no fazer profissional nos remete a importância de cada membro e no seu potencial de troca e qualificação do cuidado na perspectiva da integralidade (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013), pautados pelo diálogo e ou comunicação efetiva.

Os mesmos autores complementam que os níveis de cuidado da equipe, podem ser considerados como a resposta ao nível de integração do trabalho coletivo executado, isto é, quanto maior a integração dos componentes da equipe, melhores serão os cuidados à população. Para os autores, quando o trabalho em equipe é articulado e integrado, os resultados obtidos são maiores que a soma dos trabalhos parcelares, aumentando a qualidade e resolutividade da assistência prestada. Assim, as pesquisas em saúde confirmam a interdependência e complementaridade das ações de vários profissionais, com vistas a melhoria da qualidade da assistência a ser ofertada (PEDUZZI, 2017), considerando as demandas da população na área de abrangência da ESF.

Desse modo fica claro que a produção da saúde jamais irá ser alcançada apenas por um profissional, de forma individualista, ou por um procedimento/técnica, muitas vezes reforçado pela supervalorização médica, mas sim pela atuação do conjunto de atores sociais envolvidos e seus saberes e práticas articulados como equipe de profissionais atuantes naquele espaço. Para tanto, é necessário saber trabalhar em equipe para garantir uma atuação interdisciplinar e interprofissional (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; PEDUZZI et al., 2012).

Cabe destacar que a efetivação do trabalho em equipe e interdisciplinar proposto deve buscar o rompimento com a supervalorização das competências específicas e favorecer aquelas comuns a todas as profissões envolvidas no cuidado em saúde (MENESES et al; 2018). No que se refere ao processo de trabalho da Atenção Básica, a PNAB (2017, p.22) caracteriza o trabalho em equipe multiprofissional da seguinte forma:

“Trabalho em Equipe Multiprofissional: Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção”.

No que se refere a interprofissionalidade, ainda há uma visão estereotipada e presente no imaginário das pessoas, isto é, muitas vezes é atribuída apenas a condição multiprofissional da APS. No entanto, ela ocorre apenas quando há uma atuação conjunta e articulada a partir dos múltiplos olhares, com troca de conhecimento sobre uma mesma situação problema. No caso, na área da saúde, acontece quando as problemáticas de saúde são observadas, discutidas

e apreendidas com e entre as diferentes categorias profissionais, incluindo a tomada de decisão compartilhada. Para tanto, equipes de saúde precisam ser construídas garantindo uma identidade de pertencimento para manutenção da dinâmica de trabalho, ancoradas no compartilhamento de objetivos, modelo de cuidado, valores e responsabilidades (ARNEMANN, 2018; PEDUZZI, 2017; CECCIM, 2017).

Araújo et al. (2017), destacam a necessidade de adoção da interprofissionalidade como uma ferramenta de trabalho e de educação, vislumbrando aonde se quer chegar, bem como propondo passos a serem dados, por meio das práticas interprofissionais. Nesse processo, torna-se crucial a compreensão dos papéis profissionais, sendo uma das competências colaborativas a serem alcançadas pelos profissionais da saúde, em razão da visão, por vezes, limitada e preconceituosa a respeito das profissões, presente entre os próprios integrantes da equipe.

Assim, Peduzzi (2017) afirma que deve ser ampliado e clarificado o entendimento da contribuição de cada profissional para o desenvolvimento das práticas em saúde. A partir do entendimento dos papéis, torna-se possível traçar estratégias de diálogo e interação para composição do comum, favorecendo para um processo de trabalho mais coeso, harmônico, horizontal, menos exaustivo e com melhor satisfação dos usuários (PARO; PINHEIRO, 2018).

Busca-se por meio dessas práticas a valorização do pensar complexo, que seja capaz de ampliar, intercruzar e compreender cada situação vivenciada nos cotidianos da APS, se libertando da fragmentação e do reducionismo ainda incrustado no perfil de trabalho das equipes. Pode-se dizer que as PIP ao se utilizar da problematização, com articulação e integração das ações, elevam o grau de organização dos serviços de saúde, com maior resolubilidade e qualidade na assistência ao usuário. Desse modo, evitam-se omissões ou duplicações de cuidados, esperas e adiamentos evitáveis, com promoção do diálogo entre os profissionais, reconhecimento de seus papéis e contribuições, permitindo maior flexibilização para atuações profissionais (BACKES ET AL., 2014; PEDUZZI ET AL., 2013).

Previato e Baldissera (2018) afirmam a necessidade das PIP serem disseminadas nos cenários de saúde, devendo ser reconhecidas e implementadas no processo de trabalho das equipes por caminhar na direção da integralidade, princípio doutrinário do SUS. Nessa lógica, estudos tem destacado avanços na inserção de práticas colaborativas na APS e na criação de espaços mais favoráveis para o diálogo em equipe com o estabelecimento de consensos que implicam no cuidado integral e na segurança do paciente (ESCALDA; PARREIRA, 2018).

Devemos enfatizar, que a apropriação do trabalho multiprofissional pautado pela interprofissionalidade permite, principalmente, que o usuário seja beneficiado, ao proporcionar-lhe um cuidado integral, holístico e humanizado mais próximo da sua realidade e dos potenciais

problemas e necessidades de saúde vivenciados por ele no território, rompendo assim, com a fragmentação impostos pelos moldes das especialidades biomédicas.

O trabalho em equipe e colaborativo pressupõe uma atenção centrada no usuário e definição de objetivos comuns, sendo que o planejamento sempre estará atrelado as especificidades da população assistida (PEDUZZI, 2017). No entanto, a despeito dos grandes avanços previstos e alcançados pelo trabalho interprofissional, a exemplo da troca de experiência, do aprendizado mútuo e da ampliação da capacidade de cuidado de toda a equipe, são muitos os desafios encontrados para sua concretização na realidade das práticas profissionais da APS. A contragosto do que se espera nos cenários das unidades de saúde, muitos estudos destacam a supervalorização da figura do médico em relação às demais categorias profissionais (MENESES et al., 2018), inviabilizando a horizontalidade necessária entre as relações profissionais, que por sua vez fragiliza o trabalho interprofissional.

Ainda, podemos observar um espaço regado pela disputa entre os atores envolvidos, extremamente individualizado e fragmentado, carente e gritante pela articulação entre os diferentes saberes e práticas em saúde. Nesse ínterim, pode-se destacar como raiz do problema uma formação tradicional caracterizada pela produção de conhecimentos descontextualizados e disciplinas abordadas de forma fragmentada (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018), centrada no modelo hegemônico biomédico, comprometendo o alcance de uma visão ampliada do processo saúde-doença e a capacidade de trabalhar em equipe.

Do mesmo modo Peduzzi et al. (2013), referem que a lógica do trabalho isolado dos profissionais de cada área e independente das demais, reflete sua longa e intensa formação isolada e centrada no seu saber específico. Somam-se a estes fatores a sobrecarga de trabalho das equipes, repercutindo na falta de programação e planejamento para o trabalho compartilhado e ações interprofissionais.

Lima et al. (2018) destacam também a fragilidade das ações de formação da EPS, referindo que na prática, as atividades educacionais propostas aos trabalhadores da saúde, ainda são organizadas segundo a lógica disciplinar e fragmentada, separada por categorias profissionais e baseada na metodologia da educação positivista, tradicional e arcaica. Percebe-se então que a EPS, a contragosto do que é preconizado em sua política, tem apresentado uma atuação centrada nos perfis profissionais e no adoecimento, faltando o incentivo a abordagens complexas e multissistêmicas. Nesse panorama, identifica-se a necessidade de mudanças nos perfis de capacitação profissional, que ainda se apoiam em cursos e protocolos individualizados, para um processo dinâmico em que todos aprendem e ensinam em conjunto.

Considera-se que a EPS possui papel chave na promoção da interprofissionalidade, por a mesma visar o atendimento focado nas reais necessidades dos usuários, sendo este alcançado por meio do trabalho interprofissional. Para tanto, a EIP constitui ferramenta essencial a ser aplicada nos espaços de educação e saúde no país, em busca do cuidado prestado na perspectiva da integralidade frente as complexidades de saúde apresentadas pelos indivíduos e famílias (PEDUZZI, 2017).

A EIP pode ser traduzida pelo aprender junto, de modo compartilhado, colaborativo e interativo, a fim de melhorar as práticas de cuidado ao usuário. Assim, cabe aos serviços de saúde e educação superior, compreender que investir na EIP é favorecer para o aprendizado coletivo, com fomento a interação entre as disciplinas, permitida pelo diálogo e pela parceria entre os estudantes e profissionais da saúde (ARAÚJO et al., 2017; PEDUZZI, 2017).

Compreendendo que as condições singulares e sociais de saúde não se orientam pela aplicação de saberes específicos e fragmentados das profissões, mas se desenham em uma vida (CECCIM, 2017), urge a necessidade de transformação nas formas de aprender e ensinar. Assim, torna-se essencial para que o trabalho em saúde produza um cuidado mais efetivo, a compreensão dos mecanismos que favoreçam a composição com os diferentes saberes disciplinares, a fim de que os mesmos sejam postos em prática pelos estudantes e profissionais da saúde (PARO; PINHEIRO, 2018).

#### **4.4 Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS)**

Para uma maior compreensão do trabalho em saúde faz-se necessário discutir a formação superior em saúde, seus pontos de confluência e divergência, com a identificação de necessidades de remodelagem dos processos formativos que venham contemplar as reais necessidades de saúde da população (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019). Assim as RMS, visando contribuir com a formação e a qualificação profissional, propõe, comprometimento com o cuidado, especialmente do ponto de vista da integralidade, possibilitando mudanças cruciais no modelo técnico-assistencial que ainda vigora nos contextos da APS (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

Caracterizam-se como recentes no Brasil, com debates aprofundados no final da década de 1990 decorrente do surgimento da ESF, antes reconhecido como PSF, e das necessidades de mudanças de práticas em saúde (PEDUZZI et al., 2013). Meneses et al. (2018) enfatizam o desenvolvimento dos programas de residência como um grande fomentador na retomada de

lutas pela Reforma Sanitária e fortalecimento dos movimentos sociais e políticos. Nesse contexto, cabe destacar a luta contra a formação acadêmica ainda fragmentada e centrada nos aspectos biológicos, sendo as RMS cruciais para mudança dessa perspectiva.

No entanto, a formalização das RMS apenas aconteceu a partir da Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Em seu artigo 13º fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, orientada pela educação no serviço, bem como direcionadas às profissões que integram a área de saúde, com exceção da médica, devendo ainda ser de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde. Logo em seguida, a Portaria Interministerial nº 2.117 de 03 de novembro de 2005, dá condições à sua implementação, instituindo-a no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, assim como provendo linhas de financiamento para as bolsas de estudo, tendo em vista a dedicação exclusiva proposta pelo programa. Assim, no Brasil, no caso das residências integradas, considera-se a necessidade mínima de pelo menos três profissões para o reconhecimento dos programas como multiprofissionais (CECCIM, 2017).

Desse modo, considera-se que o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) se institui no cenário brasileiro como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) de formar profissionais para atuação no SUS, alavancando mudanças no modelo técnico-assistencial e na atuação multiprofissional inserida em um processo de Educação Permanente. Nesse sentido, colocam-se em reflexão as modelagens existentes e suas fundamentações, estimulando uma abordagem integral do processo saúde-doença, com vistas a fortalecer e qualificar o SUS, seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2012; UESC, 2018).

Almeida, Teston e Medeiros (2019) referem que o contexto social da atualidade, com intensas mudanças das mais diversas ordens, sejam elas políticas, científicas, culturais tecnológicas e econômicas, tem exigido da formação acadêmica estratégias inovadoras que respondam as necessidades de saúde da sociedade. Assim, as residências multiprofissionais se destacam, na medida em que proporcionam o reconhecimento das especificidades do território de atuação, buscando o desenvolvimento de capacidades para o trabalho interprofissional com participação de diferentes profissões na discussão da realidade encontrada. Assim, as RMS rompem com o modelo de formação tradicional voltado para o conteúdo e que colocam o estudante em um lugar passivo, mas ao contrário, concebem o aprendiz como protagonista do seu conhecimento, dentro de um espaço vivo de formação.

Sabe-se que a formação no serviço proposto pela residência, em que o processo ensino-aprendizagem ocorre ao longo do dia de trabalho do residente, favorece para o aprendizado a partir de uma realidade encontrada e do seu contato com a comunidade (VASCONCELOS, 2013). Esse processo do aprender possui maior significado para o aprendiz, na medida em que



problematiza uma realidade, solidificando o conhecimento a partir do modo dinâmico em que ocorre.

Considerando a atuação de diversas profissões em um mesmo cenário de prática, Casanova, Batista e Moreno (2018) referem que, os programas de RMS devem avançar na conceituação dos princípios do trabalho em equipe e detalhamento de estratégias a serem implementadas no bojo da EIP. Assim a EIP configura-se como um importante elemento na formação destes profissionais para o trabalho em equipe, com foco nos usuários.

O desenvolvimento da EIP no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família é facilitado pelo modelo de educação ancorado nas Metodologias Ativas (MA) de ensino-aprendizagem adotado pelos programas. De caráter transformador e interdisciplinar, as MA buscam despertar nos sujeitos o seu potencial crítico-reflexivo, ao aproximar a teoria da prática, preparando o conjunto de profissionais para intervir na transformação da realidade de saúde da população (SOUSA, 2017).

No entanto, Araújo et al. (2017) destacam o desafio da formação interprofissional e colaborativa, tendo em vista que a inserção dos residentes ocorre em um processo de trabalho já instalado, permeado pela multiprofissionalidade, elemento precípuo para desenvolvimento das práticas interprofissionais, no entanto jamais podendo ser traduzido pela articulação de seus atores. Muitas vezes os profissionais atuam em único espaço ou até mesmo estão juntos em uma atividade ou ação, mas sem algum aproveitamento das potencialidades para o aprendizado coletivo na qualificação da produção do cuidado ao usuário.

Ellery e Barreto (2020) referem que a interprofissionalidade é também um processo de trabalho mediado pelos afetos, em que profissionais de categorias diferentes trabalham juntos, sendo afetados mutuamente, com integração dos saberes (traduzido pela interdisciplinaridade) e modificação das práticas em saúde, seja por meio da colaboração interprofissional ou/e construção de um campo comum de intervenção.

Infelizmente, uma das situações que prejudica o desempenho dos residentes nestes espaços e contribui para a permanência da formação uniprofissional é a compreensão errônea de que o residente atuaria compondo a equipe no cenário de prática como mais uma mão-de-obra, e por vezes preenchendo lacunas na ausência de pessoal, o que muitas vezes pode acontecer na realidade do território de saúde, principalmente quando existe déficit de recursos humanos no serviço e ou curta permanência de profissionais, que coloca em risco a continuidade da linha de cuidado e vínculo com a população. Desse modo, as residências correm um grande risco de reproduzir as práticas em saúde, sendo meramente assistencial, disciplinar e fugindo da sua proposta de inventividade e promoção de tecnologias do cuidado

(ARAÚJO et al., 2017).

Em programas de residência, o acompanhamento pedagógico é conduzido por tutores de núcleo e tutores de campo, cuja função caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, três anos na área. (NASCIMENTO, PAIM, CARMO, 2020).

Desse modo, nos cenários de prática, são os preceptores, aqueles responsáveis pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes, possuindo duplo papel: atua como profissional na assistência em saúde e, ao mesmo tempo, assume o compromisso de ensinar, orientar, supervisionar e servir como modelo para o estudante (DIAS et al., 2015). Espera-se que esses atores compreendam e promovam a interprofissionalidade contribuindo para a promoção dessa prática por parte dos residentes multiprofissionais.

No entanto, os estudos destacam muitas fragilidades que comprometem o papel desse ator, entre as quais, sua formação tradicional, fragmentada e limitante, completamente distante do modelo educacional ativo de aprendizagem, sendo este pautado na crítica e reflexão teórico-prática (LIMA; ROZENDO, 2015). Portanto, capacitar o preceptor nessa potente ferramenta que são as MA, capazes de sensibilizar e envolver os profissionais nas mudanças das práticas em saúde, torna-se fundamental.

Em reforço ao mencionado acima, o estudo de Autonomo et al. (2015) também constatou a dificuldade dos preceptores em atuar com os novos métodos de ensino, nesse caso com destaque para MA, integralidade e interdisciplinaridade, sendo esta tríade de elementos inerentes ao desenvolvimento da interprofissionalidade. Por conta disso, faz-se necessário o preparo pedagógico do preceptor para o entendimento e valorização de processos perdidos no contexto das práticas em saúde. Ademais, outros entraves para a efetivação do papel dos preceptores são mencionados em diversas pesquisas, a saber: a grande demanda e sobrecarga do serviço impostas pelo trabalho, resultando em pouco tempo para investir na preceptoria; a falta de remuneração para desempenhar essa função e o despreparo atrelado ao pouco investimento em capacitação para o exercício nessa área (LIMA; ROZENDO, 2015; DIAS et al., 2015).

Nessa discussão, cabe destacar o estudo de Arruda et al. (2018), em que foi analisada a colaboração interprofissional de um PRMSF no Ceará, com abrangência nos municípios de Maracanaú e Aracati. Para isso, foi realizada a observação participante e entrevistas com preceptores e residentes de enfermagem, odontologia, fisioterapia, psicologia, nutrição e serviço social, todos em seu segundo ano de residência. Os entrevistados referem que, no início

do curso, atividades propostas como a territorialização, com posterior planejamento de ações e construção de agenda integrada da equipe, favoreciam ao trabalho interprofissional e colaborativo. No entanto, alegam que, ao longo do programa, foram enfraquecidos os objetivos e a visão compartilhada dos residentes e preceptores, em decorrência da escassez em atividades teóricas coletivas, com direcionamento das atividades para o trabalho de conclusão do curso.

Assim, considera-se que, apesar da residência contar com multiprofissionalidade e, dessa forma possuir condições necessárias para o salto à interprofissionalidade, nem sempre isso pode ser garantido, tendo em vista que vários fatores permeiam esse processo, que vão desde a condução das atividades propostas ao perfil e conhecimento do preceptor para essa atuação (ARRUDA et al., 2018).

Sabe-se que contar com uma residência multiprofissional nos serviços de saúde, implica em promover avanços no processo de trabalho, como a inserção de práticas de interconsulta compartilhada e o estreitamento das relações interpessoais no ambiente laboral. Enfatizadas essas questões, a residência passa a ser considerada uma possibilidade transformadora do processo de trabalho e como fomento à corresponsabilização de práticas em saúde como norteadoras do aprendizado.

Assim, Araújo et al. (2017) incrementam seu discurso inferindo que se de um lado temos um grupo de residentes capacitados por meio de sua formação em serviço, do outro, surge o trabalhador/preceptor também reinventado, pela mobilização, para a práxis. No entanto, sabe-se que, o modelo de formação proposto pela RMS, ainda é recente e em construção no Brasil, e que atrelado a isso existem muitas dificuldades a serem enfrentadas para a real efetivação das práticas colaborativas no contexto das residências (MARANHÃO, 2018).

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 Tipo de estudo/Delineamento

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, exploratório e descritivo, com foco na análise documental e de campo.

Minayo (2008), refere que na pesquisa qualitativa se destaca a objetivação, sendo importante reconhecer a complexidade do objeto de estudo, estabelecendo conceitos e teorias para chegar a uma análise contextualizada, de maneira a contribuir para o afastamento de juízos de valor excessivos e alcançar a produção de conhecimento aceitável e reconhecido.

As pesquisas exploratórias configuram-se no meio de busca quando se está começando um estudo, objetivando maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Nas pesquisas descritivas, objetiva-se levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2010). O estudo qualitativo trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. A partir de tais análises são proporcionadas reflexões a respeito do desenvolvimento e da dinâmica social, voltando-se para a solução de problemas de um determinado grupo (MINAYO, 2010).

De acordo com Gil (2010), será uma pesquisa documental que processará documentos de “primeira mão” que não receberam nenhum tratamento analítico, podendo ser de diversos tipos, tais como os documentos conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas. Considera-se esse tipo de pesquisa vantajosa por constituir fonte rica e estável de dados, custo baixo em relação com outras pesquisas, por exigir mais da capacidade do pesquisador e do seu tempo disponível do que do contato com os sujeitos da pesquisa muitas vezes dificultoso. Cabe ressaltar que esse recurso se torna importante em uma pesquisa qualitativa, não porque respondem definitivamente um problema, mas porque proporcionam melhor visão desse problema ou, então, hipóteses que conduzem a sua verificação por outros meios (GIL, 2010).

A pesquisa de campo procura o aprofundamento das questões propostas, através de técnicas de observação direta e entrevistas (GIL, 2010), como no caso deste estudo, nos permitirá esse contato próximo com os atores sociais no campo de práticas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família para o aprofundamento das perspectivas sobre o fenômeno estudado, a interprofissionalidade.

## 5.2 Local do estudo

O objeto da pesquisa será o PRMSF da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). A UESC, localiza-se entre os polos urbanos de Ilhéus e Itabuna, em Ilhéus-Bahia, por volta de 500 quilômetros de Salvador. Situada no coração da Mata Atlântica, região com um passado de crescimento socioeconômico advindo da produção e comércio do cacau, é considerada como a principal instituição de ensino superior dessa região baiana (UESC, 2020).

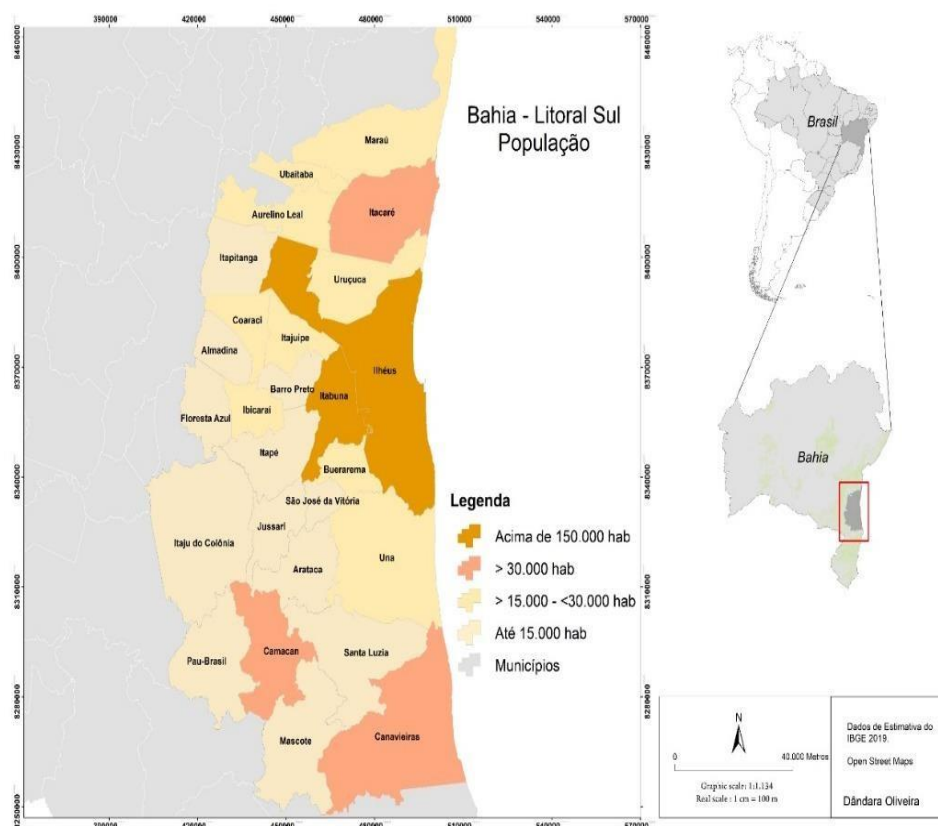


Figura 1- Mapa da microrregião Ilhéus-Itabuna, 2022.

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

A UESC possui histórico de formar recursos humanos para o sistema público de saúde, com um processo de ensino em cooperação com a rede municipal de saúde dos municípios da região, com destaque para os municípios de Itabuna e Ilhéus, assumindo responsabilidades assistenciais em parceria com a gestão em saúde (UESC, 2018).

De início recente, o PRMSF da UESC foi implantado em 2018, tendo em vista a inexistência de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde na Região Macrorregião Sul da Bahia (UESC, 2018). Possui como objetivo geral “formar

profissionais de saúde com competência, habilidades e atitudes para atuar na Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, articulados aos diversos pontos da rede de atenção à saúde” (UESC, 2018, p.11) tendo as suas vagas distribuídas nos sistemas de saúde de Itabuna e Ilhéus.

O município de Itabuna está situado na microrregião econômica do Litoral Sul à 429 km de Salvador, conta com uma população de 212.740 pessoas segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018). Compõe o Núcleo Regional de Saúde Sul, fazendo parte da Macrorregião de Saúde Sul e polo da Microrregião de Itabuna, sendo referência para a Macro e sua Microrregião, a qual abrange 22 municípios (ITABUNA, 2018; ITABUNA, 2018).

O Sistema Municipal de Saúde em Itabuna apresenta uma estrutura organizacional e administrativa modular, composto por quatro módulos assistenciais (Figura 2), cada um deles possuindo entre seis a nove unidades de saúde em sua área de abrangência. Esses módulos possuem áreas geográficas delimitadas, segundo o conceito de Distrito Sanitário, conformando a rede hierarquizada de atenção à saúde do município (ITABUNA, 2018).

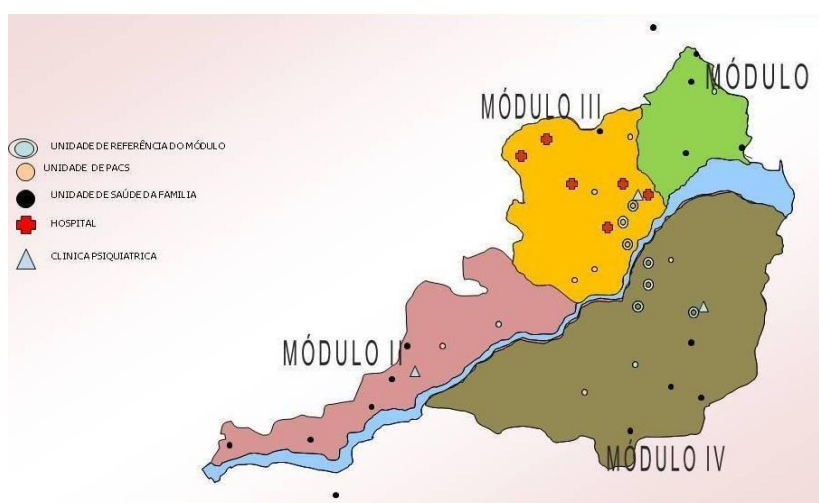


Figura 2- Divisão territorial em Módulos Assistenciais, Itabuna, 2009.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

A APS conta com 32 unidades de Saúde distribuídas nos quatro módulos assistenciais. No que se refere à ESF, atualmente o município apresenta 49 equipes de Saúde da Família (Eq. SF). Para cada um dos módulos foi instituída uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, considerando seu maior nível de complexidade para atendimento às necessidades de saúde (ITABUNA, 2018).

O município de Ilhéus localiza-se na microrregião Cacaueira, a região Sul do Estado da Bahia a cerca de 462Km de Salvador. De acordo com o censo de 2010 conta com uma população é de 184.236 habitantes. A rede de Atenção Básica do município de Ilhéus é composta por 14 Unidades Básicas de Saúde, 23 Eq. SF, 2 Eq. SF Indígenas e 15 Postos de Saúde da Zona Rural (ILHÉUS, 2018).

Atualmente, o PRMSF atua em 5 USF de toda a região acima descrita. Em três Unidades estão lotados os residentes do segundo e último ano de estudos, sendo estas a USF1, USF Simão Fittermam e USF2, e nas outras duas Unidades estão lotados os residentes do primeiro ano de estudos, sendo estas a USF Elson Duarte e a USF Dr. Ricardo Rosas. Diante do quadro de alocação dos residentes no serviço, utilizou-se como critério de inclusão para a escolha dos cenários da pesquisa, as USF onde existem residentes do último ano de estudos, enquanto o único critério de exclusão foi a USF onde atua a mestrandia e pesquisadora como tutora do programa. Assim, a pesquisa foi desenvolvida nos cenários das UFS 1 e USF2. Ficando, portanto, excluída, a UFS Simão Fittermam, para evitar qualquer viés que possa comprometer os resultados da pesquisa.

A USF1 está localizada no município de Itabuna, e é composta por duas Equipes de Saúde da Família. Já a USF 2 encontra-se localizada no município de Ilhéus e é composta por três equipes de saúde da família (ITABUNA, 2018; ILHÉUS, 2018).

### **5.3 Participantes do estudo**

Os participantes do estudo foram constituídos por residentes atuavam no PRMSF no período da coleta de dados, sendo utilizado como critério de inclusão tempo mínimo de 1 ano de atuação no programa, compreendendo a necessidade de um tempo de adaptação, estabelecimento de vínculos e maior engajamento dos participantes para a temática abordada. Sendo assim, os residentes entrevistados foram do último semestre do curso. O período de coleta de dados ocorreu entre o último semestre de 2021 ao primeiro semestre de 2022, sendo os seguintes profissionais que fizeram parte da pesquisa: 04 enfermeiros; 01 nutricionista; 01 assistente social; 02 odontólogos; 02 psicólogos e 02 fisioterapeutas, perfazendo um total de 12 residentes. Assim como também fizeram parte da pesquisa os preceptores dessas Unidades que acompanhavam os residentes na prática no serviço, sendo no total 8 preceptores.

#### **5.4 Procedimentos para a coleta de dados**

Para o cumprimento dos objetivos do foram utilizados dados primários e secundários. Os dados primários foram obtidos utilizando a técnica da entrevista. após apresentação e a leitura do TCLE (APÊNDICE A) aos participantes da pesquisa, foi esclarecida a relevância do estudo e os objetivos propostos, e colhida posterior assinatura dos que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente. Em caso de recusa, foi respeitada a decisão da pessoa, sem quaisquer prejuízos ou penalidades advindos deste posicionamento.

A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada e teve como instrumento de coleta um roteiro para facilitar a comunicação entre a pesquisadora e os participantes do estudo. Tal ferramenta deve orientar a interlocução, apresentar flexibilidade, podendo contribuir para o surgimento de outras questões relevantes. As entrevistas foram gravadas (com a autorização do participante), para registro e confirmação das informações obtidas, e norteadas por meio de dois roteiros, para residentes e para preceptores (APÊNDICE B e APÊNDICE C), que facilitou a comunicação entre a entrevistadora e os entrevistados. As entrevistas ocorreram nos espaços das USF, reservados e sem barulho.

De acordo com o propósito da pesquisa foi utilizada a entrevista semiestruturada, a qual permitiu a articulação de perguntas fechadas e abertas, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto sem prender-se à indagação formulada (MINAYO, 2010).

Os dados secundários da pesquisa foram compostos de fontes documentais com atenção especial ao Projeto Político Pedagógico do PRMSF da UESC, sendo utilizada a pesquisa documental como técnica de coleta de dados.

A análise documental foi realizada previamente às entrevistas, no intuito de subsidiar o estabelecimento de relações entre o(s) documento(s) e os dados primários pela pesquisadora, que foram analisadas mais adiante.

#### **5.5 Análise de dados**

O método da análise de conteúdo foi empregado para a análise documental e das entrevistas transcritas. Acredita-se que a análise de conteúdo proposta por Bardin possibilitou a compreensão do objeto de estudo, cooperando para atingir os objetivos da pesquisa (BARDIN, 2011).



Existem várias modalidades para que o conteúdo de uma mensagem seja analisado. No caso da pesquisa em tela, foi empregada a Análise Temática, sendo esta uma unidade maior acerca da qual chegamos a uma conclusão. Caracteriza-se como uma das modalidades mais utilizadas na análise de conteúdo (MINAYO, 2010). Levando-se em consideração o processo de análise de conteúdo, a Análise Temática proposta constituiu três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Na pré-análise, a princípio, são escolhidos os materiais a serem analisados, levando em consideração as hipóteses e objetivos da pesquisa. Após a seleção, é realizada a Leitura Flutuante, caracterizada pelo contato intenso do pesquisador com o material coletado, objetivando assim a Constituição do Corpus, caracterizado pela exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Para completar a pré-análise são formuladas e reformuladas as hipóteses e objetivos por meio da leitura exaustiva do material (BARDIN, 2011).

Na fase de exploração ou codificação, os dados brutos são transformados de forma sistêmica e classificados em unidades ou categorias temáticas, as quais possibilitam uma definição das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto. Finalmente, no tratamento dos resultados, inferência e interpretação busca-se a consolidação dos dados articulando-os com a teoria e/ou incorporando novos conhecimentos científicos sugeridos pelos resultados da pesquisa (BARDIN, 2011). Tal passo a passo foi seguido nesta pesquisa.

Foi utilizada a triangulação de métodos, considerada estratégia metodológica adequada nas investigações de caráter interdisciplinar. Ela pode ser empregada quando são utilizadas mais de uma técnica de coleta de dados para responder um problema de pesquisa, permitindo o diálogo entre as técnicas, os métodos e os instrumentos utilizados em um mesmo estudo afim de enriquecer os resultados da pesquisa (MENESES; FUENTES-ROJAS; D' ANTONA, 2018).

## **5.6. Aspectos éticos**

A pesquisa, por envolver seres humanos, cumpriu as normas em conformidade com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo assim respeitados os aspectos éticos e legais (BRASIL, 2012). Desse modo, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz (CEP/UESC), onde o mesmo foi analisado e após apreciação e parecer favorável, sob o número de protocolo 52473021.0.0000.5526, seguiu-se à coleta de dados com os participantes que

assinaram o TCLE de forma voluntária (APÊNDICE A). Outros procedimentos éticos foram cumpridos, como autorização por parte do PRMSF da UESC para dar seguimento à pesquisa e anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna para aceitação da realização da pesquisa nas USF definidas para tal fim.

Em seguida os participantes da pesquisa foram contatados para a apresentação do projeto e seus objetivos, sendo garantido a eles o sigilo e anonimato tanto na coleta de dados como no uso e divulgação das entrevistas através dos resultados da pesquisa em eventos científicos e publicação em artigos, respeitando a confidencialidade dos dados.

No que tange aos dados secundários foram tomada as medidas cabíveis para que a base de dados seja mantida em segurança, respeitando os preceitos éticos.

Os riscos da pesquisa podem estar relacionados a alguns desconfortos, como constrangimento pelo fato de serem questionados sobre saberes e práticas, cansaço ou sobrecarga pelo agendamento da entrevista, no que tange aos benefícios tem-se a publicação de evidências científicas, diálogo e reflexão ao profissional no momento da coleta de dados.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1. Caracterização dos participantes do estudo

Para darmos continuidade com a apresentação dos resultados, cabe primeiro, identificar o perfil e características da população do estudo, os residentes e preceptores participantes da pesquisa. No intuito de conhecê-los e poder ter uma compreensão melhor dos achados do estudo e posterior discussão dos resultados.

Participaram da pesquisa doze residentes e oito preceptores vinculados a duas Unidades de Saúde da Família. A identificação dos participantes por código e sigla profissional foi necessária pelas peculiaridades apresentadas nos discursos de cada categoria e na tentativa de preservar suas identidades conforme critérios éticos, e pelas observações realizadas de modo específico ao longo dos resultados (Quadro 1).

**Quadro 1 - Caracterização dos residentes participantes da pesquisa**

<b>Código</b>	<b>Sexo</b>	<b>Profissão</b>	<b>IES de origem</b>
R1/ASS.SOCIAL	F	Assistente social	Pública
R2/FISIO.	F	Fisioterapeuta	Pública
R3/ENF.	F	Enfermeiro	Pública
R4/ENF.	F	Enfermeiro	Pública
R5/PSI.	F	Psicólogo	Privada
R6/ODONT.	F	Odontólogo	Privada
R7/PSI.	F	Psicólogo	Pública
R8/FISIO.	M	Fisioterapeuta	Pública
R9/ODONT.	F	Odontólogo	Privada
R10/ENF.	F	Enfermeiro	Privada
R11/ENF.	F	Enfermeiro	Pública
R12/NUT.	F	Nutricionista	Pública

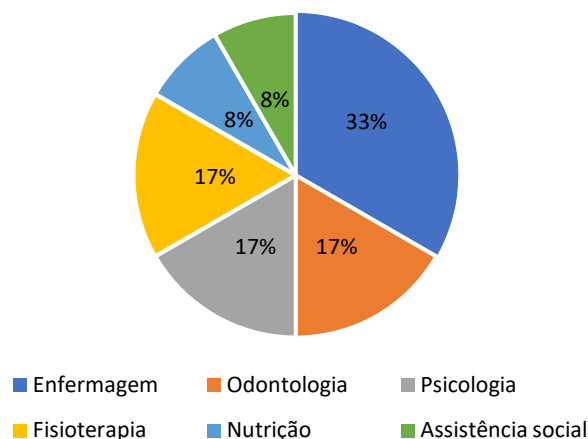
Legenda: IES – Instituição de Ensino Superior; F – feminino; M – masculino; ASS. SOC. - Assistente social; FISIO - Fisioterapeuta; ENF. - enfermeiro; PSI. - psicólogo; ODONT.- odontólogo; NUT. - nutricionista.

Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa pela pesquisadora (2022).

Os residentes eram em sua maioria do sexo feminino e um do sexo masculino. A maioria eram enfermeiras (33%), o que corrobora o edital de seleção do curso em análise, dado que cada Unidade receberia residentes para compor a(s) equipe(s) mínima(s), portanto esta categoria profissional sempre está presente em todas as equipes da ESF (PNAB, 2017), o que nem sempre acontece com o odontólogo, psicólogo ou fisioterapeuta, que podem atender a uma

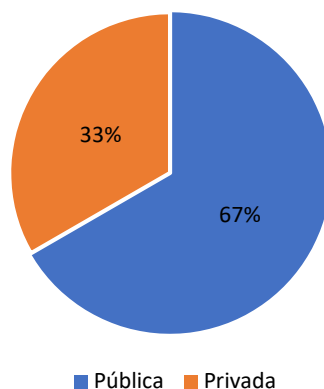
ou mais equipes da ESF dentro de uma Unidade. Dessa forma, a pesquisa contou com dois residentes de cada categoria (17%) que atendiam a mais de uma equipe e território de abrangência dispostos em uma Unidade cada. Já os profissionais assistente social e nutricionista apenas representavam 8% do total de residentes da pesquisa (Tabela 1).

**Gráfico 1- Percentual das áreas profissionais dos residentes**



Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa pela pesquisadora (2022).

Apesar da predominância no Brasil do ensino superior privado (entre 70% e 80%) sobre o público como apontado por Haddad et al. (2009), na presente pesquisa observa-se que a composição do Programa analisado era conformado em sua grande maioria por profissionais graduados em instituições públicas de ensino. Isso pode estar atrelado a maior procura pelos alunos oriundos de instituições públicas por ingressos em residências, como também a uma maior aprovação no processo de seleção, considerando a vantagem do ensino público em formar profissionais mais implicados com a saúde pública, com experiências com extensão universitária, que promove desde a academia vivências na comunidade por meio de articulação do ensino-serviço-comunidade, e por conseguinte, profissionais mais críticos e reflexivos com habilidades para atuarem em consonância com o princípios do SUS.

**Gráfico 2- Origem de Instituição de Ensino dos residentes**

Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa pela pesquisadora (2022).

Esta representação massiva de profissionais provenientes de IES públicas, se sustenta na busca pela maior qualidade do tripé ensino-pesquisa-extensão no ensino público, que podem responder às necessidades de saúde, de promoção e gestão de bens públicos e na produção de conhecimentos (MACARIO, 2018), enquanto na contramão, o ensino no setor privado está focado apenas no ensino e distante das realidades para problematizá-las no real território de saúde, subordinados aos imperativos de mercado em decorrência da alienação promovida ao longo da formação.

Cabe ressaltar também, que no tocante a interdisciplinaridade com vistas à interprofissionalidade, a produção científica tem sido em grande parte desenvolvidas desde as IES públicas, com melhor padrão de qualidade, possibilidades de interação entre estudantes e docentes dos cursos, bem como propostas de inovações e direcionamentos públicos do Ministério da Saúde e da Educação, sendo exemplo disso, também, as residências multiprofissionais e os mestrados acadêmicos e profissionais numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, vinculados a IES públicas.

Outro ponto importante a ser colocado trata-se de todos os residentes referirem sua primeira experiência profissional na ESF a partir da residência, tendo em sua maioria, formação recente, o que confirma o perfil do público que normalmente é composto por profissionais recém-chegados da academia. De acordo com Aguiar et al. (2017d) ingressam nos programas de residência anualmente milhares de profissionais recém-formados, tendo a oportunidade de aprendizado com preceptores, equipes e usuários que trarão impactos positivos em sua prática profissional futura.

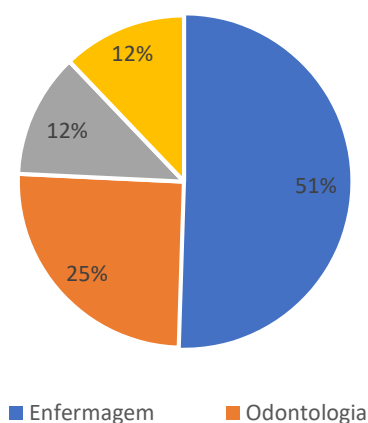
**Quadro 2 - Caracterização dos preceptores participantes da pesquisa**

Identificação	Sexo	Profissão	Pós-Graduação	Carga horária	Tempo de preceptoria
P1/ENF	F	Enfermeiro	Gestão em Saúde	40 h	6 m.
P2/ED. FÍSICA	M	Educador Físico	Saúde Pública	40 h	4 a.
P3/ODONT.	F	Odontólogo	Saúde Coletiva	30 h	4 a.
P4/ENF	F	Enfermeiro	UTI e emergência	40 h	10 m.
P5/NUT.	F	Nutricionista	PPSUS	40 h	1 a., 6 m.
P6/ODONT.	F	Odontólogo	Saúde Coletiva	40 h	3 a.
P7/ENF.	F	Enfermeiro	Saúde Coletiva	40 h	4 a.
P8/ENF.	F	Enfermeiro	Saúde Coletiva e PPSUS	40 h	4 a.

Legenda: F – feminino; M- masculino; PPSUS- Preceptoria no SUS; ED. FISICO: Educador físico; ODONT.- odontólogo; ENF.- enfermeiro; NUT. – nutricionista.

Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa pela pesquisadora (2022).

A opção por identificar as categorias profissionais dos preceptores se deve as peculiaridades profissionais também sinalizadas ao longo dos resultados e no intuito de preservar a identidade destes participantes. Assim, compôs a pesquisa, preceptores em sua maioria do sexo feminino, sendo apenas um deles do sexo masculino (Quadro 2).

**Gráfico 3- Percentual por área profissional dos preceptores**

Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa pela pesquisadora (2022).

O perfil profissional segue o padrão dos residentes, com a enfermagem se destacando, representando 50% do grupo de preceptores, em segundo lugar os odontólogos com dois profissionais, e a nutrição e educação física sendo representada apenas por um profissional (Tabela 3). De acordo com o quadro 2 observa-se que os preceptores, em sua maioria,

apresentam pós-graduação em área de saúde pública ou coletiva, dois em preceptoria no SUS e um com especialização em área hospitalar e urgência.

Subentende-se que um profissional com especialidade em saúde coletiva ou pública possui maior aprofundamento dos fatores relacionados ao sistema de saúde, podendo ser uma fonte de maior conhecimento para o residente, bem como um ator potente para transformações das realidades nos serviços, com mudanças direcionadas para os princípios do SUS. Contudo, o fato de apenas dois preceptores contarem com pós-graduação em preceptoria no SUS, nos mostra a necessidade de ampliação desses cursos para os profissionais da rede pública de saúde, a fim de que todos tenham competências e habilidades para desenvolver um papel tão relevante para a formação dos profissionais residentes, e de certa forma maior aproveitamento do serviço e aquisição de conhecimento do preceptor, profissional da saúde.

Vê-se a importância, portanto de se investir em cursos que possam respaldar a atuação do preceptor nos cenários de prática da residência. Contudo, vale ressaltar que todos se enquadram conforme o orientado pelo PPP (ILHÉUS, 2018) que diz que para ser preceptor, este profissional necessita ter formação mínima de especialista e estar vinculado a instituição formadora/executora ou parceira, e no caso estudado, estes encontram-se vinculados à instituição executora ou parceira, isto é, profissionais vinculados às secretarias municipais de saúde.

No que se refere ao tempo de preceptoria, percebe-se que um dos preceptores apresenta tempo bastante inferior (6 meses) em relação ao tempo de atuação dos residentes, que variaram de 21 meses a 23 meses de tempo decorrido da residência. Essa condição pode se justificar pela rotatividade e precarização do trabalhador da saúde, tais mudanças, são muitas vezes responsáveis por modificar a dinâmica do serviço, trazendo prejuízos na continuidade do acompanhamento dos residentes, com necessidade de novas adaptações.

A seguir, iremos apresentar a essência deste capítulo, os achados obtidos que foram descritos em três temas principais do estudo: *“Diálogo do Projeto Político pedagógico do PRMSF com a interprofissionalidade”*; *“Percepções dos residentes ao encontro da interprofissionalidade na prática da ESF”*; e *“Percepções dos preceptores sobre o percurso da interprofissionalidade no Programa, da teoria à prática”*. Cada tema será apresentado com as categorias encontradas na coleta de dados e respectiva análise de dados e discussão com base no marco teórico e literatura.

## **6.2. Diálogo do Projeto Político Pedagógico do PRMSF com a interprofissionalidade**

Para o estudo buscou-se o desenvolvimento das categorias temáticas que emergiram da análise do Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família na tentativa de realizar o entrecruzamento com a Interprofissionalidade, sendo elas: Currículo integrado e perfil de competência profissional em consonância com o SUS; Estrutura curricular: eixos pedagógicos e curriculares; e Metodologias ativas como estratégia de ensino-aprendizagem, como explicitado a seguir.

### **6.2.1. Currículo integrado e perfil de competência profissional em consonância com as necessidades do SUS**

Segundo o PPP do PRMSF investigado, a vivência do conjunto de profissionais estando inseridos na realidade local e prática possibilitará:

*“[...] a articulação e o compartilhamento de saberes, práticas e responsabilidades entre as categorias profissionais, possibilitando o estabelecimento de processos dialógicos e a horizontalização das relações de poder impostas pela divisão social e técnica do trabalho, abrindo espaços para participação ativa nas ações desenvolvidas para intervir na realidade local” (ILHÉUS, 2018, p.16).*

Esse achado no PPP do curso, está alinhado com a série de estratégias de fomento à EIP no Brasil, onde as Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde se enquadram em uma modalidade de ensino de pós-graduação, desenvolvida no serviço, com articulação de atividades teóricas, teórico-práticas e práticas, integrando ensino e trabalho (CECCIM, 2018).

Em se tratando de uma formação em saúde, pautada no ensino-serviço, em que os profissionais residentes estarão in loco, trazendo respostas às necessidades de saúde, e futuramente compondo o quadro de trabalhadores com perfil esperado para atuarem no SUS, busca-se uma formação que responda as necessidades iminentes, que a formação anterior não foi capaz de sanar.

Assim o PPP em estudo, traz suas fundamentações de ensino pautadas nas exigências da política pública de saúde do Brasil, traduzida pelo SUS e suas atuais demandas. Para tal, discutir a organização do SUS, que engloba a formação dos atores envolvidos, implica em refletir sobre as necessidades de saúde da população brasileira, na qual o profissional estará inserido e sobre a exigência de uma abordagem interdisciplinar e interprofissional dada a ampla situação epidemiológica no país, com tripla carga de doenças infecciosas, doenças crônicas e de causas externas, associadas aos determinantes e condicionantes da saúde sobre os indivíduos e coletividades (MENDES, 2010).



Assim, podemos nos questionar sobre o real cumprimento do princípio da integralidade, o qual somente se concretiza a partir de uma atuação multiprofissional articulada e comprometida com o usuário, podendo ser traduzido pelo trabalho interprofissional.

Conforme o PPP do curso (ILHÉUS, 2018, p.14) diante desse cenário, exige-se da formação “mudanças no perfil de competência dos profissionais de saúde para que possam dar conta da complexidade dos problemas presentes no cotidiano dos serviços de saúde e doenças mais prevalentes na população de sua localidade”.

Nesse cenário, o currículo integrado emerge como uma estratégia de mudança na formação profissional, rompendo com a formação tradicional caracterizada pela fragmentação dos saberes e práticas que culminavam com perfis profissionais fragmentados e descontextualizados. De abordagem dialógica, o currículo integrado, busca avançar em um entendimento amplo do saber com promoção da interdisciplinaridade, levando o conhecimento a um processo em construção (SANTOMÉ, 1998).

Sendo assim, o programa de residência em questão, apresenta um currículo integrado que, portanto, leva como posto em seu documento, ao “compartilhamento de saberes e fazeres, o trabalho interdisciplinar traduzido pela interprofissionalidade” (ILHÉUS, 2018, p.20).

Corroborando com a necessidade de adequar o perfil de competência dos profissionais diante das necessidades impostas pelo SUS, podemos citar como exemplo o estudo realizado por Paro e Pinheiro (2018). Nele, identificou-se a integralidade como competência a ser desenvolvida no perfil do egresso do curso de graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), devendo o estudante atuar na direção da interprofissionalidade, garantida por meio de ações integradas.

Assim também, Lima e Passos (2019) ao discutir a experiência de um Programa de Residências Integradas em Saúde Mental em Belo Horizonte, identifica competências necessárias para a realização de um trabalho coletivo com vistas à integralidade da atenção à saúde. No PPP, são identificados sete domínios de competência, sendo eles: expertise profissional; comunicação; cuidado colaborativo, à prática colaborativa em equipe e em rede; gestão do sistema, redes e dispositivos de cuidado e liderança; promoção e defesa da saúde dos indivíduos e população; ética geral e profissional e por fim, a formação permanente. O que demonstra a potência das residências para o fortalecimento da atenção psicossocial e resgate aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, sendo a interprofissionalidade e as práticas colaborativas entre trabalhadores necessárias nesse processo.

Percebe-se que, as residências, sendo iniciativas de educação na saúde, ao estarem vinculadas ao SUS, seja qual for o campo de conhecimento, visam retomar a proposta que

fundamentam as políticas públicas da saúde, com o intuito de remodelar os serviços outrora pensados na sua criação.

Percebe-se, na busca por retomar os princípios e diretrizes que norteiam as políticas públicas em saúde, que as RMS possuem formação divergente do modelo uniprofissional, entendido este último, como centrado nas especificidades de cada núcleo do saber, o que tem trazido ao longo da história resultados pouco resolutivos, levando, há um tempo, discussões críticas em todo o mundo (COSTA, 2017).

Ainda há uma permanência hegemônica das abordagens disciplinares nos cursos de graduação e pós-graduação, sendo um dos principais desafios para o trabalho interprofissional no âmbito da educação na saúde. Apesar da grande quantidade de políticas públicas já defenderem a EIP, ainda é um desafio o trabalho interprofissional e colaborativo, tendo em vista que os processos educacionais favorecem para a construção de uma subjetividade com baixa colaboração e cooperação (LIMA et al., 2018).

De modo diverso, os currículos integrados favorecem a aprendizagem interprofissional por primar pela conexão entre teoria-prática, educação-trabalho e disciplinas. Pode-se afirmar então que, o conhecimento a ser construído no currículo integrado caminha na direção do aprender interprofissional, ultrapassando o saber alcançado na formação uniprofissional (BARR; LOW, 2013).

A área de formação dos residentes ancorada na APS, implica em atuação dos profissionais em eq. SF e NASF, sendo assim, o PPP (ILHÉUS, 2018) refere que, o perfil geral de competência deve pautar-se em princípios e diretrizes da PNAB (2017). Em uma das falas das preceptoras, fica evidente o quanto a residência traz em sua essência o diferencial proposto pelo NASF:

*[...] lutar para que a residência continue, porque faz um diferencial, o trabalho multiprofissional no serviço, na unidade de saúde da família, antes a gente tinha o núcleo de apoio a saúde da família, que era o NASF, a gente contava muito com esse trabalho [...] saiu o NASF e veio a residência, então isso aí, então nós enquanto equipe, a gente vai lutar pra que não tirem a residência daqui né (P7/ENF).*

No discurso acima, percebe-se a valorização da presença dos residentes em seu fazer multiprofissional, evidenciando a necessidade do suporte dos diversos profissionais da saúde da residência na equipe mínima proposta pela ESF. Embora, nota-se o olhar ainda estreito ao trabalho desempenhado pelos residentes, sendo muitas vezes vistos erroneamente, como mera força de trabalho e não como profissionais em processo de formação.

De acordo com Oliveira et al. (2020) a formação dos residentes deve ser valorizada, na medida em que se aposta na formação de profissionais sensíveis aos contextos sociais, com

implicações na construção de uma política de educação atuante nas questões que afetam a sociedade, avançando nas lutas e conquistas políticas e sociais que de uma forma ou de outra refletem nas condições de saúde (OLIVEIRA, et al., 2020).

No PPP investigado o programa apresenta como objetivo geral:

*“Formar profissionais de saúde com competência, habilidades e atitudes para atuar na ESF e NASF, articulados aos diversos pontos da rede de atenção à saúde, na perspectiva da produção do cuidado integral nos diferentes ciclos de vida, considerando a ética, o contexto social, político e cultural da família, identificando problemas e intervindo na realidade utilizando as ferramentas do planejamento e programação local em saúde, o trabalho em equipe, a educação permanente em saúde e as abordagens interdisciplinares e intersetoriais” (ILHÉUS, 2018, p.17)*

Assim, de modo favorável à formação e qualificação profissional em saúde, as RMS propõem maior comprometimento com o cuidado, em especial no que diz respeito a integralidade, com vistas às mudanças almeçadas no modelo de atenção à saúde (CASANOVA, BATISTA, MORENO, 2018). O PPP do curso, quando elucida em seu objetivo geral “cuidado integral”, “trabalho em equipe” e as “abordagens interdisciplinares e intersetoriais”, já nos remete às bases de uma formação e atuação interprofissional, tendo em vista a relação intrínseca entre a interprofissionalidade, a integralidade e o trabalho em equipe.

Ceccim (2018) reforça esse pensamento quando coloca que a interprofissionalidade, remete à resultados positivos no planejamento e avaliação sob a integralidade, humanização e educação permanente em saúde, resultando no fortalecimento dos sistemas de saúde. Nesse caso, a promoção da integralidade está diretamente atrelada a busca por estratégias que venham melhorar as relações entre os profissionais com desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe (ELY; TOASSI, 2017).

Sendo assim, cabe enfatizar o trabalho em equipe mencionado no PPP do curso em estudo, sendo este um dos domínios do aprendizado interprofissional estabelecido no marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (2010). Nessa perspectiva, deve-se compreender o trabalho em equipe como uma atuação profissional integrada, coesa e sinérgica, capaz de trazer resultados ao sistema de saúde, compondo, portanto, em dimensões da interprofissionalidade (CECCIM, 2018). Por isso, as RMS são consideradas uma das importantes estratégias de EIP, compondo as iniciativas de lutas pelo SUS.

Cabe aqui destacar, um dos objetivos específicos elencados no seu documento pedagógico do curso e que deixa explícita a necessidade de formação interprofissional dos residentes, a conhecer: “utilizar o apoio matricial como ferramenta para produção de um cuidado colaborativo ancorado na concepção de clínica ampliada e da intersetorialidade” (ILHÉUS, 2018, p.17). É inquestionável como as RMS são instrumentos potentes para a mudança das práticas em saúde.

O PPP estabelece ainda o perfil geral e específico dos residentes, destacando a visão interprofissional e interdisciplinar nas duas propostas, como determinado no perfil de competência geral dos egressos, a saber:

*“Atuar por meio de ações de produção de conhecimento que qualifiquem o cuidado e a atenção a saúde por meio da geração de novas tecnologias com ênfase no trabalho multi e interdisciplinar. Assim, deverá ter adquirido vivência prática no exercício do trabalho compartilhado entre as diferentes profissões e áreas de conhecimento da saúde de forma a articular os diferentes fazeres e saberes. Deverá ainda ser capaz de utilizar todo seu potencial ético, de conhecimento, de habilidade, de reflexão crítica e de responsabilidade adquirido e desenvolvido durante o programa para implementar ações e atividades de articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção, contribuindo para a consolidação dos princípios da APS à saúde e a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (ILHÉUS, 2018, p.26).*

O documento pedagógico enfatiza a área de concentração em Saúde da Família como espaço micropolítico, onde são construídos os saberes interdisciplinares e fazeres multiprofissionais, pautado no desenvolvimento de um trabalho em equipe, com centralidade nas necessidades das pessoas. No entanto, como já mencionado anteriormente, o documento esclarece que o trabalho interprofissional não se encerra no espaço da ESF, ampliando o seu alcance para além desse lugar.

Desse modo, frente à necessidade de articulação com as redes de atenção à saúde e apoio matricial, há que se considerar a articulação dos residentes com os diferentes profissionais da saúde encontrados na rede e fora dela, isto é, intrasetorial e intersetorialmente, culminando, por conseguinte, na potencialização do aprendizado interprofissional, isso pode ser constatado em um dos discursos encontrados:

*“[...] e trabalhar na estratégia saúde da família, apesar de se falar de atenção básica, não é básico não, assim, eu tive que me articular em diversas situações, com o CRAS, com o CREAS, com a defensoria pública, com os CAPS” (R7 PSI).*

Destaca-se no perfil profissional em saúde da família, o respeito pelos limites de cada núcleo profissional nas ações de Educação Permanente em equipe, com menção à clínica ampliada e o trabalho interdisciplinar, considerando a responsabilidade compartilhada pelo território e construção das estratégias em saúde em equipe que venham responder às demandas em saúde individual e coletiva (ILHÉUS, 2018).

Sabe-se que o respeito a cada núcleo específico, valores e crenças de cada profissional compõe as bases fundamentais que norteiam a EIP. O aprendizado e trabalho conjunto proposto, apesar de proporcionar saltos às barreiras que impedem a efetivação da colaboração e ações compartilhadas, preza pelo respeito mútuo entre os envolvidos em suas especificidades profissionais e visão de mundo (OMS, 2010).

Na descrição dos perfis de competências do PPP, específicos das profissões, nota-se que também é preservado o olhar interdisciplinar no âmbito do seu núcleo profissional. As

profissões contempladas são do campo da saúde sendo elas: enfermagem, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social.

Assim, o profissional de enfermagem deve “assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho interprofissional em saúde” (ILHÉUS, p.28), o fisioterapeuta “elaborar e desenvolver atividades de prevenção e assistência fisioterapêutica, coletiva e individual, de forma interdisciplinar, em um processo contínuo de aprendizagem participativa, alinhado com a transformação das práticas específicas de sua área de atuação e das equipes de saúde” (ILHÉUS, p.29) bem como participar de equipes multiprofissionais com atuação desde o planejamento a implementação de ações em saúde. Já o residente nutricionista, nas ações de educação e saúde deve elaborar plano de ação educacional respeitando a interdisciplinaridade, bem como propor reflexões em equipe para reformulações de práticas frente os problemas existentes no território.

Na odontologia deve-se “desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar” (ILHÉUS, p.34), com proposta educacional pautada no respeito a interdisciplinaridade em articulação com a equipe, participando e planejando ações em conjunto e, no que tange ao psicólogo o mesmo deve “atuar de modo interdisciplinar, buscando a integração entre as áreas técnicas e profissionais de cada formação” (ILHÉUS, p.34). Por fim, o assistente social deve compor a equipe multiprofissional, participando na elaboração de projetos, com priorização da abordagem em grupo, do trabalho em equipe, inclusive construir em equipe interdisciplinar PTS.

Observa-se nas descrições dos campos profissionais, a persistência do elemento interdisciplinaridade. Nesse caso, é bom frisar que o termo “disciplina” se refere a conteúdos técnicos ou científicos, diferente da palavra “profissão” que refere ao exercício ocupacional (CECCIM, 2018), porém no intuito de não se limitar ao conceito, o texto forma a composição “atuação interdisciplinar” que também pode ser traduzida pelo trabalho interprofissional, pelo qual, torna-se fundamental para o processo de formação em saúde o trabalho interdisciplinar e interprofissional, tendo a integralidade da atenção como eixo central do trabalho e do ensino (ELY; TOASSI, 2017).

### **6.2.2. Estrutura curricular: eixos pedagógicos e curriculares**

Em geral, os conteúdos curriculares, compõem os projetos políticos pedagógicos orientados pelas DCN, com todos os cursos da saúde apresentando a estruturas semelhantes.

Longe dos currículos estruturados e focados apenas no biologicismo outrora orientados pela lógica do antigo modelo, as DCN consideram os múltiplos fatores que incidem sobre o processo saúde-doença do ser humano, sejam eles biológicos, culturais, sociais, psicológicos e éticos devendo estes serem considerados na construção do seu currículo. Tendo em vista o cumprimento desse raciocínio, a formação da saúde deve considerar a inclusão de novos componentes curriculares, que venham contemplar conteúdos abrangentes e transversais ao campo saúde, sendo inclusive interessante a incorporação de docentes com formações em outras áreas do saber com vistas a potencializar o aprendizado (MOREIRA; DIAS, 2015).

Na análise documental do PPP (ILHÉUS, 2018) são identificados 5 eixos pedagógicos transversais que orientam os componentes curriculares do curso, a saber: territorialidade, redes de atenção à saúde, matriciamento, trabalho em equipe multiprofissional, educação permanente em saúde. A partir desses eixos foram construídas as Unidades Educacionais Temáticas (UET) que compõe a matriz curricular e devem ser desenvolvidas semestralmente ao longo de dois anos:

*“I UET – Saúde, Família e Sociedade: território de produção do cuidado I; II UET – Saúde, Família e Sociedade: território de produção do cuidado II; III UET - Arranjos organizacionais da Atenção à Saúde; IV UET – Gestão do Cuidado na APS; V UET Esquadrinhando os fluxos assistenciais na promoção da integralidade em saúde; VI UET - Avaliação e Monitoramento de Programas na APS; VII UET- Vigilância à Saúde na promoção e proteção à saúde; VIII UET- Produção do conhecimento - Trabalho de Conclusão de Curso” (ILHÉUS, 2018, p.41).*

O conjunto das UET conformam um rico arcabouço em conhecimento para atuação na APS com foco na ESF, permeado em conteúdo do campo comum de atuação profissional e área de concentração do curso. Os conteúdos são do campo comum de saberes e práticas no âmbito da ESF, e para cada UET, são elencados conteúdos temáticos (CT) relacionados. De acordo com Ceccim (2018) as competências interprofissionais emergem dos saberes “comum de dois”, e ao reconhecer “o comum”, emergem-se novas demandas de conhecimento para as profissões em construção.

Assim, a matriz curricular traz para operacionalização das CT, as atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do programa, com o uso das MA de ensino-aprendizagem. Nessa perspectiva, defende que o embasamento teórico associado ao conhecimento prévio do residente, possibilitará a uma reflexão e problematização a partir de uma visão cooperativa (ILHÉUS, 2018).

Em conformidade à abordagem pedagógica dos primeiros programas de residência multiprofissional, visando a um melhor processo de aprendizagem, na perspectiva da aprendizagem significativa, resgata-se o conhecimento prévio e a associação entre o contexto

do aprendizado e realidade a ser trabalhada, com vistas a construção do próprio conhecimento (CARVALHO; GARCIA; SEIDL, 2006).

Buscando identificar a presença da interprofissionalidade na matriz curricular em análise, podem-se destacar conteúdos relativos a mecanismos e estratégias para sua promoção, percebidas em duas UET. A primeira está contida no IV trimestre do primeiro ano, sendo denominada Gestão do cuidado na APS, que apresenta as seguintes CT: Ferramentas do Apoio Matricial; Gestão do Cuidado e Clínica Ampliada; Trabalho em Equipe e Projeto Terapêutico Singular (ILHÉUS, 2018). Compreende-se que nestas abordagens estão imbricadas a atuação interdisciplinar e interprofissional, com potencial de estimular o residente para uma atuação integrada com valorização das diferentes categorias profissionais para a qualificação do cuidado à saúde.

No segundo ano, no III trimestre e VII UET denominada Vigilância à Saúde e APS na promoção e proteção da saúde, temos um dos CT: O trabalho em equipe no controle de riscos, agravos e danos à saúde (ILHÉUS, 2018). O trabalho em equipe ao ser reforçado nesse tópico, nos remete a uma organização curricular da formação para o trabalho em equipe. Segundo o PPP do curso “os componentes curriculares que integram a proposta metodológica do curso estão organizados a partir dos Eixos definidos pelo MEC, Resolução da CNRMS no 2, de 13 de abril de 2012 Art. 5º, §2º:

“III. as atividades teóricas, práticas e teórico-práticas de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser organizadas por: a) um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar; b) um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do Programa; c) eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional” (BRASIL, CNRMS, 2012).

A fim de operacionalizar esses eixos foi elaborado no PPP três eixos curriculares:

*“a) simulação de práticas integrais individuais e coletivas na USF; b) atenção integral às necessidades individuais e coletivas no território da USF; c) gestão do trabalho e da educação em saúde, que se articularão às Unidades Educacionais Temáticas (UET)”*. (ILHÉUS, 2018, p. 39)

Observa-se que, desde os eixos pedagógicos até a operacionalização dos eixos curriculares propostos pelo programa, não se vê um eixo de formação específico. No entanto, a particularidade de cada profissional é encontrada em seus perfis específicos, postos no documento pedagógico, e também pode ser atribuída a necessidade de se levar em consideração os seus núcleos de saberes, quando no aprendizado teórico amplo e na sua transferência para a prática profissional.

Alguns estudos de análise curricular podem ser discutidos nessa perspectiva, a exemplo do realizado por Batista et al. (2018) em que também se investigou a formação interprofissional.

Percebe-se que essa perspectiva tem ganhado corpo desde os cursos de graduação em saúde até os de pós-graduação. A pesquisa se deu no contexto de Universidade Pública Federal da região sudeste e foi possível concluir que, a proposta formativa tem caminhado na direção da EIP, a partir de um rompimento com a tradição das disciplinas centradas. Os cursos apresentam uma linha curricular direcionada por quatro eixos de formação comuns e específicos, sendo eles articulados, sendo os eixos comuns: trabalho em saúde; o ser humano e sua dimensão biológica e o ser humano e sua inserção social; e por fim o eixo específico.

No estudo realizado por Moreira e Dias (2015) onde se buscou analisar as DCN dos cursos de graduação da saúde, entre eles a medicina e a enfermagem, aposta-se por uma integração e atuação profissional em equipes multiprofissionais, tendo o trabalho multiprofissional como conteúdo.

Assim, os conhecimentos relativos ao eixo comum a serem apreendidos no processo de aprendizagem das profissões, se tornam relevantes e essenciais no campo da saúde pública para a promoção da integralidade proposta pelo SUS. Uma organização curricular voltada ao saber comum é considerada fecunda para indução de práticas interdisciplinares, interprofissionais e ao trabalho colaborativo, com favorecimento de uma visão mais integradora dos saberes, com diálogos estabelecidos entre os eixos comuns e específicos (BATISTA et al., 2018).

Segundo o PPP do curso sob análise, os currículos integrados encontram nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem campo fértil para sua implementação, com o fomento à reflexão e construção coletiva do saber propiciada pelo método de ensino, que associado a vivência dos residentes com o mundo real do trabalho, qualificam a formação e os serviços de saúde.

### **6.2.3 Metodologias ativas como estratégia de ensino-aprendizagem**

A formação em saúde no Brasil é dirigida por instrumentos oficiais, com destaque as DCNs e documentos propostos pelo CNS, os quais apresentam indicações e abordagens necessárias a formação desses profissionais. As DCNs, enquanto marco legal, fortalecem a EIP, ao compreender as competências e habilidades gerais no campo da saúde e específicas de cada profissão, evidenciando as relações interpessoais e interprofissionais. Nessa perspectiva, ela traz implicações nos desenhos curriculares, desde a adoção do conteúdo às metodologias de ensino, possibilitando novas modelagens de aprendizagem e abordagens nos processos de produção do cuidado, que trazem novos significados ao estudante, com impactos nas condições de saúde (FREIRE FILHO; SILVA, 2017; MOREIRA; DIAS, 2015; ILHÉUS, 2018).



A lei 8.080 de 1990 refere em sua política a necessidade de participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, o MS acrescenta que em consonância com as DCNs, os Projetos Pedagógicos dos Cursos devem constar as especificações das estratégias pedagógicas escolhidas, devendo estas corresponder aos princípios da interdisciplinaridade, intersetorialidade e interprofissionalidade. Portanto, deve-se superar os silos profissionais, desde a formação aos modos de operar dos serviços de saúde, estes princípios reforçam os laços com a integralidade proposta pelo SUS, desde seu nascimento (FREIRE FILHO; SILVA, 2018).

Em conformidade com as DCNs e o MS, através do seu CNS, o PRMSF em estudo, faz referência em seu PPP de:

*“[...] uma forma de ensino que estimule a interdisciplinaridade e a utilização de abordagens e metodologias ativas, visto que seus conteúdos não obedecem a uma lógica fragmentadora, que contribuiria para execução de ações isoladas pelos membros das equipes de saúde, ao contrário valoriza-se a articulação de saberes e a produção de um cuidado integral, fomentador de espaços de diálogo para escuta qualificada em territórios produtores de atos de saúde cuidadores de acordo com o que preconiza o SUS e demanda as expectativas locais para o enfrentamento do impacto causado pela tríplice epidemia” (ILHÉUS, 2018, p.9).*

Assim, o curso prima por um aprendizado baseado em MA ofertando conhecimento teórico e teórico-prático e prático por meio de um novo modelo de ensino, onde o aluno é o protagonista do saber. Essa estratégia de ensino-aprendizagem, utilizadas em todo percurso da residência, visa desenvolver o pensamento crítico-reflexivo no aluno, com a promoção da proatividade do educando, vinculação da aprendizagem aos aspectos significativos do contexto real, capacidade de intervenção da realidade, bem como a colaboração e cooperação entre participantes (LIMA, 2017).

O emprego das MA na articulação teórico prática também pode ser percebido através da fala da preceptora a seguir:

*“[...] houve também um, um momento que eles propuseram, eu acho que era alguma dinâmica de alguma CT que eles trouxeram para discutir, é, avaliaram, é elencar um problema, um problema mais assim urgente e quais as soluções, o que que poderia ser feito pra enfrentamento desse problema entendeu? Aí teve os dois movimentos, participaram de reunião de equipe e participaram também, através de um movimento que veio da residência” (P6/ODONT)*

Ao se apoiar nessa metodologia de ensino, o currículo se faz flexível podendo este ser reformulado de acordo com as necessidades identificadas no mundo do trabalho, visto que a formação se realiza na prática, apresentada numa dinamicidade própria das relações e fatores internos e externos, sendo jamais um objeto estático (ILHÉUS, 2018).

De modo semelhante, podemos trazer para a discussão o estudo realizado por Lima et al. (2018) em que se pesquisou sobre o PPP de onze iniciativas de educação pós-graduada sob à luz da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. Na pesquisa realizada foi identificado

um aprofundamento e articulação teórico prática e o uso de MA, com presença de currículos integrados, educação-trabalho e disciplinas. Associado a isto, identificou-se uma estrutura interdisciplinar na organização dos currículos, com atividades educacionais a partir de problemas simulados ou reais vivenciados na prática.

Os pesquisadores discorrem que, o uso das MA em grupos multiprofissionais, com discussão de problemas da prática profissional, favorece para abordagens interdisciplinares e interprofissionais, tendo em vista a interação e o dialogo estabelecido no coletivo. Como resposta a essa nova modalidade de ensino, tem-se a promoção do engajamento profissional e maior qualificação do cuidado prestado.

As estratégias de ensino analisadas no estudo, favorecem relações solidárias e colaborativas e potencializam a produção de conhecimento sobre cuidado à saúde de acordo com as necessidades em saúde apresentadas por indivíduos e coletividades. Portanto, a comunicação estabelecida entre ensino-trabalho e simulação-realidade constitui uma inovação aos currículos tradicionais e são cruciais para o desenvolvimento da EIP.

Reeves (2016) nos chama atenção para o valor da EIP, tanto na graduação como na pós-graduação. O autor refere que enquanto na graduação pode-se lançar mão de iniciativas educacionais que favoreçam a compreensão dos papéis das diferentes profissões sobre um cuidado clínico específico, na pós-graduação pode-se focalizar em problemas de comunicação entre profissionais, que contribuam para mudanças nas práticas de saúde. Considera-se que, a EIP deve melhorar a colaboração e, por conseguinte aumentar a qualidade da assistência prestada, assim em todo o mundo, instituições de ensino em saúde passam a enfatizar a necessidade dos seus estudantes e profissionais serem colaboradores e comunicadores efetivos a partir do uso da EIP, como uma ferramenta chave para o alcance dessas habilidades (REEVES, 2016).

No PPP do curso são selecionadas as seguintes estratégias de aprendizagem a saber: a espiral construtivista (EC); a problematização, e aprendizagem baseada em equipes (TBL), com destaque e priorização para a EC. A utilização da EC permite a interação e o aprender com, sobre e entre os profissionais por se fazer em espaços coletivos de aprendizagem, como ressaltado por uma residente e preceptora entrevistadas, a seguir:

*“[...] A gente fazia em grupo, sim, pra mim era um dos melhores momentos assim, era muito enérgico, o momento da espiral com todo mundo, sabe” (E6/ODON).*

*“[...] a gente sabe que esse curso traz muito dessas metodologias ativas [...] esse espiral que a gente constrói a cada momento né, cada um traz suas experiências, os seus olhares e aí a gente junta e tenta construir, não é nada pronto é algo que é discutido, e assim o preceptor entra nesse processo aí também né, junto com eles no processo da construção do saber” (P7/ENF).*

Importante ressaltar a fala da preceptora quando se refere a bagagem prévia dos profissionais, assim a metodologia de ensino esta pautada na aprendizagem significativa, em que os saberes prévios são associados a novos saberes, fortalecendo a autonomia e interatividade dos saberes (ILHÉUS, 2018).

Mitre et al. (2008) destacam as metodologias ativas como estratégias de ensino aprendizagem inovadoras e potentes na formação do conhecimento para a aprendizagem significativa. A EC é uma técnica de aprendizagem desenvolvida em grupo tendo como base uma situação problema real ou fictícia, onde os problemas são identificados, as hipóteses, isto é, as explicações dos problemas são lançadas, e as perguntas que podem responder cientificamente toda a problemática são elaboradas (síntese provisória) a fim de cada um buscar o levantamento bibliográfico sobre aquele tema e discutir posteriormente (nova síntese). É interessante valorizar esta metodologia de ensino, uma vez que considera os conhecimentos, percepções, sentimentos e valores prévios de cada aluno (LIMA, 2017).

Sendo assim, como posto no PPP (2018, p.22) “a esquematização do processo ensino-aprendizagem na forma de uma espiral busca representar os movimentos desenvolvidos no trabalho coletivo do grupo” momento no qual se identifica o conjunto de conhecimentos prévios com produção de novas sínteses e novos significados.

A coletividade imposta no método, abre espaço para a interdisciplinaridade, sendo essa compreendida pela integração de diferentes campos de conhecimentos, com reconhecimento e valorização das visões de cada profissional de saúde. Ademais, nesse espaço, a comunicação é traduzida pela expressão apropriada de opiniões e escuta aos colegas e pôr fim a transferência do aprendizado para o ambiente de trabalho, com busca pela solução de problemas e produção de novas tecnologias do cuidado (FREIRE FILHO; SILVA, 2018; OMS, 2010; ILHÉUS, 2018).

De modo complementar são consideradas mais duas modalidades de ensino-aprendizagem em metodologia ativa, se referindo a problematização e ao Team-Based Learning (TBL), do português, Aprendizagem Baseada em Equipes. Essa estratégia permite a interação em pequenos grupos, a partir da utilização de conhecimentos prévios, trocas de experiências, escuta dos diferentes olhares a fim de alcançar a uma conclusão a ser debatida pelo especialista (BOLLELA; SENGER, 2014).

Sobre os métodos de ensino, cabe destacar o estudo de Nascimento, Paim e Carmo (2020) que avaliou, por meio de questionário com egressos e documentos institucionais, duas turmas concluídas do Programa Estadual de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA). A

análise permitiu identificar um currículo integrado, baseado no trabalho interdisciplinar e no apoio matricial, com uso de estratégias pedagógicas reflexivas, como a problematização do conhecimento. Ainda, a formação prima pela construção de projetos interdisciplinares, sendo as vivências o ponto de partida para o princípio educativo e o trabalho em equipe interprofissional um dos eixos transversais para o desenvolvimento do programa.

Os autores consideram que, os instrumentos pedagógicos, como narrativas, situações-problema, usuário-guia, bem como os métodos de avaliação do programa, favorecem para o desenvolvimento de competências na direção da interprofissionalidade. Assim, pode-se afirmar que, há uma formação diferenciada, na medida em que é problematizada a realidade e favorecido o trabalho em equipe na perspectiva da interprofissionalidade, com vistas a integralidade do cuidado em saúde.

Sabe-se que, o processo de aprendizagem, também envolve o quesito avaliação, e para isto, se dispõe como opção ao residente a elaboração de um portfólio, como método avaliativo, a ser construído individualmente ou em grupo, podendo ser de caráter coletivo “quando relacionados ao registro e reflexões sobre o desenvolvimento das propostas interdisciplinares realizadas pelas equipes multiprofissionais” (ILHÉUS, p.53). Desse modo, o PPP põe em evidência as possibilidades de atuação interprofissional ancoradas na interdisciplinaridade, ocasião em que há intensa interação entre diferentes núcleos profissionais.

Outro modo avaliativo que destaca o saber-fazer interprofissional no documento do projeto, se refere aos seminários interdisciplinares com intuito de promover a aprendizagem a partir de trocas de saberes e fazeres entre as diferentes categorias profissionais que compõe a residência.

Assim, é mencionado por uma preceptora o desenvolvimento dos seminários, quando a mesma foi questionada a respeito de capacitações ofertadas para atuar interprofissionalmente:

*“[...] das coisas que a gente participa né durante a residência, dos encontros que a gente faz, é nos seminários integradores, no acolhimento que a gente teve antes, a gente sempre trabalhou nessa perspectiva né [...] de pensar interprofissional, é multiprofissional, não é!? E tudo que a gente faz aqui dentro da residência a gente faz dentro dessa perspectiva, então a gente tá sempre repensando o processo, os processos de trabalho através desse olhar né, através dessa perspectiva” (P6/ODONT).*

Como avaliação final deve ser elaborado o Trabalho de Conclusão de Curso, sendo posto como um dos requisitos para a obtenção do título ao residente. No documento sob análise, não estabelece se a construção deve ser individual ou coletiva, mas fica subentendido os padrões tradicionais desse trabalho, isto é, individual.

Nessa perspectiva, cabe acrescentar o estudo realizado por Arruda et al. (2018), em que foi analisada a colaboração interprofissional em um PRMSF. Para eles, a realização em equipe

do Trabalho de Conclusão de Residência compõe uma de suas sugestões, visto que, ao se considerar que todas as outras atividades foram interprofissionais, o trabalho de conclusão também poderia ser realizado em grupos, reflexão a qual amadurece a colaboração interprofissional para a produção científica.

As metodologias de ensino devem ser aplicadas e conhecidas pelos atores do processo de formação envolvidos como por exemplo, os tutores e preceptores, os quais tem papel de caminhar na lógica interprofissional e interdisciplinar. Os tutores de campo, devem integrar os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõe o quadro da residência, bem como, promover articulação com a residência médica e estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que estiverem no serviço, em conjunto com o preceptor. O preceptor deve ser da mesma área profissional do residente em acompanhamento, sendo este orientador de referência do residente com atividades de supervisão e pedagógicas de integração ensino-serviço (ILHÉUS, 2018).

De modo diferencial ao proposto no PPP em análise, Arruda et al. (2018) denomina a existência do preceptor de campo, sendo aquele com importante papel na mediação das relações internas da equipe de residência e dos residentes com os atores dos serviços de saúde.

Por fim, ainda, segundo o documento, compõe o quadro de atores envolvidos na residência, o chamado apoio institucional, em que terá a função de incentivar a prática do matriciamento entre residentes e preceptores, com uso de instrumentos tais como a clínica ampliada e o PTS.

Considerada uma ferramenta de trabalho, o PTS tem sido grande instrumento para a promoção da interprofissionalidade, visto que para sua construção, faz-se necessária a aplicação de uma metodologia que, por si só já promove a colaboração e o saber-fazer interprofissional. Deste modo, cabe inferir que, tanto na presente pesquisa, como em outras percebe-se o incentivo em estratégias voltadas para integração dos saberes profissionais para ação. Nesse caso, cabe ressaltar o estudo realizado por Lima e Passos (2019) na avaliação dos PPP das Residências Integradas em Saúde Mental em Belo Horizonte, em que denota a necessidade do residente em conhecer modalidades de construção de um PTS, bem como a valorização das decisões compartilhadas.

### 6.3. Percepções dos residentes ao encontro da interprofissionalidade na prática da ESF

As percepções dos residentes do PRMSF foram consolidadas no Quadro 3, em cinco categorias: *Significados da interprofissionalidade na visão dos residentes*; *Domínios do aprendizado interprofissional identificados na residência*; *Práticas orientadas à interprofissionalidade durante a residência*; *Potencialidades da formação e da prática interprofissional na residência*; e *Desafios na formação e na prática interprofissional na residência*.

Tais categorias e suas subcategorias, permitiram obter um panorama geral dos profissionais ao encontro da interprofissionalidade em saúde, e que foram analisados tanto à luz do próprio Projeto Político Pedagógico do curso e dos referenciais produzidos na literatura e nos atos normativos sobre a interprofissionalidade na APS. Para tal, os residentes foram identificados com uma letra (R) e enumerados de acordo com a ordem das entrevistas realizadas, bem como indicada sua categoria profissional, para uma melhor compreensão dos resultados.

**Quadro 3- Categorias e subcategorias que emergiram das falas dos residentes**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>6.3.1. Significados da interprofissionalidade na visão dos residentes</b>	* Articulação e compartilhamento entre as diferentes profissões; * Cuidado integral.
<b>6.3.2. Domínios do aprendizado interprofissional identificados na residência.</b>	* Conhecimento dos papéis profissionais e ética profissional; * Trabalho em equipe; * Comunicação.
<b>6.3.3. Práticas orientadas à interprofissionalidade durante a residência.</b>	* Proposta pedagógica do curso favorece as práticas interprofissionais; * Práticas interprofissionais: interconsulta, consulta compartilhada, discussão de caso PTS, visitas domiciliares; * Práticas interprofissionais coletivas de educação permanente e educação em saúde
<b>6.3.4. Potencialidades da formação e da prática interprofissional na residência.</b>	* Maior aprendizado e ampliação do olhar dos residentes; * Qualificação dos serviços de saúde e maior resolutividade nas ações; * Promoção de vínculo com o usuário
<b>6.3.5. Desafios na formação e prática interprofissional na residência.</b>	* Formação anterior tradicional e centrada no saber específico; * Limitações para a efetiva aproximação dos cenários teórico e prático; * Pontos fracos encontrados no cenário de prática.

	* Impactos da pandemia na formação e prática interprofissional.
--	---

Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa pela pesquisadora (2022).

### 6.3.1. Significados da interprofissionalidade na visão dos residentes

Tendo em vista que o PPP do curso está fundamentado numa formação interdisciplinar ancorada da MA, com menção ao trabalho interprofissional, buscou-se verificar o conhecimento dos residentes sobre a temática interprofissionalidade e de que maneira eles a compreendiam. Freitas (2009) explica que, os significados são expressos por meio da palavra, com ligações de pensamentos em experiências sensíveis, nas quais a memória, percepção e sensibilidade se interrelacionam. Assim, refletir sobre os significados também é considerar que cada ser humano apresenta a sua singularidade, e, portanto, diferenças existirão. Dessa forma, os residentes expressaram que a interprofissionalidade estava carregada de significados envolvendo, principalmente, *a articulação e compartilhamento entre as diferentes profissões e, o cuidado integral.*

#### a) Articulação e compartilhamento entre as diferentes profissões

Nos discursos a seguir, a interprofissionalidade é vista como a integração que ocorre a partir de uma articulação e compartilhamento dos saberes entre os diferentes profissionais, com preservação dos limites de cada área de atuação específica:

*“É no caso [a interprofissionalidade] seria atendimento ou saberes compartilhados entre profissionais né”. (R12 NUT).*

*“Eu imagino que a interprofissionalidade seja esse processo mesmo né... das profissões saírem da caixinha né... de terem uma interlocução, dos diversos saberes, mas não necessariamente essa interlocução tirar a identidade de cada profissão, que cada profissional tem, construir mesmo uma ponte entre essas outras atribuições, que podem ser coletivas mesmo né... que um pode tá aprendendo com o outro, pode tá contaminando o outro com seu saber” (R1 ASS.SOCIAL).*

A compreensão dos residentes, põe em evidência a necessidade de se romper com a fragmentação e promover a interlocução entre as áreas do conhecimento e práticas profissionais. Observa-se que, o discurso do residente transita entre os conceitos de interdisciplinaridade e interprofissionalidade, quando se refere a princípio dos “saberes” e em seguida menciona as “atribuições”. De certa forma, ainda existe pouca clareza sobre o real significado da interprofissionalidade.

A “ponte” entre essas atribuições, acima colocada, pode ser interpretada conforme Kinker et al. (2018 p.218) quando definem que “todo encontro terapêutico implica encontros e tensões entre saberes diversos, diferentes áreas profissionais que necessitam ser interpenetradas por outras para produzir as metamorfoses que podem enriquecê-las”. Ao mesmo tempo que, nessa construção, cada identidade profissional é resguardada, devendo a interprofissionalidade complementar o núcleo de formação, mas jamais descaracterizar as formações profissionais (ELY, TOASSI, 2017).

Segundo Ceccim (2018) apesar da desigualdade valorativa que ainda ocorre entre os trabalhos especializados, ser um dos obstáculos para uma maior integração, a interação alcançada tem promovido intervenções para o trabalho coletivo, levando a uma práxis interprofissional.

O participante a seguir consegue diferenciar a multiprofissionalidade da interprofissionalidade, sendo esta última o responsável pelo estabelecimento do comum que emana de um trabalho conjunto e compartilhado, dentro de uma condição multiprofissional:

*“Quando eu penso em interprofissionalidade eu acho que são várias profissões juntas, várias pessoas com profissões diferentes porem no mesmo ambiente, trabalhando em conjunto, eu acho que isso é interprofissionalidade, que é um pouco parecido com multi né, só que eu acho que difere um pouco, porque quando você fala interprofissional eu acho que subtende-se que é um conceito, é um conhecimento de cada profissional complementando o outro [...] a residência é multiprofissional, então são vários profissionais juntos, mas assim eu acho que quando a gente fala em inter, significa que a gente tem é o conhecimento compartilhado né, entre os profissionais, eu acho que cada um tem seu saber específico dentro da multi e na inter não, a gente tem, por mais que eu tenha o meu saber específico a gente tem algo em comum...”* (R10/ENF).

Neste discurso a seguir, se traduz a interprofissionalidade de forma mais palpável, exemplificando como ela é desenvolvida no cotidiano do trabalho:

*“[...] Ah pra mim a interprofissionalidade é você conseguir desenvolver um trabalho que seja correlacionado com as pessoas que trabalham com você na equipe, né, você tem sua agenda pessoal, mas também você tem uma agenda que contempla as atividades do coletivo e isso a gente vive muito aqui na residência (R9 ODONT).*

Assim, percebe-se na fala do R9, um entendimento peculiar sobre a interprofissionalidade, quando emite a ideia de um trabalho caracterizado pela conexão entre as partes envolvidas, que se inicia desde o planejamento das agendas de trabalho.

Para Peduzzi e Agreli (2018) a conformação de uma equipe implica em uma construção dinâmica, em que os profissionais, se aproximam e aprendem a trabalhar juntos com reconhecimento do seu trabalho; reconhecimento do território e suas demandas em saúde; definição compartilhada dos objetivos comuns da equipe e planejamento das ações em saúde.

Ao reconhecer as necessidades de saúde de uma comunidade, para que estas sejam atingidas, faz-se necessário a articulação dos diferentes profissionais em prol de uma atuação



coletiva. As práticas colaborativas, facilitam a interação entre os profissionais, permitindo a compreensão mais profunda da sua própria atuação e de como contribuir e complementar a de outros profissionais da equipe (CASANOVA, BATISTA, MORENO, 2018). As práticas colaborativas qualificam os processos de trabalho (FREITAS, 2022), pelo alcance de resultados positivos para a saúde dos usuários, e por envolver uma aquisição profissional, há um benefício mútuo para usuários e profissionais (AGRELLI; PEDUZZI; SILVA, 2016). Assim os benefícios também podem ser observados na fala a seguir:

*“Eu vejo muito como um dialogar com as demais profissões, sendo não só encaminhamento de pacientes mais muitas discussão de casos, principalmente o atendimento compartilhado também, eu acho que eu vejo muito por essa ótica, que não basta a gente só somente receber uma demanda que cabe somente a parte da fisioterapia por exemplo é você poder sentar e dialogar com outros profissionais, o profissional médico, psicólogo, assistente social e conseguir trabalhar em harmonia né[...]” (R2/FISO).*

O compartilhamento entre os campos profissionais é mediado pelo diálogo, sendo, por meio dele, possível a interação entre as disciplinas e a cooperação entre os profissionais da saúde, com valorização de posições distintas em relação a um mesmo objeto complexo (ARAÚJO et al., 2017; PEDUZZI et al., 2016). Por outro lado, quando o diálogo interprofissional é reduzido, limita-se a prática interdisciplinar, com manutenção da sobreposição de saberes, longe da interconexão que promove a integralidade (MEIRELLES; KANTORSKI; HYPOLITO, 2011).

A comunicação e articulação entre as disciplinas ocorre na interdisciplinaridade, tendo como foco um objeto, um problema ou tema complexo, para o qual não basta o recurso de apenas uma área. Caracteriza-se de um processo natural que ocorre diante de demandas que ultrapassam a multidisciplinaridade e multiprofissionalidade, mesmo sendo preciso contar com elas para o seu alcance. Se na multidisciplinaridade há uma justaposição das disciplinas cada uma no seu espaço sem transitar entre os diferentes conhecimentos, da mesma forma na multiprofissionalidade, apesar das diversas profissões ocuparem o mesmo espaço, cada uma atua em sua respectiva prática, sem comunicação necessária para a promoção do aprendizado coletivo fruto do compartilhamento e do diálogo, como proposto na interprofissionalidade (MINAYO, 2011).

Estes significados dos residentes, são condizentes com outro estudo realizado no nível terciário de atenção e com residentes em atuação hospitalar que possuíam um bom entendimento acerca dos conceitos de interprofissionalidade, com destaque para a comunicação, diálogo e interação entre os profissionais, e também perceberam a prática da multiprofissionalidade quando cada um trabalha de modo isolado, por vezes sem a compreensão do trabalho do outro. Por vezes, intervindo os conceitos, porém atribuíram importância na troca

de conhecimento e valorização dos diferentes saberes para o alcance da interprofissionalidade (REBOUÇAS; GONDIM, 2019).

Ultrapassando a perspectiva dos serviços locais, onde se encontram as diversas profissões, um entrevistado remete que a interprofissionalidade vai além, perfazendo as redes de atenção à saúde até os setores fora dela:

*“[...] a interprofissionalidade tem a ver com múltiplas profissões, integradas, profissões e aí eu vou pensar em profissões e serviços, integrados né, em rede, é, formando um processo de cuidado, e é esse cuidado, nesse caso da saúde [...] assim, articulação é um ponto que a gente observa na interprofissionalidade, articular-se internamente, articular-se externamente com os serviços, e até os serviços outros né, como o CREAS, a justiça, enfim” (R7 PSI).*

Percebe-se nessa fala, um pensamento emancipatório contido na interprofissionalidade. Nesse ínterim, podemos afirmar que, a formação em serviço tem o potencial de qualificar os profissionais da área da saúde desde dos que estão na condição de estudantes à aqueles em exercício laboral, contribuindo então com o desenvolvimento do próprio sistema de saúde. Da mesma forma, o trabalho colaborativo em equipes de saúde, tem o potencial de superar “a fragmentação dos processos de trabalho e promover parcerias e constituição de redes, ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral à saúde” (MIRANDA, MAZZO, PEREIRA JUNIOR, 2018, p.2).

A articulação em rede de saúde e intersetorial nos remete ao princípio doutrinário do SUS: a integralidade. E, na saúde da família é preciso desenvolver estratégias para produção permanente da integralidade da atenção, sem divisões entre a APS e a atenção hospitalar, mas com profissionais na busca pela capacidade de observar e escutar e de acompanhar o usuário no andamento das suas condições de saúde ou doença, independentemente do local de prestação de práticas de saúde em que esse indivíduo se encontra (CECCIM, 2014).

## b) Cuidado integral

Compondo o conceito amplo da integralidade, o cuidado integral se refere ao reconhecimento das necessidades de saúde individuais e coletivas, requerendo a compreensão e práticas assertivas dos profissionais dentro das equipes de saúde (PEDUZZI et al., 2016). Assim, vários residentes atribuíram a interprofissionalidade ao cuidado integral:

*“[...] eu acho que vai ampliar, como a gente é formado por várias caixinhas, é o usuário... a gente vai juntar todas essas caixinhas profissionais e vai promover esse cuidado integral eu acho [...] várias formações, é... que tem em comum é... entregar um serviço de qualidade para aquele indivíduo” (R3ENF).*

*[...] aliando as coisas dentro de cada competência de cada profissional, você conseguir fazer um plano pra que todas é, consigam trabalhar em prol de um bem comum, por exemplo, é tratamento do usuário” (R10 ENF).*

*“É compartilhar mesmo esses momentos, esses atendimentos e tudo entre os profissionais, esses saberes né, pra construir pra integralidade, ou pra contribuir pra um atendimento integral” (R12 NUT).*

*[...] porque a gente consegue com várias profissões a gente consegue integrar né, proporcionar mais saúde para esse paciente, de forma mais completa e só não focada naquela queixa específica que ele vem trazendo” (R2/FISO).*

Percebe-se que, as ações dos profissionais convergem para um objetivo comum, que é “prestar uma melhor atenção ao paciente”. Nessa linha, a interprofissionalidade tem sido elemento importante para o alcance da Atenção Centrada no Paciente (ACP), sendo esta um dos domínios essenciais para a colaboração interprofissional.

Considerando a complexidade que envolve a saúde humana, a ACP se constitui de uma abordagem que ultrapassa o olhar meramente biológico, para envolver outros aspectos do cuidar, como o contexto onde esses sujeitos estão inseridos, os aspectos sociais e culturais envolvidos, que conectados ao aspecto biológico configuram o todo. Ademais, mediante a consideração da intersubjetividade, afetos e sentimentos dos sujeitos, a terapêutica passa a ser mais assertiva, envolvendo a integralidade do ser e sua autonomia na participação deste processo (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Desse modo, percebe-se que, o cuidado integral pode ser caracterizado como resultado do trabalho interprofissional, pois na medida que este último se desenvolve o mesmo trará consequências positivas no que tange a integralidade do cuidado. Assim, quando os residentes remetem a interprofissionalidade à integralidade, eles conseguem enxergar a amplitude que esse conceito abarca e que pode desempenhar nos contextos da saúde.

Vale ressaltar que no estudo em questão houve um residente que atribuiu a interprofissionalidade estritamente a multiprofissionalidade, a saber:

*“Seria o trabalho em saúde, envolvendo várias profissões” (R60/DONT).*

Nota-se que a fala emergiu de uma residente em odontologia e que de acordo com algumas pesquisas, na educação odontológica os conteúdos técnicos são apreendidos em ambulatórios escola, faltando para esses egressos o contato com os demais profissionais da saúde dentro dos campos de práticas do SUS. Essa constatação nos leva a compreender as limitações desses profissionais no que tange as práticas interprofissionais em um cenário multiprofissional, ademais a abordagem complexa das questões de saúde, que envolvem o social, por exemplo, não são valorizadas entre estudantes e professores da odontologia (PIZZOLATTO; DUTRA; CORRALO; 2021). Como resultado dessa formação, profissionais

atuam de modo isolado, com exploração ao uso das tecnologias duras e leve-duras, em detrimento das leves.

Retomando a frase expressa pelo participante, sabe-se que o trabalho em saúde não poderá jamais estar desvinculado de uma condição eminentemente relacional, interativa e coletiva. No entanto, no discurso, não se esclarece a amplitude dos fatores que envolvem o que conhecemos por “trabalho em saúde”, apenas evidencia a atuação de várias profissões nesse processo, nos remetendo a multiprofissionalidade. Há necessidade de direcionar nosso olhar e trabalho em equipe para as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades, lançando mão, também, de instrumentos não materiais, como as ações comunicativas e de fomentar espaços de mudanças nos ambientes de trabalho, na perspectiva da integralidade e da prática interprofissional (PEDUZZI et al., 2011).

### **6.3.2 Domínios do aprendizado interprofissional**

Esta categoria emergiu das respostas às indagações realizadas aos residentes sobre os elementos que caracterizavam a interprofissionalidade e que foram percebidos por eles ao longo da formação na residência.

A EIP vem sendo discutida internacionalmente e emana da tentativa de atender a complexidade das questões de saúde que a formação uniprofissional não tem sido capaz de responder ao longo dos anos, avançando na transição de sistemas de saúde fragmentados para seu fortalecimento com impactos positivos na saúde e educação (OMS, 2010).

Portanto, avançar no crescimento das RMS no Brasil e no mundo, sendo estas consideradas iniciativas da EIP, é caminhar na direção dos princípios do SUS, especialmente a integralidade. Os mecanismos curriculares utilizados pelos programas de residência dão suporte ao desenvolvimento de uma formação com vistas a EIP. No entanto, sabe-se que ainda a formação uniprofissional na área da saúde é predominante no Brasil, sendo que existem reduzidos estudos publicados na área do conhecimento interprofissional em comparação com outros países; (ARRUDA et al., 2018; FREITAS et al., 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) identifica seis domínios do aprendizado interprofissional: *trabalho em equipe* para atuar como líder e membro reconhecendo os obstáculos; reconhecimento das próprias *funções e responsabilidades* e dos outros na equipe; *comunicação* apropriada e saber ouvir; *aprendizado e reflexão crítica* sobre a relação com a equipe e a transferência do aprendizado interprofissional no trabalho; *relação com o paciente e*

*identificação de suas necessidades* em trabalho colaborativo na rede de cuidado; e *prática ética* reconhecendo os estereótipos próprios e dos outros e valorizando as visões dos outros.

No escopo da EIP, vale lembrar que em 2010 seis associações nacionais de ensino em saúde, incluindo a *Association of American Medical Colleges* desenvolveram competências essenciais para a prática colaborativa interprofissional na formação profissional, que contribuam para o fortalecimento do sistema de saúde, centrado na pessoa e orientado para a população. Sendo quatro os domínios de competência interprofissional identificados: valores para a prática interprofissional; papéis/responsabilidades; comunicação interprofissional e; equipes e trabalho em equipe (SCHMITT et al.; 2011).

Ao mesmo tempo, a *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) sugere seis domínios de competências essenciais no contexto formação profissional: comunicação interprofissional; atenção centrada no paciente/cliente/família/comunidade; clarificação dos papéis profissionais; dinâmica do funcionamento em equipe; liderança colaborativa e; resolução de conflitos interprofissionais (CIHC, 2010, p.9). assim, observa-se que todos os domínios comungam de princípios e diretrizes comuns, que em conjunto atingirão as metas desejadas pela EIP.

Por sua vez, D'Amour et al. (2008) atribuem quatro dimensões aos processos da colaboração interprofissional: objetivos e visão compartilhados (atenção centrada no paciente); internalização (convivência mútua e confiança); formalização de ferramentas e troca de informações e; governança.

Os achados para esta categoria, contrastam com outros estudos no país, que também utilizaram estes domínios como modelos nas suas pesquisas. Arruda et al. (2018), identificou que ocorre a colaboração interprofissional com dimensões visíveis e outras em desenvolvimento, em um Programa de Residência em Saúde da Família no Ceará (D'Amour, 2008); já o estudo de Freitas et al. (2022), usou o modelo canadense em uma revisão da literatura, achando poucas experiências brasileiras nessa campo e lacunas nos debates sobre situações de conflitos inerente ao trabalho interprofissional.

Diante do escopo do conhecimento, o estudo sob nossa análise, adotou o modelo da OMS (2010) para identificar os domínios da formação interprofissional, existentes nos relatos dos residentes, porém não deixamos de visualizar as relações que apareceram com os outros modelos, americano e canadense. Assim, de acordo com as respostas emanadas pelos residentes, apresentamos as subcategorias que se aproximaram aos domínios da aprendizagem interprofissional da OMS (2010):

a) Conhecimento dos papéis profissionais e ética profissional

Na formação interprofissional promove-se o aprendizado sobre os outros, com os outros e entre si com vistas a uma maior colaboração e resultados em saúde. Então, desse modo, torna-se inevitável conhecer os papéis profissionais dos membros da equipe multiprofissional, visto que nesse espaço são compartilhados conhecimentos e experiências entre os estudantes e/ou profissionais, com potencial de capacitação para prática em saúde (OMS, 2010).

Nessa perspectiva, os residentes demonstraram através de suas falas um aproveitamento desse espaço para compreender os papéis das diversas profissões:

*“[...] quando um profissional consegue enxergar em um atendimento a necessidade da intervenção da outra profissão, isso já caracteriza um pouco dessa interprofissionalidade” (R1 ASS.SOCIAL).*

*“[...] Eu acho a questão mesmo do conhecimento das outras áreas né, porque as vezes eu consigo visualizar uma questão as vezes bucal que a dentista já pode vim dá uma olhada” (R2 FISIO).*

Torna-se importante o conhecimento das funções profissionais, afim de atender as reais necessidades de saúde da população, isso pode otimizar a ida do usuário ao serviço, aumentando o potencial de resolutividade da assistência. Ademais, quando olhado em suas dimensões biológicas, físicas, sociais, culturais, econômicas, ambientais, espirituais e emocionais, identifica-se espaço para as diversas categorias profissionais, fazendo-se portanto o conhecimento dos papéis para uma atuação conjunta, sem perder de vista o usuário.

Para Arruda et al. (2018), a convivência interprofissional favorece o compartilhamento de competências profissionais e confiança entre a equipe, onde os residentes partem de uma formação em que conhecimentos são agregados, sendo profissionais mais completos para uma atuação resolutiva frente as demandas e crises em saúde cada vez mais presentes na atualidade. Ademais, o trabalho em equipe proposto pelo modelo da ESF e no qual a residência multiprofissional se desenvolve, propõe aproximações, interações, diálogos que vão culminar para que a partir desse trabalho, se conheçam os papéis de cada profissão (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

No encontro entre os profissionais destaca-se a prática ética que implica de acordo a OMS (2010, p.26) “no reconhecimento de que os pontos de vista de cada profissional de saúde são igualmente válidos e importantes.

Percebe-se a partir das falas dos residentes, que a formação favoreceu para o respeito aos diferentes conhecimentos, opiniões e visão de mundo entre os profissionais em formação no programa:

*“[...] dentro do dialogo entra a questão do respeito, dos múltiplos conhecimentos” (R4 ENF).*

*“[...] o respeito pela diversidade, de opiniões, de ponto de vista, que é uma coisa que a gente consegue é... com todo mundo, pelo menos é...eu consigo discordar de uma pessoa, ou aceitar que aquela pessoa discorde de mim, em uma conversa sobre qualquer tema, tendo em vista que essa pessoa tem uma perspectiva diferente, tem uma formação diferente, tem uma experiência de vida diferente da minha, e respeitar esse, o contraditório, eu posso achar que eu tô certa no primeiro momento e ainda assim é ter uma discussão profissional, sem que isso seja levado pro pessoal” (R8 FISIO).*

*“[...] você precisa ser é flexível né, porque são vários colegas juntos e muitas vezes, aquelas pessoas vão pensar diferente de você, vão ter uma intervenção diferente do que você faria, então eu acho que o trabalho interprofissional ele precisa ter essa flexibilidade, esse dinamismo né, esse, até a [...] questão do improviso muitas vezes, porque a situação vai mudar, as vezes o que você pensou não vai funcionar para o usuário então a equipe ela tem que tá aberta a essa mudança pra poder se adequar as situações né, mudar é a ..a característica de determinado plano, porque as vezes o usuário ele não vai se adaptar aquilo” (R11 ENF).*

Analisando os discursos dos residentes acima percebe-se o quanto é desafiador trabalhar com múltiplos profissionais, e conseqüentemente diversas visões sobre uma situação ou fenômeno, pois ao mesmo tempo que há uma linha tênue entre os pensamentos e ações de cada categoria profissional, também pode haver um abismo. Sendo assim, a construção de pontes entre posicionamentos inicialmente opostos é um dos maiores desafios para promoção da prática interprofissional colaborativa (BARROS, SPADACIO, COSTA, 2018).

Um bom relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho está atrelado a posturas respeitadas, educadas, harmônicas e sobretudo flexíveis. Para formar profissionais implicados com mudanças nas realidades caóticas em saúde, faz-se necessário que este seja aberto a novas construções de conhecimentos, habilidades e atitudes.

A flexibilidade apontada nos discursos, diz respeito ao potencial de mudanças que este profissional precisa desenvolver para trabalhar de forma interprofissional. Assim, o profissional sendo permeável pelo novo, que emerge da aprendizagem coletiva, terá condições de atuar de modo efetivo sobre as condições de saúde das pessoas.

Quando o conhecimento e as práticas são discutidos, apreendidos e elaborados no coletivo, atuações mais assertivas são alcançadas, pelo grau de inovação, reflexão e agregações existentes no processo. Assim também é potencializada a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão para a ação.

A reflexão na ação ocorre quando esta se desenvolve na ação, e irá depender dos conceitos, teorias, crenças, valores e procedimento de cada profissional envolvido. A reflexão sobre a ação é aquela que se desenvolve após a concretização da ação. Por fim, a reflexão para a ação ocorre antes da realização da atividade, sendo realizada no momento do seu planejamento (SILVA; ARAÚJO, 2005). Todas essas etapas podem ocorrer individualmente,

mas quando ocorre em equipe com a participação de todos, as possibilidades de construção do conhecimento e acertos são maiores.

No trabalho em equipe é primordial que todos compreendam o valor que há em cada membro para o alcance dos resultados em saúde. Assim também, munidos pelo entendimento da valorização, para uma boa convivência e para o aprendizado mútuo, sem imposições ou supervalorização atribuída a determinados núcleos ou em alguns casos a um núcleo profissional específico. Assim, tem-se buscado o fortalecimento das equipes, dentro da perspectiva em que todos os seus integrantes, têm valores e potências semelhantes para a produção do cuidado.

Sobre esse caso, os residentes trouxeram a importância da horizontalidade nas relações profissionais, que advém do respeito e valorização anteriormente mencionada:

*“[...] eu acho que a valorização do saber do outro, a horizontalidade é um ponto bastante importante e que isso acontece em alguns desses espaços que eu falei [...] a construção coletiva de interação e valorização do saber do outro, a valorização como o profissional que tá agregando o seu saber de profissão mesmo” (R3 ENF).*

*“Tudo né é muito positivo enxergar o colega como, de igual pra igual, ver que todos tem a mesma importância para o serviço e que todos contribuindo em conjunto fica muito melhor né” (R12 NUT).*

A compreensão pelos residentes, de que todos são importantes para o trabalho em saúde, com participação ativa dos seus membros na condução do processo de trabalho, pode nos indicar que há um equilíbrio nas relações trabalho e atividades teóricas desenvolvidas pelos residentes. Essa postura, aplicada pelos estudantes, pode impactar em mudanças nos serviços de saúde os quais atuam, que se operam numa lógica centralizada do trabalho, podem a partir de então abrir uma visão para a gestão compartilhada nestes serviços.

O entendimento dos residentes, na maioria das vezes, irá contrariar a realidade vivenciada de grande parte das equipes de saúde, em que posições hierárquicas e verticais ainda imperam. Contudo, estas posições são centradas em práticas individuais e específicas de cada profissional, sendo, portanto, incompatíveis com a interdisciplinaridade (MEIRELLES; KANTORSKI; HYPOLITO, 2011).

Sabe-se que a profissão de medicina é a mais antiga de todas as da área da saúde, encontrando-se nela, o núcleo original do qual os outros trabalhos especializados derivam, algumas agregam ao trabalho médico outros se separam. No entanto, é a atuação do conjunto diversificado das áreas profissionais, responsável pela promoção da atenção integral a saúde (PEDUZZI et al., 2001).

Deve-se considerar a reflexão de Elery e Barreto (2020) em que defendem que interprofissionalidade é influenciada por nossos afetos. Que na dimensão subjetiva, o que sentimos pode influenciar nossas ações, podem favorecer ou não o trabalho colaborativo e



interprofissional, aumentar resistências internas ou reduzindo-as, fortalecer disputas ou romper com elas. Portanto, segundo as autoras o trabalho interprofissional é uma produção afetiva, ao se considerar que nas relações estabelecidas nesse processo estão presentes emoções, desejos e determinadas posturas ético-cognitivas.

Em estudo sobre as características do Programa de residência em saúde mental em Santos-São Paulo, foi observado indissociabilidade entre as reuniões do núcleo profissional, de áreas profissionais e do programa, quando os temas discutidos não se relacionavam a categorias separadas, e os residentes traziam suas contribuições para o saber coletivo, fortalecendo sua identidade profissional, porém numa perspectiva colaborativa e não corporativa (KINKER et al., 2018).

Na medida em que os estudantes aprendem com o outro, entre e sobre o outro, a residência possibilita uma visão integral para o estudante, ultrapassando a fragmentação do conhecimento imposta pela sua formação tradicional em saúde (ARRUDA et al., 2018). Desse modo a EIP efetiva é aquela que prima pelo respeito entre os profissionais, extirpa estereótipos prejudiciais e busca pela prática ética centrada no paciente (OMS, 2010).

#### b) Trabalho em equipe

As discussões sobre o trabalho em equipe ganham evidência a partir de 1990, abrindo a necessidade de reavaliação da formação em saúde que precisava sair de uma perspectiva uniprofissional para uma EIP (PEDUZZI; AGRELI, 2018), depois atrelada à prática colaborativa, dentro e entre equipes e entre serviços, na perspectiva de redes.

No cenário em saúde, a APS se destaca com avanços em propostas nessa abordagem, pela sua lógica de trabalho proposta pela ESF, sendo este o modelo mais eficiente para organização e enfrentamento das problemáticas em saúde e combate a fragmentação do próprio sistema.

O trabalho em equipe pressupõe diálogo, coesão, responsabilidades compartilhadas, respeito, horizontalidade, harmonia e sem dúvidas um objetivo em comum que é prestar um cuidado de qualidade aos indivíduos (PEDUZZI et al., 2016). Assim, considerando que o trabalho em equipe é condição precípua para o desenvolvimento da interprofissionalidade, e, que, como característica da ESF o temos trabalho em equipe, os residentes trazem em suas afirmativas o trabalho em equipe como elemento apreendidos durante à formação multiprofissional:

*“[...] É esse trabalho em equipe, é a gente poder atuar pra resolver o problema do usuário da comunidade tendo pontos de vista diferentes profissionais, cada um contribuindo com o que tem mais habilidade, com seu conhecimento específico, e no caso de uma família, ou de um caso isolado, e até mesmo no casos que sejam referentes a toda comunidade” (R4 ENF).*

*“[...] mas eu acredito sim que a residência tem alcançado o objetivo de desenvolver essa competência, e de desenvolver esse olhar que hoje eu tenho um pouco diferente né, de trabalhar melhor entre a equipe, de chamar os outros membros da equipe” (R11 ENF).*

*“O que eu consigo lembrar agora é a questão do trabalho... que é além do trabalho em equipe” (R8 FISIO).*

*“A multiprofissionalidade, o trabalho em equipe mesmo...o trabalho em equipe, o trabalho multi...[...].” (R12 NUT).*

No primeiro discurso percebe-se a reflexão crítica sobre a própria relação em uma equipe, em que apesar das diferentes visões apresentadas dentro dela, não se limita a sua atuação para a resolução de problemas (OMS, 2010), com vistas a uma melhor integração, articulação e coerência entre diferentes categorias profissionais (LAVÔR et al., 2019).

Uma equipe integrada é aquela que tem clara as atribuições de seus participantes, papéis, limitações e possibilidade de atuação, estando essa configuração sempre em construção dia após dia. Sendo assim, o trabalho em equipe melhora o acesso e a qualidade da assistência à saúde e maior satisfação entre os profissionais envolvidos (PEDUZZI; AGRELI, 2018) como posto no discurso do residente a seguir:

*“Você trabalhar em equipe, você ter um colega ali pra discutir um caso, você não ter a sensação de que aquilo é só seu, não, todo mundo tem que se envolver, todo mundo tem que participar, porque o usuário ele chega aqui, ele não é só o planejamento familiar, ele não é só o pré-natal, ele tem suas particularidades, ele tem suas potências, então eu acho que isso reaviva nos profissionais, o verdadeiro sentido do que é saúde da família” (R11/ ENF).*

Percebe-se na fala o quanto a responsabilidade compartilhada pelo cuidado ao paciente está imbricada no trabalho em equipe, e que essa condição para além de qualificar a atenção à saúde, deixa os membros da equipe mais confortáveis e satisfeitos, além de retomar a essência proposta pela ESF (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Observou-se também, nesta pesquisa, ainda uma fragilidade na formação da odontologia sobre a formação desses profissionais para o trabalho em equipe, sendo a experiência com residência essencial na construção desse processo até então não desenvolvido, como trazem nas falas dos residentes em odontologia que compunham a pesquisa:

*“O trabalho em equipe, eu acredito, que é uma coisa que inclusive na odonto a gente não tem tanto costume né de trabalhar em equipe, geralmente é um trabalho bem individualizado no consultório entendeu, então na residência eu pude trabalhar com outras profissões né, com os colegas e conhecer o que é trabalhar em equipe, basicamente” (R6 ODONT).*

*“[...] isso pra mim é muito marcante porque o meu curso não me proporciona essa experiência, antes eu tinha dificuldade em trabalhar em equipe não por não querer, mas porque não teve habilidades, não foi desenvolvido na graduação, porque uma coisa é você fazer um trabalho em*

*grupo, outra coisa é você desenvolver um trabalho interprofissional, é muito diferente [...] sentar discutir, planejar, analisar os prós e os contras, como você vai avançar nos processos, nos micro processos, isso só na residência” (R9 ODONT).*

Como discutido anteriormente, a formação na graduação em odontologia ainda é muito voltada para o atendimento individual em consultórios, sem interação com demais estudantes de outras categorias profissionais. Como resultado disso, tem-se os prejuízos na aquisição das competências e habilidades do campo comum da área da saúde, impactando na sua atuação enquanto futuros profissionais inseridos no cenário de saúde pública e com pouco engajamento nas questões sociais da determinação da saúde e doença de indivíduos e coletividades.

Nos dias atuais, as universidades tem repensado seus modos de ensino, caminhando no sentido de mudanças, a partir de reflexões sobre o seu papel na formação de profissionais implicados com as questões sociais (PIZZOLATTO, DUTRA, CORRALO; 2021). Sendo necessário essas implementações na odontologia, que venham treinar os futuros profissionais para o trabalho em equipe, comunicação efetiva e aptos a tomada de decisão frente as dificuldades, além do relacionamento com a comunidade, que facilite a identificação de suas necessidades, sempre primando por cirurgiões-dentistas mais humanizados.

Nos discursos dos residentes do estudo, não se observaram situações comuns que ocorrem no trabalho em equipe, que são as tensões e conflitos, esse é um elemento importante e inerente ao trabalho que se desenvolve com vários profissionais e tem por natureza ser relacional.

Divergências e conflitos é algo inerente ao processo de trabalho em equipe, e a sua existência longe de ser algo prejudicial para o desenvolvimento da equipe, se torna necessária para sua evolução, pois onde não há discordâncias e tensões, também não há mudança para o novo. De modo semelhante a esta pesquisa, também o estudo de revisão de Freitas et al. (2022) encontrou que metade das produções não exploraram essa temática, sendo pouco discutida sua natureza e estratégias de enfrentamentos.

Um dos domínios do aprendizado interprofissional elencados pela OMS (2010) é o trabalho em equipe, sendo traduzido pela capacidade de atuar como líder e membro da equipe, bem como o conhecimento dos obstáculos decorrentes dessa atuação.

Assim, no estudo desenvolvido, nota-se uma lacuna no que tange à reflexão sobre a liderança e conflitos no campo de práticas dos residentes, porém, iremos abordar mais adiante, os obstáculos encontrados para uma formação em saúde voltada para o trabalho em equipe interprofissional.

O trabalho em equipe implica em interação entre os profissionais e aspectos subjetivos, que ultrapassam a técnica e o conhecimento científico, que permite a colaboração profissional,

com reconhecimento de suas diferenças e dos benefícios da sua articulação em prol a atenção a saúde. Nesse processo, ocorre um deslocamento da atenção profissional nos procedimentos para o paciente/usuário (PEDUZZI et al., 2016), que sendo este em sua essência subjetivo, requer uma atenção de caráter relacional e participativa dentro do processo de trabalho em equipe, como posto no discurso abaixo:

*“[...] de trabalhar melhor entre a equipe, de chamar os outros membros da equipe, de é...de trazer o usuário também pra participar disso” (R11 ENF).*

Nota-se certa reciprocidade entre a interprofissionalidade e a atenção centrada no paciente, quando um dos elementos chaves da ACP, enfatiza na participação do paciente no cuidado, numa relação interprofissional e profissional/paciente (AGRELI, PEDUZZI, SILVA, 2016). Portanto, as condições de saúde do usuário, suas respostas e opiniões e ideias também devem ser consideradas para o aperfeiçoamento do trabalho em equipe.

### c) Comunicação

A formação interprofissional se caracteriza especialmente pela comunicação efetiva, pensando nas possibilidades de estabelecimento de parcerias com usuários, famílias e representações no território, bem como com outros setores dentro e fora da saúde, além da comunicação entre os profissionais (PEDUZZI; AGRELI 2018).

Desta forma, os residentes trazem, ao longo de suas falas, a comunicação como elemento que caracteriza a interprofissionalidade por eles vivenciada, no decorrer da residência:

*“Eu entendo como a comunicação entre as profissões em que atuam, uma comunicação horizontal, uma atuação dialógica né, em que os saberes se complementam em prol de um cuidado integral, de um cuidado longitudinal” (R3 ENF).*

*“Aprender a ouvir também o próprio colega [...] e aí você ter essa oportunidade de ouvir da colega da mesma área, mas também ter a oportunidade de ouvir de outras áreas a visão” (R10 ENF).*

Sabe-se que a interação se desenvolve através da comunicação, sendo esta última, elemento essencial e elementar para o estabelecimento das relações de trabalho. No entanto, do mesmo modo que comunicação pode facilitar e favorecer o aprendizado e as práticas interprofissionais, também pode criar barreiras, omissões e dificuldades para o trabalho interprofissional, se não for realizada efetivamente.

Para o trabalho em equipe e prática colaborativa faz-se necessária a comunicação efetiva. No entanto, sabe-se que estudantes e profissionais da saúde aprendem muito mais sobre a comunicação com o paciente do que entre eles, o que pode resultar em uma problemática nos futuros cenários profissionais porque não desenvolvem habilidades para discussão de casos,

que venham a produzir questionamentos, discordâncias ou apresentação de alternativas. A comunicação efetiva ocorre quando as diversas áreas profissionais são capazes de utilizarem seus conhecimentos e habilidades para responderem as necessidades de saúde apresentadas pelos indivíduos, famílias e comunidade (PEDUZZI, 2017).

Ainda, considerando que a comunicação é composta pelo emissor e pelo receptor, o diálogo estabelecido na comunicação, para ser favorável para ambos os envolvidos, precisa vir acompanhado da escuta com qualidade. A escuta perpassa a compreensão do que foi dito, absorção do conteúdo, reflexão e mobilização para produção dos resultados advindos desse processo.

Também, há casos em que o diálogo interprofissional é reduzido, limitando a prática interdisciplinar, com manutenção da sobreposição de saberes, longe da interconexão que promove a integralidade (MEIRELLES; KANTORSKI; HYPOLITO, 2011). No estudo de Freitas et al. (2022), o domínio de competência “comunicação interprofissional” do modelo canadense, encontrou dificuldades nas relações entre enfermeiros e médicos, e conflitos que refletem negativamente no processo de trabalho da equipe e por consequência na assistência à saúde prestada. Isto se deve, muitas vezes, à formação tradicional médica (BARROS, SPADACIO, COSTA; 2018), pautada no modelo médico hegemônico e relações de poder, o que dificulta o trabalho em equipe.

De modo promissor, Miranda, Mazzo e Pereira Júnior referem que a formação interprofissional possibilita a discussão de temas que possivelmente são poucos trabalhados nas formações tradicionais, tais como: “profissionalismo, liderança, comunicação, tomada de decisão, administração e gerenciamento, educação permanente, ética e bioética, e juízo de crenças e valores pessoais e corporativos” (MIRANDA; MAZZO; PEREIRA JÚNIOR, 2018, p.2) e que são competências comuns aos diversos profissionais da área da saúde com vistas a prática interprofissional.

Pode-se afirmar então que a comunicação constitui competência fundamental para o trabalho interprofissional, e deve envolver empatia, clareza, objetividade, segurança de quem está emitindo a informação (PEDUZZI; AGRELI, 2018). É a partir dos diversos modos de comunicação e interação que são desenvolvidas ações interdisciplinares, devendo ser construídas no cotidiano das relações de trabalho (MEIRELLES; KANTORSKI; HYPOLITO, 2011).

As falas seguintes, traduzem o potencial da comunicação durante a formação dos residentes:

*“[...] no meu caso que sou assistente social, meu saber é muito do campo das ciências humanas, e as ciências humanas tem uma contribuição nesse campo da saúde né, e as vezes outras profissões não vem com essa visão, do quanto as questões sociais interfere na saúde do sujeito, e aí, ter esse espaço para ter outras profissões que dialogue sobre isso também, que as vezes é, possa intervir de alguma forma também nesses outros campos, é uma contribuição né, é algo que, sim, pode melhorar a saúde da comunidade pode melhorar a saúde do sujeito que procura a unidade, o serviço” (R1 ASS.SOCIAL).*

Além da comunicação, observa-se a direção para outro domínio do aprendizado interprofissional proposto pela OMS (2010): Aprendizado e a reflexão crítica, traduzido pela transferência do aprendizado interprofissional para o ambiente de trabalho. A comunicação se estabelece, portanto, como ponto de partida para a promoção de um cuidado integral, como visto nos discursos a seguir:

*“[...] e a gente vê que é o cuidado realmente a gente trabalhar junto, a gente consegue fazer esse cuidado mais integrado, não com todas as profissões, mas eu to ali discutindo com elas, e também a gente dá uma opinião, a gente sempre troca muito, então a gente consegue realmente quando tem a oportunidade que tem as ferramentas pra isso o cuidado é outro” (R2 FISIO).*

*“[...] eu consigo quando o trabalho ele é desenvolvido... vou pegar um caso de um PTS por exemplo, teve um caso super complexo, de uma usuária que tinha “Ns” necessidades, então a equipe sentou, discutiu, elencou todas as necessidades, e fomos dando os encaminhamentos devidos, então aquela usuária ela realmente acessou os serviços sobre a ótica interprofissional né (R9 ODONT).*

Percebe-se que o diálogo entre as profissões promove o cuidado integral do sujeito e que por meio das ferramentas de comunicação, atividades e ações em equipe podem ser implementadas, a exemplo do PTS desenvolvido pelo grupo. Nota-se a partir da comunicação, a identificação das necessidades do paciente, com um trabalho colaborativo com foco na sua melhor assistência, como proposto pela OMS (2010).

Em concordância com estes achados, pesquisa realizada por Farias et al. (2018) com profissionais de saúde da ESF, evidencia o potencial da comunicação, por meio do diálogo e da troca de informações, no desenvolvimento do trabalho em equipe e na interdisciplinaridade.

Assim, eles defendem que, essas estratégias, possibilitam a cooperação necessária para a intervenção interprofissional. Citam como exemplos que dificultam a integração de disciplinas e profissionais, o tempo curto de diálogo, vínculos fragilizados e dificuldades na fala e na escuta. Sendo assim, referem que, quando a comunicação, que deveria ser intensa, não ocorre, compromete o potencial da colaboração interprofissional no atendimento às necessidades de saúde.

Importante lembrar que a comunicação pode ser mediada pelo diálogo, mas também pela escrita, por exemplo quando se realiza encaminhamentos para referência e contrarreferência dos serviços especializados. No entanto, na realidade, os vínculos entre os níveis de atenção podem ser fragilizados (FARIAS et al., 2018). Portanto, se faz necessário o estabelecimento de uma comunicação eficaz, com dialogo facilitado, para que parcerias sejam

formadas entre os setores da saúde, ultrapassando as práticas de encaminhamentos, com promoção de momentos de interdisciplinaridade.

Arruda et al. (2018) destacaram no seu estudo com residentes, um dispositivo inusitado relatado em uma das entrevistas, denominado de “porta interconsulta”, que seria uma abertura física para comunicação entre dois consultórios, que favorecia momentos de comunicação interprofissional entre o médico e os residentes. Os autores sugerem para todos os serviços de saúde a adoção desse mecanismo simples que auxiliaria na comunicação e, por conseguinte no trabalho interprofissional.

De acordo com os relatos dos residentes, a comunicação entre eles tem sido um elemento importante para permitir o trabalho interprofissional. Nos discursos, percebe-se que a partir dela, há a troca e construção do conhecimento entre, com e sobre as profissões, sendo a partir dela estabelecidas ações com vistas ao cuidado integral ao usuário (OMS, 2010).

Nota-se, neste estudo, que há uma interligação de todos os domínios agrupados como subcategorias, isto é, uma interdependência entre eles. Portanto, na formação interprofissional considera-se que, o trabalho em equipe se desenvolve por meio da comunicação efetiva, e com essa aproximação tem-se o conhecimento dos papéis profissionais, devendo as posturas éticas serem requisitos essenciais para o bom desempenho de uma equipe de saúde.

Sendo assim, pode-se inferir que, as características ou elementos tidos pelos residentes como próprios da interprofissionalidade, convergem para domínios do aprendizado interprofissional da OMS (2010), apesar das lacunas no que diz respeito à liderança, aos obstáculos para o trabalho em equipe e ao envolvimento com os indivíduos, famílias e comunidade no gerenciamento do cuidado.

### **6.3.3 Práticas orientadas à interprofissionalidade na residência**

Por meio de uma articulação entre os sistemas educacional e de saúde no Brasil, as residências multiprofissionais são desenvolvidas dentro de uma modalidade formativa, com forte carga de treinamento em serviços de saúde, com atividades teórico, teórico-práticas e práticas. Caracterizadas pelo ensino no serviço, as residências possuem uma visão importante em formar profissionais aptos a atuar sobre as diversas condições de saúde, sendo também elemento propulsor de transformação na rotina de trabalho da equipe local, por vezes fragmentada e dentro de uma perspectiva biomédica (ARAÚJO, et al., 2017; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

De acordo com Casanova, Batista e Moreno (2018), a formação de profissionais da saúde requer uma priorização pelo aprendizado crítico-reflexivo, na interrelação entre a teoria e a prática. A EIP aponta para o desenvolvimento de novas práticas em saúde no processo de trabalho, no currículo e na formação do profissional. Tais mudanças partem de resultados concretos já obtidos na educação e no setor saúde, quando da promoção de práticas interprofissionais colaborativas nos cenários de aprendizagem e trabalho no serviço (OMS, 2010; PEDUZZI, 2017).

Nesse contexto, faz-se necessária uma maior interação entre ensino, serviço e comunidade, com abolição da cultura do ensino fragmentado e do trabalho compartimentalizado. Assim, conhecimentos que embasem a formulação de políticas públicas em saúde devem ser produzidos, para que seja superado o saber teórico especializado para uma prática necessária a APS (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS 2019; MIOLO; FERDOSSE, 2021).

Assim, nesta categoria, relatos dos residentes pontuam três aspectos que dizem respeito à prática orientada à interprofissionalidade no serviço da RMSF em estudo, interligados pela proposta pedagógica do curso, pelas práticas envolvendo consulta compartilhada, discussões de casos PTS e visitas domiciliares; e pelas práticas coletivas de educação em saúde e permanente em saúde, como desvelamos a seguir:

a) Proposta pedagógica do curso favorece as práticas interprofissionais

Como uma política de educação e saúde, as residências multiprofissionais visam o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS, em consolidação, com uma formação que atenda às necessidades enfrentadas pelo SUS, com destaque para a aquisição de profissionais, com perfil adequado para atuar nos cenários de saúde. Desse modo, as RMS, buscam por meio de um aporte teórico e pedagógico dotar os estudantes de conhecimentos, habilidades e atitudes que respondam ao mercado de trabalho (ARAÚJO et al., 2017).

Assim, as práticas interprofissionais emergiram do próprio conteúdo teórico e teórico-prático da residência, os quais deram suporte e subsídios para o trabalho interprofissional, como expressado por estes residentes:

*“[...] a gente vem tendo, né teoria, estudando conteúdos teóricos que falem sobre o trabalho em equipe então a gente, já foi inserido aqui como uma equipe, e algumas ações já foram cobradas de nós que fosse sim realizada em equipe, e isso nos estimulou a entender que aqui era assim, que nos devíamos atuar” (R1/ASS.SOCIAL).*

*“[...] até mesmo as discussões proporcionadas pela residência né, a questão teórica e dentro da unidade de saúde com os outros profissionais” (R3/ENF).*



*“[...] a gente tentava fazer, trazer as coisas que a gente aprendia ali nas aulas, que eram as espirais, vamos discutir caso, vamos abrir um PTS, né, pra justamente tentar exercer é... que as múltiplas profissões que estavam ali pudessem contribuir e não ficasse sobrecarregado pra ninguém também” (R7/PSI).*

A formação em saúde nos serviços, parte de uma lógica da transformação pelo conhecimento, sendo esta uma premissa da EIP. Considerando que as práticas jamais estarão dissociadas do conteúdo teórico, o primeiro discurso nos indica sobre a abordagem do trabalho em equipe realizado pela instituição de ensino e a articulação desse conteúdo com as vivências no processo de aprendizagem e trabalho dos residentes.

De acordo com Ferreira et al. (2022, p.2) preconiza-se “o aprender juntos para trabalhar juntos”. As iniciativas educacionais de aprendizado compartilhado, ultrapassa a presença de atores profissionais em um mesmo espaço, é algo que envolve interação em prol do desenvolvimento de competências interprofissionais colaborativas entre os profissionais das diversas categorias (COSTA, 2017).

Compreende-se que o aprendizado precisa ser deslocado para o serviço, tanto para uma formação implicada com a realidade, como para a educação permanente dos trabalhadores da saúde, caso contrário não justificaria a parceria estabelecida entre os ministérios da educação e saúde na conformação das residências multiprofissionais. Ainda que fosse cumprida a articulação-teórico prática pelos residentes, não faria sentido um aprendizado isolado dos demais membro da equipe de saúde, dado que comprometeria a potência na produção do conhecimento e do cuidado.

Nesse cenário, o conhecimento se caracteriza como um processo em construção, desenvolvido a partir de experiências significativas vivenciadas nos cenários de prática pelos residentes. Como explicitado pela residente psicóloga, pautada numa metodologia ativa de ensino-aprendizagem, a residência utiliza da espiral construtivista para o aprendizado em grupos, ancorada na aprendizagem significativa dada “pela interação cognitiva entre o novo conhecimento e o conhecimento prévio, sendo este a variável que mais influencia a aprendizagem” (MANOEL; CYRINO, 2014, p.81).

Percebe-se nesse panorama, o inevitável exercício da interprofissionalidade, visto que os residentes das diferentes profissões têm a oportunidade de aprender com, entre e sobre as profissões. Nesse espaço, é imprescindível a participação dos preceptores e profissionais do serviço, em um espaço aberto, mediado pelo diálogo, com respeito pelas diferenças em opiniões e limites profissionais.

Distante de uma formação isolada e fragmentada, na residência multiprofissional, os estudantes atuam em um mesmo cenário de prática e compartilham juntos do mesmo conteúdo teórico, numa perspectiva interdisciplinar, como mencionado nas falas que se seguem:

*“A residência , desde a primeira CT tudo sempre é trabalhado em conjunto, não só a parte prática aqui na unidade, mas as próprias discussões em aula, já favorece esse olhar, esse compartilhamento de saber, então nunca é nada voltado pra uma profissão específica, então eu acho que desde a parte teórica já faz a gente começar a pensar, a sair um pouco da caixinha de cada um, então com relação a essa questão da interprofissionalidade e aí somado também com a prática com o que essas pequenas reflexões vão modificando na cabecinha de cada uma [...] a gente consegue desenvolver também, essa parte interprofissional, são professores que tão sempre puxando para todos os lados, querem saber um pouquinho né “como vocês atuariam nisso, como vocês veem essa situação”, que é uma visão mais holística né do todo e não só focado para cada categoria” (R2FISIO).*

*“[...] eu consigo até nas discussões teóricas a gente consegue perceber diversas visões que foram bastante ricas assim de muito aprendizado [...] eu acho que o que me marcou logo no início foi que uma das tutoras, foi e falou que a residência era para a gente desenvolver nossa multiprofissionalidade, nossa interprofissionalidade” (R3 ENF).*

*“[...] mas eu acho assim que a residência ela proporciona essas competências, esse espírito colaborativo” (R11 ENF).*

Com as falas, percebe-se que, a residência busca promover a interprofissionalidade, desde a teoria à prática no serviço. O aprendizado caminha na direção do “comum de dois”, posto por Ceccim (2018) como algo que vem sendo buscado pelo setor saúde, quando se estabelece o trabalho em equipe nos cenários da APS, havendo a necessidade de integração, coesão e de prática colaborativa entre os trabalhadores.

A prática colaborativa visa a construção de uma compreensão compartilhada. Mas para alcançar essa nova realidade, faz-se necessário uma formação interprofissional, sem a qual os profissionais da saúde não teriam condições de colaborar em prol da assistência à saúde (OMS, 2010). A interprofissionalidade subsidia a troca de informações e conhecimentos nas práticas da equipe, com cooperação e responsabilidade compartilhada. Nesse espaço propício à construção de projetos terapêuticos e de promoção da saúde e atuação coletiva em território, tem-se como resultados a formação de uma rede de laços afetivos entre os membros, com fortalecimento do vínculo que contribui para o pertencimento de uma equipe (CECIM, 2018).

No relato a seguir percebe-se a diferença da formação graduada, vivenciada pelo estudante de odontologia, para a atual formação pós-graduada proporcionada pela residência:

*“Com certeza, antes de vir pra cá, eu penso que a graduação não te forma nessa visão total, interprofissional, é tudo muito pouco, o que a gente ver, mas a residência sim, proporcionou essa experiência de interprofissionalidade, com certeza... é porque a odontologia é uma profissão que trabalha sozinha né, totalmente sozinha, você trabalha a quatro mãos com a auxiliar, você faz uma referência a algum outro profissional quando não é a especialidade que você atende, mas a interprofissionalidade como vemos aqui, com certeza não” (R9 ODONTO.)*

O discurso deixa claro que na graduação o estudante não estabelece competências e habilidades para uma prática interprofissional e colaborativa, visto que esta depende

inevitavelmente de relações estabelecidas entre dois ou mais estudantes ou profissionais. De um modo geral, Aguiar et al. (2017) consideram que para além do trabalho nas equipas, a ação articulada dentro da rede de atenção à saúde, exige competências profissionais ainda secundarizadas nos currículos de graduação em saúde, apesar das mudanças impostas pelas DCN dos cursos de graduação.

De acordo com Haddad (2009) as novas DCN consideram a necessidade de mudanças no perfil dos futuros profissionais advindos das instituições de ensino superior, estando estes aptos a atuarem na direção de uma atenção integral das pessoas, famílias, grupos sociais e comunidades. Uma vez implementadas as DCN, nos cursos da área da saúde, são desenvolvidas competências e habilidades específicas que contribuiriam para a consolidação e fortalecimento do SUS (MIRANDA; MAZZO; PEREIRA JÚNIOR, 2022).

Contudo, os autores Batista e Gonçalves (2011) consideram que, apesar de alguns avanços, ainda há um abismo entre o que se propõe como cuidado integral e a formação dos profissionais da área da saúde. Isto pode ser comprovado diante do perfil dos profissionais que assumem os serviços de saúde, demonstrando qualificação insuficiente para as mudanças das práticas e do modelo assistencial tecnicista.

Diante desse cenário, há que se considerar a necessidade urgente de uma atuação efetiva da educação permanente, que venha trazer novos significados para o fazer desses profissionais no contexto da ESF. A residência se destaca como um dispositivo de mudanças nesse sentido, especialmente por problematizar um modelo de saúde centrado no médico, na doença, altamente prescritivo e com saberes e práticas ainda fragmentalizados.

Nesse contexto é válido mencionar que apesar da modalidade do programa constar de momentos teóricos, teórico-prático e práticos e da metodologia ativa de ensino aprendizagem para conduzi-los e serem de tal modo significativos e apropriados para uma formação interprofissional, os residentes consideram que existem fatores associados ao indivíduo em formação que pode contribuir ou não para esse aprendizado, não podendo ser uma responsabilidade atribuída exclusivamente ao programa como destacado nas seguintes falas:

*“A gente fazia em grupo, sim, pra mim era um dos melhores momentos assim, era muito enérgico, o momento da espiral com todo mundo, sabe, [...] mas eu acho que, há um conteúdo teórico bom em relação a isso, as discussões sobre SUS, as discussões sobre gestão, as discussões sobre linhas de cuidado, as discussões sobre políticas públicas, são discussões legais interessantes, mas assim não sei se dá subsistência de fato para pessoas que não tenham perfil de trabalhar interprofissional, de realmente... isso não garante que isso vá acontecer, o PPP não garante que a prática da interprofissionalidade vai acontecer” (R7 PSI).*

*“[...] mas eu digo por mim, eu aprendi muito, eu acho que o potencial que ele faz, o residente atingir, é muito maior do que eles pensam, as aulas te dão um leque de referência de estudos assim muito grande, então eu acho que só complementou o que a gente já vem aprendendo na graduação, mas eu acho que, que o programa ajuda muito a você ser, você ter essa prática*

*colaborativa mesmo, de conhecimento de você ter essa competência, o programa, mas sozinho não faz né, você tem que também correr atrás do seu, ele estimula o programa promove esse desenvolvimento de competências [...] você tem que correr atrás do seu desenvolvimento também” (R10 ENF).*

Nas falas acima deve-se considerar como a residência representou grande aquisição e agregação de conhecimento na formação desses profissionais, mas que seu o nível do seu aproveitamento pode estar relacionado às questões pessoais, que se referem à vontade, desejo, disposição, iniciativa, visão de mundo com pensamento transformador ou não, que está atrelado a cada ser humano.

Ellery e Barreto (2020) confirmam que a interprofissionalidade envolve dimensões cognitiva e pragmática, a primeira possibilita uma nova conformação dos saberes a partir de saberes de diferentes disciplinas e a segunda a organização do trabalho entre duas ou mais profissões, de modo a aprenderem juntas. Ambas são mediadas pela dimensão afetiva, e os afetos aos quais se referem, diz respeito à disponibilidade, desejo e abertura do indivíduo para novas formas de enxergar e interpretar os fenômenos.

As autoras alegam que a interprofissionalidade se torna mais difícil porque no campo da organização das práticas existem as disputas de poder entre as profissões, com destaque para a medicina. Porém, é interessante considerar que não deixa de existir, em menor grau, corporativismo e disputa por status, nas demais profissões da área da saúde, aliado aos estereótipos profissionais, que também se fazem presentes e prejudicam as relações de trabalho.

Frente as dificuldades e possíveis resistências que podem ser apresentadas pelos residentes na busca pela formação interprofissional, ganha-se destaque a importância do papel do preceptor e do tutor na condução desse processo. O primeiro se destaca, pela atuação cotidiana no serviço com o residente, considerado o orientador de referência com função importante no incentivo para o aprendizado e trabalho interprofissional. Este deve nortear as práticas em saúde, e estimular o raciocínio e a postura ativa do residente, planejar as atividades no serviço, analisar o desempenho, participando do processo de aprendizagem do aluno (BOTTI, 2009).

No entanto, deve considerar-se que se o preceptor não estiver preparado para desempenhar adequadamente o seu papel e aliado a isto apresentar um perfil de trabalho sob uma ótica fragmentada e isolada dos demais membros da equipe, será então, um exemplo negativo para o residente e inevitavelmente favorecerá para a reprodução desse mesmo modelo de trabalho, com prejuízos na formação e mudança da dinâmica do serviço.

Portanto, identifica-se nesta pesquisa o reconhecimento do papel pedagógico da residência na formação interprofissional por parte dos estudantes, o que se assemelha com

outros estudos desenvolvidos nessa área. A exemplo do estudo de Albuquerque, Santana e Rossit (2018) que pesquisaram a interprofissionalidade nas RMS de nove estados do Nordeste brasileiro, e identificaram que apenas 1% deles discordaram que a RM possibilita o desenvolvimento de competências para uma prática colaborativa dentro de uma visão ampliada de saúde, 7% não concordaram que a RM em questão prepara os residentes para um processo de trabalho colaborativo, 2% discordaram que a prática colaborativa no trabalho em equipe possibilita uma atuação integrada entre os profissionais produzindo melhores resultados em saúde e 2% dos residentes discordavam que uma equipe de saúde colaborativa aumenta o grau de satisfação dos pacientes.

Assim, os resultados dessa pesquisa mostraram que, apenas um percentual pequeno de residentes não considerou que a residência possibilita o desenvolvimento de competências para práticas colaborativas. E outro percentual pouco mais significativo de 7%, acreditou não estarem sendo preparados para uma atuação em práticas colaborativas pela residência. Percebe-se também que a minoria não considera os benefícios advindos dessa prática, como uma maior integração da equipe e a satisfação de usuários. Para os autores, apesar desses desafios, os residentes ainda consideram que as RMS no âmbito do nordeste brasileiro, possibilitam o desenvolvimento de competências para uma prática colaborativa em saúde.

Objetivando mudanças nos perfis profissionais de todos os egressos, considera-se que talvez fossem necessários maiores investimentos em EIP nas RMS. Ademais, diante das reflexões realizadas pelos residentes nesta pesquisa, percebe-se a necessidade da busca pessoal, considerando o protagonismo do residente no processo de ensino-aprendizagem, visto que apesar das ferramentas disponíveis para a formação haverá sempre a necessidade do movimento do estudante e da equipe de saúde na direção do novo, na busca pelos fundamentos e conceitos essenciais como o da integralidade, interdisciplinaridade, EPI e PIP para uma atuação mais efetiva no SUS.

- b) Práticas interprofissionais: Consulta compartilhada, interconsulta, discussão de caso, PTS e visitas domiciliares.

Considerando que a formação dos residentes multiprofissionais ocorre em serviço e que 80% da carga horária total é composta pelas atividades educacionais práticas e teórico-práticas, sendo estas desenvolvidas nos cenários das unidades de saúde, muitos foram os relatos das experiências trazidas pelos residentes compreendidas por eles como um conjunto de práticas interprofissionais:

*“[...] a gente costuma fazer, atendimento compartilhado, eu o fisioterapeuta junto com a enfermeira, é com a odontóloga, com a psicóloga, com a nutricionista, as vezes com dois, três profissionais, é [...]” (R8 FISIO).*

*“As consultas compartilhadas, as discussões de caso, visita de atenção domiciliar que a gente faz em conjunto, interconsulta, né, projeto terapêutico singular que a gente tentou fazer uma vez só, mas essas questões de compartilhar os casos, discutir, sempre acontece, as atividades em conjunto, atividades grupais” (R5 PSI).*

*“Sim, eu acho que a residência ela trabalha bastante isso [a interprofissionalidade], é, por exemplo, através das consultas compartilhadas, através das discussões de caso que a gente tem aqui, [...]” (R11 ENF).*

*“Mas já aconteceu atendimento juntos também né, a interconsulta, e para mim isso era muito rico, muito rico, é, articular o cuidado clínico, com o cuidado psicológico, com o cuidado da fisioterapia [...]” (R7 PSI).*

*“[...] a questão de organização de um plano de cuidado, a questão das consultas compartilhadas, às vezes até encaminhamentos, então não necessariamente o atendimento é conjunto comigo, mas é os encaminhamentos [...]” (R4 ENF).*

*“[...] , principalmente comigo aqui da odontologia, eu sempre trabalho com o profissional da enfermagem, da nutrição, a gente desenvolveu um trabalho interprofissional com a odontopediatria e nutrição, ao trabalho interprofissional, a odontologia e a enfermagem, consultas compartilhadas” (R9 ODONT).*

Observa-se nos relatos a interação entre os profissionais residentes nos atendimentos clínicos, caracterizados como consultas compartilhadas e interconsulta, nas discussões de caso, na visita domiciliar e no PTS.

O atendimento compartilhado é discutido na literatura a partir do apoio matricial, que no caso da ESF tem no NASF e nos níveis especializados de atenção, possibilidades de matriciamento. Nesse sentido, “o atendimento compartilhado consiste em realizar intervenção tendo como sujeitos de ação o profissional da saúde e o apoiador matricial em regime de coprodução” (BRASIL, 2010, p.15).

Há que se considerar a inexistência do NASF no atual cenário de estudo, mas a presença da residência, e conseqüentemente, de profissionais de diferentes categorias, que no cenário de práticas em saúde são conduzidos a desenvolver o atendimento compartilhado, por característica interdisciplinar. A proposta dessa metodologia de atenção é tornar possível a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência com capacitação para ambos os membros envolvidos e responsabilidades mútuas (BRASIL, 2010).

A interconsulta, também mencionada nos relatos, surgiu com a medicina no contexto da reforma psiquiátrica, pela necessidade da intervenção de outro profissional para além do psiquiatra, nos hospitais gerais e para auxiliar na melhor terapêutica do paciente (FARIAS, FARJADO, 2015; BORTAGARAI et al., 2015; MELLO FILHO; SILVEIRA, 2005). Portanto, a interconsulta, pode ser atribuída como uma prática interdisciplinar e pautada no modelo

biopsicossocial, constituindo estratégia importante para o trabalho em equipe, na medida em que o solidifica em prol do cuidado prestado ao usuário (ARNEMANN et al., 2018).

Ademais, chama-se atenção para as práticas interprofissionais, ditas pelos residentes, tais como estudo e discussão de casos e situações, que consiste em reuniões com a participação dos profissionais de referência, isto é, aqueles que acolheram e atenderam inicialmente o usuário e os demais membros da equipe de residentes, para uma discussão compartilhada (BRASIL, 2010).

No estudo realizado por Arruda et al. (2018), os residentes e preceptores de uma residência multiprofissional em Saúde da Família referiram a realização de consultas compartilhadas e ganho em conhecimento multiprofissional proporcionado pela convivência, com valorização do papel de cada um dos envolvidos. Assim, eles destacam que a residência possibilita uma visão integral para o estudante, ultrapassando a fragmentação do conhecimento imposta pela sua formação tradicional em saúde.

Não se busca anular o valor das consultas individuais e da avaliação realizada nelas pelos profissionais da ESF, com o seguimento de encaminhamentos necessários. No entanto, há que se considerar o último discurso apresentado por um dos residentes do estudo, quando se enfatiza os encaminhamentos em detrimento às consultas compartilhadas. Assim, pode-se pensar na predominância destes espaços, ainda, do modelo de atenção fragmentado, individualizado, com repetições de terapêuticas, que muitas vezes desgastam o usuário e prolongam o tempo para o alcance de suas necessidades, com menor resolutividade nas questões de saúde. O mesmo contexto pode ser identificado na fala seguinte:

*“Já nos atendimentos é, atendimento do saber específico, a gente fazia os atendimentos compartilhados só que pelo menos da minha parte, não era com tanta frequência o atendimento compartilhado sabe? Eu fiz atendimento compartilhado algumas vezes com os colegas” (R12 NUT.)*

Estudos de campo realizados com residentes e preceptores de residência multiprofissional, tem demonstrado a insuficiência das práticas interprofissionais nos cenários de atuação do SUS. Observa-se que apesar da compreensão do seu conceito, o exercício da interprofissionalidade, ainda é um desafio a ser superado, visto que as equipes são encontradas atuando distante da lógica interprofissional, e por vezes questionando a inserção desse novo fazer encabeçados pela formação em saúde (ARAÚJO et al., 2017).

A contragosto do que se espera, o que se percebe na prática das residências em saúde é o exercício de um trabalho uniprofissional na formação prática deste residente, com ausência do trabalho colaborativo nestes espaços, contrariando as diretrizes que devem nortear esse modelo de formação (MENESES et al; 2018).

Neste estudo, ainda vale ressaltar que as atividades estiveram centralizadas no conjunto dos profissionais em formação, com pouca ou nenhuma participação dos profissionais dos serviços, como confirmado em alguns discursos:

*“[...] de uma forma geral é muito difícil trabalhar em equipe, tanto que se eu te disser se encaminharam algum assistido sem ser da equipe de residência, ou se eu já fiz alguma consulta compartilhada com algum profissional aqui, que não foi o residente eu estou mentindo” (R1 ASS.SOCIAL).*

*“Na minha vivência de residência maior período de prática da interprofissionalidade foi entre o grupo de residentes mesmo” (R3/ENF).*

*Eu tive mais vivência relacionadas aos meus próprios colegas de residência do que a equipe em si [...] poderia ter sido melhor porque poderia ter abrangido a equipe de saúde da família” (R4 ENF).*

*“[...] eu nunca fiz com profissional da equipe [prática interprofissional]” (R5 PSI)*

Observa-se um distanciamento das práticas entre os residentes e os membros da equipe, o que leva a um comprometimento do potencial de aprendizagem da residência, tendo em vista que são reduzidas as oportunidades de experiências entre os profissionais locais e o residente no processo do aprender. Deve-se, portanto, buscar estratégias de promoção da articulação entre ensino e serviço, para uma maior integração dessas partes, com objetivos comuns e compartilhados afim de qualificar as duas dimensões em questão, a saber: saúde e educação.

Uma das metodologias interprofissionais, assim destacadas pelos residentes, foi o PTS, no entanto os mesmos colocam que poderiam ter explorado mais essa ferramenta durante a formação:

*“[...] teve uma família que a gente fez PTS e foi muito completo assim, todas as profissões cuidaram da família, todas as profissões, até a médica, enfermeira, psicóloga, fisioterapeuta...nutricionista, foi... ela tinha uma filha depressiva e obesa, e tinha ela que tinha um problema de neuropatia, foi um problema” (R7 PSI).*

*“Era uma usuária que tinha diabetes, e tinha alguns outros comprometimentos de saúde, é...na parte lá da fisioterapia, tinha problema periodontal, também um envolvimento aí da odontologia, e ela tinha também um caso que envolvia a filha, e essa filha tinha um caso sério de obesidade, mas não conseguia se tratar, depressão, tentativa de suicídio, então a intervenção da equipe foi fundamental nesse caso, a dificuldade foi porque não teve continuidade, mas foi sim, positivo pra usuária e pra família dela” (R9 ODONT).*

*“[...] a construção de PTS, que foi uma coisa que a gente fez pouco, mas a gente fez [...]” (R3 ENF).*

*“[...] acho que a gente poderia ter feito mais consulta compartilhada, mais PTS, que foi uma coisa que a gente fez, mas foi pouco, aqui é um território que tem muita demanda, tem muitas situações, muitos casos que são complexos e que reclamam intervenções mais rebuscadas, intervenções mais elaboradas, e talvez pelo próprio contexto do serviço” (R1 ASS.SOCIAL)*

O PTS quando utilizado como ferramenta de trabalho, tende a desafiar o processo de trabalho ainda engessado e pouco poroso às mudanças necessárias para o alcance dos avanços na área da saúde. O desconforto advém da necessidade de maior articulação interprofissional, que demandam reuniões de equipe como um espaço de encontro sistemático entre os



profissionais para reflexão, discussão, compartilhamento, responsabilidade conjunta, com horizontalização das relações profissionais (BRASIL, 2013).

Nos espaços de construção do PTS, são divididas as tarefas entre os membros da equipe, com organização das ações e dos prazos, no sentido da colaboração interprofissional (ARRUDA et al., 2018). Assim como neste estudo se identifica o PTS nos discursos como uma das práticas interprofissionais, também, na pesquisa desenvolvida por Arruda et al. (2018) o PTS foi apontado como uma estratégia de promoção da prática colaborativa e interprofissional para os casos complexos. Percebe-se, portanto, o entendimento e valorização dessa ferramenta de trabalho como uma das estratégias da prática interprofissional a ser empregada no contexto da APS em situações específicas.

Percebe-se que nos discursos dos residentes deste estudo, não se põe em evidência a participação do usuário na construção do PTS, no entanto, é necessária a inclusão do usuário e família, com fomento a autonomia, estímulo ao protagonismo e cuidado usuário-centrado. O emprego dessa ferramenta amplia o sentido do cuidado, traz à tona a importância da equipe multiprofissional e a participação conjunta e integrada nos processos de cuidar, com favorecimento para qualidade de vida e estímulo as potencialidades dos sujeitos (SILVA et al., 2016).

A pesar do PTS ter sido identificado nas falas acima, como uma ferramenta elementar da prática interprofissional, também se observa a carência do seu exercício, tão importante para a formação interprofissional dos residentes. Isto pode se justificar pela falta de envolvimento da equipe, a ausência de direcionamento do preceptor ou outras prioridades no serviço.

A seguir, um relato que evidencia a falta de participação da equipe no processo de formação dos residentes, em que deveria se configurar em oportunidades de aprendizado para os seus membros:

*“[...] sabe, quando a gente pega um paciente, uma família pra fazer um PTS, a carga fica toda na residência, a equipe não se apossou desse trabalho interprofissional, desse trabalho de educação, desse trabalho de fazer PTS, e eu quero imaginar que a residência acomodou essas pessoas a isso, que não era assim, mas ao mesmo tempo me preocupa, porque a gente sabe que a residência, ela não é infinita, uma hora isso pode acabar, ou simplesmente nesse próximo ano, pode não vir equipe pra cá, pode ir pra outra unidade, e essa unidade fica desamparada, com profissionais que não estão acostumados a fazer isso, acomodados” (R8 FISIO).*

Outros estudos semelhantes levantam explicações adicionais que podem justificar essa lacuna no que tange às práticas de PTS nos cenários da APS. O estudo de Araújo et al. (2017) mostrou que iniciativas como o desenvolvimento do PTS nos cenários de prática, não são bem aceitas pelos trabalhadores, havendo a necessidade da EPS, enquanto setor da saúde, oferecer

suporte a partir de discussões sobre a organização do processo de trabalho e das tecnologias que favoreçam a colaboração e a EIP nos serviços de saúde.

Os autores não deixam de considerar que os programas de residência ao transitarem em diversos cenários de saúde, são elementos de inserção da educação no serviço, com potencial de promover qualificação em toda Rede de Atenção à Saúde (RAS). Na mesma direção, a pesquisa de Arruda et al. (2018) com residentes e preceptores, evidenciam insuficiência de espaços coletivos para a construção de PTS, apesar de ser reconhecida como uma estratégia de promoção para a colaboração interprofissional pelos entrevistados.

Considerando que os residentes se encontram nos cenários reais das práticas de saúde e que por sua vez também são atingidos pelas dificuldades impostas nesses ambientes, cabe ressaltar o estudo realizado por Silva et al. (2016), quando profissionais em saúde mental identificaram algumas dificuldades na implementação e manutenção do PTS na rotina de trabalho, a saber: falta de estrutura dos serviços, disponibilidade de tempo e necessidade de recursos humanos.

A pesquisa confirma o PTS como uma potente ferramenta de mudança do paradigma biomédico, mas destaca a necessidade de estruturação dos serviços, o investimento em equipes multiprofissionais e participação ativa de familiares e usuários. Entende-se que é preciso a formação dos profissionais para a utilização dessa estratégia inovadora de cuidado, o que não é diferente na APS, onde os profissionais se encontram carentes em conhecimentos e habilidades sobre essa perspectiva ampliada de saúde.

Apesar das dificuldades elencadas para a efetivação dessa estratégia na formação e na realidade dos serviços de saúde, ela tem sido destacada em alguns estudos dentro de uma perspectiva de mudanças, em que a interprofissionalidade tem se feito presente. Como exemplo pode-se citar a pesquisa de Arnemann et al. (2018) que referem práticas exitosas de um grupo de preceptores e residentes de uma RMS. O estudo demonstrou alguns dispositivos empregados por estes profissionais, como o PTS, as consultas multiprofissionais, o acolhimento dos residentes, rounds multiprofissionais ou reuniões multiprofissionais, dispositivos esses que nos remetem ao modelo de atenção à saúde biopsicossocial com vistas à integralidade.

A integralidade do cuidado perpassa ações no campo da saúde, sendo o acolhimento, a interconsulta e a visita domiciliar, práticas que possibilitam a interação entre os profissionais em prol do cuidado ao usuário. No entanto, para serem aperfeiçoadas as ações interdisciplinares precisam ser exercitadas, construídas no cotidiano do trabalho, dentro das relações estabelecidas entre os profissionais, com direção para práticas reinventadas, a partir dos diversos modos de comunicação e interação. Essa transformação se faz necessária frente as

tradicionais relações hierárquicas e verticais que não são compatíveis com a interdisciplinaridade e que precisam ser rompidas (MEIRELLES; KANTORSKI; HYPOLITO, 2011).

Dentre as práticas interprofissionais, foram elucidadas as visitas domiciliares realizadas com mais de um profissional, proporcionando uma atenção mais integral e qualificada ao usuário, com vistas a resolutividade às demandas de saúde do território, como relatado a seguir:

*“Teve visita domiciliar, consulta compartilhada, eu fiz com uma psicóloga e com a enfermeira [...] foi com uma psicóloga que a gente foi visitar uma gestante que ela tinha questões psicológicas também que envolvia o filho dela, e ela também tinha uma condição bucal um pouco precária né, sentia bastante dor, era uma paciente de difícil adesão na unidade, difícil pra vir, pra ir para consultas, então a gente resolveu ir até a casa dela, eu juntamente com a residente psicóloga” (R6 ODONT).*

*“Além das próprias visitas domiciliares, né, que as vezes eu vou numa visita pra uma demanda específica minha mas lá eu vejo que precisa de um outro profissional então a gente já articula novamente o agente comunitário, né porque às vezes a gente pensa só profissional de nível superior né, como saber específico, mas também tem os agentes comunitários e às vezes eles já conseguem ter essa visão de que uma visita vai precisar de mais de um profissional, então às vezes a gente já consegue em uma visita só de primeira já juntar dois ou três profissionais de áreas diferentes pra poder fazer essa visita (R2 FISIO).*

Sabe-se que compete a todos os profissionais que atuam na APS a realização de visitas domiciliares, e que estas são promotoras de vínculo e possibilitam a identificação de problemas para um cuidado mais integral, com estabelecimento de confiança entre profissionais e usuários. Percebe-se na fala a interação dos residentes com as famílias e inevitavelmente com membros da equipe, nesse caso o ACS, o que enriquece o processo de ensino e aprendizagem (SILVA et al., 2021).

Os ACS possuem um papel elementar no contexto das equipes de saúde da família, pois ao atuar no território conseguem enxergar dentro de uma visão mais holística as necessidades de saúde de sua população, muitas vezes não conhecida pelos profissionais no serviço, por isso a importância de todos compreenderem a realidade de vida dos usuários para uma abordagem mais assertiva. No estudo desenvolvido por Pinto e Cyrino (2014) com profissionais na APS, os ACS demonstraram sentimentos de satisfação em poder colaborar com a formação dos estudantes. A oportunidade deste profissional em participar desse processo favorece o sentimento de pertencimento grupal e protagonismo em seu local de trabalho, muitas vezes desvalorizado pela própria equipe.

Na fala a seguir, mais uma vez, ganha destaque a visita domiciliar e participação dos ACS na formação dos residentes:

*“[...] a gente teve por exemplo um caso de uma adolescente que sofria abuso desde os 8 anos de idade, então por exemplo, a gente conseguiu...a enfermeira atendeu essa paciente no planejamento, identificou que ela se mutilava, identificou que ela sofria de abuso, é...contatou a psicóloga residente, a psicóloga residente chamou a equipe pra discutir esse caso, comunicou*

*o ACS pra gente fazer uma visita domiciliar pra essa adolescente, entramos em contato com o CRAS, defensoria pública” (R11 ENF.)*

Neste discurso percebe-se uma abordagem integral à paciente, que foi iniciada com a consulta e complementada com visita domiciliar. Assim, pode-se inferir que a visita possibilita o conhecimento dos fatores que incidem sobre as condições de saúde das pessoas, muitas vezes havendo a necessidade de se contatar setores para além da saúde, sendo a intersetorialidade fundamental para o cuidado e promoção da saúde proposta pelo SUS.

O estudo realizado por Silva et al. (2021) com estudantes de graduação, identificou lacunas quanto à atuação das equipes de saúde no cumprimento desse papel no território, o que pode impactar nos níveis de aprendizagem compartilhada e trabalho em equipe. Uma vez que as visitas domiciliares não compõem a rotina dos profissionais de saúde, assim também, menores são possibilidades de atuação conjuntas e de aprendizado alcançado.

As visitas domiciliares com mais de um profissional favorecem a aprendizagem compartilhada com colegas de outras áreas de formação, permitindo a troca de ideias, promotoras de uma maior união entre os membros. Portanto, entende-se que a visita é uma prática potencial para o exercício da interprofissionalidade, local onde o estudante tem a oportunidade de enxergar o cenário social e ambiental em que os indivíduos e famílias estão inseridos, e que somente poderão ser analisados em sua completude sob a perspectiva dos múltiplos conhecimentos com vistas a uma intervenção mais eficaz (SILVA et al., 2021).

Se por um lado foram relatadas as práticas interprofissionais pelos residentes, os mesmos também consideram que poderiam ter explorado mais ao longo da formação, em um cenário propício para o seu desenvolvimento:

*“[...] a gente fez trocas interessantes, mas que a gente poderia ter aprendido mais, eu acho que a gente poderia ter desenvolvido mais a habilidade, essas habilidades de trabalho coletivo, a gente fez né, a gente aprendeu a inserir os outros profissionais, a enxergar a demanda de outras profissões, ou até mesmo ter essas discussões onde a gente tinha diversos pontos de vista e compreender que esses diversos pontos de vista colaboram pra saúde, foi ganho, foi potencial, mas eu acho que a gente poderia ter desenvolvido mais” (R1 ASS.SOCIAL).*

*“[...] eu ainda acho que poderia ter sido mais, eu acho que a gente poderia ter realizado mais ações em conjunto, a gente poderia ter realizado PTS que a gente não realizou, consultas compartilhadas com algumas outras, a gente não compartilhou, a gente fazia mais, fez muito interconsulta, então tiveram coisas que poderiam ser mais realizadas, mas também o que foi feito foi muito importante” (R3 ENF).*

Para Costa (2017), desenvolver as competências colaborativas constitui um desafio para EIP, especialmente pela cultura de formação uniprofissional, com foco no desenvolvimento das competências específicas e pouco investimento no campo da saúde. Sendo um tema novo, pouco conhecido nos processos de formação em saúde da realidade no país, os sujeitos ainda têm pouca clareza dos aspectos relacionados ao fenômeno da colaboração. Apesar dos desafios,

deve-se considerar as RMS, uma excelente estratégia para remodelamento dos serviços, a partir da articulação entre as instituições de ensino e o sistema de saúde (CASANOVA, BATISTA, MORENO, 2018).

c) Práticas interprofissionais coletivas de educação em saúde e educação permanente

Dentre as práticas interprofissionais relatadas pelos residentes, muitos deles destacaram as atividades educativas com usuários e a educação continuada e permanente com equipe de saúde.

No que tange as práticas de educação em saúde, Barreto et al. (2019) referem que quando são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, possibilita um maior aprendizado pela diversidade de saberes que se encontram e são complementados, emergindo novos saberes, com espaço para a criatividade, e conseqüentemente maior adesão dos usuários, o que pode se corroborar nos relatos dos residentes:

*“A gente fez muito educação em saúde com os usuários, multiprofissional, então todas as residentes envolvidas né, cada um trazendo aspecto da suas profissões pra construir esse trabalho” (R6 ODONT.).*

*“[...] quando a gente foi pro centro, o centro da... pra ONG que tem aqui no bairro, que a gente fez o trabalho com as crianças foi bem interprofissional mesmo, numa ONG que tem aqui no bairro, que a gente foi, atendeu as crianças, teve palestra, teve brincadeira, teve tudo, foi um momento que a gente trabalhou bem juntos, e também todos os momentos que a gente fez as intervenções aqui relacionadas ao coronavírus a gente fez bem junto” (R12 NUT).*

A educação em saúde é um papel a ser desempenhado por toda equipe de Saúde da Família, seja qual for o nível de formação, sendo, portanto, uma estratégia importante na prevenção e promoção da saúde na APS, auxiliando na melhoria da qualidade de vida. A potência e riqueza destes espaços se dá quando da participação ativa dos membros da equipe em conjunto com os usuários, visto que todos possuem vivências únicas e conhecimentos que devem ser compartilhados nas práticas em saúde (BARRETO et al. 2019).

O residente a seguir, traz como algo satisfatório a participação dos usuários nas atividades educativas, o que nos faz compreender que as práticas interprofissionais fomentam o protagonismo do usuário no centro do cuidado:

*“[...] os pontos positivos é que na parte de educação em saúde há um grande envolvimento da comunidade, os nossos usuários são extremamente participativos, quando a gente faz qualquer coisa eles trazem relatos, eles trazem questionamentos” (R8 FISIO.)*

Nota-se como crucial o papel do usuário nesse processo de construção da sua saúde. Segundo Kinker et al. (2018) a interprofissionalidade favorece essa participação, pois ao perceberem os saberes e práticas de modo fluido, permeável a novas descobertas, deixam de se submeter à passividade histórica no seu processo de cuidado. Diante da complexidade das

necessidades de saúde faz-se necessário incentivar o usuário como protagonista do cuidado para assim participar de modo ativo na decisão sobre os projetos terapêuticos. Desse modo, a participação do usuário leva à qualificação das práticas de saúde, sendo este ator fonte de informações para o planejamento adequado da terapêutica (SILVA et al., 2015).

A que se destacar que o estudo realizado por Barreto et al. (2019) em que se identificou que as atividades educativas realizadas nas ESF investigadas, eram executadas em sua maioria pelos residentes multiprofissionais, o que não difere do nosso estudo, como relatado a seguir:

*“[...] agora essa questão “é de residente” fica implícito mais isso...eu vejo muito mais das questões educativas, nas atividades de educação, nas atividades grupais, qualquer projeto que a ideia parta da residência, no final acaba ficando só os residentes né, eu acho que é muito isso” (R5 PSI).*

*“[...] é aparentemente criou-se a cultura, de fazer educação em saúde, fazer educação permanente, discutir casos, fazer atendimento compartilhado é responsabilidade da residência não é da equipe [...], tipo assim tem o outubro rosa, nós fazemos educação em saúde uma vez ou duas na semana durante todo mês, e a equipe não participa, a equipe não faz, aí vem o novembro azul, aí vem o fevereiro laranja, e roxo, ou lilás não sei bem qual é, e aí é a residência que põe, e ornamenta alguma coisa pra fazer referência, é a residência que traz um bate papo, pra fazer uma sala de espera, e se de repente a residência sair desse cenário se for pra um outro cenário, o que essas pessoas vão fazer?” (R8 FISIO)*

O entrevistado traz uma problemática encontrada nos serviços em que a formação se faz presente. Nota-se uma transferência de responsabilidades, em que a equipe de saúde se exime de seu papel de promoção e prevenção da saúde, atribuindo aos residentes como aqueles que devem realizar tais ações, ao invés de atuarem em parceria, com aprendizado entre equipe e residentes em prol da formação no serviço. Diante disso, faz-se necessário maiores esclarecimentos sobre o papel da residência no serviço, que está atrelado ao aprendizado mútuo, e não substituição de funções.

Um ponto a ser observado é o foco das atividades ainda voltadas aos meses de campanha e centralizadas nas doenças. Faz-se necessário ultrapassar as fragmentações para que essas temáticas se tornem transversais durante todo o processo de trabalho, e que as abordagens venham a considerar as necessidades locais de saúde e as ações venham a ser desencadeadas a partir destas, ao invés daquelas verticalizadas e engessadas, vindas da gestão, em formas de campanhas.

Ao longo das entrevistas nota-se a demanda de atividades educativas em saúde que tratassem da pandemia do covid-19, cenário em que os residentes se encontravam. Coube a todos os profissionais da saúde, o envolvimento com a problemática do covid-19, compreendendo como uma doença de notificação compulsória, a ser controlada e combatida por meio do diálogo com as comunidades assistidas, ações estas potencializadas a partir de uma ação interprofissional.

De acordo com Chrighuer et al. (2021) a pandemia demandou dedicação dos profissionais que estiveram na linha de frente, e nos discursos apresentados notamos a participação conjunta entre os residentes:

*“Eu acho que existiu principalmente no momento que a gente começou a trabalhar com a prevenção do coronavírus porque as atividades de educação em saúde que a gente fez para a comunidade e as atividades de educação permanente para os profissionais foram bem interprofissionais mesmo, a gente trabalhou bem” (R2 NUT.)*

Dentre as características de um processo educativo, podemos destacar a construção de grupos, sendo uma estratégia permanente e contínua de diálogos a serem desenvolvidos entre usuários e profissionais da saúde. A efetividade desses grupos está diretamente relacionada ao trabalho em equipe, onde os profissionais interagem, dialogam e problematizam os múltiplos fatores que incidem na vida individual e coletiva (NUNES JUNIOR et al., 2022). Assim, algumas falas exemplificam esses momentos *como oportunos para produção do cuidado em saúde:*

*“Foi assim, eu comecei a fazer, desenvolver um trabalho com gestantes aqui, é pré-natal odontológico e pré-natal obstétrico, o que recomenda o ministério, então o trabalho começou a ser divulgado pelas próprias gestantes, então virou um grupo pequeno, então essas gestantes começou a trazer outras gestantes, e começaram a divulgar o serviço, o espaço ficou pequeno e o CRAS nos convidou pra trabalhar com as gestantes de lá, as nossas daqui e mais as de lá, então esse foi um trabalho com a enfermagem, e com a nutrição a gente desenvolveu um grupo de educação em saúde para as mães e para as crianças né, educação nutricional e a educação voltada a prevenção da parte odontológica” (R9 ODONT.).*

*“[...] a gente conseguiu ter uma parceria legal com o CRAS, que é aqui do lado também, então a psicóloga de lá, a assistente social de lá também” (R7PSI.).*

Nota-se o estabelecimento de parcerias nos territórios de abrangência, nesse caso com o setor da assistência social, fortalecendo as práticas intersetoriais na direção da promoção da saúde. Percebe-se também oportunidades de cruzamentos entre os saberes profissionais diversos em prol de um cuidado integral. Isso é possível a partir de competências comuns que podem ser traduzidas entre outras, pelas práticas educativas.

Segundo Chrighuer et al. (2021, p.3) as competências comuns são “fundamentais e estruturantes para a concretização do cuidado humanizado na perspectiva da integralidade”. O que pode se notar na fala da residente enfermeira:

*“A gente tá finalizando amanhã um grupo de gestante, e a gente colocou a gente estipulou temas um cronograma, e cada uma de nos residentes ficou responsável por um tema, e as vezes não necessariamente o tema era sobre o meu saber profissional, no sentido do saber específico mas já brotou um espaço coletivo, eu também posso falar desse saber de uma forma coletiva, a gente consegue puxar um pouco pro específico mas também a gente amplia e interage com as outras profissões” (R3 ENF)*

As competências comuns não estão desassociadas das competências específicas, elas ampliam as identidades profissionais, a partir da reflexão e construção coletiva, sendo uma

forma de agregação e aprimoramento profissional. Assim, esse processo não tem a intenção de descaracterizar as identidades profissionais construídas a partir das competências específicas, mas sim torná-las mais potentes a partir de uma perspectiva construída coletivamente, com aquisição e troca de conhecimento entre os envolvidos (CHRIGUER et al., 2021).

A fala a seguir traz a importância das atividades educativas de promoção da saúde envolvendo as variadas profissões, em contrapartida ressalta que o modelo ainda é predominantemente ambulatorial, centrado na doença e na sua prevenção:

*“Eu acho que as ações de educação em saúde foram bastante exitosas inclusive, por trazer esses variados perfis de profissional, e isso, como eu falei logo antes, de abrir essa perspectiva de trazer o seu conhecimento sobre educação em si, eu acho que esse foi um ponto muito bom, e o espaço da atenção primária, foca bastante nisso né, na promoção da saúde, é... que acaba também não focando, porque como a gente tem uma cultura muito de procurar o serviço de forma ambulatorial ainda, então se a gente trata com outras formas de promoção da saúde é um dos braços da atenção primária, e se a gente trata, aborda educação em saúde, a gente tá focando em outras situações do cuidar, que seja do promover a saúde e não apenas curar e prevenir, mas promover saúde na forma de melhorar qualidade de vida e tal” (R3 ENF).*

Importante frisar que nesse espaço coletivo quando ocorrem as práticas de promoção da saúde, elas se destacam pelo fomento à autonomia e protagonismo do usuário em seu processo de viver. Portanto, deve-se buscar a integração ensino-serviço-comunidade compreendendo que formação em saúde tem papel importante na consolidação dos princípios do SUS e no exercício de práticas de atenção à saúde emancipatórias, resolutivas e equânimes (CHRIGUER et al., 2021).

De acordo com Silva et al. (2021) a integração ensino, serviço e comunidade ainda é um desafio para as instituições de ensino e profissionais da saúde, visto que depende não apenas da inserção e acompanhamento do estudante no serviço, mas de estratégias que possibilitem ao estudante experiências que venham a contribuir para o desenvolvimento de competências colaborativas, que os tornem aptos a uma atuação ampliada e assertiva frente as necessidades do sistema de saúde.

Andrade et al. (2013) reforçam que na educação em saúde deve haver um processo contínuo de interação, escuta “atenta” e abertura do saber que levam a construção compartilhada do conhecimento e, por conseguinte de formas de cuidado. Essa construção deve considerar os saberes científicos, os saberes populares, as experiências e vivências de cada um dos envolvidos, seja usuários ou profissionais da saúde. Assim, os autores destacam que, para alcançar melhores condições de saúde, faz-se necessário o envolvimento da equipe multiprofissional, dos gestores e da participação popular.

O presente estudo também identificou práticas de educação permanente com mais de um profissional, levando a uma abordagem interprofissional pelo espaço de oportunidade de



troca de saberes, conhecimentos sobre papéis profissionais, bem como novas construções. A Educação Permanente realizada numa perspectiva interprofissional favorece a visualização do fazer colaborativo, ao dialogo integrativo, as competências necessárias para o enfrentamento das necessidades de saúde (OLIVEIRA et al., 2020). Algumas falas dos residentes caminham nessa direção:

*“A gente trabalhou saúde mental, capacitação sobre suicídio, aqui tem muitas demandas de saúde mental nesse território, depois a gente trabalhou discussão de caso, que era daqui do território mesmo, pra discutir esse caso com a equipe, pra equipe ir demonstrando o fluxo né o que faria recebendo essa pessoa, falamos sobre LGBT, PNAB, população negra [...]”* (R1 ASS.SOCIAL)

*“[...] e eu e mais duas psicólogas, a gente se juntou e fez uma roda de conversa aqui, aqui na unidade mesmo, com cada equipe, sobre saúde mental, e a gente trabalhou dentro da saúde mental, os encaminhamentos e identificação e essas identificações entrou autismo e outras síndromes, e a gente trabalhou os instrumentos do ministério da saúde como aplicar, como fazer, e aí a gente fez assim dias diferentes, com cada equipe”* (R10 ENF.)

Os discursos nos indicam as interrelações necessárias a serem estabelecidas entre as profissões diante de um caso de saúde mental, em que as atuações profissionais, isto é, os saberes e práticas se complementam para o cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico. Trabalhar na ESF implica em lidar com uma diversidade de públicos, condições de saúde e doença, determinantes sociais em saúde do território, fatores múltiplos que vão da infância a fase senil, e que são campo comuns entre as diversas profissões. Desse modo, as propostas de educação permanente em saúde devem envolver equipe multiprofissional dentro da perspectiva interdisciplinar e interprofissional, com vistas à prestação de um melhor cuidado ao usuário.

#### **6.3.4 Potencialidades da formação e da prática interprofissional na RMS**

Investimentos em EIP implicam em diversos benefícios alcançados, que vão desde a formação às mudanças positivas na assistência em saúde nos cenários do SUS. Partindo da realidade dos serviços e visualizando o que precisa ser transformado, a formação resulta em qualificação dos trabalhadores locais, com desenvolvimento e fortalecimento do próprio sistema de saúde (OMS, 2010; MIRANDA, MAZZO, PEREIRA JÚNIOR, 2018).

São diversos os benefícios educacionais e em saúde a partir da formação e do trabalho interprofissional, a exemplo do aprendizado sobre o trabalho dos outros profissionais, a melhoria das práticas em saúde com resultados positivos e satisfação dos usuários, aumento da confiança dos trabalhadores e melhorias de acesso a saúde pelos indivíduos, famílias e coletivos.

Na atualidade, em que a complexidade nas questões de saúde tem sido cada vez mais incidente, observa-se que os profissionais de saúde precisam ser interprofissionais. Assim,

apesar das barreiras impostas ao trabalho interprofissional articulado que venha a promover a participação dos usuários, famílias e comunidades, as equipes de APS são capazes em responder às necessidades de saúde, especialmente quando mobilizadas para uma nova abordagem (OMS, 2010; PEDUZZI, AGRELI, 2018).

a) Maior aprendizado e ampliação do olhar dos residentes

A partir de uma formação em saúde multiprofissional, com orientação para articulação e interações entre os residentes nos cenários de práticas, a promoção de uma visão integral se torna inevitável. Desse modo, ultrapassa-se a fragmentação do conhecimento imposta pela formação tradicional em saúde, em que o aprendizado se desenvolveu de modo isolado (ARRUDA et al., 2018).

Assim, nos discursos dos residentes quando questionados das potenciais das práticas interprofissionais, percebe-se uma nova construção de conhecimentos e práticas possíveis por meio do diálogo, com promoção do conhecimento dos papéis profissionais e áreas de atuação com vistas a facilitar a identificação das necessidades de modo mais eficaz e a promoção das competências comuns entre alguns profissionais, com aprendizado mais qualificado, como revelam estas falas:

*“As conversas que a gente tem com o serviço social e psicologia[...] a gente consegue absorver algumas coisas específicas das outras profissões e aí a gente consegue direcionar muito, e assim aprender com as meninas da enfermagem mesmo, aprendeu muito, até por uma questão que eu gosto muito que é em comum, a parte de feridas, então assim as vezes sempre quando tinha assim uma ferida[...]” (R2FISIO).*

*“Porque cada área de conhecimento é vai ver de uma forma, então quando você começa a trabalhar com essas outras pessoas, até sua própria visão amplia [...] Por exemplo na fisioterapia, de alguns movimentos, que são bons pra gestantes, que são conhecimentos que a gente da área de enfermagem não tem tanto acesso, de algumas coisas voltadas a documentação como as questões da assistente social, orientações bucais, então isso fez com que eu ficasse atenta as outras áreas” (R4 ENF).*

*“[...] em outras questões de saúde mental específica de uma psicóloga eu já fui junto com a enfermeira, mesmo sendo uma demanda que aparentemente era mais específica da especialidade de saúde mental a enfermeira ali também contribuiu, conseguiu enxergar outras questões e que também ela pode atuar ali também na saúde mental né, que não é só específico, então” (R5 PSI).*

Devido à complexidade e a integralidade da saúde, as competências comuns têm se tornado cada vez mais requisitadas para os perfis profissionais, a exemplo do acolhimento. Neste espaço as demandas dos usuários são acolhidas e junto com eles devem ser traçadas alternativas de cuidado (PEDUZZI, 2017). As atribuições comuns são capazes de ampliar os horizontes, e a partir da interação entre os profissionais, são oportunizados espaços para o conhecimento dos saberes de cada área de atuação profissional, que auxiliam nos

direcionamentos adequados e orientações importantes, até então desconhecidas por não estarem relacionadas as suas competências específicas. Não se trata de invadir os papéis profissionais, mas de conhecê-los para a otimização do cuidado ao paciente, foco do processo de trabalho em saúde.

A complementaridade e interdependência entre os profissionais são elementos a serem considerados no desenvolvimento da clínica ampliada, abordagem esta, capaz de atender aos princípios do SUS, como a universalidade do acesso, a integralidade da rede de cuidado, a equidade das ofertas em saúde (BRASIL, 2010). A APS deve ser operacionalizada com dispositivos que ampliem seu escopo de atuação e, por conseguinte sua resolutividade, assim a clínica ampliada se destaca por ser uma abordagem que considera a responsabilidade compartilhada de todos os profissionais da saúde para com o cuidado ao usuário, devendo estes atuarem em sintonia e reflexão conjunto para a qualificação das práticas, compreendendo as limitações de cada área do saber.

É necessário compreender que não apenas a medicina faz a clínica, mas todos os profissionais de saúde a fazem, inclusive os usuários, sendo estes participantes de sua proposta terapêutica (CHARQUEIRO et al., 2016).

Nos discursos percebe-se a importância das relações estabelecidas entre os profissionais para ampliação do conhecimento e desenvolvimento de habilidades para atuação no serviço, o que qualifica o cuidado prestado ao usuário, mas também, denuncia a insuficiência das especificidades das profissões para um cuidado integral, como posto no discurso do residente em odontologia:

*[...]a visão fica muito mais ampla pra resolver aquelas questões do usuário, pra mim como dentista foi muito bom também, porque tira muito aquela visão tecnicista da odontologia né, então incentiva o trabalho coletivo, incentiva a criatividade que é uma coisa que na graduação a gente não tem muita vivencia do trabalho coletivo né como eu já falei no começo, é uma coisa muito individualista, muito focada na clínica, no procedimento, na cura, na doença, então pra mim como dentista foi muito expansivo assim sabe essa vivencia da residência (R6 ODONT.).*

Percebe-se o quanto a residência trouxe um diferencial para os acadêmicos em odontologia, formados para trabalhar de modo isolado e muito pouco treinados para uma abordagem com reflexão sobre os determinantes e condicionantes da saúde. Desse modo, eles atuam direcionados para o modelo biológico e distantes das propostas de promoção da saúde e implicação dos usuários em seus contextos de vida. Felizmente a residência, como uma formação direcionada para as necessidades de saúde, consegue promover um novo aprendizado, em que os profissionais a partir do coletivo têm a oportunidade de desenvolver uma visão ampliada com capacidade de transformar realidades.

Para além da ESF, a residência proporciona experiências com a rede de atenção à saúde, o que amplia o aprendizado interprofissional, como visto na narrativa que se segue:

*“[...] e eu tive uma experiência também no CAPS AD, aqui, né, que a gente tem três meses de estágio, e aí eu fui pra lá, e aí foi massa também, porque eu tive contato com o terapeuta ocupacional, coisas que aqui não tem, educador físico, enfermeira também, psicóloga, assistente social que aqui não tenho, então também foi um momento bacana de aprender com as outras pessoas, e é isso, eu acho que a gente aprende muito assim, tipo, várias coisas que eu não sei e que eu não sabia também, que eu sei que tem muita coisa que eu ainda não sei, desse campo mesmo clínico, digamos assim, eu fui aprendendo aqui no dia-a-dia, com as enfermeiras” (R7 PSI.)*

Na fala, percebe-se a amplitude interprofissional que pode ser alcançada entre níveis de atenção diferentes. As autoras Peduzzi e Agreli (2018) entendem que, as práticas colaborativas se referem a uma situação mais ampla de ação interprofissional, isto é, quando esta ocorre intraequipes, intequipes e em rede com a participação dos usuários.

No estudo, também se percebeu uma lacuna na dimensão das trocas entre profissionais com usuários, famílias e comunidade, bem como sua efetiva participação na construção de um cuidado que para ser coletivo, necessita da implicação daquele que o recebe. Percebe-se que, neste espaço multiprofissional há visões e pensamentos diferentes, que quando se encontram produzem algo novo, tendo por característica ser expansivo, isto é alargado e dilatado, como nas falas a seguir:

*“[...] cada profissão vai perguntar diferente, isso se soma no processo de cuidado, então eu acho que isso também é um processo de interprofissionalidade, quando você consegue pensar de forma expansiva, sobre algo, né, e aí pensar significa também perguntar, mas também responder, as respostas que são dadas, que eram dadas nesse, por exemplo, numa discussão de caso, é... num grupo sabe, num, nos processos de educação permanente” (R7 PSI.)*

*“Ah o ponto positivo com certeza é a aprendizagem né, a aprendizagem significativa, e quando a gente compartilha com o colega, claro que a gente aprende e as vezes uma prática que não, que as vezes tá sendo desenvolvida de uma maneira quando você fala com o colega, o colega traz uma outra solução e tudo, eu acho que é aprendizagem mesmo, crescer enquanto profissional, aprendendo com o colega” (R12 NUT.).*

*“[...] e até nos atendimentos coletivos mesmo né, no atendimento compartilhado, numa discussão de caso, é... numa construção de PTS, onde a equipe consegue tá sentada e conversando, um mostrando ao outro o mundo por outras lentes, ou aquele fenômeno que tá sendo exposto ali, por um outro olhar, que as vezes você não ia imaginar com a bagagem que você tem, mas quando o outro fala você olha... isso aqui é importante, isso aqui é algo para eu compreender [...]” (R1 ASS. SOCIAL).*

*“[...] eu acredito que a gente tem um foco naquele individuo, então é, cada um olha de uma luz diferente, mas buscando solucionar determinados problemas, então nas reuniões, discussão de caso, muitas vezes nem encaminha diretamente, vai tirando dúvida com o colega e então da gente utilizar desse olhar diferente” (E4 ENF)*

Percebe-se que a atuação compartilhada possibilita mudanças de opiniões e ideias sobre determinada situação em saúde, favorecendo o cuidado pela qualificação alcançada a partir de uma análise conjunta, que jamais poderia ser atingida individualmente. Por isso também, frisa-se a importância da inclusão do indivíduo assistido nesse processo, tendo em vista que este irá

contribuir para um melhor planejamento das ações, por isso deve-se promover a abertura de espaços para diálogos e discussões entre profissionais e usuários. Essas novas formas de pensar e agir contribuem para o desenvolvimento de práticas direcionadas para as reais necessidades das pessoas, sendo mais resolutivas e condizentes com os anseios de quem procura o serviço.

As especificidades impostas nas formações uniprofissionais podem ainda reduzir o conceito ampliado de saúde, mesmo nas profissões em que se parte de uma visão voltada para as condições sociais, como evidenciado no discurso a seguir:

*“[...] então eu fui me percebendo nesse processo de aprendizado com minha colegas que eu poderia sim, tá cuidando de outras dimensões da vida dessas pessoas, não necessariamente nas questões econômicas, socioeconômicas, mas que eu poderia também ter esse olhar, mas amplo mais integral, então, é a gente aprende muito” (R1 ASS. SOCIAL).*

Sabe-se da importância dos determinantes sociais para as condições de saúde, como o acesso à alimentação, moradia digna, lazer, trabalho, renda educação, transporte, entre outros. Contudo, as profissões oriundas das ciências sociais também precisam compreender as dimensões biológicas, ambientais e espirituais por exemplo, não podendo ignorá-las no processo de avaliação do indivíduo e família, na medida todas elas se relacionam e são afetadas umas pelas outras, tendo cada uma a sua importância na determinação da saúde ou doença.

Percebe-se que nesses espaços promovidos pela formação em saúde há inevitavelmente uma mobilização no processo de trabalho da equipe, com atitudes que emergem do saber compartilhado com o grupo de estudantes:

*“[...] a gente aproveitou isso o compartilhamento de saberes, a participação deles nas atividades, eu não sei se é uma característica assim você ver cada um botar em prática depois dentro do seu núcleo, aquilo que foi discutido, o trabalho em equipe, e a gente viu um trabalho muito bom depois o trabalho em equipe, porque depois da nossa, da nossa roda de conversa a gente já teve paciente que iniciaram um processo investigativo, pelos médicos, pelas enfermeiras, um resultado positivo, a gente teve dois ACS que participaram e uma semana depois disseram olha eu vou trazer uma pessoa da minha área, porque depois daquela conversa nossa eu vi que pode ser depressão, e a gente tem que olhar pra essa depressão” (R10 ENF.).*

A fala acima nos remete a um dos eixos norteadores dos programas de RMS (BRASIL, 2009), importante para o alcance dos princípios do SUS: a integração de saberes e práticas que tem por finalidade construir competências compartilhadas, considerando a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde. Então, para além da construção de competências compartilhadas entre os estudantes, a formação visa atender as necessidades impostas à educação permanente, com reformulação das práticas de saúde desempenhadas pelos profissionais em atuação.

Partindo de uma visão ampliada e sendo esta embutida nas práticas em saúde, os estudantes e profissionais passam a caminhar na perspectiva do SUS e seus fundamentos, como identificado na fala seguinte:

*“Eu acho que a gente vai conseguindo dar conta dos próprios princípios do SUS, assim a integralidade, a equidade, sabe, eu acho que a gente vai dando conta, quando a gente pensa e faz de uma forma mais complexa, porque a saúde, é complexa, então quando se junta esses olhares, sobre um mesmo fenômeno, sobre a mesma coisa, isso vai se é... dando uma qualidade maior mesmo aquilo que se vê, então aquilo que o SUS, prega né, acaba que a gente vai conseguindo dar conta né, a universalidade, né, acho que a equidade é uma das maiores quando a gente pensa num processo, no exercício interprofissional [...], são problemas sociais, são problemas financeiros, são problemas de história de vida, são as questões raciais, são questões clínicas, são... então quando você consegue olhar a partir desses vários atores que podem contribuir de uma forma individualizada mas também comunitária, eu acho que esse é um dos maiores ganhos assim na comunidade” (E7 PSI).*

Numa perspectiva transformadora, a colaboração interprofissional também deve primar por numa construção comunitária a partir de algumas ações desenvolvidas com a comunidade, em que possam ser discutidos o conceito ampliado em saúde e seus determinantes, com promoção da autonomia e da participação social (CHARQUEIRO et al., 2016).

#### b) Qualificação dos serviços de saúde e maior resolutividade nas ações

Sabe-se da importância do trabalho interprofissional e colaborativo entre os integrantes de uma equipe multiprofissional para uma assistência resolutiva e qualificada, em que se opera uma prática reflexiva, com planejamento de ações diante das necessidades de saúde e dos múltiplos fatores que as influenciam (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS; 2019). Assim, os residentes consideraram como potencialidades da prática interprofissional a qualificação dos serviços em saúde com maior resolutividade das ações, como exemplificado nos discursos abaixo:

*“[...] fica mais qualificada o serviço, vai ser de uma forma com maior resolutividade, e até no auxílio né, e algumas outras coisas que não podem ser competência do colega, mas no auxílio em si do dia a dia, faz com que o serviço seja mais resolutivo” (R4 ENF).*

*“Com certeza, eu acho que é muito mais resolutivo, alguns casos complexos é... a gente conseguiu conduzir muito melhor quando a gente discutiu caso” (R5 PSI).*

*“A resolução mais efetiva dos casos né, porque você tem vários profissionais juntos trabalhando muito melhor do que ter só um né” (R6 ODONT.)*

*“Eu acho que a interprofissionalidade traz riqueza e qualidade pra construção do cuidado” (R7 PSI.)*

*“Me ganhou muito no sentido da importância mesmo da comunicação entre esses profissionais e do bem que essa atuação conjunta pode proporcionar para os profissionais, para o serviço e para os usuários” (R3 ENF.)*

Como relatado nos discursos o apoio entre os profissionais produz maior resolutividade das ações, portanto com a somatória dos esforços obtém-se melhores resultados em saúde. É evidente que a EIP visa melhorar a colaboração entre os profissionais da área da saúde como também a qualidade dos serviços ofertados. Assim, pode-se afirmar que as práticas

interprofissionais serão mais assertivas, resolutivas e apresentarão maior qualidade nos seus resultados (COSTA, 2017; FREITAS et al., 2022).

c) Promoção de vínculo com o usuário

A construção do conhecimento e das novas formas de cuidado em saúde quando aplicadas trazem resultados vistos e sentidos pela equipe de saúde.

Destaca-se nesse caso a promoção do vínculo, advindo de uma prática interprofissional e colaborativa com estabelecimento de confiança, respeito, transparência e valorização do usuário no processo do cuidar. Ainda, a resolutividade provoca satisfação e favorece a procura pelo serviço, contribuindo para longitudinalidade do cuidado, sendo assim quanto maior a resolutividade, maior será o vínculo.

Nessa perspectiva, algumas falas remeteram como um dos benefícios das práticas interprofissionais, a construção do vínculo frente a dispensação de uma atenção integral, que somente poderá ocorrer com o trabalho interprofissional:

*“[...] e foi bem interessante o vínculo que foi sendo criado dele com a unidade e esse, como ele foi vindo de uma forma diferente, como esse lugar foi tendo uma representação diferente pra ele, né” (R1 ASS. SOCIAL)*

*“Eu acho que a gente fortalece o vínculo com a comunidade, porque quando o usuário, por exemplo essa usuária que foi abusada desde os oito anos, a gente criou um vínculo com essa usuária, a gente conseguiu de alguma forma mudar um pouco a realidade que ela tava inserida, então eu acho que você fortalece o vínculo, você reaviva nos profissionais o verdadeiro objetivo deles estarem aqui, até a questão do porquê ter escolhido aquela profissão, então eu acho que, é uma potência isso né” (R11 ENF.)*

A qualidade da atenção proporcionada pelo trabalho integrado das profissões fortaleceu o vínculo da usuária, e também despertou os profissionais da equipe para a qualificação das suas ações em saúde, que podem ser alcançadas a partir do esforço individual e coletivo dos envolvidos. O diálogo e o vínculo são instrumentos de mudança e valorização dos sujeitos, devendo ser priorizados nas práticas de cuidado (Freitas et al., 2022). Uma abordagem integral e resolutiva perpassa o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários a partir de intervenções multiprofissionais diferenciadas (LAVÔR et al., 2019).

### **6.3.5 Desafios na formação e prática interprofissional na RMS**

Os desafios para o alcance da interprofissionalidade nos cenários de formação em saúde perpassa desde os aspectos da formação anterior às condições encontradas nas realidades dos serviços de saúde. Os cenários de formação em saúde ainda influenciam o exercício das práticas

profissionais. Pautado no modelo tradicional e hegemônico de aprendizagem e no saber compartimentalizado, cercado de barreiras que impedem o diálogo de saberes e práticas entre as disciplinas e as profissões.

Assim, nas entrevistas foram identificados desafios, o que nos desperta para a necessidade de intervenções que venham fortalecer a formação nos espaços da educação e saúde.

a) Formação anterior tradicional e centrada no saber específico.

É inquestionável a grande importância da educação superior na construção do perfil dos futuros profissionais para atuação no SUS. Assim, caminhando numa lógica inovadora, atualmente o maior desafio nos cenários de formação, é, portanto, superar um modelo tradicional organizado em núcleos profissionais, com oportunidades de aprendizagem compartilhada escassas ou inexistentes, resultando na formação de profissionais com práticas fragmentadas e isoladas, com baixo nível de respostas aos problemas de saúde (VERAS et al., 2022; ELY, TOASSI, 2017).

Os discursos dos residentes corroboram com a literatura, quando atribuem como dificuldade para o desenvolvimento das práticas interprofissionais, a herança de uma formação tradicional e individualizada, caracterizada por barreiras entre saberes e práticas interprofissionais:

*“[...] eu acho que a gente precisa desconstruir um pouco dessa formação que é muito individualista, muito centrada no seu saber e as vezes você precisa desconstruir isso e pra que essa comunicação ocorra entre os outros, valorizar que o saber do outro também é, e é muito importante para sua atuação, e isso requer um pouco de desconstrução, porque a gente fala no sentido de a gente é formado, inclusive culturalmente a ser um detentor do saber, né, a levar o seu cuidado como única linha de processo, e aí isso requer um pouco de desconstrução né reconstrução” (R3 ENF).*

*“[...] Particularmente quando eu entrei aqui foi a minha primeira experiência de... como assistente social, e na nossa formação, como eu era muito generalista a gente não tem um tempo pra focar na saúde, eu lembro que no meu primeiro atendimento, algumas questões eu não tava atenta, eu tava bem focada com as questões mais sociais” (R1 ASS.SOCIAL)*

*“A gente entra na unidade e não tem, não tem esse costume de [...] discutir interprofissionalmente, não as vezes discutem uniprofissional, então assim, as vezes é enfermeiro com enfermeiro entendeu!?” (R10 ENF.)*

*“[...] com relação a outra profissão surgem muitas dúvidas porque não é o nosso campo de conhecimento né” (R11 ENF.)*

Estes relatos mostram que a formação proporcionada pela residência os levou a refletir sobre sua formação anterior, movimentando-os para uma mudança na perspectiva do aprendizado. Assim, apesar de uma formação graduada tradicional, os estudantes, frente à nova



formação, conseguem compreender e valorizar a necessidade de uma aprendizagem interprofissional para uma abordagem ampliada nos cenários de atuação do SUS.

Observa-se a forte presença da enfermagem nos discursos sobre essa percepção da formação tradicional como limitante nas práticas interprofissionais. Este é o primeiro passo para o caminho da mudança, compreender a falência da formação anterior. Assim os enfermeiros apresentam maiores reflexões sobre essa temática, profissionais os quais, ao longo das pesquisas de campo realizadas no Brasil, se destacam como aqueles que estão à frente das demais categorias, no que tange ao favorecimento para práticas dentro de uma perspectiva colaborativa e interprofissional (ARRUDA et al., 2018; FREIRE FILHO et al., 2018; FREITAS et al., 2022).

De acordo com Muller et al. (2022) os profissionais devem ser preparados para uma assistência humanizada e integral a qual se espera do sistema. Assim, as autoras defendem que apesar da realidade formativa ainda se encontrar distante da EIP, há um crescimento mundial nos últimos anos, pelo interesse dessa nova modalidade de ensino, justificada pelas limitações nos modelos educacionais até então utilizados. Com a criação do SUS, tornaram-se mais intensas as discussões sobre a necessidade de mudanças na formação em saúde, com críticas ao currículo tradicional focado na doença e no modelo biomédico (AGUIAR et al., 2017c).

Distante de um aprendizado compartilhado podemos citar como reflexos nos campos de prática, visões estereotipadas das demais áreas de atuação pelos egressos dos cursos de graduação em saúde, fruto da ausência de experiências no aprendizado conjunto entre os colegas das diferentes áreas (PEDUZZI, 2017). Percebe-se essa problemática no discurso a seguir:

*“[...] mas existem estereótipos sobre as profissões, então assim a caixinha ainda existe, eu vou ficar com essa parte, você com essa parte aqui, porque é da sua profissão, a sua vai ficar essa aqui, eu vou cuidar da parte clínica, você vai cuidar da parte psicológica, sendo que, cada pessoa né, a saúde... eu nem gosto muito do termo saúde mental, porque eu acho que é reducionista, porque a nossa saúde, se a gente não tiver bem de saúde física, muito provavelmente a gente não vai da bem de saúde mental e vice versa, então tinha toda essa questão assim” (R7 PSI).*

Os estereótipos são prejudiciais tanto no relacionamento entre os profissionais quanto no cuidado prestado ao paciente. O aprendizado compartilhado proposto pela EIP, possibilita o conhecimento dos papéis profissionais, desvendando o imaginário construído a partir de ideias falsas criadas pela sociedade, incluindo os próprios profissionais.

De acordo com Peduzzi (2017) o aprendizado na EIP não ocorre de modo isolado nas salas de aula, mas de modo interativo com os colegas de outras profissões em diferentes

cenários de prática. Assim, a convivência em situações reais com profissionais e estudantes de áreas diversas, é base para aprendizado potente necessário ao futuro profissional.

Vale ressaltar a psicologia, profissão que traz um diferencial em relação as demais profissões, por compreender o indivíduo para além do biológico. Entende-se que as questões psicológicas perpassam os contextos de saúde e doença, sendo, portanto, transversal à saúde. Conseqüentemente, estes profissionais conseguem estar em vantagem às demais profissões, pela amplitude da compressão da complexidade dos sujeitos e dos diversos fatores que afetam a sua saúde.

Assim, o trabalho colaborativo e interprofissional, pressupõe novos modos de atenção e formação em saúde, rompendo com o ensino e a prática consolidados na realidade de educação e saúde no país. Defende-se que o processo de ensino interprofissional deve ser feito desde as fases iniciais da formação acadêmica até a sua conclusão, para tanto iniciativas curriculares devem ser trabalhadas (MULLER et al., 2022)

b) Limitações para a efetiva aproximação dos cenários teórico e prático.

As RMS desenvolvidas no serviço consideram o potencial do aprendizado a partir do cotidiano das práticas de saúde e propõem em seus currículos integrados dos cursos, a articulação teórico-prática para a consolidação do conhecimento e desenvolvimento de competências e habilidades apropriadas para uma atuação implicada no SUS. A formação dos profissionais deve estar atrelada a um aprendizado mais crítico reflexivo, a partir de uma relação entre a teoria e a prática (CASANOVA, BATISTA; MORENO, 2018). No entanto, é expressado em alguns discursos a necessidade de uma maior articulação teórico-prática na residência em estudo, sendo fato este considerado um elemento a ser trabalhado para a efetivação das práticas interprofissionais no processo de formação:

*“Eu acho que sim, em todas as aulas que a gente teve online promoveu esse desenvolvimento sim [da interprofissionalidade], só que a gente aprende muito na teoria e na prática a teoria é outra, infelizmente essa é a realidade” (R10 ENF).*

As aulas online foram estabelecidas durante a pandemia, onde medidas restritivas precisaram ser adotadas. Assim, o contato entre tutor e residente foi possibilitado mediante as tecnologias de informação e comunicação (SANTOS; MORENO NETO, 2022). A partir da fala acima, pode-se inferir que existe uma certa dificuldade pelo residente em visualizar e, até mesmo, aplicar a teoria interdisciplinar e interprofissional desenvolvida com os docentes e tutores, no contexto do serviço de saúde no qual atua. Levar a teoria para a prática e a partir da

prática enxergar as possibilidades de conexão com a teoria, havendo uma transformação mútua entre elas deve ser o objetivo da formação na saúde.

Na fala observa-se a valorização do aprendizado teórico, no entanto, muitas vezes o cenário de prática no qual ele deve ser operacionalizado, não condiz com as propostas de ensino. Portanto, entende-se que para a sua aplicabilidade, faz-se necessário identificar os entraves do cenário em que a saúde é produzida, muitas vezes permeado por dificuldades em recursos humanos e materiais, desmotivação profissional, demandas em saúde peculiares, interferências da gestão em saúde, entre outros.

Cabe ressaltar que a função da formação é justamente transformar a realidade encontrada, encontrando-se esta muitas vezes distante do ideal, por outro lado, há que se considerar essa realidade para reajustes no processo de ensino teórico, a fim de que quando este estiver deslocado para a prática, a sua comunicação seja possível. É fato que o cruzamento entre teoria e prática é necessário, no entanto a sensação apresentada pela residente a seguir é a constatação de uma desarticulação entre esses dois elementos:

*“[...] é como a teoria se insere dentro da prática de residência, como se fossem duas coisas separadas, a nossa prática aqui dentro, e o que a gente faz de teoria dentro das CTs, dentro das unidades temáticas, eu acho que...é..., eu às vezes me questionei muito durante esse processo, é...como eu ia aplicar o que eu tava aprendendo na teoria aqui dentro [...] isso tem que se transformar em algo vivo pra comunidade,[...] eu acho que é isso, que é você transformar esse lugar que você tá passando aqui né, então eu acho que isso às vezes vai se perdendo aos poucos pelos profissionais que muitas vezes não têm esse olhar” (R11 ENF.)*

*“[...] então por isso que eu digo que eles ajudaram a desenvolver, porém a gente teve que correr atrás do nosso, porque não dá pra você pegar uma aula de trabalho em equipe que a gente teve e interprofissionalidade,[...] e queriam ‘N’ coisas que a gente aplicasse em uma semana, só que a realidade da Unidade era uma realidade totalmente diferente, vacinação, suspensão de alguns atendimentos, todo mundo apreensivo, então assim é você cobrar uma coisa que na prática, naquele momento não tem condições, eu acho que o projeto político pedagógico ele tem que ser voltado, as aulas, o projeto é ótimo, mas eles tem que ser voltados pra realidade dos alunos, a realidade onde a gente tá inseridos” (R10 ENF)*

*“[...] eu vejo muito distanciado, os preceptores eles não se envolvem nas atividades, mas eu também não deixo de observar que talvez os tutores e a residência também não se envolve com os preceptores[...], por mais que as coisas estão online né, parece que a gente fica um pouco solto aqui[...], mas o que percebo é que parece que não tem essa aproximação, tudo isso interfere, porque dificulta que o preceptor entenda o que é o programa” (R5 PSI).*

Estes relatos se corroboram com as observações de outros estudos, a exemplo do distanciamento da instituição de ensino nos cenários de prática. Na pesquisa de Paro e Pinheiro (2018) constatou-se entraves para a efetivação da interprofissionalidade, proposta pelos seus documentos institucionais, sendo um fator inviabilizador desse processo, o distanciamento da instituição de ensino com o serviço, resultando numa baixa articulação entre a instituição formadora e os cenários de prática, que por vez implica na dificuldade para efetivação da proposta do curso.

A limitada presença do docente ou tutor nestes espaços, carência de reuniões desses atores com a equipe e espaços de negociação e diálogo, ocasionam diversas situações conflitantes, como a compreensão equivocada do papel do estudante por parte da equipe, descrédito para com sua atuação ou estudantes sem o direcionamento apropriado. Ademais, os autores ainda inferem sobre o predomínio da racionalidade técnica na atuação dos docentes, prejudicando o alcance de habilidades referentes a integralidade e experiência interprofissional colaborativa pelos estudantes, o que não contribui para as transformações necessárias à consolidação do SUS (PARO e PINHEIRO, 2018).

Ainda, pode existir uma atuação pedagógica verticalizada dos docentes que dificulta a efetivação das práticas colaborativas no contexto das residências (MARANHÃO, 2018). Tal postura, implica em limitações para se considerar a realidade vivida pelos alunos, com propostas de ensino muitas vezes ocorrendo de modo imposto. Ademais, estudos como o de Almeida, Teston e Medeiros (2019) também ratificam essa discussão destacando a formação para o exercício docente voltada para atividades desenvolvidas em disciplinas de didática ou afins, na pós-graduação. O despreparo na atuação docente para o ensino sobre situações complexas, reflete em sua prática, a qual se baseia, principalmente em vivências da sua caminhada de formação, sendo estas muitas vezes inadequadas à realidade atual, mas que, uma vez ofertadas aos estudantes, serão reproduzidas na vida destes profissionais.

Visando a promoção da interprofissionalidade um ponto interessante a se ressaltar no estudo é que a tutoria de campo, aquela que faz a orientação acadêmica ao grupo de residentes nas suas diferentes profissões, é exercida normalmente por profissões que compõe o quadro das unidades de saúde. Portanto, há necessidade de estimular a presença de tutores de outros núcleos profissionais, para além da enfermagem e odontologia, como um desafio para a interdisciplinaridade e destaque para a necessidade de uma abordagem diversificada no contexto das residências e dos serviços de saúde (MIOLO; FERDOSSE, 2021).

De acordo com Almeida, Teston e Medeiros (2019) o potencial do programa PET-Saúde/Interprofissionalidade vai do ensinar ao aprender, isto é, espera-se que os docentes adquiram formação e aprimoramento em EIP e proporcionem espaços de reflexão e aprendizado coletivo com vistas ao desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe interprofissional pelos estudantes.

Deve-se considerar que, para a residência ser desenvolvida na completude de sua proposta, todos os envolvidos no processo precisam estar implicados. O PPP traz todos os direcionamentos a serem seguidos, mas cabe aos residentes, preceptores, tutores, docentes

fazerem parte dessa construção. É necessário a sensibilização de cada membro para suas respectivas funções, sendo todas elas importantes no cenário real de aprendizagem.

Segundo Dias et al. (2016) apesar dos benefícios originários do trabalho interprofissional, são muitos os obstáculos para sua efetivação em decorrência dos desafios diante dessa prática. Para os autores o ensino e trabalho de modo interdisciplinar e interprofissional tem se mostrado uma serviço desafiador para os tutores, tanto pelas limitações humanas como pelas profissionais e institucionais.

### c) Pontos fracos encontrados no campo de prática

Como mencionado anteriormente a maioria das práticas interprofissionais desenvolvidas ocorreram entre os residentes, sendo este fator limitante para a expansão do trabalho interprofissional na formação em serviço. Assim, nos discursos percebe-se um distanciamento entre os residentes e equipes de saúde, não havendo uma integração entre eles:

*“Houve convite, a gente sempre convidava. Até as discussões de caso mesmo, acontecia mais entre o grupo de residentes, não acontecia da equipe ficar nesse processo com a gente. A gente vai discutir caso, inicialmente a gente até parou no dia de sexta-feira, pra gente reunir e discutir casos, e a gente chamava, às vezes avisava vamos discutir caso hoje, e não aparecia ninguém da equipe da unidade, então a gente sempre discutia entre a gente”* (R1 ASS. SOCIAL)

*“[...] a gente colocou a temática de direitos das gestantes, a gente vai trazer a assistente social pra falar sobre, também a psicóloga pra falar sobre, nesse aspecto é um projeto da unidade, só que os profissionais da unidade não se inteiraram muito”* (R3 ENF)

*“[...] a gente tentou fazer um PTS, nem todo mundo participa, a gente tentou fazer é, discussão de casos, ou acionar outras, outros setores intersetorial, nem todo mundo participa, ah eu não vou, não é da minha área, eu não quero”* (R10 ENF.)

Nota-se desarticulação e distanciamento entre residentes e equipe de saúde longe do proposto pela residência. A falta de interesse e envolvimento dos trabalhadores com a formação dificulta o estabelecimento de práticas interprofissionais na realidade do serviço. Como ponto favorável, o estudo de Paro e Pinheiro (2018) identificou que quando os estudantes se percebem como parte integrante da equipe multiprofissional do serviço, favorece o vínculo para a atuação conjunta, cabendo a atenção para o fomento e integração dos alunos ao serviço.

Longe de uma integração necessária para a produção de um maior conhecimento e desenvolvimento de práticas exitosas pelos estudantes e profissionais, nos chama atenção uma segregação, notável e latente:

*“Com relação a equipe em si pra agregar com a residência eu acho que fica muito a desejar porque tem muito essa dicotomia assim, pacientes da residência, pacientes da equipe, então às vezes é difícil ter essa articulação”.* (R2FISIO)

*“[...] então querendo ou não causa um determinado afastamento, os alunos resolvem determinada coisa e a equipe profissional ficou separado, então talvez essa segregação, dificulta um pouco o trabalho interprofissional”* (R4 ENF)

*“Na residência quando parte das profissionais residentes, dentro da equipe eu vejo muito, parece muito que é uma equipe inserida dentro de outra, existe a equipe da unidade e a equipe de residentes, a equipe de residentes atua de forma interdisciplinar e a outra equipe não” (R5 ENF)*

*“[...] a equipe dialoga com a gente procura a gente, é, mas eu não sei se tá tão claro, esse o que é a residência, às vezes eu sinto que é um negócio assim à parte” (R7 PSI).*

Fica evidente nas narrativas, a existência de uma divisão entre a equipe do serviço de saúde e os residentes, o que constitui fator limitante para o desenvolvimento das práticas interprofissionais, entre estudantes e trabalhadores da saúde, como também destacado no relato a seguir:

*“[...] eu acho que poderia ser, ter desenvolvido um pouco mais se tivesse essa aproximação com todos os profissionais, por exemplo, aqui temos médicos, nutricionista e a equipe de residentes não tem, então se tivesse essa aproximação maior, a gente poderia ter interagido mais com esses outros profissionais, e até os que já têm das mesmas especialidades da residência com certeza tem outras visões, tem outros conhecimentos que podem ser acrescentados”. (R5 PSI)*

Pode-se inferir que o distanciamento entre residentes e equipe comprometeu o desenvolvimento das competências interprofissionais pela residência. Essa problemática pode estar associada ao distanciamento da instituição de ensino para com os cenários de prática, algo já discutido anteriormente, bem como a falta de cumprimento do papel do preceptor, que é promover esta integração.

Outro fator que acaba refletindo para esse distanciamento, pode estar relacionado ao próprio formato de atuação da equipe, com profissionais na maioria das vezes atuando de modo individualizado e dispensando um cuidado fragmentado. Assim, os estudantes são inseridos em uma realidade contrária a proposta de sua formação, podendo servir de desconforto aos que estão no ambiente, muitas vezes não conseguindo articular um novo formato de atenção à saúde, frente as dificuldades encontradas.

Estudos evidenciam que os preceptores, profissionais do serviço que acompanham os residentes, encontram-se frente a novas formas de aprender e ensinar, assim como de atuar na área da saúde. Do outro lado, os residentes referem dificuldades para a aplicação do trabalho interprofissional, referindo que eles precisam introduzir a interprofissionalidade no serviço, ao invés de vivenciar uma realidade já implementada (ARAÚJO et al., 2017). Essas constatações nos indica o quão custoso pode ser transformar as práticas em saúde, isto é, tanto inseri-las como serem bem aceitas dentro das realidades encontradas.

É importante também destacar nos discursos a pouca ou nenhuma reunião de equipe, o que nos chama atenção para uma realidade onde, o trabalho em equipe, realmente não tem sido desenvolvido em seu sentido real. A reunião de equipe é um espaço de promoção ao diálogo

necessário para as relações profissionais e, portanto, configura-se como uma estratégia promotora da interprofissionalidade.

Nota-se essa fragilidade no serviço, o que não deixa de refletir na formação dos residentes multiprofissionais:

*“Como experiência que deveria ter acontecido que quando aconteceu foram poucas as vezes mas que foram bem exitosas foram as reuniões de equipe que eu acho bastante importante para a construção dessa interprofissionalidade inclusive, foram poucas as vezes que aconteceram e quando aconteceram foram bem significativas, então eu acho que deveriam ser mais valorizados esses espaços” (R3 ENF)*

*“Por exemplo o 2 também é um dos que tem as áreas mais de risco, mais violência, essas coisas todas e aí é justamente que eu acho que a gente perde, porque a gente não busca estratégias coletivas pra entender e pra lidar com isso, a gente atende os indivíduos, então as reuniões pra mim também serviriam pra isso, não só para as questões burocráticas, o que que tem e o que não tem, né” (R7 PSIC.)*

*“Mas também eu acho que tem pontos a melhorar, por exemplo, reunião de equipe a gente não participava, residente não era inserido em reunião de equipe, como é que eu tô na equipe e não sou inserida na reunião” (R10 ENF.)*

Nos discursos percebe-se que além das reuniões serem escassas, quando ocorrem, nelas não são incluídos os residentes, o que nos leva a pensar que os estudantes são vistos como algo externo à equipe, evidenciando mais uma vez a falta de integração.

A reunião de equipe deve ser entendida como um espaço para as práticas interprofissionais, devendo ser pensada também dentro de uma perspectiva dialógica com foco na qualidade do serviço prestado ao usuário, sendo utilizada, oportunamente, para discussão de casos ou propostas de cuidado, com vistas a integralidade da atenção à saúde. No entanto, na realidade vivenciada, é construída como um espaço de formalizações, extremamente burocratizado e pouco direcionado para as necessidades de saúde do território.

Buscando a organização do processo de trabalho a reunião de equipe é defendida por Santos et al. (2017) como espaço estratégico para o planejamento de ações interdisciplinares. Para os autores, o modo como as reuniões são direcionadas também revela o modelo de trabalho dos profissionais, isto é, se este é baseado em relações verticais ou horizontais, compartilhadas ou isoladas. Assim, pode-se perceber a partir das características que foram apresentadas sobre as reuniões de equipe as quais os residentes fizeram parte, relações verticais entre os profissionais, valores desiguais atribuídos às profissões, bem como a falta de participação e diálogo entre os membros da equipe:

*“[...] então acho que convencer as pessoas é um desafio maior, convencer da importância da participação deles dentro desse momento, dentro da interdisciplinaridade, e é engraçado porque às vezes na própria reunião eles não querem nem abrir a boca” (R10 ENF.)*

*“[...] mas os ACS não se sente às vezes, alguns, no mesmo patamar que os demais profissionais para sentar e discutir uma situação, discutir uma situação de uma rua que tá prejudicando a população, discutir uma situação de uma família, ele não se sente capacitado pra aquilo às vezes, o ACS, então quando tem uma reunião, muitas vezes pra discutir situações, que ele não*

*se sente na competência de dar sua opinião sobre aquilo, às vezes vem e fica sentado só ouvindo, então toda essa questão da reunião de conseguir envolver a equipe, técnico de ACS, acaba restringido a ação interprofissional” (R8 FISIO.)*

A desmotivação da equipe e desinteresse na participação das reuniões pode estar relacionada ao modo como ela é conduzida. Ademais, sabe-se da importância de todos os integrantes da equipe nas discussões interprofissionais, dado que cada um desempenha papéis diferentes e complementares, então, todos precisam ser valorizados dentro do trabalho em equipe.

O ACS possui informações preciosas para o direcionamento da equipe, as quais devem ser utilizadas pelo conjunto de profissionais, com vistas ao melhor cuidado em saúde. Portanto, Muller et al. (2022) compreendem que os espaços de diálogo e reflexão precisam ser promovidos nos serviços de saúde, tendo em vista a necessidade de integração e compartilhamento de saberes.

Considerando sua missão transformadora, enquanto os residentes se veem em um cenário onde a comunicação entre os membros da equipe é precária, caberiam a estes profissionais em formação promoverem espaços de discussão, sensibilizando a equipe para a valorização dessas atividades, o que foi identificado em relato de preceptor mais adiante.

Ao longo das entrevistas os relatos também demonstraram uma atuação distante da proposta da APS pelos profissionais da equipe, com predomínio de práticas ambulatoriais e curativistas:

*“[...] então eu acho que não tem mesmo, esse entendimento, de que todas essas outras ações que possui PTS, que fazer ecomapa, que genograma, que discutir caso é. faz parte do trabalho da atenção básica, então não tem essa noção, os colegas não tem essa noção que isso faz parte e acaba acontecendo numa lógica ambulatorial mesmo sabe, a pessoa chega procurando o serviço de tal profissional, vai pra tal profissional, usa o serviço e vai embora” (R1 ASS.SOCIAL)*

*“[...] parece que a equipe atua mais no contexto ambulatorial mesmo, essas questões de observar aspectos sociais, aspectos do território, dificilmente eu enxergo na outra equipe até já tentei algumas vezes...é né. mostrar de alguma outra forma, mas não consegui né, até porque é uma coisa muito construída, assim, me parece que é uma coisa... seria um trabalho de formiguinha, aos poucos, se aproximando” (R5 PSI.)*

*“[...] uma questão da estratégia saúde da família é que era pra ser pensada a longo prazo, ela também acaba servindo de uma forma imediatista, então eu vou aqui eu passo remédio pra sua dor de barriga, pra sua garganta inflamada e pronto, tchau, só que aí o que extrapola isso, às vezes o que extrapola, é a pessoa que chega chorando no atendimento, a pessoa que tá com problemas financeiros, a pessoa que tá morando num lugar que tá pra desabar, então o que extrapola isso aí começa essa rede de articulação” (R7 PSI.)*

Diante dos relatos pode-se apontar conforme Costa (2017) explicita em seu estudo, que o modelo de atenção à saúde encontra-se centralizado nos procedimentos diagnósticos e de terapêutica, ancorado em uma forte divisão de trabalho entre as categorias profissionais. Esse



panorama constitui um importante empecilho tanto para mudanças necessárias na atenção à saúde quanto na formação dos profissionais.

Os perfis profissionais descritos nos levam a refletir sobre a formação que eles tiveram, normalmente distante das realidades em saúde, com priorização dos conteúdos centrados na doença e no procedimento e articulação precária entre teoria e prática. Nota-se que, apesar do trabalho se configurar dentro de uma perspectiva curativista e prescritiva, as necessidades dos indivíduos são para além do biológico, havendo a necessidade de repensar os processos de trabalho e articular a rede de atenção em saúde, como também intersetorialmente.

De modo semelhante, o estudo desenvolvido por Barreto et al. (2019) constatou a partir de entrevistas com profissionais da APS, práticas hegemônicas, de características autoritária e prescritiva, com priorização dos aspectos biológicos em detrimento das demais dimensões da saúde.

Ainda, nesse contexto, cabe destacar a desumanização na área da saúde, não sendo algo recente, mas grave e atual, perpassando a formação em saúde e o cotidiano das práticas profissionais (VERAS et al., 2022). Kinker et al. (2018) discutem que um dos grandes entraves da formação em saúde é o distanciamento das propostas pedagógicas à realidade dos serviços do SUS. Somada a essa problemática, os autores inferem que os profissionais quase sempre absorvidos por um trabalho burocratizado e mecanizado, se distanciam cada vez mais dos processos de vida e das reais necessidades dos usuários, como explicitado no relato do residente:

*“Eu acho que o maior desafio, foi o foco na produtividade, esse modelo biomédico, que ainda está no nosso subconsciente de é atendimentos, de querer só atender, [...] e esquecer que a atenção básica, que o programa de saúde da família não é só isso, então assim em que momento eu vou discutir o caso? em que momento eu vou fazer o projeto terapêutico? Né! [...] então as pessoas vão esquecendo disso e eu acho que até por uma pressão da gestão mesmo né [...] nos profissionais, e vamos atender, atender, atender e esses momentos que seriam destinados para essas atividades acabam se perdendo pelo meio do caminho né [...]” (R11 ENF).*

De modo similar, Arruda et al. (2018) destacam em sua pesquisa com preceptores e residentes multiprofissionais, as exigências em produtividade individual na atuação dos profissionais lotados nas unidades, contrariando as atuações interprofissionais propostas pela residência. No estudo, os incentivos por produtividade eram dados aos profissionais, levando estes a esforços direcionados para produção, traduzidos pelos atendimentos individuais.

Nesse contexto, também um estudo com preceptores de RMS em Pernambuco, revela que o exercício da preceptoria é visto como uma condição que dificulta o alcance das metas em números exigidas pelos profissionais da rede, não se levando em conta o tempo dispensado ao residente para as atividades da preceptoria, trazendo prejuízos ao acompanhamento dos

residentes, com momentos insuficientes de discussão e atuação conjunta (OLIVEIRA et al., 2020). Essas são algumas explicações que podem justificar o esvaziamento dos preceptores no âmbito das residências multiprofissionais.

Nesta pesquisa, percebe-se a ausência da figura do preceptor no desempenho do seu importante papel pedagógico nos cenários de formação dos residentes, sendo essa situação elencada como dificuldade para o desenvolvimento das práticas interprofissionais, por parte dos residentes:

*“Na verdade a não participação dos preceptores no desenvolvimento das atividades, porque a proposta da residência, é ter né algum né, algum no seu ponto específico ter um preceptor daquela área, então muitos deles não participaram [...] a gente sentiu muita falta do preceptor nesse processo, tanto nas atividades práticas como nas teórico-prática, porque o programa visa isso né, a gente discutir as questões teóricas dentro do cenário de prática” (R6 ODONT.)*

*“[...] muitas vezes nos espaços, era claramente a residência que estava fazendo, não era a preceptoria com a residência, que estava fazendo” (R7 PSI.)*

Com o exercício deficiente ou ausente da preceptoria, entende-se que conseqüentemente não haverá o fomento por parte do preceptor para atividades interprofissionais. Este também atuando distante dessa lógica, necessitaria de uma formação direcionada para que estivessem preparados ao exercício da orientação pedagógica para este fim.

As demandas contínuas das equipes de saúde, requerem a qualificação dos profissionais para a prática interprofissional, e a utilização de novos métodos educacionais, como estratégia para o estabelecimento de práticas colaborativas na saúde coletiva (MATTOS et al., 2019). Assim, caminhando nessa perspectiva, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), por meio da formação em serviço, constituem uma grande aposta de reorientação dos profissionais da saúde para atuação, condizentes com as necessidades do SUS, de acordo com seus princípios e diretrizes (MIOLO; FERDOSSE, 2021; ALBUQUERQUE; SANTANA; ROSIT, 2018).

Nos relatos dos residentes, identifica-se mais uma vez, a ênfase dada por eles à preparação dos preceptores para o exercício na residência:

*“A preceptoria não conheceu o que é a residência, no geral a preceptoria não tá qualificada para realizar o papel de preceptoria, então se não conhece, não acompanha da forma que era pra acontecer” (R4 ENF)*

*“[...] principalmente essa falta de entendimento mesmo do que é uma residência também e eu acho que isso interferiu muito porque acho que não houve preparo dessa preceptoria pra receber residente e saber o que é residente né, então tem preceptor que não entende a residência como uma especialização [...]” (R1 ASS.SOCIAL)*

O estudo desenvolvido por Pacheco et al. (2022) com preceptores de residência médica e multiprofissional, considera que o exercício da preceptoria envolve a complexidade do trabalho no serviço e os desafios da educação neste espaço. Para tanto, estes necessitam de

capacitação para o desenvolvimento de competência pedagógica que contribuam no processo ensino-aprendizagem dos residentes. A falta de preparo desses profissionais bem como o distanciamento da instituição de ensino, culmina com desconhecimento do propósito da residência no serviço, de quem é o residente e qual é o seu papel:

*“[...] às vezes não sabe o que é a residência direito, acha que é o estagiário, às vezes não passa alguma demanda mais específica, porque acha que não tem a formação pra tá aqui” (R2FISO).*

*“[...] então isso acaba não usando muito do nosso potencial aqui na unidade, falta conhecimento da função do residente, do que é possível do que ele é capaz de fazer aqui [...]” (R3 ENF).*

*“A primeira coisa eu acho que é a gente residente ser visto como profissional residente, o desconhecimento da equipe em relação é ao que é a residência, quem é o residente” (R4 ENF)*

*“Você simplesmente é um tarefeiro, como a gente ouve muito na residência dizer, residente tarefeiro, que tá aqui pra cumprir a falta mesmo de um profissional que deveria tá trabalhando”. (R9 ODN.)*

Entende-se que para a residência ser efetivada como uma estratégia potente de formação no serviço, faz-se necessário, primeiro, o reconhecimento da equipe da residência como uma formação em saúde para qualificação da assistência. A gestão em saúde, por meio da educação permanente em parceria com a academia, deve assumir função de orientação desses serviços para a colaboração com a residência em prol da reformulação do modelo assistencial de saúde, do contrário o programa não alcança os avanços esperados na prática e os residentes continuam sendo vistos como mão-de-obra e cumpridores de tarefas e não como potentes atores para transformação, e o aprendizado será reduzido a reprodução das práticas já instaladas nestes espaços, com pouca capacidade de reflexão e construção de novas realidades.

Na visão dos residentes do estudo, a sobrecarga foi outro ponto bastante mencionado por eles, como um elemento que dificulta o desempenho do preceptor e dos demais profissionais na direção das atividades interprofissionais de maior interação, como relatam a seguir:

*“[...] mas eu também percebo que a demanda alta da unidade acaba que meio que consome os profissionais que têm, então eu acho que fica um pouco difícil sair dessa caixinha, assim, só do atendimento né” (R2FISIO)*

*“Ah com certeza a sobrecarga de trabalho, principalmente das profissionais enfermeiras, porque muitas vezes a gente quer desenvolver um trabalho quem é da psicologia, é nutrição, a gente quer desenvolver um trabalho aqui pra comunidade e tudo só que as meninas estão presas entendeu, é muito difícil pensar até se reunir com a equipe, não tem um horário da equipe se reunir” (R12 NUT).*

São diversas as atividades impostas aos profissionais da saúde nos serviços do SUS, tendo sido estas cada vez maiores e mais burocráticas, distanciando-se da proposta real da APS. Para um processo de trabalho voltado a uma atenção integral faz-se necessário o apoio da gestão, com priorização de recursos humanos, limites populacionais, organização dos serviços, entre outros. Percebe-se nos discursos que frente à sobrecarga de atendimentos, fica mais fácil

lidar com o atendimento individual para cumprir com as exigências numéricas e imediatistas, que satisfazem as perspectivas dos usuários e gestão.

Aguiar et al. (2017b) reforça sobre a sobrecarga que incide na prática diária de trabalho dos profissionais, associada a precarização de vínculos empregatícios. Para que a preceptoria alcance a sua capacidade real, faz-se necessário reduzir a sobrecarga gerada por várias demandas complexas, relacionadas a assistência.

A formação no serviço sempre resultará em bons frutos, por mais que o serviço esteja desarticulado com a proposta de formação, há um reflexo positivo para atenção. Nesse caso, a formação se destaca por não estar tão submissa a uma gestão burocratizada e vertical como as equipes de saúde se encontram, tendo, portanto, uma maior liberdade para a priorização de ações com vistas a integralidade, fazendo, na maioria das vezes, o diferencial nos espaços de saúde no SUS, pela intenção de mudança do modelo assistencial vigente e maior disponibilidade para lançar mão das estratégias de trabalho que são preconizadas nas políticas de saúde. Veja nos discursos em que se seguem:

*“[...] as pessoas tão, tão abarrotadas de cobranças de de... de números né, de dá conta disso e daquilo, que a gente que chega sem essa cobrança da prefeitura acaba sendo quem vai olhar outros caminhos que a gente possa, inclusive, trazer uma qualidade maior para a comunidade e não só forma só individualizada” (R7 PSIC.)*

*“[...] e os profissionais da unidade, os profissionais que pertencem ao município, eles não tem essa carga horária protegida, e tem uma demanda de serviço muito grande, então dificilmente a gente consegue parar pra um momento de discutir, de estudar um caso, e uma situação pra poder criar esse atendimento interprofissional” (R8 FISIO)*

Observa-se que não há um direcionamento adequado para o exercício da preceptoria na residência, nem tampouco incentivo da gestão e educação permanente no desempenho dessa função pedagógica pelo profissional preceptor. No estudo realizado por Pacheco et al. (2022) nota-se a desvalorização do trabalho do preceptor por parte da gestão, apresentando, também este ator, dificuldade de reconhecer a sua importância nesse cenário. Ademais, alguns estudos referem fragilidades na mediação de relações e conflitos pelos preceptores de residências multiprofissionais, chamando atenção para investimentos em EIP pelos programas que ofertem auxílio ao desempenho de sua função (ARRUDA et al., 2018).

Como fator limitante para o estabelecimento das práticas interprofissionais, que não deixam de ser gerais para a atuação da equipe de saúde, os residentes se referiram à infraestrutura precária dos serviços, campos de prática da residência:

*“[...] das dificuldades que a gente teve, a questão estrutural que a gente teve que não é fácil acomodar todas as residentes entendeu” (R6 ODONTO.)*

*“[...]por exemplo, a gente não tem uma sala adequada para os atendimentos, eu tô sempre atendendo em lugares diversos, a gente não tem toda essa pauperização mesmo do trabalho e*

*do trabalhador [...] traziam essa questão de adoecimentos, eu adoeci nesse processo também, assim né” (R7 PSI.)*

*“[...] tem muitas falhas, não dá pra você botar um residente numa unidade como essa totalmente insalubre, e você exigir que o residente cumpra tudo que tá no projeto” (R10 ENF.)*

*“[...] a estrutura física das unidades muitas vezes é muito ruim pros residentes né, a gente por exemplo, se você for na nossa dita sala de reunião como você entrou alí, o teto tá praticamente desabando na nossa cabeça, então eu acho que isso prejudica um pouco também né, porque você ter um ambiente bom, um lugar acolhedor de você trabalhar, isso facilita trazer a equipe pra você, você ter momentos alí de construção, de colaboração, então eu acho que isso prejudicou um pouco o processo (R11 ENF.)*

As falas denotam questões estruturais como limitantes das práticas interprofissionais. Existem alguns fatores fundamentais para o desenvolvimento das boas práticas em saúde, entre eles se destacam o ambiente para o exercício dessas atividades. A estrutura física dos serviços quando favoráveis proporcionam saúde aos trabalhadores, motivação e também maiores possibilidades de ações interprofissionais.

De acordo com Maranhão (2018) existem muitas dificuldades a serem enfrentadas para a real efetivação das práticas colaborativas no contexto das residências, como exemplo, a precariedade dos serviços. Assim também Pinto e Cyrino (2014) destacam que os serviços de saúde apresentam cenário limitado de possibilidades de aprendizagem em decorrência do espaço físico das unidades de saúde insatisfatórios.

Sabe-se que o ambiente físico tem importante papel na qualidade da atenção à saúde prestada por equipes interprofissionais, assim a depender da situação de saúde e doença enfrentada pelo usuário, faz-se necessário uma área privativa e silenciosa para uma atenção de qualidade, compassiva e centrada no paciente (OMS, 2010).

#### d) Impactos da pandemia na formação e prática interprofissional.

O contexto da pandemia resultou em impactos na saúde individual e coletiva como também no sistema de saúde brasileiro. Os fatores associados ao covid-19 levaram a restrições e mudanças nos cenários de prática, resultando em processos de trabalho readaptados e modificados.

No entanto, sabe-se que apesar da APS, local onde o usuário tem o primeiro contato com serviço de saúde, ter o potencial de prevenção e controle da doença, em muitos lugares se apresentou frágil e tímida. Em alguns casos, modificando sua proposta de trabalho e deixando de priorizar os atendimentos dos ciclos básicos, em detrimento da doença em crescimento e demandas decorrentes desta.

Quando questionados sobre os obstáculos para o desenvolvimento das práticas interprofissionais, os residentes enxergaram a pandemia como um dos fatores dificultadores:

*“[...] a gente foi um pouco solapado também pela COVID, não tem como ignorar a nossa estadia aqui nesse período de pandemia, e a gente acabou não dando conta de fazer tudo o que a gente gostaria de fazer em equipe, porque teve várias situações [...]” (R1 ASS.SOCIAL)*

*“[...] e também, teve a pandemia que modificou bastante o meio, e o meio em si, cenário de prática também por muitas vezes não se mostrou favorável pra gente desenvolver esse meio tanto entre residentes, como residentes com equipe, acho que deixou um pouco a desejar” (R3 ENF)*

*“[...] até visita domiciliar, isso foi algo que por conta da pandemia, isso quase não aconteceu né, mas por exemplo [...]” (R7 PSIC.)*

*“[...] por conta dessa questão da pandemia, a gente acabou evitando todo mundo junto num atendimento só né” (R8 FISIO.)*

*“[...] a descaracterização da estratégia saúde da família, foi um ponto negativíssimo, é... o foco da gestão era só vacina, então a gente não tinha mais reunião, não tinha mais trabalho interprofissional, então era cada um dentro da sua caixinha e a descaracterização até mesmo da sua própria atuação” (R9 ODONT.)*

Pode-se citar que mudanças a exemplo das regras do distanciamento, rodízio de profissionais, limitações empregadas na realização de visitas domiciliares e readaptação física do serviço para o acolhimento aos sintomáticos respiratórios, com realocação de salas e materiais, levaram a diminuição da interação entre os membros da equipe e residentes, entre residentes e entre residentes, preceptores e tutores.

A interprofissionalidade necessita do relacionamento entre duas ou mais profissões para se estabelecer, caso contrário veremos uma atuação individual e fragmentada. Sendo assim, as novas formas de trabalho foram elementos que dificultaram a prática interprofissional e colaborativa no período compreendido para análise deste estudo, tendo a pandemia como fator limitante nesse processo de aprendizagem.

Por outro lado, novas estratégias foram lançadas, a exemplo dos recursos virtuais, sendo necessária uma nova readaptação. De acordo com Chringuer (2021) e Santos, Moreno Neto (2022) a pandemia desencadeou novas experiências, tecnologias de informação e comunicação.

Se por um lado a pandemia foi uma experiência complexa vivenciada pelos residentes, com a qual se obteve aprendizado, devendo estes enquanto profissionais estarem preparados e abertos para as diversas demandas, por outro lado se houve uma descaracterização da proposta da ESF, com inevitável redução em oportunidades de vivências com as realidades cotidianas da atenção básica.

#### **6.4 Percepções dos preceptores sobre o percurso da interprofissionalidade no Programa, da teoria à prática**

As percepções dos preceptores do PRMSF que emergiram da análise dos dados foram consolidadas em três categorias: *Atuação interprofissional dos residentes na prática*; *Benefícios da interprofissionalidade para o serviço e profissionais envolvidos e*; *Desafios no processo de formação e prática interprofissional dos residentes na ESF* (Quadro 4).

As categorias foram interpretadas à luz dos documentos referenciais produzidos na literatura sobre a interprofissionalidade em saúde. Assim, na tentativa de melhor identificação dos preceptores, estes foram identificados com uma letra (P) e enumerados de acordo com a ordem das entrevistas realizadas, bem como indicada sua categoria profissional.

**Quadro 4- Categorias e subcategorias que emergiram das falas dos preceptores**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>6.4.1. Atuação interprofissional dos residentes na prática</b>	* Visibilidade da interprofissionalidade nas consultas compartilhadas, discussões de caso, construção de PTS. * Interprofissionalidade na educação em saúde
<b>6.4.2. Benefícios da interprofissionalidade para o serviço e profissionais envolvidos</b>	* Melhoria da assistência pela presença dos residentes no serviço. * Ampliação do olhar e aprendizado entre os profissionais pela participação dos residentes
<b>6.4.3. Desafios no processo de formação e prática interprofissional dos residentes na ESF</b>	* Pouco interesse das equipes para trabalhar junto aos residentes. * Preceptores carentes de qualificação para desempenhar seu papel. * Sobrecarga de trabalho dos preceptores. * A pandemia como limitante da prática interprofissional e colaborativa em equipe

Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa pela pesquisadora (2022).

#### **6.4.1 Atuação interprofissional dos residentes na prática**

Os preceptores são os profissionais que acompanham os residentes e seu desempenho no serviço, cumprindo um importante papel nesse processo formativo. Diante de um grupo de residentes multiprofissionais, cabe ao preceptor facilitar e participar das atividades junto aos estudantes, sendo responsável pela integração destes às equipes de saúde, ou até mesmo como mediadores de conflitos.

Esta categoria mostra como os preceptores destacaram a atuação interprofissional desenvolvida pelos residentes na prática no serviço, identificando momentos em que estas situações se produziam.

- a) Visibilidade da interprofissionalidade nas consultas compartilhadas, discussões de caso e construção de PTS

Nas entrevistas realizadas com preceptores, são descritas experiências e observações no que se refere a atuação interprofissional dos residentes, principalmente, ocorridas durante as consultas compartilhadas, discussões de caso como práticas interprofissionais, levantando, como trazem Arruda et al. (2018), a importância da equipe multiprofissional da residência na construção do pensamento e resolução das questões de saúde.

Defende-se que, a composição dos diferentes saberes disciplinares e atuação conjunta entre os profissionais, torna-se uma habilidade necessária para o trabalho em saúde, culminando para um cuidado mais efetivo (PARO; PINHEIRO, 2018), como apresentado no discurso a seguir:

*“As consultas juntas, bem né, uma consulta tipo tá o psicólogo, tá o dentista, resolver um caso, eles se juntam ali pra resolver um caso, eu acho isso fundamental, [...] porque tem que ter o diálogo toda a equipe” (P1/ENF).*

O preceptor além de atribuir a importância da atuação conjunta entre os profissionais sobre um caso, refere a intrínseca relação entre o diálogo e o exercício do trabalho em equipe multiprofissional. Na fala em questão, também se percebe o preceptor como observador externo nesse processo.

De acordo com Kinker et al. (2018), apesar dos residentes serem profissionais graduados com sua atuação sendo uma atividade profissional, entretanto, são profissionais em condição de treinamento, sob a supervisão de outro trabalhador mais experiente, para ajudá-los diante dos casos complexos.

Diante de um caso complexo deve haver o reconhecimento da necessidade do compartilhamento de diagnósticos de problemas e propostas de solução entre os diversos profissionais da saúde (BRASIL, 2009) e percebe-se essa compreensão no relato do preceptor a seguir, o qual inclui, também, sua participação nesse processo:

*“[...] a todo momento né, [...] às vezes você tá atendendo na sua área de saber, ali na enfermagem e vê uma necessidade que vai além do seu saber e que necessita às vezes de uma consulta compartilhada com uma outra área de saber, para muitas vezes até concluir, aquele atendimento de uma maneira mais complexa né. Já vivenciei situações com relação ao lado da psicologia né, é [...] consultas de adolescentes que veio pra atendimento de planejamento e ali você já observou que ela se mutilava e você já interagiu com a psicóloga, e começou a ver ela de uma maneira, às vezes vem no atendimento pra resolver um problema, que para ela é um problema e o profissional vê além daquilo e necessita da área de saber do outro, para que esse trabalho seja continuado né? E vi também com a área da odontologia, a gente interage também, com a gestante, com crianças, a área da fisioterapia também, enfim, todos os profissionais que passaram na, da residência, que estiveram aqui e a gente teve consulta compartilhada com*



*todos, cada um na sua área de saber e muitas vezes, de traçar estratégias juntos né, [...] pra que o atendimento daquele indivíduo seja de maneira integral né [...]" (P7/ENF.)*

O relato do profissional entrevistado demonstra a valorização das práticas interprofissionais, quando se reconhece a necessidade do saber do outro para um cuidado integral. Nota-se também o quanto o campo de atuação na ESF é comum às diferentes profissões da área da saúde, sendo muitas as possibilidades de intercessões que vão desde o território e fatores determinantes e condicionantes aos diferentes ciclos de vida.

Ademais, vê-se a necessidade da construção e exercício de práticas interdisciplinares sobretudo diante das demandas em saúde impostas nos serviços, com reinvenção dos modos de trabalho e apostas em diferentes estratégias de comunicação e interação entre os profissionais da saúde. Cada vez mais, tem-se reconhecido que as relações hierárquicas e verticalizadas no ambiente de trabalho, marcada pelo trabalho isolado de cada categoria profissional, não trazem efeitos positivos para o cuidado em saúde, visto que não produzem a interdisciplinaridade (MEIRELLES; KANTORSKI; HYPOLITO, 2011).

Nessa discussão, se faz necessário esclarecer aspectos da consulta compartilhada e da interconsulta. Em grande parte das falas dos preceptores, se atribui a consulta compartilhada que ocorre quando no mínimo, dois profissionais estão diante de um caso, mas vale a pena questionar quais processos anteriores se fizeram presentes antes dessa ação. Apesar de não ser posto nos discursos, aqui nos faz preciso trazer as características de uma interconsulta, a qual ocorre quando há limitações para o atendimento às necessidade de saúde pelo profissional em situação de atendimento, com convocação de outra especialidade para complementar o cuidado prestado.

A consulta conjunta ou compartilhada pode ser entendida quando se reúne em uma mesma cena profissionais de diferentes categorias em conjunto com o paciente, e se necessário sua família. Assim, esta última pode ser realizada a partir de uma solicitação de um dos profissionais para complementar e/ou aprimorar o cuidado a ser prestado, ou ser programada com a equipe multidisciplinar, antes do primeiro contato do paciente com qualquer profissional. Portanto, chega-se à conclusão que, toda interconsulta se constituirá inevitavelmente em uma consulta compartilhada, porém nem toda consulta compartilhada emergirá ou se configurará em uma interconsulta (ARNEMANN et al., 2018; MELLO FILHO; SILVEIRA, 2005).

A responsabilidade compartilhada entre os profissionais é uma proposta do trabalho interprofissional e pode ser identificada na fala seguinte, em que o apoio, o diálogo e parceria se fazem presentes:

*"[...] hoje eu tenho mais o olhar mais, que eu não tô ali sozinha, que o paciente não é só meu, né, eu posso buscar odontóloga, eu posso buscar um outro profissional, pra poder tá me*

*ajudando ali naquele atendimento. Apesar de que quando eles saem, a psicóloga eu não vou ter aqui na unidade, o fisioterapeuta eu não vou ter né, mas tem a nutrição, tem a odontóloga e a gente pode tá buscando né, pra melhorar a qualidade do atendimento” (P8/ENF.).*

Peduzzi e Agreli (2018) referem que o trabalho orientado para a excelência requer a responsabilidade compartilhada entre os profissionais para o desenvolvimento do trabalho com qualidade. Ademais, no discurso é possível constatar o impacto da formação em serviço no processo de trabalho dos profissionais locais, com promoção do trabalho interdisciplinar entre os trabalhadores internos que são sensibilizados para uma prática interprofissional entre os profissionais da equipe, independente da presença dos residentes em seu campo de trabalho.

Isso é mencionado no estudo de Dias et al. (2016), quando referem que o Programa de Residência Multiprofissional sendo uma formação na prática, permite a sensibilização e a incorporação do trabalho interprofissional não apenas para o residente, mas para os demais atores, nesse caso os preceptores, sendo este um ator do processo de mudança (ARNEMANN et al., 2018).

Assim, deve-se compreender a complexidade do trabalho interprofissional e seus reflexos que vão desde às mudanças organizacionais e do processo de trabalho, abarcando o relacionamento entre os profissionais, bem como a conformação social e econômica compartilhadas pelas organizações.

A discussão de caso mencionada pelos preceptores é vista como algo positivo no serviço, para isso são utilizadas estratégias pelos residentes como a reunião de equipe, relatada na fala seguinte:

*“[...] e tem situações que a gente vai além, a gente junta todo mundo e faz uma roda de conversa uma reunião pra tentar resolver algumas situações que vai, que necessita de mais profissionais pra tá resolvendo aquele caso não é” (P7/ENF.).*

*“[...] eu tive alguns momentos com eles, além de ter reuniões de equipe que eles conseguem fazer isso com os profissionais né, aqueles que tão na unidade, até agente comunitário, médico, odontólogo, conseguindo fazer isso, ter essa questão, pra discutir os casos clínicos, então isso já é um grande avanço eu entendo como, é... um ganho né, para o trabalho interprofissional ali naquela unidade né, a discussão de caso né, é” (P5/NUT).*

Segundo o estudo de Santos et al. (2017) a reunião de equipe deve ser vista como um espaço para discussão de casos em saúde e para o compartilhamento de informações com vistas a continuidade do cuidado. Assim, por meio da troca de informações e saberes é possível se consolidar um trabalho coletivo e interdisciplinar com responsabilidades e decisões compartilhadas entre os profissionais do serviço. Nota-se nesse relato, a autonomia dos residentes na condução das atividades, que se por um lado, põe em destaque a sua proatividade e o seu protagonismo, por outro, percebe-se um esvaziamento do papel do preceptor no que se refere ao incentivo e programação junto ao residente nas ações propostas.

O entrevistado a seguir refere que a interprofissionalidade é estabelecida com articulação do trabalho entre os diversos profissionais:

*“Eu acho que quando você faz uma consulta compartilhada, o enfermeiro com o odontólogo, o enfermeiro com o nutricionista, é...é, o enfermeiro, o nutricionista, o psicólogo, quando a gente discute casos com a equipe, eu acho que a gente já consegue né visualizar essa interprofissionalidade né, pelo menos com relação ao, ao atendimento, as vezes a gente também busca a presença do médico, mas sempre assim o que a gente percebe né, mais a equipe de enfermagem com os residentes, e, eventualmente o médico também participa desses momentos e o agente comunitário, mas o restante da equipe realmente não [...]” (P8/ENF).*

A fala acima demonstra uma certa aproximação com consultas compartilhadas e discussão de caso, o que pode nos indicar o desenvolvimento dessas práticas no percurso da residência. No entanto, observa-se, também, pouco envolvimento do profissional médico nas atividades propostas, o que pode significar a presença de barreiras desse profissional para o trabalho em equipe, justificado por questões pessoais, de desinteresse ou relacionais, mas também pela formação biomédica, assistencial e fragmentadora, por vezes, centrada no seu saber-fazer profissional, individualizada e quase sempre supervalorizada em detrimento das demais o que dificulta o trabalho em equipe (BARROS, SPADACIO e COSTA, 2018).

No discurso, há um destaque para a enfermagem corroborando com o estudo de Arruda et al. (2018) que traz em evidência a enfermagem na colaboração interprofissional, sendo este o profissional com papel mais forte na coordenação do cuidado compartilhado e na construção do vínculo com a equipe e usuários. Do mesmo modo Freire Filho et al. (2018) identificaram que as atitudes dos enfermeiros foram mais positivas em comparação aos demais profissionais, mas que apesar desse destaque, os demais profissionais também apresentaram atitudes a favor da colaboração interprofissional.

Sendo assim, de modo atípico nesse estudo o agente comunitário de saúde é visto com um certo distanciamento no processo de formação dos residentes, o que difere de outros estudos, em que apresentam este profissional sempre implicado com o processo.

Nessa lógica, pode-se citar o estudo de Cangussu e Guedes (2021) em que uma psicóloga residente buscou compreender sobre os desafios e potencialidades da atenção básica no que tange às demandas de saúde mental de uma USF em Lauro de Freitas-Bahia. Nesse estudo, houve apoio dos ACS desde o planejamento das ações para a formação de um grupo de cuidado em saúde mental, trazendo suas visões nas reuniões propostas, e participando em atividades específicas quando solicitados.

No entanto, no que tange ao profissional médico, onde já se espera um certo distanciamento das relações e processos conjuntos de aprendizagem, e também de modo diverso da maioria dos estudos, este profissional se fez um dos membros responsáveis pelo grupo, com

participação ativa em ações lúdicas, sendo este além de servidor local, preceptor da Residência em Medicina de Família e Comunidade, o que pode ser justificado pelo seu engajamento. Pode-se refletir a partir disso, o quanto a formação no serviço pode transformar as relações de trabalho e sobretudo o desempenho dos profissionais em seu local de serviço com resultados positivos para o paciente.

Na fala seguinte valorizam-se os diferentes saberes profissionais, que em conjunto, potencializam a atenção prestada à usuária, como descrito pelo preceptor:

*“Pronto, vou dar uma exemplo, uma gestante, ela chegou aqui com os membros inferiores inchados por causa da retenção líquida tá, então nesse dia ela foi atendida pela enfermeira, pela fisioterapeuta da residência e por mim, profissional de educação física, todos deram...[...] a enfermeira da unidade me chamou, tanto eu, como a residente em fisioterapia para que a gente desse opinião do que ela deveria fazer, então cada profissional naquele momento deu sua opinião do que ela poderia estar fazendo em relação a parte fisioterápica, a parte de atividade física e o que que a enfermeira poderia tá fazendo com ela pra poder diminuir essa retenção líquida, [...]foi em conjunto, foi na sala com ela, com os três profissionais, juntamente com a residente de fisioterapia mais a paciente, então isso eu entendo como um atendimento multiprofissional” ( P2/ED.FÍSICA).*

As consultas compartilhadas são ferramentas de efetivação para clínica ampliada com vistas a uma atenção integral e qualificada ao indivíduo. Longe de tecer privilégios a um conhecimento específico, a clínica ampliada defende movimentos, metamorfoses subjetivas, estradas criadoras de encontros e composições que não se faz de modo uniprofissional (LUZ et al., 2016; NOGUEIRA, MOTA, TEIXEIRA, 2021).

Ademais, o estudo de Luz et al. (2016) sobre um programa de residência integrada, demonstrou que, as atividades no cenário de prática, caracterizadas pela interdisciplinaridade, contribuíram de modo relevante para a formação profissional. Assim também a pesquisa de Farias e Farjado (2015) refletem que a discussão de caso e o atendimento conjunto ou compartilhado são meios de compartilhar o cuidado na medida em que também servem de capacitação ou aprendizagem interprofissional.

O PTS foi mencionado ao longo das entrevistas como um dispositivo de prática interprofissional desenvolvida no âmbito da residência, trazido nas falas a seguir:

*“Sim, já fizemos consulta compartilhada, e já discutimos também casos dos pacientes, já fizemos, é... projeto terapêutico singular, então eu consigo sim visualizar esse trabalho multiprofissional, interdisciplinar” (P8/ENF).*

*“Eu vejo as ferramentas né de trabalho, por exemplo o projeto terapêutico singular, então cada um na sua área de saber tenta traçar um plano terapêutico pra o atendimento desse indivíduo né, cada um dentro dessas, cada um com suas responsabilidades, cada um interagindo para que a gente tente resolver problemas muito macros né, [...] Mas tem outras situações que eu já vivenciei também, e que houve necessidade de chamar a equipe da, psicologia também nesse momento” (P7/ENF.).*

*“Sim, porque assim, é quem trouxe, quem...esse caso foi iniciado a partir da psicóloga certo!? Então, dentro da consulta da psicóloga, houve uma série de demandas para várias categorias, aí quando se foi construído o PTS, cada um*

*dentro da sua categoria foi falando o que poderia ser feito pra aquele caso, para aquele usuário, para aquela família na verdade” (P6/ODONT).*

O PTS constitui ferramenta de trabalho para qualificação do cuidado em saúde da equipe multidisciplinar, sendo potencial para a criação de vínculos entre equipe-usuário-família. De modo diferencial à atenção comumente empregada, busca-se individualizar o usuário, discutir os seus problemas para toda equipe com sua participação, para que em conjunto, possam ser elencadas soluções para suas necessidades em saúde (SILVA et al., 2016; BRASIL, 2010).

A interação proposta pelo trabalho interprofissional deve contemplar o incentivo ao protagonismo do usuário, devendo este participar de modo ativo na decisão sobre os projetos terapêuticos, sendo esta fonte de informações para o planejamento adequado da terapêutica (SILVA et al., 2016). No entanto, não se percebe nas falas dos preceptores a inclusão do usuário nesse processo, o que pode nos indicar que apesar de compor um dos conteúdos temáticos da matriz curricular, isto não foi suficiente para o emprego adequado desse instrumento.

Nesse contexto percebe-se o papel importante dos tutores na orientação dos preceptores e residentes, bem como se faz necessário segundo Silva et al. (2016) a inclusão da temática na formação e atividades de capacitação dos profissionais em serviços, com destaque para a EPS.

De acordo com Ferreira et al. (2022) o PTS pode ser considerado como instrumento de organização do cuidado, sendo levado em conta as singularidades do sujeito e sua complexidade, não sendo viável nem preciso utilizar dele para todas as pessoas assistidas pela equipe de saúde (BRASIL, 2013). Na fala a seguir identifica-se a decisão compartilhada inclusive na escolha do caso para desenvolver o PTS:

*“Oh, a gente participou algumas vezes sobre discussão de casos né, teve um caso que foi, acho que foi eleito pra ser desenvolver o projeto terapêutico singular e aí [...] todos os profissionais foram discutir sobre esse caso, foi médico, foi enfermeiro, [...] no início eles traziam umas situações, situações problemas pra gente discutir, às vezes eram casos é hipotéticos né, fictícios, às vezes situações reais, é, então assim é sempre, chamando os profissionais a discutirem sobre determinadas situações, situações não só voltadas para o usuário mas também para a unidade né, processos de trabalho da unidade, que poderia ser feito para melhorar é algumas situações” (P6/ODONT).*

Interessante destacar as metodologias ativas quando se trata do uso das situações simuladas, que segundo Oliveira et al. (2006) são estimuladoras da aprendizagem, sendo, portanto, um recurso educacional potente para formação do conhecimento. Os autores supracitados entendem que, a exploração dos problemas incita o conhecimento prévio que antecede a teorização proposta com aproximação aos conteúdos de modo articulado e integrado, e que nesse cenário de aprendizagem pontes são estabelecidas entre o simulado e o real, devendo essa ligação ser buscada no dia-a-dia de cada residente e na sua bagagem de conhecimentos.

No discurso acima, outro ponto chave se refere às discussões em conjunto para melhoria do processo de trabalho. Levando-se em conta que, as decisões da gestão local influenciam diretamente na atenção à saúde conforme afirmado na Política Nacional de Humanização (PNH) (2013), quando estas são tomadas de modo compartilhado as chances de decisões mais assertivas se tornam maiores. De acordo com a política não só trabalhadores, mas também usuários devem buscar conhecer e participar da gestão dos serviços, bem como na tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva.

Dentre as práticas do campo comum de produção do cuidado sinalizadas pelos preceptores, cabe ressaltar a fala que traz o acolhimento enquanto uma atuação interprofissional. Compreende-se que esta precede e sustenta todas as outras que foram mencionadas nessa subcategoria de análise:

*“Eu acho que muitas vezes é o acolhimento deles [...] eu acho que vem muito a humanização, muito essa situação de interprofissionalizar a situação, porque a gente vai, vai muito no automático o profissional aqui, vai muito aquela rotina e pra eles não, pra eles tem um tempo [...] de você vai abrir um diálogo com a paciente, de você escutar, de você tá ali mais pra ouvir, de não fazer julgamento” (P1/ENF).*

O discurso se refere a uma das atribuições comuns a todos os membros da eq. S.F posta na PNAB (2017), devendo estar presente em todas as práticas de cuidado, nos encontros entre profissionais e usuários, onde se pratica a escuta e o diálogo e se busca atender as necessidades de quem procura o serviço. Esta prática se constitui como um dispositivo de reordenação do processo de trabalho em equipe, sendo a sua aplicação capaz de provocar mudanças desde o modo de cuidar do indivíduo a relação entre a equipe de profissionais. Ademais, o PNH (BRASIL, 2010) refere que, o acolhimento, como um preceito ético a ser respeitado entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, produz um campo comum, que permeado pelo cuidado compartilhado caminha no sentido da corresponsabilização.

É importante ressaltar que o preceptor se refere a uma prática interprofissional desenvolvida tão somente pelos residentes, em decorrência da falta de tempo para a sua aplicação e cumprimento em sua atuação profissional. Assim, não se é atendida, portanto, às orientações impostas pela PNAB, e somente quando na formação no serviço essa prática passa a ser resgatada e desenvolvida pelos estudantes. Desse modo, entende-se que a residência no serviço tem por função despertar os profissionais para os seus papéis profissionais, pois ainda que o acolhimento ocorra em função da formação dos residentes, a mobilização para mudança de prática pelos profissionais da saúde deve ser alcançada.

## b) Interprofissionalidade na educação em saúde

Atividades de educação em saúde foram mencionadas como práticas interprofissionais por alguns preceptores, tendo em vista a atuação conjunta dos residentes multiprofissionais nesses espaços. Sabe-se que estas atividades também compõem o quadro de ações comuns a todos os profissionais da eq. S.F. e, portanto, se configura em um espaço de grande potencial para o desenvolvimento da interprofissionalidade.

Neste cenário, os saberes de cada campo de atuação profissional têm a oportunidade de se comunicar e de se inter cruzar, para a construção de um saber maior, incluindo a participação do usuário. Ademais, o saber comum entre as profissões tem a chance de se estabelecer como algo mais sólido, tendo em vista que as forças de ideias, opiniões, reflexões e pensamentos individuais se fortalecem no ambiente coletivo. Desse modo os discursos trazem momentos da educação em saúde realizadas ao longo da residência:

*“Tem a educação em saúde, porque a educação em saúde quando acontece são vários profissionais com aquela, com aquela população né, pode ser de idoso, hipertenso e grávida e falando de assuntos pertinentes a ele e cada profissional intervindo dentro da sua expertise” (P2/ED.FÍSICA).*

*“A gente saía com o grupo, saía na rua também com o grupo pra poder a gente alertar as pessoas como cuidar da covid né, as máscaras, como cuidar, como higienizar, teve uns quatro que saía com a gente de porta em porta com o agente comunitário também, e a gente tava alertando sobre os cuidados da covid” (P3/ODONT.)*

*“Eles só contribuíram muito, eles faziam oficinas das gestantes... é... eles contribuíram...eles e pau pra toda obra entendeu e nesse sentido eu não tenho o que falar” (P4/ENF/JM).*

Oliveira, Pezzato e Mendes (2022) referem apostar na ampliação de atividades coletivas, em que se fazem presentes todos os profissionais, com integração entre os conhecimentos e práticas, na direção da clínica ampliada. Considera-se esta última responsável por enfrentar a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde, bem como seus respectivos danos e ineficácia (BRASIL, 2013).

As ações coletivas de combate a pandemia do coronavírus estiveram também entre as atividades prioritárias das equipes de saúde, e sendo atribuição de todos os membros da equipe, os residentes também estiveram implicados nesse processo. Percebe-se que essa ação se deu de modo coletivo entre os residentes, preceptor e ACS, o que nos pode indicar nesse momento uma certa articulação e integração entre estudantes e equipe, sendo fator necessário para o aproveitamento da formação em serviço.

A atividade desenvolvida compõe, portanto, uma atribuição comum aos profissionais de saúde família, assim como há a necessidade de implicação destes sobre todas as doenças e agravos de notificação compulsória, os quais devem ser notificados, diagnosticados, tratados e quando necessário realizados os seus devidos encaminhamentos. Mas, sabe-se que, o papel

diferencial dos profissionais no contexto da vigilância epidemiológica, se desenvolve nas atividades de controle e prevenção de riscos para o adoecimento. Desse modo também se percebe o grande potencial da articulação entre as profissões, com vistas a uma interprofissionalidade voltada para ações de prevenção e promoção da saúde.

Pode-se inferir também, a importância das ações coletivas realizadas no território, devendo este espaço ser percebido, sentido e transformado pela atuação da equipe em conjunto com seus moradores e afins. Neste espaço, percebe-se de modo mais evidente, os determinantes e condicionantes que afetam a saúde individual e coletiva. Portanto, entende-se este lugar como campo comum de atuação dos diferentes profissionais, devendo ser valorizado e sobretudo incluído no planejamento das ações da equipe.

Ainda, Pinto e Cyrino (2014) defendem que o processo de aprender e ensinar deve ir além dos muros das unidades de saúde, portanto ações extra-muros devem ser fomentadas nesses espaços onde a saúde deve se fazer presente. Os pesquisadores consideram que, essas atividades diminuem a sobrecarga dos serviços, e que, com ampliação e diversificação de ações em outros espaços e em equipamentos sociais no território, se qualifica a formação dos residentes, os quais tem a oportunidade de vivenciar as reais condições da população, com vistas a promoção do trabalho em rede e intersetorial.

Nesse cenário de formação, deve-se considerar a colocação de um preceptor quando atribuído ao residente como o famoso “faz tudo”. Estudos desenvolvidos nos períodos iniciais da implementação das residências multiprofissionais em saúde no país, refere que, desde o seu surgimento, a ausência de debates sobre RMS levou a essa imagem equivocada em sua proposta e em seus fins. Assim, em alguns casos e até nos dias atuais, após um pouco mais de 15 anos dessa formação, os residentes são vistos como benéficos por serem considerados mão-de-obra disponível para os serviços (RAMOS et al., 2006).

Durante as entrevistas, um preceptor traz o uso de uma valiosa ferramenta de cuidado no SUS aplicada pelos residentes, que apresentando caráter multiprofissional, pode ser abraçada e aplicada, por todos os integrantes da equipe de saúde, independentemente de sua categoria profissional e área de atuação:

*“[...] e teve também um processo, alguns trabalhos que eles fazem, tipo de PICS né, que sempre eles trabalhavam juntos, via muito esse trabalho em conjunto, de profissão com uma profissão, nutricionista com psicóloga, ou então a psicóloga dava muito suporte às enfermeiras da unidade, então isso aí eu pude ver bastante” (P5/NUT)*

O relato não deixa evidente a realização da prática da educação em saúde pelos residentes no que se refere a abordagem das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Contudo, sabe-se que, a educação em saúde constitui premissa para aplicação dessa



ferramenta nos espaços das USF. Essa afirmação possui respaldo no documento que orienta a implantação das PICS no SUS, em que se refere à necessidade de divulgação e informação dos conhecimentos básicos dessa prática inovadora em saúde, devendo alcançar não apenas gestores e profissionais, mas sobretudo os usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional (BRASIL, 2018). Assim, as PICS emergem com o intuito de melhorar a integralidade da atenção, sendo, portanto, uma alternativa de cuidado integral, com fomento a intersetorialidade e interdisciplinaridade (SANTOS et al., 2021).

Nesse contexto, pode-se destacar uma experiência desenvolvida por Oliveira, Pezzato e Mendes (2022), que articulou ações coletivas de acupuntura com a promoção à saúde de uma USF em Santos-SP. O grupo de acupuntura contribuiu para ampliar as relações entre os sujeitos, com diálogo, afeto e a horizontalidade de saberes, sendo potencial para a promoção da saúde dos sujeitos. Os autores ainda defendem a necessidade de se refletir sobre as demandas burocráticas impostas aos profissionais associadas ao cumprimento de metas de consultas individuais em detrimento das práticas coletivas grupais, que em sua essência produzem possibilidades de uma escuta qualificada e melhorias na qualidade do cuidado prestado.

#### **6.4.2 Benefícios da interprofissionalidade para o serviço e os profissionais envolvidos**

Na visão dos preceptores a atuação interprofissional dos residentes nos cenários de prática, trouxeram resultados positivos para o serviço, na atenção e nos cuidados prestados aos usuários, bem como constituiu em ganho para formação profissional dos trabalhadores, na perspectiva da educação permanente em saúde. Apesar, de por vezes, demonstrarem falta de conhecimento do papel da residência e função dos residentes no serviço, nota-se uma valorização atribuída à formação no serviço promovida pela residência.

##### **a) Melhoria da assistência pela presença dos residentes no serviço**

Os relatos dos preceptores demonstram os ganhos alcançados pelo serviço com a formação dos residentes, como uma melhor assistência aos usuários tendo em vista as mudanças na perspectiva de trabalho dos profissionais como posto no exemplo a seguir:

*“[...] acaba trazendo esse lado pra unidade né, que é muito bom, esse trabalho interprofissional, esse diálogo, você sai daquela rotina ambulatorial, de só olhar, prescrever, perguntar e você escutar o paciente, então isso aí é um ganho, é muito bom o ganho é muito grande, tanto pra unidade em si, e quanto pra o paciente, e pra o profissional” (P5/NUT).*

O relato assume o modelo de atenção ambulatorial ainda vigente nos espaços da APS, contrário às suas bases, em que o indivíduo deve ser olhado em sua totalidade com prioridade em ações de promoção e prevenção à saúde, ainda se impera à lógica medicalocêntrica e curativista no contexto de trabalho desses profissionais. Na narrativa também é estabelecida a relação que a interprofissionalidade possui com o rompimento de uma prática distante e prescritiva, mas um modo de operar, centrado nas tecnologias leves, em que o fator relacional se faz decisivo para o cuidado integral. Considerando a articulação teórico-prática, a formação tende a problematizar o modelo técnico-assistencial vigente nos cenários de prática da residência (ARAÚJO et al., 2017), e, portanto, mobilizar o profissional para uma nova prática.

Nos discursos é perceptível para os preceptores a insuficiência de um único profissional para estabelecer o cuidado completo no campo individual:

*“[...] o fato de você ter psicólogo, também é um fator que contribui muito, que a gente tá numa área de muita vulnerabilidade aqui, aqui no posto, então são diversas situações que a gente presencia aqui [...] da população, então é um apoio né, você se apoia, além de você oferecer uma...um cuidado de forma integral, é um apoio também pra, pra os profissionais[...]então assim, você trabalhar nessa perspectiva interprofissional, você unir a as diversas profissões, pra oferecer um tratamento, é...uma atenção, não é nem um tratamento, uma atenção mais qualificada ao usuário entendeu?” (P6/ODONT).*

*“[...] É um trabalho é, em conjunto né, com multiprofissionais, onde visa né, a atender o indivíduo de uma maneira, onde visa atender o indivíduo nas suas necessidades, a equipe discutindo né, cada um na sua área de saber pra traçar né, um projeto, um plano terapêutico para melhorar né, a saúde daquele indivíduo nas suas relações, é no seu contexto, no seu dia-a-dia, dentro do seu ambiente social, dentro da sua área né, de saúde, no contexto físico também” (P7/ENF).*

Arruda et al. (2018) em seu estudo destacam a importância da equipe multiprofissional da residência na construção do pensamento e resolução das questões de saúde, e, portanto, afirmam a incapacidade de uma única categoria profissional garantir resoluções de problemas de saúde.

A residência é vista como um suporte ou apoio à equipe de profissionais do serviço, pela sua característica multiprofissional, e, portanto, necessária aos contextos e demandas em saúde. Mas, como dito anteriormente não basta ser multiprofissional, é necessário a mobilização para o interprofissional. Nessa perspectiva, Paro e Pinheiro (2018) trazem que a composição dos diferentes saberes disciplinares e atuação conjunta entre os profissionais, torna-se uma habilidade necessária para o trabalho em saúde, culminando para um cuidado mais efetivo.

As necessidades impostas pelas condições de saúde e vida dos indivíduos e famílias não será respondida em suas dimensões por meio de práticas individualizadas de cada profissão, mas no trabalho em equipe. Não se trata de o profissional abrir mão da sua especificidade, mas sim valorizar o trabalho colaborativo em direção aos problemas e questões em saúde que afetam a população (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

Quando questionado sobre as potências das práticas interprofissionais, o preceptor atribui ao acesso aos residentes multiprofissionais como algo positivo para a comunidade:

*“[...] o trabalho acaba sendo mais satisfatório pra comunidade, porque ele pode ser atendido pela psicóloga, ele, ela pode ser atendida pela fisioterapeuta ou pela assistente social, que na maioria das vezes a comunidade é carente e precisa desses, desses atendimentos, desses acompanhamentos, infelizmente é... a residência acaba tendo prazo de validade tá, às vezes acaba não tendo uma continuidade porque não temos um psicólogo efetivo, não temos uma fisioterapeuta efetiva [...]...tem prazo de validade porque acaba sendo um programa né, todo programa ele tem começo meio e fim”. (P2/ED.FÍSICA).*

Na fala, identifica-se a atribuição da interprofissionalidade à multiprofissionalidade, isto é, o fato de ter profissionais de diferentes categorias em um mesmo espaço, não nos pode remontar ao trabalho interprofissional, no entanto, a confusão no entendimento desses termos também é apresentado em outros estudos.

Citamos como exemplo a pesquisa desenvolvida por Lavôr et al. (2019) em que os profissionais da saúde apresentaram percepções equivocadas da compreensão sobre o trabalho interprofissional e multiprofissional. De modo a clarear suas diferenças conceituais, Ceccim (2018) esclarece que o prefixo “inter” se refere ao “interior de dois”, podendo significar tanto o cruzamento ou encontro entre duas profissões, emanando o que há em comum entre elas. Nota-se, portanto, uma diferença gramatical e, por conseguinte conceitual desses termos, não podendo atrelar a multiprofissionalidade à conexão, ligação e comunicação entre as profissões.

Miranda, Mazzo e Pereira Júnior (2018) trazem o conceito dos termos multiprofissional e interprofissional, referem que o primeiro trata do conjunto de profissionais trabalhando de maneira simultânea, mas sem estarem relacionados entre si, já o segundo ao que se realiza entre dois ou mais profissionais de categorias diferentes.

Chama-se atenção para o questionamento do entrevistado sobre o período delimitado da residência, o que pode nos indicar a prestação da atenção à saúde realizada pelos residentes e os benefícios advindos dessa condição para o serviço, profissionais e usuários. No entanto, a preocupação da ausência desses profissionais nos faz indicar a necessidade do suporte desses multiprofissionais à equipe local.

De modo semelhante ao identificado nessa pesquisa, Miolo e Ferdosse (2021) na região sul do Brasil investigou a opinião de residentes, egressos, desistentes, tutores e preceptores sobre a necessidade de inclusão de outras categorias profissionais às equipes de atenção básica.

A maioria dos entrevistados confirmaram a necessidade de inserção desses novos profissionais, apesar da existência do NASF como suporte, posicionamento este justificado pelas vulnerabilidades e especificidades do perfil epidemiológico para cada território assistido

pela ESF, assim como pelo fortalecimento de vínculo e maior resolutividade alcançada pela agregação de outras categorias profissionais às equipes, com planejamento de ações conforme a realidade avaliada. Assim, para os pesquisadores a abordagem mais ampla e qualificada sobre as condições de saúde requer a inclusão de outros profissionais para o desempenho do trabalho em equipe.

O relato a seguir reforça a abordagem defendida pelos autores, na medida em que defendem a necessidade de inclusão das novas categorias profissionais no serviço. Ainda, percebe-se a valorização dos residentes e o anseio pela permanência da residência no serviço:

*“[...] a comunidade já conhece, já valoriza né, já entende da importância da visão multiprofissional no atendimento a eles né, é...[...] se a residência sair vai perder muito a população, [...] cada um no seu núcleo do saber, claro que a equipe de saúde da família tem uma equipe mínima, mas é importante tá somando né, é, essas ações né, conjuntas... como não tem mais aqui né aí a gente perdeu muito com o NASF né, mas ganhou também com a residência né, que é uma, ter esse apoio multiprofissional também, era importante tá a residência, o NASF, todo mundo né” (P7/ENF.).*

Apesar dos preceptores identificarem o potencial dos residentes para o serviço e equipe, por outro lado, talvez pelo fato de não mencionarem, eles parecem não perceber o propósito da formação no serviço, não sendo algo para ser permanente, mas que venha a agregar na formação dos profissionais que já atuavam no local. Entende-se que se antes trabalhavam numa perspectiva individualizada e não cooperativa, após a saída dos residentes, considerando o aprendizado alcançado, devem passar a operar numa lógica diferente, condizente com os princípios e anseios do SUS, o que reafirma o papel da EPS neste cenário.

Na fala a seguir observa-se a sensação de não pertencimento a uma equipe multiprofissional antes da inserção da residência no serviço, o que nos remete a ideia de trabalho isolado e fragmentado entre os membros dessa equipe, como também fragilidades na EPS no que tange ao suporte a essa abordagem nos serviços:

*“[...] na verdade a gente se ve assim né, tanto é que a gente fala, se a residência terminar né, a gente vai sentir uma lacuna, um prejuízo muito grande, porque a gente já vem nesses quatro anos trabalhando, nessas ações, né, interdisciplinaridade, com essas ações, multiprofissionais, e é necessário né, porque a equipe de saúde da família não tinha que ser mínima, tinha que ser multi mesmo e a residência veio pra somar e ajudar muito nesse contexto de ver o indivíduo como um todo né, cada um na sua área de saber” (P7/ENF.).*

De modo diferente e numa perspectiva mais consciente das características próprias do seu local de trabalho, o entrevistado a seguir identifica o potencial da equipe multiprofissional na USF:

*“[...] aqui a gente é uma unidade de saúde da família né, e tem... temos várias categorias, tem a odontologia, medicina, a enfermagem, a nutrição que são próprios da unidade né, e além disso com a residência a gente acrescenta o psicólogo e o fisioterapeuta né, na unidade, então quando a gente trabalha de forma interprofissional a gente tá trabalhando na perspectiva do que deve ser realmente o atendimento é... como um todo dos usuários (P6/ODONT/NSV).*

Considerando a proposta da ESF que o usuário seja o centro do processo de cuidado, deve haver uma interação entre as categorias profissionais que compõem as equipes de saúde na direção do cuidado integral aos indivíduos e famílias assistidos pelos profissionais (BARROS, SPADACIO E COSTA, 2018). Assim, o entendimento do entrevistado caminha na direção da real proposta de trabalho interprofissional em saúde, um trabalho voltado ao usuário, que sendo este um ser humano complexo e afetado pelo meio em que vive, conseqüentemente necessitará de um atendimento integral em todas suas dimensões.

A melhoria da assistência prestada, percebida entre os preceptores caminha na direção de um dos domínios do aprendizado interprofissional descrito pela OMS (2010), denominado “relação com o paciente e identificação de suas necessidades” que pode ser traduzido por um trabalho colaborativo com foco na melhor assistência ao paciente.

b) Ampliação do olhar e aprendizado entre os profissionais pela participação dos residentes

Na perspectiva dos preceptores uma das potências da interprofissionalidade promovida pela residência é o aprendizado mútuo, a troca de conhecimento e ampliação do olhar frente às necessidades de saúde:

*“É a troca né de saberes, eu acho que isso é fundamental né, que enriquece o conhecimento de um como o outro, assim como é...se abre um leque maior pra se conseguir trazer uma evolução pra aquele paciente, aquele usuário, ou não só, talvez uma prática clínica, ali na unidade, então acredito que isso é um fato específico da interprofissionalidade que tem um ganho muito bom né... [...] é a visão ampliada né, de como se conhecer aquele paciente, ter a escuta, ter a visão do outro, o que que ele enxerga e eu não enxergo na minha visão profissional, o que que a visão profissional dele enxerga, então isso é um aprendizado [...]” (P5/NUT/UBS).*

De acordo com Ellery e Barreto (2020) quando profissionais de formações distintas trabalham juntos numa perspectiva interprofissional, são afetados uns pelos outros, sendo, portanto, um processo de trabalho mediado pelos afetos. Como resultado ampliam-se os modos de ver e interpretar os fenômenos, em decorrência da integração de saberes proporcionada pela interdisciplinaridade, com modificação das práticas, quer seja pela colaboração interprofissional no núcleo específico de cada profissional e/ou na formação de um campo comum de intervenção, onde as práticas são compartilhadas entre os profissionais sem distinção.

Como domínio do aprendizado interprofissional defendido pela OMS (2011) destaca-se também o “aprendizado e reflexão crítica” podendo ser traduzido pela transferência dos conhecimentos adquiridos interprofissionalmente para o ambiente de trabalho. Como destaca a fala do preceptor, abaixo:

*“[...] são diversas profissões e você amplia assim o seu olhar porque você ver a mesma coisa sobre diversas perspectivas né, sobre o olhar de diversas categorias né, então a gente trabalha assim, trabalhou assim [...] às vezes é um usuário que chega que tá como, com dor de dente, mas aí você conversa com ele, ele tem outras necessidades, ele tá sofrendo porque perdeu o marido ou filho de Covid ou de, que foi assassinado, aí você já, ele já fala aquilo pra você, você já amplia o seu, a sua escuta, já procura ver se ele quer conversar com o psicólogo, se ele, o que ele tá sentindo entendeu?” (P6/ODONT).*

Kinker et al. (2018) referem que, com o trabalho em equipe e de forma interdisciplinar, o resultado das ações em conjunto tende a ultrapassar a somatória das ações específicas das áreas profissionais e que os diferentes olhares e fazeres convergentes deverão ter como centro o usuário e sua vida. Nessa perspectiva, é possível qualificar os níveis de atenção dos serviços locais, abrangendo as redes de atenção à saúde, e mais que isso fazendo conexões com outros setores, assim como é mencionado no discurso do entrevistado seguinte:

*“[...] mas sabendo que a gente conta com aquele olhar, de outros profissionais cada um no seu núcleo do saber pra tá resolvendo, algumas situações né, que você sozinho não avançaria tanto né, [...] mas quando você tem essa, esse, outros profissionais, cada um no seu núcleo do saber, trazendo aquilo dentro da sua área, facilita mais, e as vezes buscando além né, em outros setores também”. (P7/ENF/NSV).*

Segundo Barros, Spadacio e Costa (2018) a manifestação do interesse pelo novo, pode nos indicar o desejo dos profissionais em cortar os laços com a paralisia das instituições de saúde e buscar pela construção de um modelo de cuidado com vistas à integralidade e emancipação dos sujeitos. Desse modo, a formação no serviço visa dispor não apenas da qualificação para os trabalhadores da saúde, mas o desenvolvimento do próprio sistema, em que as realidades locais servirão de ponto de partida para a identificação do que precisa ser transformado, a fim de melhorar desde a assistência ao usuário à gestão micro e macro da saúde e dos serviços que direta ou indiretamente a afetam (MIRANDA, MAZZO, PEREIRA JÚNIOR, 2018).

No relato seguinte é evidenciada a consciência da potência da residência para essa mobilização e mudanças de atitudes profissionais e que isso de certa forma pode ser desconfortável para o profissional:

*“[...] porque amplia o olhar dos profissionais, tira o profissional da rotina da zona de conforto que ela se encontra, tipo daquela rotina maçante [...]” (P5/NUT).*

É inquestionável o contínuo aprendizado e crescimento profissional promovido pela contato, comunicação e atuação conjunta com os estudantes (PINTO; CYRINO, 2014). Contudo, a saída da zona de conforto muitas vezes não é desejável e isso acaba por levar ao desinteresse de muitos profissionais em assumir a preceptoria conforme o esperado, além do acúmulo de papéis no ambiente de trabalho (ARAÚJO et al., 2017).

Nesse contexto, Reuter, Santos e Ramos (2018) buscam alertar aos que vislumbram avanços nessa perspectiva sobre a difícil tarefa de implementação da interprofissionalidade e

intersetorialidade nos serviços públicos de saúde, o que implica em dificuldades para o cumprimento dos princípios do SUS por parte das gestões municipais e, conseqüentemente em prejuízos na atenção integral ao usuário.

De modo crítico Haddad et al. (2009) apontam a desarticulação de longos anos das políticas sociais, que abrangem o setor saúde e educação o que tem levado atualmente a assunto de debates e de intervenções necessárias a partir dos governos. Sendo assim, apesar dos benefícios provenientes do trabalho interprofissional, relatados nessa e em outras pesquisas em saúde, ao seu lado são identificados muitos obstáculos para sua efetivação em decorrência das dificuldades apresentadas por essa prática (DIAS et al., 2016).

#### **6.4.3 Desafios no processo de formação e prática interprofissional dos residentes na ESF**

Assim como nas entrevistas com os residentes, os preceptores elencaram diversas dificuldades, conformando múltiplas categorias de análise, que em conjunto desfavorecem a formação interprofissional nos serviços estudados.

a) Pouco interesse das equipes para trabalhar junto aos residentes,

Alguns dos preceptores entrevistados reconhecem que, uma das dificuldades encontradas no contexto da formação interprofissional no serviço é a resistência da equipe e pouco envolvimento dos profissionais locais com as atividades da residência. Pode-se inferir, talvez, que os atores locais não se percebem como parte do processo de formação, e ao não se sentirem parte dele, surgem as resistências, o afastamento e o pouco envolvimento com a residência, Vejamos a seguir os relatos:

*“[...] então os residentes sempre tem uma atitude de fazer alguma outra coisa e muitas vezes a equipe, é um, dois ou três, não se interessa né, e sempre vai acontecer isso em qualquer lugar, não é só aqui... mas se fosse uma coisa do meu interesse, a questão de prioridade, é você priorizar, se fosse uma coisa do meu interesse, eu realmente posso dizer porque tempo a gente tem, a questão são as prioridades, tem que saber o que quer priorizar” (P1/ENF)*

*“Olha vou dizer que é mais o enfermeiro mesmo, junto com os residentes, é... algumas vezes o agente comunitário também né [...] mas a equipe mesmo totalmente não, a equipe total não” (P8/ENF)*

Nessa perspectiva, Ellery e Barreto (2020) consideram que a atuação interprofissional não é algo simplório e fácil de ser estabelecido, uma vez que depende do outro, e nesse caso, muitas vezes encontram-se resistências, não se desenvolvendo sem a mediação dos afetos. As autoras referem que a partir dos afetos, podem-se reduzir as resistências internas e disputas por espaços de saber e de práticas afim de uma atuação colaborativa entre os pares e colegas das

diversas profissões. Arruda et al. (2018) também destacam o interesse como um dos desafios para o alcance do trabalho interprofissional na residência, ao lado das relações interpessoais, da vontade pessoal e do compromisso com os ideais de cooperação por parte dos membros da equipe de saúde.

Outro fator que não foi mencionado nas falas, mas que são comuns nos serviços de saúde se refere ao desconforto que os residentes podem trazer nestes espaços. Nesse caso Pinto e Cyrino (2014) acrescentam que, quando uma unidade de saúde se constitui em campo de ensino, diariamente, alunos em formação em diversos períodos de formação e categorias profissionais diferentes, transitam pelos corredores e ambientes da unidade, podendo interferir em sua rotina de funcionamento e atendimento à população. Assim, afirmam que diante do desconforto gerado aos profissionais e ao serviço, haverá a necessidade de estabelecer acordos e ajustes, para que ambos se beneficiem dessa experiência.

Ademais, diante da falta de interesse e resistência da equipe, cabe pensar, talvez, nas dificuldades para a articulação da instituição de ensino com as unidades de saúde que venha sensibilizar todo o conjunto de trabalhadores para a formação no serviço. Estudos como o desenvolvido por Gaion, Kishi e Nordi (2022) trazem como desafio pelos médicos preceptores, a fragilidade da relação universidade-rede de saúde.

Uma das falas destaca a implicação do enfermeiro nesse processo, com destaque em relação aos demais profissionais. No estudo de Lâvor et al. (2019), a enfermagem em comparação com a medicina e fisioterapia, ganha evidência em sua missão de se integrar com sua própria equipe, bem como levar essa integração para a multiprofissionalidade. Ao lado do enfermeiro o ACS se destaca no estudo de Lanzoni e Meirelles (2010) como um ator relevante nas equipes interprofissionais, sendo fonte de informação das condições de saúde e doença dos indivíduos e famílias acompanhadas.

Entende-se que para que a proposta da residência seja alcançada, considerando que a formação se desenrola no ambiente de trabalho, faz-se indispensável e primordial o envolvimento sustentado do profissional da saúde preceptor que venha a contribuir com a inserção deste no serviço e a produção do cuidado integrado no ensino (DOMINGOS, NUNES, CARVALHO, 2015).

b) Preceptores carentes de qualificação para desempenhar seu papel.

Outro dos aspectos mencionados pelos preceptores diz respeito às próprias dificuldades enfrentadas por estes no exercício da preceptoría no serviço. Como sinalizado anteriormente



pelos residentes, esses profissionais mostram-se, por vezes, distantes de sua função, e ocupando o papel de observadores das práticas interprofissionais, com pouca participação nesse processo.

Dentre os desafios apresentados, é levantado por alguns preceptores a falta de formação para atuação na preceptoria, o que, na visão deles pode refletir negativamente na formação interprofissional dos residentes. Assim, observa-se essa fragilidade na formação de atores imprescindíveis para o desenvolvimento da residência, o que nos chama atenção para o papel que cumpre a instituição formadora e a EPS desde a gestão dos municípios, contemplados pelo programa:

*“[...] eu acho que a gente deveria ter, ter tido um curso de capacitação pra isso, só teve aquela explanação, aquela escolha, fulano você vai ser preceptora, porque vai ter essa dentista aqui e você vai ser preceptora, então, ela vai ficar na sua unidade e tudo, mas não que a gente tivesse um curso específico pra isso entendeu?” (P3/ODONT).*

*“Na verdade a gente não tinha, eu também não sabia muito como era ser preceptora né, a gente ficou sabendo também, a partir do curso né, do Sírio, a gente começou a ter noção e tal, de como as coisas poderiam acontecer, de como a gente poderia fazer, o que que a gente poderia cobrar e não cobrar” (P8/ENF).*

Portanto, um dos maiores entraves a ser superado, que dificulta e atrasa o processo de integração do ensino-serviço de saúde, diz respeito a atuação insuficiente da EPS, com fragilidades no que tange a capacitação em recursos humanos frente à complexidade do SUS (SILVA; BROTTTO, 2016).

Mecanismos de atuação profissional que atendam às necessidades dos SUS precisam ser compreendidos e aplicados entre os profissionais que atuam no sistema, a fim de qualificar os serviços de saúde e corresponder com os fundamentos teóricos desenvolvidos pelos estudantes de graduação e pós-graduação no campo da saúde. Nessa perspectiva, Haddad et al. (2009) defendem que o aperfeiçoamento do SUS está associado estrategicamente ao campo dos recursos humanos, sendo, portanto, necessário o estabelecimento de parcerias entre os Ministérios da Educação e da Saúde, com foco desde a formação inicial aos processos de educação permanente.

No que se refere às residências multiprofissionais, o preceptor além do perfil para o trabalho em equipe multiprofissional, precisa compreender a dimensão pedagógica relacionada ao seu papel nesse novo contexto. Lima e Rozendo (2019) referem que, o profissional dentro do seu ambiente de trabalho, se depara com atribuições que antes não faziam parte de seu cotidiano, e para as quais não se sente preparado.

Os autores enfatizam que entre as principais dificuldades e desafios no exercício da preceptoria, está no despreparo pedagógico para planejar e avaliar atividades educativas, o que

pode ser explicado pela sua formação acadêmica, outrora baseada em um modelo curricular fragmentado e desarticulado de agir em saúde.

Assim, a fim de que o preceptor se aproprie de estratégias didático-pedagógicas, faz-se necessário lançar mão de meios que possam qualificá-los, com desenvolvimento de competências necessárias à sua formação e qualificação profissional. Desse modo, a criação de programas de formação específica e de educação permanente para preceptores constitui uma das prioridades para o desenvolvimento da residência multiprofissional (CAVALCANTI; SANTANA, 2014).

Nesse cenário, é válido ressaltar que, a formação pedagógica para preceptores é um processo ainda em construção, considerando o recente estabelecimento das RMS do país. Isso pode ser comprovado diante de poucas publicações de projetos de intervenção com qualificações/capacitações promovidas por instituições de ensino para preceptores de residências multiprofissionais. O preceptor ao ampliar seu repertório técnico/profissional e pedagógico, estará favorecendo também a articulação da teoria com a prática, impregnando seu modo de ensinar de novos sentidos, despertando no grupo em que atua um olhar humanizado, sensível e compatível com o cenário em que serão coadjuvantes (ZANELATTO, 2018; SOUZA, FERREIRA, 2019).

Nesse cenário de avanços em qualificação para preceptores, a pesquisa realizada com médicos preceptores, atuando com internos e residentes, identifica que estes profissionais tiveram treinamento para preceptoria durante a residência em Medicina de Família e Comunidade. Por outro lado, eles negam a formação pela universidade para a atuação enquanto preceptores de graduação, havendo menção por um dos entrevistados, sobre a busca individual por curso particular para qualificação em preceptoria para graduação de medicina. A pesquisa refere que todos os entrevistados possuíam interesse em qualificação para a preceptoria, sendo vista como estímulo à atualização, capacitação e reflexão sobre o modo de desenvolver a prática profissional (GAION; KISHI; NORDI, 2022).

O estudo permite inferir sobre a necessidade de maiores investimentos em qualificação para preceptores, tanto pela carência de formação para os que atuam em níveis de graduação, quanto pelo desejo dos mesmos em aperfeiçoarem suas práticas. Deve-se considerar que os estudantes da graduação não são menos relevantes que os de pós-graduação, talvez a falta de investimentos em formação para preceptores desses níveis educacionais seja reflexo dos poucos estudos de campo sob esta ótica, ou até mesmo pela formação ainda uniprofissional que não exija tanto do preceptor uma visão ampliada e com o uso de metodologias ativas, o que repercute no menor tempo e interação entre preceptor e o estudante.

Sabe-se que, a graduação como primeira fase para constituição de um profissional, deve favorecer a articulação teórico-prática, considerando a busca pela formação de um profissional condizente com as demandas do SUS. Tendo em vista essas considerações, Pinto e Cyrino (2014) defendem que, as instituições formadoras devem estar articuladas com os serviços de saúde, pois dessa forma contribuirão para que se cumpra os princípios e diretrizes do SUS. Considera-se que, quando a formação do aluno com conhecimento teórico-prático, compromisso e ética é fomentado desde os primeiros anos da graduação, resultados, como ações e práticas condizentes com as necessidades da população poderão ser alcançados.

c) Sobrecarga de trabalho dos preceptores

Situação também referida pelo preceptor sobre sua participação na formação interprofissional, é a sobrecarga de trabalho enfrentada no seu cotidiano. Essa condição reflete em menor tempo dispensado ao residente no campo de prática, comprometendo, na condição de preceptor, suas contribuições e participações no processo de ensino no serviço, o que inclui a promoção da interprofissionalidade.

Os relatos descritos apontam a grande demanda no serviço, decorrente da população atendida nos campos de prática e também uma atenção aumentada devido à vacinação para a prevenção e controle da covid-19:

*“O nosso desafio maior aqui na unidade de saúde, é que ela é uma unidade atípica, ela é quase como se fosse uma referência, porque a quantidade de pessoas que é atendida aqui na unidade é muito grande, então a unidade não para, ela só tá parando agora no horário de meio dia agora, porque é horário de almoço, mas mesmo assim chega gente batendo, é...pedindo informação, tá então a nossa dificuldade pra que realmente aconteça, pra ter esse trabalho, pode ter outros mas ao meu ver é a demanda da unidade que ela é muito grande”.* (P2/ED.FÍSICA)

*“[...] às vezes é aquilo né, pelo fato de ser três unidades em uma, a quantidade de paciente, o fluxo é muito grande, é necessário ter uma organização de, né, de fluxos, talvez isso possa atrapalhar mas até a infraestrutura não ajuda muito, mas vai, a gente vai se adaptando de acordo com o que vai encontrando, mas esse é nosso desafio, é isso, a demanda”* (P5/NUT)

*“[...] que eles fizeram uma oficina das gestantes, partiu deles, né, inclusive, eu nunca tinha tempo de tá lá participando, sempre eu tava na vacina ou atendendo, eu tenho que tá assim, e essas vacinas, você há de convir que toma todo nosso tempo, a gente tem que se dedicar [...] aqui a equipe é pequena pra demanda, então a gente tem que se desdobrar [...]”* (P4/ENF/JM).

Diante dos relatos, torna-se importante que no momento da seleção das USF que irão receber a residência, estas sejam caracterizadas por demandas populacionais moderadas em seu serviço, tendo em vista a necessidade de momentos de discussão entre o grupo de residentes e preceptores serem preservadas para que a formação ensino-serviço seja adequada.

Por outro lado, sabemos que os espaços com demandas altas, possuem uma gama de oportunidades de atuação profissional, com maior possibilidade de trabalhar com casos complexos, no entanto essa vantagem não pode comprometer o aprendizado que também está atrelado aos momentos de discussão e reflexão teórico-prática.

Um dos desafios presentes em outras realidades da APS no país referido em uma das entrevistas diz respeito ao fluxo e desorganização da unidade. Confirmam essa afirmação Santos e Moreno Neto (2022), que discutem sobre o desafio na organização do processo de trabalho na ESF, havendo a necessidade de investimento em recursos humanos qualificados e em tecnologias que venham favorecer a promoção do cuidado dos indivíduos e coletividades, resultando em um ambiente de trabalho propício a atuação profissional, com usuários satisfeitos em serem atendidos.

Outro fator importante relatado se refere ao aumento da demanda em detrimento da pandemia:

*“Oh a dificuldade que eu vejo é você conseguir juntar as pessoas né, porque cada um tem uma agenda, cada um tem, a demanda é muito alta, não é? a gente tem essa situação de ficar um ano mais ou menos sem fazer os atendimentos como que deve ser na estratégia, e aí quando você retorna, você tem uma demanda muito grande, uma demanda reprimida muito grande, é...muita gente que ficou sem vim, médico, muita gente que, por conta da pandemia, ficou só renovando receita, e aí veio várias questões, muita gente sem fazer preventivo, então assim, aqui especificamente, a gente tem uma dificuldade muito grande em parar pra repensar os processos de trabalho por conta de que a gente vive, tem vivido é, muita coisa dentro da unidade de fluxo mesmo, [...]E aí ia todo mundo pra dentro da vacina, todo mundo ia... quem não ia vacinar, ia, ia distribuir senha, ia organizar fila, ia preencher mapa... assim a gente se viu num momento que a coisa mais importante era isso né, cê tinha que vacinar o povo” (P6/ODONT)*

*“[...] liberação pra participar dessas reuniões aqui né, a gente não tem. Aí, e esse ano mesmo que teve essa questão de vacina, a gente foi muito pra sala de vacina, então realmente foi uma carga muito grande, então realmente a gente participou, não participou de muitas reuniões não esse ano”. (P8/ENF)*

A pandemia do covid-19 trouxe aos serviços mudanças nos perfis de adoecimento, como aumento das condições psicológicas, descompensação das doenças crônicas como hipertensão e o diabetes, retardo nos exames de prevenção de doenças como mamografia e citopatológico vaginal e procura maior pelos serviços de imunização, com sobrecarga especialmente no que se refere a vacina do covid-19 em que toda a população do território precisou ser imunizada. Todas essas condições levaram a uma sobrecarga dos trabalhadores da saúde, com consequente diminuição de tempo para a dedicação a residência.

A pesquisa desenvolvida por Pinto e Cyrino (2014) elucidam a falta de tempo dos profissionais para supervisão e discussão de casos reais vivenciados na prática com os alunos, em decorrência da sua grande demanda assistencial. Essa constatação repercute no potencial que serviço de saúde possui como uma instituição pedagógica, tendo em vista do conhecimento do conflito vivido pelos profissionais da saúde para conciliar o duplo papel de assistência e

formação. Ademais, o estudo constatou profissionais que não se reconhecem como professores, mas sim aqueles que devem prestar assistência à saúde, longe de problematizar estas questões vivenciadas no mundo real com os alunos.

De modo semelhante, o estudo de Oliveira et al.(2020), discutem a respeito da sobrecarga de trabalho imposta aos profissionais, o que dificulta seu desempenho na preceptoria, sem contar as estruturas físicas precárias das unidades que não favorecem os espaços de reuniões e discussão. Consideram-se as relações de trabalho ainda verticais e também a avaliação de profissionais ancorada nas metas e números com falta de reconhecimento da função ampliada do preceptor por parte dos gestores que vai desde a assistência ao ensino.

Outro ponto de destaque nas falas, se trata da sobrecarga que pode estar mascarada pelo comodismo e/ou por uma visão restrita e limitada da amplitude de se atuar na ESF e dos benefícios de uma formação para uma prática mais próxima das necessidades da população, como visto a seguir pelos preceptores:

*“[...] a residência contribui muito pra que essas coisas aconteça, porque as vezes a gente no dia a dia, da o fazer da unidade, é muita coisa é muita coisa, e a gente as vezes fica aquela coisa de apagando incêndio né, e a residência ela tá sempre se propondo a essa discussão mais coletiva né” (P6/ODONT)*

*“[...] só que a gente, como aqui cê sabe que a demanda é muito enorme, você não tem tempo nem cabeça pra ficar atrás de reunião, de tutor, de preceptor, entendeu, você quer ver as coisas acontecer, você quer ver tudo em ordem na sua área, você não quer saber de... por isso que as vezes a minha resistência”. (P4/ENF).*

As justificativas podem esta associadas também a uma maior exigência pela reflexão sobre o processo de trabalho e necessidade de busca por informações que emergem dos questionamentos dos alunos, o que implica num maior comprometimento e motivação diante do próprio trabalho desenvolvido pelo profissional (PINTO; CYRINO, 2014). Nas falas percebe-se também uma sensação do preceptor de que as demandas da residência podem atrapalhar o serviço e a manutenção da sua ordem, o que acaba resultando na manutenção do perfil ambulatorial do serviço, com respostas às exigências impostas pela gestão local de saúde, e não pelo que está preconizado em seu arcabouço legal.

d) A pandemia como limitante da prática interprofissional e colaborativa em equipe.

Por fim, outro aspecto no menos importante, desvelado neste estudo, foi o atravessamento da pandemia de covid-19, no decorrer de todos os relatos dos participantes. Os preceptores corroboram o que já tinham apontado os residentes em torno aos desafios enfrentados durante a residência no serviço da APS.

A dinamicidade com que os perfis de saúde e doença se fazem presentes na sociedade é conhecida e entendida especialmente pelos profissionais da área da saúde. Não somente isso, os sistemas de saúde se renovam a cada dia e sempre estiveram a postos, ainda que não preparados e, por vezes deficientes, para lidar com as mais diversas demandas e complexidades nas questões de saúde.

A covid-19 de modo avassalador e sem precedentes na história mundial, segundo Silva et al. (2022) levou a impactos nos diversos setores da sociedade, desde nas economias, estruturas sociais e sistemas de saúde. Esse impacto foi sentido nos serviços de APS, mais precisamente nas USF, porta de entrada dos usuários e nível de atenção em que a vigilância epidemiológica cumpre seu principal papel a nível local, que é controlar e prevenir as doenças e agravos em saúde dos territórios áreas de abrangência das USF.

No entanto, muito se discutiu em congressos e seminários, que apesar do potencial da atenção primária no controle da pandemia, esse serviço deixou a desejar em seu papel de vigilância dos territórios e atenção aos pacientes acometidos, seja pelo despreparo dos profissionais para o enfrentamento de situações complexas ou por questões estruturais e organizacionais, muitas vezes com direcionamentos equivocados para o serviço e trabalhadores, como podemos observar na fala de um dos entrevistados:

*“Eles trabalharam na vigilância no início quando a unidade fechou, quando a unidade ficou centro Covid” (P6/ODONT).*

Nota-se que houve uma mudança no campo de prática dos residentes, com fechamento da unidade e transformação do setor em um ambulatório para atenção aos sintomáticos. Nesse caso, pode-se afirmar que houve desvio na atuação dos residentes proposta pelo programa, com comprometimento do seu aprendizado, que vai desde a articulação teórico-prática não mais condizente com a realidade vivenciada à prejuízos no que tange o desenvolvimento da interprofissionalidade. De modo a comprovar a reflexão acima o relato a seguir trata sobre essa condição:

*“[...] é nós tivemos várias intercorrências no decorrer do ano, ou até mesmo no decorrer da residência, uma delas foi o covid não é? então elas (as residentes) tiveram que abortar algumas coisas que eram do programa justamente para dar esse apoio em relação ao covid, mas nem por isso elas deixaram de da continuidade ao que elas vieram é... buscar aqui na unidade e ao meu ver, o que eu participo com elas foi totalmente cumprido mesmo com esse, o aparecimento do covid 19, tá?” (P2/ED.FÍSICA).*

*“[...] eu entrei aqui em época muito difíceis né, época de pandemia, onde programas foram cortados, a gente tava totalmente desestimulado pra tudo e logo com o profissional desestimulado, imagine você encontrar estímulo pra poder estimular outro profissional, então muito pelo contrário ela (a residente enfermeira) que me estimulava e esse estímulo só já foi no final” (P4/ENF.)*

De acordo com Di Bella (2022) o período de pandemia trouxe repercussão na saúde e na educação, especialmente no modo de operar destes setores. Houve a necessidade de adequação à nova realidade imposta, havendo também muito aprendizado diante dessas mudanças, isto é, muitos prejuízos, mas também aquisições. Sabe-se que, o processo de aprendizagem programado precisou ser readequado, mas com certeza ganhou-se um novo aprendizado a partir de uma nova prática. Deve-se buscar uma nova forma de ensino fundamentado em pilares atuais, onde as instituições de ensino e os serviços de saúde não devem perder de vista o objetivo principal: formar profissionais que atuem em defesa do indivíduo e sua vida.

## 7. CONCLUSÕES

O estudo nos leva a compreender as RMS como um caminho para transformação das práticas em saúde. Considera-se a integralidade, princípio orientador do SUS, dependente de um trabalho interprofissional nos espaços de atenção em saúde. O PPP da residência analisada, apresenta elementos que comungam com os princípios norteadores da EIP, assim o documento encontra-se pautado numa perspectiva interdisciplinar e interprofissional, necessária para a formação de um profissional capaz de trazer respostas às necessidades iminentes de saúde individual e coletiva.

Os resultados demonstram que a formação proposta pela RMS, traz novas formas de aprender e ensinar para todos os envolvidos, conseguindo romper com o modelo de formação uniprofissional, pela adoção de um currículo integrado e pela atuação dos residentes de diferentes profissões em um mesmo cenário de prática, com atividades teóricas, teórico-práticas e práticas em equipe.

Em geral, os residentes apresentaram compreensão assertiva sobre a interprofissionalidade, descrevendo os aspectos que a permeiam, como o compartilhamento e articulação entre as profissões para um cuidado integral. Além disso, eles reconhecem os elementos inerentes à interprofissionalidade, como sendo estes apreendidos ao longo da sua formação. Os elementos da EIP descritos por eles, são convergentes para os domínios do aprendizado interprofissional proposto pela OMS (2010).

As práticas interprofissionais também se materializaram nas consultas compartilhadas, interconsulta, discussões de caso, PTS e visita domiciliares. Para além destas, ganharam espaço também as práticas interprofissionais coletivas de educação em saúde e educação permanente com as equipes da ESF. No entanto, os residentes consideram que poderiam ter tido mais vivências nesse sentido, considerando as necessidades gritantes dos territórios onde estavam inseridos.

A pesquisa identificou a pouca ou nenhuma participação dos integrantes das equipes locais com o processo formativo, resultando em uma segregação entre residentes e trabalhadores do serviço nos cenários de prática. Essa problemática é relatada pelos residentes e confirmada pelos preceptores quando estes últimos descrevem a falta de envolvimento da equipe com a residência e assumem o distanciamento para com o seu papel de preceptor, em decorrência de algumas dificuldades, a exemplo da falta de capacitação ou preparo para assumir essa função associada a sobrecarga profissional com demandas burocráticas crescentes da gestão.



Tal situação requer uma tomada de atitude por parte da gestão em saúde municipal em parceria com as IESs formadoras da região, no intuito de garantir profissionais capacitados para cumprir os papéis na preceptoria nos serviços de saúde, sem com isto produzir maior acúmulo de funções ou sobrecarga nas funções desses profissionais nos seus serviços.

A falta de implicação da figura do preceptor na residência, pode ser percebida quando comparamos os seus discursos com os dos residentes, ao referirem as práticas interprofissionais em menor abrangência, de modo superficial e pontual. Isso pode ser resultado da pouca aproximação dos preceptores com a formação na residência, sendo este mais um profissional a que os residentes podem se relacionar, não se comportando como orientador de referência e fomentador do trabalho interprofissional.

De modo favorável, as práticas interprofissionais são consideradas pelos residentes e preceptores benéficas, tendo em vista a melhoria da assistência à saúde prestada, com maior qualidade e promoção de vínculo com o usuário. Ademais, o trabalho interprofissional proporciona a ampliação do olhar e aprendizado entre os profissionais, levando-os a construção de novos conhecimentos e fortalecimento dos saberes e práticas comuns as profissões do campo da saúde.

Foram elencadas limitações comuns na visão de residentes e preceptores para a formação e trabalho interprofissional, sendo estas relacionadas, em grande parte, a fatores ligados aos cenários de prática, mas também afetos à gestão da atenção básica e também ao que tangem às questões pedagógicas do curso no que diz respeito a articulação teórico-prática.

Nesse panorama, um ponto a ser destacado, diz respeito aos campos de prática e modos de operar das equipes, ainda caracterizados por uma atuação ambulatorial e prescritiva, com profissionais exercendo seu trabalho de modo isolado, apresentando poucos espaços coletivos, sendo, portanto, um desafio para a formação a mudança dessa realidade. Sem contar que os residentes, por vezes, são vistos como mão-de-obra, devendo suprir as necessidades e carências da assistência. A pandemia do covid-19 e as restrições dela advindas também limitou a atuação interprofissional, apesar das inovações produzidas a partir dessa condição.

No entanto, alguns avanços na direção de mudanças foram identificados nas falas dos preceptores, como o reconhecimento da importância de se pensar e atuar de modo interprofissional, a valorização do processo formativo dentro do serviço de saúde e o aprendizado alcançado pela presença dos estudantes.

Nas entrevistas, pouco se falou dos usuários, enquanto atores importantes nos processos de mudanças, havendo a necessidade desses profissionais, sejam residentes ou trabalhadores da saúde, incluí-los nos espaços de planejamento das ações de saúde, com vistas a seu

protagonismo na construção de novas formas de fazer saúde e estímulo à participação social.

No estudo, chama-se atenção para a profissão da odontologia, com uma formação mais isolada e fragmentada em comparação com as demais, voltada para o procedimento e exploração pelo uso das tecnologias duras em detrimento das leves. Como reflexo de sua formação, esses residentes trazem compreensões mais reducionistas sobre a interprofissionalidade e uma maior dificuldade para o rompimento com o processo de ensino tradicional, em relação as demais profissões. Entende-se que, a residência, portanto, oportunizou estes estudantes para o aprendizado e trabalho em equipe até então desconhecido por eles, constituindo a partir de então um diferencial no currículo desses profissionais.

Conforme outros estudos realizados, ganhou destaque a profissão da enfermagem, pelo maior envolvimento com o processo formativo em relação aos demais membros da equipe, o que pode ser favorecido pela sua bagagem profissional atrelada a aspectos de liderança, a uma abordagem mais humanizada, a ciência do cuidar e, por conseguinte, ao olhar mais abrangente para com os determinantes sociais. Assim, os enfermeiros se destacaram na participação das atividades com os residentes, apresentando maiores reflexões na direção de mudanças dentro de uma perspectiva interprofissional.

Foram identificadas fragilidades na relação entre ensino e serviço e falta de protagonismo da EPS nesse cenário, tendo em vista que os preceptores e membros da equipe desconhecem o seu papel nesse processo de formação bem como a sua finalidade, não havendo pertencimento a esse movimento formativo.

As dimensões da aprendizagem na residência perpassa suas bases ancoradas no seu PPP, mas articuladas a um cenário favorável no SUS. Assim, a formação no serviço é dependente de um ambiente de atuação propício para que se obtenha êxito em seus objetivos. Não se trata de condições de saúde ou padrões epidemiológicos, mas aos aspectos básicos para seu funcionamento e que são defendidos em sua política pública, a exemplo da infraestrutura das unidades, formação contínua desses profissionais com vistas a mudança no modelo de atenção e a valorização com reconhecimento dos profissionais da saúde em sua dupla função: assistencial e educativa.

Sendo assim, pode-se afirmar que a residência em estudo consegue estabelecer um processo de aprendizagem interprofissional da teoria à prática, pelos instrumentos pedagógicos que a favorecem, no entanto, tendo que lidar ainda, com alguns fatores dificultadores encontrados em seu campo de prática.

Deve-se buscar pela integração ensino-serviço-comunidade, considerando que para alcançar melhores condições de saúde, faz-se necessário envolvimento da educação, dos profissionais, dos gestores e da participação popular, a partir da promoção de espaços de discussão e diálogo entre esses atores.

Entende-se que todos os atores, em decorrência de sua interdependência, devem caminhar juntos, dentro de uma mesma perspectiva para que a comunicação seja fluida e efetiva, com interesses e responsabilidades compartilhadas para o alcance a novas realidades em saúde. Ademais, investimentos em capacitação e cursos para preceptores se fazem iminentes, devendo haver um maior protagonismo da EPS e das instituições de ensino superior em prol de sustentar o papel pedagógico da saúde no ensino.

Tais reajustes são necessários a fim de se preparar o terreno ou cenário de prática da residência, podendo ser assim aproveitada em seu potencial formativo e também como dispositivo de EPS no serviço.

A pesquisa tem a intenção de contribuir para com a formação da RMS em estudo e para o setor saúde dos municípios contemplados pelo programa, podendo ainda com o seu produto, servir de reflexão para estudantes, profissionais e gestores dos diversos lugares do país, a partir de publicações científicas. Assim, caminhando na direção das mudanças propostas, buscou-se resgatar o modelo de ESF preconizado pela PNAB, e não reproduzir o modelo de atenção reducionista ainda presentes nos serviços públicos de saúde.

Conclui-se que o potencial transformador das residências na educação e saúde é motivo suficiente para que sejam promovidas novas pesquisas na perspectiva da EIP.

## REFERÊNCIAS

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M. P; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu)**, n. 20, v.59, p.905-16, 2016.

AGUIAR et al. Introdução à pesquisa “Preceptoria em Programas de Residência no Brasil e na Espanha: Ensino, Pesquisa e Gestão” premissas, opções metodológicas e caracterização dos respondentes. In: **Preceptoria em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão**. Rio de Janeiro CEPESC/IMS/UERJ, 207p, 2017a .

AGUIAR et al. Introdução à pesquisa “Preceptoria em Programas de Residência no Brasil e na Espanha: Ensino, Pesquisa e Gestão” premissas, opções metodológicas e caracterização dos respondentes. In: **Gestão de programas de residência: desafios atuais no trabalho de coordenadores brasileiros**. Rio de Janeiro CEPESC/IMS/UERJ, 207p, 2017b.

AGUIAR et al. Introdução à pesquisa “Preceptoria em Programas de Residência no Brasil e na Espanha: Ensino, Pesquisa e Gestão” premissas, opções metodológicas e caracterização dos respondentes. In: **Reflexões e perspectivas sobre a formação especializada em saúde a partir da pesquisa “Preceptoria em Programas de Residência no Brasil e na Espanha: Ensino-Pesquisa e Gestão** Rio de Janeiro CEPESC/IMS/UERJ, 207p, 2017c.

AGUIAR et al. Introdução à pesquisa “Preceptoria em Programas de Residência no Brasil e na Espanha: Ensino, Pesquisa e Gestão” premissas, opções metodológicas e caracterização dos respondentes. Rio de Janeiro CEPESC/IMS/UERJ, 207p, 2017d

ALBUQUERQUE, E. R. N; SANTANA, M. C. C. P; ROSSIT, R. A. S. Residências multiprofissionais em saúde como fomentadoras da formação interprofissional: percepção de nutricionistas sobre as práticas colaborativas. **Demetra: Alimentação, Nutrição e Saúde**; v.13, n.3; p.605-619, 2018.

ANDRADE, S. R.; MEIRELLES, B. H. S; LANZONI, G. M. M. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **O mundo da saúde**, v.35, n.4, p. 373-381, São Paulo, 2011

ANDRADE, A. C. V. et al. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.37, n.4, p.439-449.

ARAÚJO T. A. M et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface, comunicação saúde educação**. v.62, n.21, p.601-13, 2017.

ARRUDA, G. M. M. S. et al. O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface, comunicação, saúde e educação**. 22 (Supl.1), p. 1309-23, 2018.

ARNEMANN, C. T. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. **Interface, comunicação, saúde e educação**, 2018; 22(Supl. 2):1635-46.

AUTONOMO, F. R. O. M et al. A preceptoria na formação médica e Multiprofissional com ênfase na Atenção Primária- Análise das publicações brasileiras. Revista brasileira de educação médica. v.39, n.2, p. 316 – 327 ; 2015.

AYRES, J. R. C. M. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, v.20, n.3, p.905-912, 2015. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt\\_1413-8123-csc-20-03-00905.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00905.pdf)>.

BATISTA, N. A. et al. Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. Interface Comunicação Saúde e Educação, n. 22(Supl. 2), p. 1705-15, 2018.

BATISTA, K. B. C; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

BOTTI, S. H. O. O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: Um Estudo de Residências em Especialidades Clínicas de um Hospital de Ensino. 2009. 104 f. Tese (Doutorado) (Escola Nacional de Saúde Pública) Rio de Janeiro), 2009. Disponível em: Disponível em: <https://bit.ly/3xKYoyY>.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa. Editora: Edições 70, 2011.

BARRETO, A. C. O et al. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. v.72(Suppl 1), p. 278-85, 2019.

BARROS, N. F; SPADACIO, C.; COSTA, M.V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v.42, n.1, p. 163-173, setembro, 2018.

BARR, H.; LOW, H. Introdução à Educação Interprofissional. Centro para o Avanço da Educação Interprofissional. Julho de 2013.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: Concepções e Práticas. Caderno FNEPAS, v.2, janeiro, 2012.

BACKES, D. S et al. Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 277-289, 2014.

BRASIL. Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Disponível em:<  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, 2012, 108p.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 2007. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, jun., 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

\_\_\_\_\_. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União. 16 abr 2011. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Trabalho e Redes de Saúde. Valorização dos trabalhadores da Saúde. Brasília, 2006, 34p.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Cadernos HumanizaSUS. Volume. 1 Formação e intervenção. Série B. Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde, Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Clínica Ampliada e Compartilhada. Série B. Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, Ministério da Saúde, Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Cadernos de Atenção Básica, nº34. Saúde Mental, Brasil, 2013.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Humanização PNH. 1ª edição. 1ª reimpressão Folheto. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 27, Brasília – DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 1077, 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. Brasília, Ministério da Educação, 2009.

BOTTIL S.H.O., REGO S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? Rev. bra. educ. med. 2008; 32(3):363-373. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a11.pdf>

BOLLELA, V. R. et al. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. Medicina, Ribeirão Preto, v.47, n.3, p.293-300, 2014.

BORTAGARAI, F. M. et al. A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de intervenção precoce. *Distúrb Comun, São Paulo*, v.27, n.2, p.392-400, junho, 2015.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE - CIHC. A National interprofessional competence framework. 2010. Disponível em: <https://www.corhealthontario.ca/02-CIHC-IPCompetencies-Feb12101.pdf>

CANGUSSU, Y.; GUEDES, L. Alcances Terapêuticos e Matriciais: Uma Experiência de Grupo de Saúde Mental na Atenção Básica. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, Salvador*, v.11, 2022.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L.R. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface, comunicação, saúde e educação*. 22 (Supl. 1), p. 1325-37, 2018.

CARVALHO, M. A. P.; GARCIA, M. R. G.; SEIDL, H. Curso de Especialização em Saúde da Família nos moldes da Residência Ensp/Fiocruz: desenvolvendo competência para a atenção básica. In: *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios, Série B. Textos Básicos de Saúde*, 414p, Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

CAVALCANTI, I. L., SANTANA, J. M. B. A preceptoria em um programa de residência multiprofissional em oncologia: carências e dificuldades. *Rev. Elet. Gest.&Saúde*. n.5, n.3, p.1045-54, 2014.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro, Hucitec, 2004. p. 259-278.

CECCIM, R.B. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1ª Edição Porto Alegre/RS 2017 Rede UNIDA*.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface: comunicação saúde e educação, Botucatu*, v.22, n.2, p.1739-49, 2018.

CECCIM, R. B. Prefácio: Compromissos do ensino da saúde com os desafios sociais In: *Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde*, Cultura Acadêmica, São Paulo, 252 p. 2014.

CHARQUEIRO, L. T. P. et al. A clínica ampliada na atenção básica: contribuições do nasf na constituição de linhas de cuidado. *Boletim da Saúde, Porto Alegre*, v. 25, n. 2, p. 77-86 jul./dez. 2016.

CHRIGUER, R. S. et al. O PET-Saúde Interprofissionalidade e as ações em tempos de pandemia: perspectivas docentes. *Interface, comunicação, saúde e educação. Interface (Botucatu)*. v. 25 (Supl. 1). 2021.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.

Ciência e Saúde Coletiva, 14 (Supl. 1), p.1523-1531, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026)>

COSTA, M. V. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1ª Edição Porto Alegre/RS 2017 Rede UNIDA.

D'AMOUR D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv Res. 2008 Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/188>.

DIAS A.R.N. et al. Preceptoria em saúde: percepções e conhecimento dos preceptores de uma unidade de ensino e assistência. Rev Educação Online. 2015; 19:83-99.

DIAS, E. S. et al. As Relações Produção/Consumo, Saúde e Ambiente na Atenção Primária à Saúde do SUS. In: Coordenação: GT. Saúde e Ambiente da ABRASCO Caderno de texto: I Conferência Nacional de Saúde Ambiental. Rio de Janeiro, 2009. p. 109-115.

DIAS, I. M. A. V. et al. A tutoria no processo de ensino aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 257-267, out-dez, 2016.

DI BELLA Z. I. K. J. Impacto da pandemia da COVID-19 na residência médica. Femina.v.50, n.2, p.103-5, 2022.

DOMINGOS C.M.; NUNES E.F.P.A.; CARVALHO B.G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. Interface (Botucatu). 2015; 55(19): 1221-32. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140643.pdf>

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. S. F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. Interface, Comunicação, Saúde e Educação, 22(Supl. 2):1717-27, 2018.

ELLERY, A. E. L; BARRETO, I. C. H. C. Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade: produções mediadas pelos afetos. In: Trabalhar e aprender em conjunto: Por uma técnica e ética de equipe na saúde. Série Vivências em Educação na Saúde, p.14-49, Chapter, junho, 2020.

ELY, L. I.; TOASSI, R. F. C. Atividade de ensino integradora dos currículos na graduação em saúde: entre o multiprofissional, o interdisciplinar e o interprofissional. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1ª Edição Porto Alegre/RS 2017 Rede UNIDA.

FARIAS, D. N. et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 141-162, jan./abr. 2018.

FARIAS, G. B; FAJARDO, A. P. Interconsulta em serviços de atenção primária à saúde, Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v. 6, Supl. 3, p.2075-93, Junho, 2015.



FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde. Interface Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.18, p.489-506, set./dez. 2005. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4490>>

FERREIRA, M.G. et al. Projeto Terapêutico Singular no manejo de casos complexos: relato de experiência no PET-Saúde Interprofissionalidade. Revista brasileira de educação médica, v.46, n.1, 2022.

FERLA, A. A.; TOASSI, R. F. C. Formação interprofissional em saúde: um caminho a experimentar e pesquisar. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1ª Edição Porto Alegre/RS 2017 Rede UNIDA.

FIGUEIREDO, E. N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. UMA-SUS. UNIFESP. São Paulo:[2012?]. 12p. Disponível em: < [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2021.

FRANCO, T. B. O processo de trabalho em saúde. 2003.

FREITAS, C. C. Domínios de competências essenciais nas práticas colaborativas em equipe interprofissional: revisão integrativa da literatura. Interface (Botucatu). v.26, p.1-18, 2022.

FREIRE FILHO, J. R. F.; SILVA, C. B. G. Educação e prática interprofissional no sus: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1ª Edição Porto Alegre/RS 2017 Rede UNIDA.

FREIRE FILHO, J. F. R et al. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. Revista Latino Americana de Enfermagem. v.26, 2018.

FREITAS, N. K. PERCEPÇÕES, IMAGENS, PALAVRAS: Os significados, a formação e o desenvolvimento humano. Psicol. Argum., Curitiba, v. 27, n. 56, p. 45-54, jan./mar. 2009.

JUNIOR NUNES, J. R. et al. O trabalho em equipe na implementação de um grupo na Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira Promoção da Saúde. v.35, 2022.

GAION, J. P. B. F.; KISHI, R. G. B.; NORDI, A. B. A. Preceptoria na atenção Primária durante as primeiras séries de um curso de Medicina. Revista brasileira educ. med., v.46, n.3, 2022.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.3, p.783-794, 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300014&script=sci_arttext)>

GONÇALVES, R. B. M. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características tecnológicas de Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. Editora Hucitec. Abrasco. São Paulo, 1994. 278p.

HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008, *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 2009.

KINKER, F. S. et al. Os desafios da interprofissionalidade na Residência Multiprofissional em Saúde: Notas sobre a experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial (UNIFESP). *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília n.12, v.1, p.207-221, dez, 2018.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do Agente Comunitário. *Rev Rene*. v.11, n.2, p.140-51, 2010.

LAVÔR, T. B. S. L et al. Práticas colaborativas e interprofissional na terapia intensiva: conhecimento, reflexos e limitações, *RIES, Caçador*, v.8, nº 1, p. 11-27, 2019.

LIMA, V. L. et al. Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. *Interface Comunicação Saúde e Educação*, 22 (Supl 2), p.1549-62. 2018.

LIMA P.A.B., ROZENDO C.A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. *Interface- Com. Sal. Ed.* [online]. 2015, 19(1): 779-791 Disponível em <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0542>

LIMA, I. C. B. F.; PASSOS, I. C. F. Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, 2019.

LIMA, V.V. Espiral Construtivista: Uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface*, Botucatu, v.61, n.21, p.421-34, 2017.

LUZ, A. R. et al. Consulta compartilhada: uma perspectiva da clínica ampliada na visão da residência multiprofissional, *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v.7, n.1, p. 270-81, 2016.

MACARIO, E. O público e o privado na evolução do ensino superior brasileiro. VI Seminário Cetros Crise e Mundo do Trabalho no Brasil: desafios para classe trabalhadora, UECE, 2018.

MANOEL, C. M.; CYRINO, E. G. Inovação pedagógica no ensino médico e de enfermagem: desafios e perspectivas na formação. In: *Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde*, Cultura Acadêmica, São Paulo, 252 p. 2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. *Rev. Min. Enf.*, n.7, v.1, p.61-66, jan./jul., 2003.

MATTOS, M. P. et al. Prática interprofissional colaborativa em saúde coletiva à luz de processos educacionais inovadores. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 43, n. 1, p. 271-287 jan./mar. 2019.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v.25, n.1, p.17-25, abr., 2004. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4490>>.

MARANHÃO, M. S. Educação para o trabalho interprofissional no contexto das residências em uma maternidade escola. Dissertação de Mestrado. Mestrado Profissional em ensino na saúde. 2018.

MEIRELLES, M. C. P.; KANTORSKI, L. P.; HYPOLITO, A. M. Reflexões sobre a interdisciplinaridade no processo de trabalho de centros de atenção psicossocial. R. Enferm. UFSM, v.2, n.1, p.282-289, Mai/Ago, 2011.

MELLO FILHO, J.; SILVEIRA, L. M. C. Consulta conjunta: uma Estratégia de Capacitação para Atenção Integral à Saúde. Rev. bras. educ. med. v.29, n.2, May-Aug, 2005.

MENDES, E. V. Os sistemas de serviços de saúde. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. 2002.

MENESES, J.R. et al. RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: os movimentos que as sustentam. Formação de formadores para residências em saúde. 1ª Edição Porto Alegre/RS, 2018, Rede UNIDA.

MENESES, A.F.P.; FUENTES-ROJAS, M.; D'ANTONA, A.L. Triangulação de métodos: estratégia metodológica na pesquisa interdisciplinar sobre o cuidado às pessoas vivendo com hiv/AIDS. Revista espaço de diálogo e desconexão. v.10, n.1, 2018.

MERHY, E.E; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. EPJV. FIOCRUZ. 2005.

MERHY, E.E. O agir em saúde, um desafio para o público. Saúde em Debate. Série Didática. Editora Hucitec. 2ª Edição. 1997, 388p.

MERHY, E.E.; PINTO, H. A. Cuidado com o trabalho vivo em ato: Interroque-o! 2004.

MERHY, E.E; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. 2003.

MERHY, E. E. et al. O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo. Editora Hucitec. 2003, p.298.

MOREIRA, C. O; DIAS, M. S. A. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. ABCS Health Sci., v.40, n.3, p.300-305, 2015.

MIOLO, S.B; FEDOSSE, E. A participação de diferentes núcleos profissionais na Atenção Básica: Percepção de profissionais de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Saúde (Santa Maria), v. 47, n. 1, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução MS/CNS Nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União nº 38, de 26 de fevereiro de 2018 – Seção 1– págs. 85 à 9. Conselho Nacional de Saúde.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. de S. *Disciplinaridade, Interdisciplinaridade e Complexidade. Emancipação: Ponta Grossa*, v. 10, n. 2, p. 435-442, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/3iltcQk>

MIRANDA, F. B. G.; MAZZO, A.; PEREIRA JÚNIOR, G. A. Avaliação de competências individuais e interprofissionais de profissionais de saúde em atividades clínicas simuladas: scoping review, *Interface, Botucatu*, 2018.

MITRE, S.M et al. Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem na Formação Profissional em Saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, Supl. 2, p.2133-2144, 2008.

MOURA, M. E. B. et al. A Estratégia Saúde da Família e as tecnologias em saúde: análise reflexiva. *Revista de Enfermagem UFPE online*, Recife, v.8, n.7, p.2155-9, jul., 2014. Disponível em: <[www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../9622](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../9622)>.

MULLER, J. L. et al. A prática interprofissional e a formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa, *Revista Saúde em Redes*, v. 8, Supl.++ n. 1, 2022.

NASCIMENTO, R. C. S; PAIM, M. C.; CARMO, D. S. Regionalizando a residência em área profissional de saúde: reflexões sobre interprofissionalidade no estado da Bahia. *Trabalho e educação na saúde: análises e vivências*. Organização: Janete Lima de Castro, Rosana Lúcia Alves de Vilar; Thais Paulo Teixeira Costa. - Natal, RN: Una, 2020.E-book 370 p.

NOGUEIRA, N. F. O; MOTA, C.S.; TEIXEIRA, D. S. Apoio Matricial e Saúde Mental: relato das potencialidades e desafios no fazer do NASF por uma psicóloga em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Rev. Psicol. Divers. Saúde*, Salvador, v.10, n.3, p.455-468, novembro, 2021.

OLIVEIRA, F. D et al. A compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família sobre a preceptoria da residência multiprofissional em saúde. *Trabalho e educação na saúde: análises e vivências*. Organização: Janete Lima de Castro, Rosana Lúcia Alves de Vilar; Thais Paulo Teixeira Costa. - Natal, RN: Una, 2020.E-book 370 p.

OLIVEIRA, S. D. M. et al. Educação permanente, interprofissionalidade e práticas colaborativas na atenção à saúde, *Revista extensão em ação*, Fortaleza, v. 20, nº 2, jul-dez 2020.

OLIVEIRA, M. S. Inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no contexto da graduação dos cursos da área de saúde In: *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*, Série B. Textos Básicos de Saúde, 414p, Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

OLIVEIRA, A. M. G; PEZZATO, L. M.; MENDES, R. Articulação entre Práticas Integrativas e Promoção da Saúde: ações coletivas com acupuntura na Estratégia Saúde da Família. *Revista APS*. v.25 Supl 1, p.8 -28, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS; 2010.

PALMIER, A. C. et al. O papel do preceptor na formação profissional em serviço de saúde. *Revista da ABENO*, v.21, n.1, p.1704, 2021.

PACHECO, E. N. et al. Residência médica e multiprofissional: demandas e recursos de preceptores na atenção primária à saúde, *Revista APS*, v.25 (Supl 1), p.147-71, 2022.

PASCHE, D. F. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: *Cadernos HumanizaSUS*. Volume. 1 Formação e intervenção. Série B. Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde, Brasília, 2010.

PARO, C. A. ; PINHEIRO, R. Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, 22 (Supl.2), p. 1577-88. 2018.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. *Interface Comunicação Saúde Educação*. São Paulo, v.20, n.56, p.199-201, 2016.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*, v.47, n.4, p.977-83, 2013.

PEDUZZI, M. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1ª Edição Porto Alegre/RS 2017 Rede UNIDA*.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface comunicação, saúde e educação*, v. 22, supl.2, p. 1525-34, 2018.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em Equipe, Prática e Educação Interprofissional. In: *Clínica médica: Atuação da Clínica Médica, Sinais e Sintomas de Natureza sistêmica, Medicina preventiva, Saúde da Mulher, Envelhecimento e Geriatria*, v. 1, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3hKSXdz>.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312011000200015>.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102001000100016>

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U; ARTMANN E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface Comunicação Saúde Educação* v.17, n.45, p.327-40, abr./jun. 2013.

PESSANHA, R. V.; CUNHA, F. T. S. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.18, n.2., p.233-240, abr./jun, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/05.pdf>>.

PINTO, T. R.; CYRINO, E. G. Os profissionais de saúde no ensino na atenção primária à saúde: tensões e potencialidades nas práticas pedagógico-assistenciais. In: *Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde*, Cultura Acadêmica, São Paulo, 252 p. 2014.

PIZZOLATTO, M. J. D.; DUTRA, M. J.; CORRALO, D. J. A extensão universitária na formação do cirurgião-dentista. Revista da ABENO, n. 1, v.1, p.974, 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABUNA. Anuário Estatístico de Itabuna: Base de dados 2018; 2018. Disponível em: [http://www.itabuna.ba.gov.br/download/anuario\\_Itabuna\\_2019.pdf](http://www.itabuna.ba.gov.br/download/anuario_Itabuna_2019.pdf)

\_\_\_\_\_ Plano Municipal de Saúde: 2018 à 2021. Itabuna; 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ILHÉUS. Plano Municipal de Saúde: 2018 à 2021. Ilhéus; 2018.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. Revista Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0132.

QUEIROZ, D.T et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; n.15, v.2 p:276-83.

REUTER, C. L. O; SANTOS, V. C. F.; RAMOS, A. R. O exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. Escola Anna Nery, v.22, n.4, 2018.

RADICCHI, A. L. A.; LEMOS, A. F. Saúde Ambiental. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 76p, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3913.pdf>>.

RAMOS, A. S. et al. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios, Série B. Textos Básicos de Saúde, 414p, Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

REBOUÇAS, R. R. M; GONDIM, A. A. (Im)Possibilidades de atuação interprofissional dos residentes multiprofissionais em contexto hospitalar. Rev. SBPH, v. 22, n. 1, Rio de Janeiro – Jan./Jun. – 2019.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. Interface, Comunicação, Saúde e Educação. n.20, v.56, p.185-96, 2016.

RICHARDSON RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo:Atlas;1999.

ROCHA, C. H; RIBEIRO, V. B. Curso de Formação Pedagógica para Preceptores do Internato Médico. Rev. Bras. Ed. Méd. v.36, n.3, p.343-350, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n3/08.pdf>

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. 2004. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/O\\_fazer\\_em\\_saude\\_um\\_novo\\_olhar\\_sobre\\_o\\_processo\\_de\\_trabalho\\_na\\_estrategia\\_Saude\\_da\\_Familia/59](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/O_fazer_em_saude_um_novo_olhar_sobre_o_processo_de_trabalho_na_estrategia_Saude_da_Familia/59)>.

SANTOMÉ, J. Globalização e Interdisciplinaridade: o currículo integrado. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SANTOS, E. O. et al. Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho. *Rev Fund Care Online*, v. 9, n. 3, p. 606-613, jul/set, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.606-613>

SANTOS, D. A. S. et al. Fatores associados ao uso de práticas integrativas e complementares em um município da região sul de Mato Grosso. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v.65, n.3, jul.-set. 2021.

SANTOS, A. B. S.; MORENO NETO, J. F. A supervisão acadêmica no projeto mais médicos pelo brasil antes e durante a pandemia: o que aprendemos? *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.46, n.1, p. 171-183 jan./mar. 2022.

SCHMITT, M. R. N et al. Competências essenciais para prática colaborativa interprofissional: reformando a assistência à saúde pela transformação da Educação dos profissionais da saúde. *Medicina Acadêmica*, v.86, edição 11, p.1351, nov. 2011.

SILVA L.C.S, BROTTTO M.E. Perfil e concepções de saúde dos preceptores da residência multiprofissional em saúde: HESFA/UFRJ. *Anais do 4º Encontro Internacional de Política Social e 11º Encontro Nacional de Política Social*. Espírito Santo, 2016.

SILVA, E. M. A.; ARAÚJO C. M. Reflexão em Paulo Freire: uma contribuição para a formação continuada de professores. In: V Colóquio Internacional Paulo Freire. Recife, 19 a 22 de setembro 2005.

SILVA, J. A. M et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 49(Esp2), p.16-24, 2015.

SILVA, D. O. et al. Percepção de profissionais de saúde mental sobre o projeto terapêutico singular. *Rev. Cubana de Enfermeria*, v. 32, n.4, 2016.

SILVA, E. P. R. O. et al. Fatores de risco e prevenção do suicídio na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia por COVID-19: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, Jan-Dez, 2022.

SILVA, P. N. et al. Visitas domiciliares e diagramação familiar na Atenção Primária à Saúde: reflexões de estudantes participantes do PET-Saúde Interprofissionalidade. *Revista de APS*, v.24, n.3, p. 571-81, jul.-set, 2021.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Edital de abertura de inscrições Nº 001/2019 do Processo Seletivo Unificado para Residência em área profissional da saúde (uniprofissional e multiprofissional). 80 páginas, 2018.

SOUSA NML. Conhecimento de preceptores da residência multiprofissional em saúde sobre metodologias de ensino. (Dissertação de Mestrado). Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017.

SOUZA S.V, FERREIRA B.J. Preceptoria: Perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. *ABCS Health Sci*. 2019; 44(1): 15-21. Disponível em <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1074>.

SOUZA, M. O. et al. Apoio matricial, interprofssionalidade e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Salvador- Bahia. Revista APS, v.22, n.4, p.781-795, out./dez, 2019.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ. Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Ilhéus; 2018.

\_\_\_\_\_. **Anuário estatístico 2020**. Assessoria de Planejamento. Disponível em:<<http://www.uesc.br/asplan/anuario/anuario2020base2019/anuario2020base2019.htm>>

VASCONCELOS A.P.S.M. Os impactos da precarização do trabalho na atividade docente dos preceptores da residencia multiprofissional em saúde da família e comunidade. IV Seminário CETROS Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social. Fortaleza; 2013.

VENDUSCROLO, C. et al. “PET-Saúde” Interprofissionalidade: reflexões sobre uma estratégia interinstitucional para reorientação da formação. **Saúde em Redes**, n.6, v.2, p. 275-287, 2020.

VERAS, R. M. et al. Diferentes modelos formativos em saúde e as concepções estudantis sobre atendimento médico humanizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.27, v.5, p.1781-1792, 2022.

VEYNE, P. M. Foucault revoluciona a história. **In: Como de escreve a história**. Brasília: EUB, 1978, p.151-181.

ZANELATTO, E.M. Residência em saúde: os olhares do preceptor sobre os processos de ensino e de aprendizagem. (Dissertação de Mestrado). Lajeado: Universidade do Vale do Taquari; 2018.



## APÊNDICE A

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar voluntariamente da pesquisa intitulada **“Da educação para prática Interprofissional em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família”**, que objetiva analisar o processo da interprofissionalidade desde a formação na Residência Multiprofissional até a prática no serviço, dentro do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de uma Universidade do Sul da Bahia. Sua participação será de grande importância para o conhecimento de como a interprofissionalidade tem se estabelecido desde a educação até a prática no serviço e quais as potencialidades e os desafios encontrados para o seu desenvolvimento nesta prática. Ademais, poderá despertá-lo para necessidade de maior discussão sobre a temática nos espaços de formação e atuação profissional, culminando para maior investimento em conhecimento e inserção das práticas interprofissionais nas unidades em questão. Sua participação poderá contribuir para uma atuação direcionada as reais necessidades em saúde de indivíduos e coletividades, primando pela integralidade da atenção à saúde. Além disso, os resultados poderão fomentar o debate acerca da necessidade de educação permanente em serviço, bem como a reorganização das práticas em saúde na perspectiva interprofissional. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento e, se concordar, está convidado a responder as perguntas por meio de uma entrevista, a qual será gravada. As informações fornecidas serão guardadas em absoluto sigilo por 5 anos pela pesquisadora responsável, devendo ser utilizada apenas para esta pesquisa.

O Sr. (a) terá liberdade para pedir esclarecimentos sobre qualquer questão, bem como não respondê-la, caso sinta-se desconfortável, constrangido (a) ou incomodado (a). Estará livre também para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, mesmo depois de ter assinado este documento, e não será, por isso, prejudicado e/ou penalizado de nenhuma forma. Caso queira desistir, depois de assinar, basta avisar a esta pesquisadora, e este termo de consentimento será devolvido, bem como todas as informações dadas pelo Sr. (a) serão destruídas. Como responsável por esta pesquisa, comprometo-me em manter sigilo de todas as informações prestadas, e garantir que o Sr. (a) não terá gastos ou, se houver, que será ressarcido e que, caso sofra algum prejuízo material ou moral decorrentes dessas informações, terá direito a indenização. O risco que esta pesquisa poderá lhe trazer é mínimo, como constrangimento ou cansaço para responder as entrevistas, Sendo minimizado com maior tempo e remarcação de nova entrevista caso assim o desejar. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a sua identificação não será revelada. Caso deseje tirar dúvidas ou ter maiores esclarecimentos, o(a) Sr(a) poderá fazer contato comigo, e também com a coordenação do Comitê de Ética da UESC, por telefone ou e-mail abaixo indicados.

Este projeto de pesquisa teve os aspectos relativos à Ética da pesquisa envolvendo seres humanos analisados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Santa Cruz: Campus Soane Nazaré de Andrade, Rodovia Jorge Amado, Km 16, bairro: Salobrinho. Torre Administrativa - 3º andar. CEP: 45662-900. Ilhéus-Bahia. Fone: (73) 3680-5319; E-mail: cep\_uesc@uesc.br; horário de funcionamento: segunda a sexta-feira, de 8:00 às 12:00 e de 13:30 às 16:00.

Assim, se ficou claramente esclarecido em que consiste sua participação, e se o (a) senhor (a) concorda em colaborar com a pesquisa, peço que assine abaixo este documento,

impresso em duas vias, frente e verso, ficando uma cópia com o(a) senhor (a) e outra com a pesquisadora.

\_\_\_\_\_  
DÂNDARA SILVA OLIVEIRA  
Telefone para contato: (73) 991955470/  
E-mail: dandara\_sioli@hotmail.com

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa intitulada **“Da educação para prática Interprofissional em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família”**, respondendo à entrevista norteada por um roteiro. Declaro que fui devidamente orientado (a) que serei entrevistado para colaborar com o objetivo da pesquisa. Declaro ainda que entendo e autorizo a gravação da entrevista. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto resulte em prejuízos relacionados a mim e minha família; que os dados de identificação e outros dados relacionados a esta pesquisa serão tratados confidencialmente e que, caso eu sofra algum dano de qualquer natureza, terei direito a ressarcimento. Fui ainda informado que este documento será emitido em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra comigo.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**APÊNDICE B****ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – 01**

Público-alvo: Residente

Equipe de Saúde da Família: \_\_\_\_\_

Entrevista nº: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_

Término: \_\_\_\_\_

**1. Caracterização do (a) entrevistado (a):****1.1 Identificação**

- a. Nome completo:
- b. Idade:
- c. Sexo: ( ) F ( ) M
- d. Profissão:
- e. Instituição de formação na graduação (pública/privada):
- f. Anos de formação:
- g. Tempo de atuação no SUS:
- h. Tempo de experiência em ESF:

**2. Questões norteadoras**

- a. O que você entende por interprofissionalidade?
- b. Que elementos da interprofissionalidade você tem conhecido durante o curso da PRMSF?
- c. Quais práticas interprofissionais tem sido desenvolvidas no decorrer da residência? Conte uma experiência do serviço.
- d. Quais os desafios/dificuldades encontrados para a realização das práticas interprofissionais relatadas?
- e. Quais potências você observa a partir das práticas interprofissionais desenvolvidas no serviço?
- f. Você considera que a residência multiprofissional proporcionou o desenvolvimento de competências para práticas colaborativas? Justifique.
- g. Teria algo a mais que gostaria de falar?

## APÊNDICE C

### ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – 02

Público-alvo: Preceptor

Equipe de Saúde da Família: \_\_\_\_\_

Entrevista nº: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_

Término: \_\_\_\_\_

#### 1 Caracterização do (a) entrevistado (a):

##### 1.1 Identificação

- a. Nome completo:
- b. Idade:
- c. Sexo: ( ) F ( ) M
- d. Profissão/ocupação:
- e. Tempo de experiência em ESF:
- f. Tempo de atuação na ESF investigada:
- g. Título de pós-graduação (profissionais de nível superior\*):
- h. Capacitações e/ou treinamentos voltados para o trabalho interprofissional:
- i. Carga horária de trabalho:
- j. Outro (s) vínculo (s) empregatício (s):

#### 2. Questões norteadoras

- a. O que é a interprofissionalidade para você?
- b. Que elementos importantes da prática interprofissional você tem compartilhado com os residentes no serviço? Pode contar uma experiência que justifique sua resposta?
- c. Você consegue identificar práticas interprofissionais realizadas pelos residentes? Conte algumas observadas no decorrer do seu trabalho com os residente.
- d. Quais dificuldades/desafios você observa para o desenvolvimento das práticas interprofissionais realizadas juntos aos residentes no serviço?
- e. Quais potências você observa diante das práticas interprofissionais realizadas juntos aos estudantes?
- f. Enquanto preceptor de que forma você incentiva e ou participa no desenvolvimento de práticas interprofissionais desenvolvidas pelos residentes?
- g. Você percebe contribuições do PRMSF para o fomento e estabelecimento/permanência de práticas interprofissionais no seu contexto de trabalho? Relate algumas delas.
- h. Teria algo a mais que gostaria de falar?

## APÊNDICE D

Porto Seguro – Bahia, data.

**Ao Exmo. Sr. Secretário Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_**

Ilustre Sr(a). Diretor(a) da Atenção Básica (*com cópia*)

Sr(a). Coordenador(a) da Estratégia de Saúde da Família – USF (*com cópia*).

A par de respeitosamente cumprimentá-lo(a), venho por meio deste, solicitar a concordância para coleta de dados necessários à realização da pesquisa acadêmica intitulada **“Da educação para prática Interprofissional em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família”** que tem por objetivo geral analisar o processo da interprofissionalidade desde a educação até a prática em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de uma universidade do Sul da Bahia

A pesquisa será desenvolvida, no âmbito dos Municípios de Itabuna e Ilhéus, pela pesquisadora Dândara Silva Oliveira, acadêmica mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia. Por envolver coleta de dados, informações e entrevistas, é necessário que haja anuência para o regular desenrolar da pesquisa. Para tanto, solicitamos a gentileza de emitir aceitação (assinatura) nos moldes do modelo da **Carta de Anuência do CEP-UESC (Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos)** que segue junto a este. Tal documento é imprescindível para a submissão da pesquisa ao respectivo Conselho de Ética da Universidade Estadual de Santa Cruz.

Ao ensejo, agradecemos a atenção franqueada e renovamos protesto de elevado respeito e consideração.

Atenciosamente,

**Dândara Silva Oliveira**  
Acadêmica Pesquisadora

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rocio Alvarez**  
Orientadora  
Itabuna \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ 2021  
Ao  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
Universidade Estadual de Santa Cruz

Senhor(a) Coordenador (a) do CEP-UESC

Eu, \_\_\_\_\_ responsável pelo(a) conheço o protocolo de pesquisa intitulado **“Da educação para prática Interprofissional em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família”**, desenvolvido pela pesquisadora Dândara Silva Oliveira, e concordo com a sua realização após a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente preenchido e assinado pelas partes.

O início a pesquisa neste serviço só poderá ocorrer, a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UESC.

Atenciosamente,

---

Carimbo com o nome Responsável Institucional (item obrigatório)

*Obs. Caso o responsável não tenha carimbo, o mesmo deve escrever seu nome completo e número de cadastro institucional e, ou CPF, abaixo da assinatura.*

**APÊNDICE E**

**OFÍCIO Nº 001/2021** – UFSB – Mestrado Profissional em Saúde da Família– Pesquisadora Dândara Silva Oliveira.

Porto Seguro – Bahia, data.

**Ao Coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UESC**

A par de respeitosamente cumprimentá-lo(a), venho por meio deste solicitar concordância para coleta de dados necessários à realização da pesquisa acadêmica intitulada **“Da educação para prática Interprofissional em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família”** que tem por objetivo geral analisar o processo da interprofissionalidade desde a educação até a prática em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de uma universidade do Sul da Bahia. Os dados serão coletados por meio de entrevistas com os residentes do segundo ano do programa e com acesso aos documentos pedagógicos do curso, especialmente o seu Projeto Político Pedagógico.

A pesquisa será desenvolvida, no âmbito dos Municípios de Itabuna e Ilhéus, onde os residentes desenvolvem suas práticas, tendo como pesquisadora Dândara Silva Oliveira, acadêmica mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia. Por envolver coleta de dados, informações e entrevistas com os residentes, é necessário que haja anuência para o regular desenrolar da pesquisa. Para tanto, solicitamos a gentileza de emitir aceitação (assinatura) nos moldes do modelo da **Carta de Anuência do CEP-UESC (Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos)** que segue junto a este. Tal documento é imprescindível para a submissão da pesquisa ao respectivo Conselho de Ética da Universidade Estadual de Santa Cruz.

Ao ensejo, agradecemos a atenção franqueada e renovamos protesto de elevado respeito e consideração.

Atenciosamente,

**Dândara Silva Oliveira**  
Acadêmica Pesquisadora

**Professora Doutora Rocio Alvarez**  
Orientadora

Itabuna \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ 2021

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
Universidade Estadual de Santa Cruz

Senhor(a) Coordenador (a) do CEP-UESC

Eu, \_\_\_\_\_ responsável pelo(a) conheço o protocolo de pesquisa intitulado **“Da educação para prática Interprofissional em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família”**, desenvolvido pela pesquisadora Dândara Silva Oliveira, e concordo com a sua realização após a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente preenchido e assinado pelas partes.

O início a pesquisa neste serviço só poderá ocorrer, a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UESC.

Atenciosamente,

---

Carimbo com o nome Responsável Institucional (item obrigatório)

*Obs. Caso o responsável não tenha carimbo, o mesmo deve escrever seu nome completo e número de cadastro institucional e, ou CPF, abaixo da assinatura*