



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**  
**CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

**GISELE MARIA MELO SOARES**

**COLABORAÇÃO E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE: ESTUDO DE CASO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FORTALEZA**  
**2015**

GISELE MARIA MELO SOARES

**COLABORAÇÃO E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE: ESTUDO DE CASO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (UFC), como requisito parcial para obtenção da titulação de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

FORTALEZA  
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca de Ciências da Saúde

---

S654c Soares, Gisele Maria Melo.

Colaboração e educação interprofissional na pós-graduação em saúde: estudo de caso da residência multiprofissional em saúde da família. / Gisele Maria Melo Soares. – 2015.

284 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2015.

Área de Concentração: Políticas, ambiente e sociedade.

Orientação: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.

1. Educação Continuada. 2. Internato e Residência. 3. Comunicação Interdisciplinar. I. Título.

---

CDD 610.7

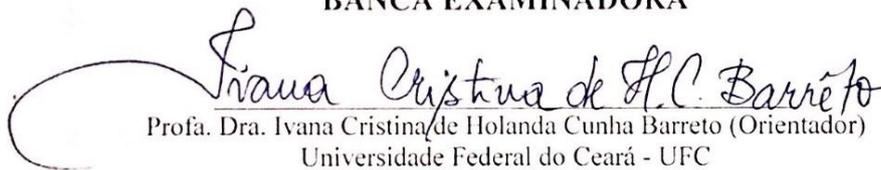
GISELE MARIA MELO SOARES

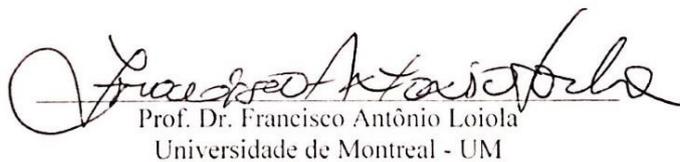
**COLABORAÇÃO E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE: ESTUDO DE CASO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

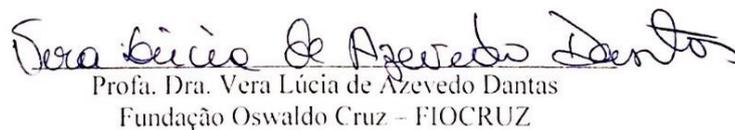
Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (UFC) como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em 07/05/2015.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof.ª. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

  
Prof. Dr. Francisco Antônio Lóiola  
Universidade de Montreal - UM

  
Prof.ª. Dra. Vera Lúcia de Azevedo Dantas  
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

  
Prof.ª. Dra. Angela Maria Bessa Linhares  
Universidade Federal do Ceará - UFC

## AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, a **Deus**, por ser o Deus de minha história, iluminando cada passo de meu caminho com sua presença fiel e amorosa, que se revelou até mesmo nessa longa jornada de produção científica.

À **Obra Lumen de Evangelização**, minha segunda casa, onde aprendi que a maior alegria da vida está na simplicidade das pequenas coisas e que o meu chamado à felicidade passa pela experiência de ser feliz fazendo o outro feliz.

A meus pais, **Jackson e Solange**, pelo dom da vida, pelo amor incondicional e pelos valores que me ensinaram pelo exemplo e pela fé.

A meu noivo, **Luís**, por acompanhar de perto cada passo do meu trajeto e sonhar comigo desde a aprovação na seleção do mestrado até a finalização desta dissertação.

Aos **colegas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza**, por se aventurarem comigo nas nuances peripatéticas dessa louca e transformadora experiência de ser residente e resistente no caminho da ampliação mobilizante de nossas possibilidades enquanto profissionais de saúde. Foi por essa experiência que me aventurei a estudar as residências.

À minha orientadora, **Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto**, por ser alguém que admiro pessoal e profissionalmente e que com sua paciência e compreensão me ajudou na tessitura deste trabalho.

Às amigas **Nara Goes e Luisa Cela**, que me ampararam nos momentos de vibração e de desespero durante a construção desta dissertação. A vocês minha eterna gratidão.

A toda a **equipe da RIS-ESP/CE**, por acreditarem na potência desse modelo de formação que é a residência e se aventurarem nas dores, nas delícias e na loucura de promover educação interprofissional a todo o Ceará.

A todos os **coordenadores, residentes e preceptores que participaram desta pesquisa**, por compartilharem comigo, enquanto pesquisadora suas experiências, suas opiniões e principalmente sua atuação profissional.

A todos os **trabalhadores das unidades de saúde** onde desenvolvi a pesquisa, por sempre me acolherem com um cafezinho e um sorriso no rosto.

A **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, provedora de todo esse processo de formação, exercício científico e apaixonamento pela docência no SUS que foi para mim o Curso de Mestrado.

## RESUMO

Com objetivo de fortalecer o cuidado integral, ganha força a perspectiva da educação e da colaboração interprofissional em saúde. As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) são iniciativa do Sistema Único de Saúde que visam promover a educação pelo trabalho e tem a interprofissionalidade como característica intrínseca. Acredita-se que o estudo da realidade cotidiana de um Programa de RMS é imprescindível para promover essa análise da educação e colaboração interprofissional no contexto da pós-graduação em saúde. A Escola de Saúde Pública do Ceará possui um programa de RMS denominado Residência Integrada em Saúde (RIS-ESP/CE) que se propõe à interiorização da educação permanente. Dada a grande dimensão deste programa, optou-se em adotar como objeto de estudo a ênfase Saúde da Família e Comunidade (SFC), que se operacionaliza no cenário da Estratégia Saúde da Família e acontece em 22 municípios do Ceará. **Objetivos:** Analisar o processo de implementação da educação interprofissional e da prática colaborativa no cotidiano da ênfase SFC da RIS-ESP/CE. **Metodologia:** Realizou-se um estudo de caso com abordagem qualitativa por meio de observação participante, entrevistas semiestruturadas e revisão documental. Foram selecionados como cenários os municípios de Maracanaú e Aracati, que implantaram a residência em 2013. A amostra do estudo foi intencional e incluiu a coordenadora geral da RIS-ESP/CE, o coordenador da ênfase SFC, os preceptores e residentes dos municípios selecionados, num total de 24 participantes. As informações coletadas foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo tendo como referencial a produção teórica sobre educação e colaboração interprofissional. A pesquisa seguiu todos os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. **Análise e discussão dos resultados:** De acordo com a análise dos dados, a RIS-ESP/CE organiza-se como estratégia de EIP por vários aspectos, como: currículo baseado em competências, educação pelo trabalho, lotação dos residentes em equipes multiprofissionais, etc. No processo de ensino-aprendizagem capturou-se a potência da metodologia da tenda invertida, do dispositivo da roda e do papel do preceptor de campo, que atua no estímulo e apoio ao trabalho em equipe interprofissional. A atuação dos profissionais enquanto residente pareceu permitir a emergência de propostas inovadoras no processo de trabalho, tendo como destaque a atuação no território de abrangência com ações coletivas e intersetoriais. Os preceptores, que precisam desenvolver a docência de forma horizontal e participativa, também relataram alguns desafios, mas ao mesmo tempo configuram-se como sujeitos em aprendizagem e transformação das práticas. Percebeu-se ainda que apesar da proposta interprofissional, no segundo ano há um isolamento dos residentes diante de várias atividades individuais propostas. Na operacionalização da residência também se fortalecem os aspectos da colaboração interprofissional. Entretanto, em cada realidade a interprofissionalidade se apresenta mais fortalecida em determinados aspectos. **Considerações finais:** A potência da RIS-ESP/CE reside na articulação teórico-prática promovida. É a partir dela que se dispara a diversificação das ações e a ação em saúde para além das práticas assistenciais. Esse processo promove a formação dos residentes, inspira os preceptores nesse mudança de paradigmas e transforma o perfil da atenção em saúde no cenário de prática.

**Palavras-chaves:** Educação Permanente, Residência, Comunicação interdisciplinar.

## ABSTRACT

In order to increase the integral health care, the prospect of education and interprofessional collaboration in health is strengthened. The program of multidisciplinary Residences in Health (RMS) are initiative of the Health System to promote education through work with an intrinsic interprofessional feature. It is believed that studying the quotidian reality of a RMS program is essential to promote the analysis of education and interprofessional collaboration in the context of health postgraduation. The Public Health School of Ceará has a RMS program called Integrated Health Residency (RIS-ESP/CE), which proposes the internalization of continuing education. Due to the large scale of this program, it was adopted as an object of study the emphasis on Family Health and Community (SFC), which is operationalized in the Family Health Strategy and takes place in 22 municipalities of Ceará. **Objectives:** To analyze the implementation process of interprofessional education and collaborative practice in the daily life of SFC emphasis of RIS-ESP/CE. **Methodology:** a case study with qualitative approach was performed through participant observation, semi-structured interviews and document review. Scenarios were selected as the municipalities of Maracanaú and Aracati, that have deployed residence in 2013. The study sample was intentional and included general coordinator of RIS-ESP/CE, the coordinator of the SFC emphasis, the preceptors and residents of selected municipalities in a total of 24 participants. The data collected were analyzed using content analysis, taking as reference the theoretical production on education and interprofessional collaboration. The research followed all ethical aspects of research with human beings. **Analysis and discussion of results:** According to the data analysis, the RIS-ESP/CE is organized as EIP strategy for many aspects, such as: curriculum based on skills, education through work, manning of residents in multiprofessional teams, etc. In the process of teaching and learning, was captured the power of the inverted tent methodology, the wheel device, and the role of preceptor field that acts to stimulate and support the work in interprofessional team. The work of professionals as residents seemed to allow the emergence of innovative proposals in the work process, with the outstanding operations in the territory covered by collective and intersectoral activities. The preceptors, who need to develop horizontal and participatory teaching, also reported some challenges, but at the same time are configured as subjects in learning and transformation of practices. In the operationalization of residence, aspects of interprofessional collaboration also strengthened. However, in each reality, interprofessional factor seems to be stronger in certain aspects. **Concluding remarks:** The power of RIS-ESP/CE lies in the theoretical and practical articulation promoted. From this, there is the diversification of actions, and health action in addition to the care practices. This process fosters the training of residents, inspires preceptors in that changing paradigms and turns the health care profile in the practice setting.

**Keywords:** Continuing Education, Residency, Interdisciplinary communication.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....</b>	<b>08</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>10</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>11</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
1.1 Justificativa e Relevância .....	15
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
2.1 Geral .....	18
2.2 Específicos .....	18
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
3.1 Breve Contexto do SUS: a história, a reforma, a estratégia e a organização da atenção à saúde .....	19
3.1.1 Sobre a Estratégia Saúde da Família .....	22
3.1.2 O trabalho em equipe por uma atenção integral .....	24
3.2 Educação de trabalhadores da Saúde: conceitos e perspectivas .....	34
3.2.1 Para além dos desafios, o que o Brasil tem de experiência para contar .....	41
3.3 Profissionais de Saúde para o novo século e as reformas na Educação .....	48
3.4 Educação Interprofissional na Saúde .....	64
3.5 Residências Multiprofissionais em Saúde .....	80
3.5.1 Os atores da RMS .....	86
3.5.2 A realidade cearense das Residências Multiprofissionais em Saúde ..	91
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>95</b>
4.1 Tipo de Pesquisa .....	95
4.2 Contexto e cenário do Estudo .....	98
4.2.1 Aracati .....	104
4.2.2 Maracanaú .....	107
4.3 Sujeitos do Estudo .....	109
4.4 Técnicas e Instrumentos de coleta de informações .....	113
4.5 Aspectos Éticos .....	115
4.6 Técnica de Análise dos dados .....	116
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>118</b>
5.1 A Opção pedagógica da RIS-ESP/CE .....	118
5.1.1 Currículo baseado em competências .....	119
5.1.2 Aprendizado interprofissional na prática: a educação baseada no trabalho .....	133
5.1.2.1 Lotação dos residentes em equipes multiprofissionais ....	135
5.1.2.2 Espaços na agenda para o encontro e a construção compartilhada do cuidado .....	137
5.1.2.3 Preceptor de campo e de núcleo: necessidade, potência e desafio diante de um modelo interiorizado .....	140
5.1.2.4 Tenda invertida: um dispositivo para a formação em serviço .....	146
5.1.3 Articulação teórico-prática .....	148

5.1.4	Formação teórico-conceitual: pressupostos e estratégias de uma educação para adultos .....	155
5.1.5	Breve reflexão sobre a opção pedagógica da RIS-ESP/CE .....	158
5.2	Educação Interprofissional em serviço na RIS-ESP/CE: os atores, seus lugares e seus papéis .....	161
5.2.1	Espaço protegido: “o lugar blindado do residente” .....	165
5.2.2	Papel do preceptor: entre a facilitação e o disciplinamento .....	172
5.2.3	Cenários de práticas: a estranheza do ser residente .....	195
5.2.4	Coordenação do programa: acompanhamento à distância e no cotidiano .....	205
5.3	Colaboração Interprofissional na residência: os relatos e os aspectos da prática cotidiana .....	207
5.3.1	Objetivos e visões compartilhadas .....	209
5.3.2	Orientação paciente-centrada e outros interesses/identidades .....	211
5.3.3	Convivência mútua .....	220
5.3.4	Confiança .....	227
5.3.5	Centralidade .....	229
5.3.6	Liderança local .....	232
5.3.7	Suporte para inovações .....	237
5.3.8	Conectividade .....	241
5.3.9	Ferramentas de formalização .....	246
5.3.10	Troca de informações / Comunicação.....	248
5.3.11	A colaboração interprofissional na visão da equipe .....	252
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>256</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>263</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>277</b>
	Apêndice A – Roteiro de Entrevista (Coordenadores) .....	278
	Apêndice B – Roteiro de Entrevista (Residentes) .....	279
	Apêndice C – Roteiro de Entrevista (Preceptores) .....	280
	Apêndice D – Roteiro de Observação .....	282
	Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	284

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>SUS</b>	- Sistema Único de Saúde
<b>ESF</b>	- Estratégia Saúde da Família
<b>NASF</b>	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>Pró-Saúde</b>	- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
<b>PET-Saúde</b>	- Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde
<b>RMS</b>	- Residência Multiprofissional em Saúde
<b>RIS-ESP/CE</b>	- Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará
<b>CAP</b>	- Caixas de Aposentadoria e Pensões
<b>IAP</b>	- Institutos de Aposentadoria e Pensões
<b>INAMPS</b>	- Instituto de Assistência Médica da Previdência Social
<b>APS</b>	- Atenção Primária à Saúde
<b>PSF</b>	- Programa Saúde da Família
<b>EqSF</b>	- Equipe de Saúde da Família
<b>ACS</b>	- Agente Comunitário de Saúde
<b>PNH</b>	- Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde
<b>EPS</b>	- Educação Permanente em Saúde
<b>Rede IDA</b>	- Rede de Integração de Projetos docente-assistencial
<b>Programa UNI</b>	- Programa de União com a Comunidade
<b>MEC</b>	- Ministério da Educação
<b>MS</b>	- Ministério da Saúde
<b>DEGES</b>	- Departamento da Educação na Saúde
<b>SEGETS</b>	- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
<b>PNEP</b>	- Política Nacional de Educação Permanente
<b>CONASS</b>	- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
<b>ABP</b>	- Aprendizagem Baseada em Problemas
<b>SSE</b>	- Sistema Saúde Escola
<b>CAIPE</b>	- Centro para o Avanço da Educação Interprofissional
<b>EIP</b>	- Educação Interprofissional
<b>OMS</b>	- Organização Mundial de Saúde
<b>CNRMS</b>	- Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde
<b>PP</b>	- Projeto Pedagógico
<b>COREMU</b>	- Comissão de Residência Multiprofissional
<b>NDAE</b>	- Núcleo Docente Assistencial Estruturante
<b>RESMULTI</b>	- Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde
<b>UFC</b>	- Universidade Federal do Ceará
<b>HUWC</b>	- Hospital Universitário Walter Cantídio
<b>MEAC</b>	- Maternidade Escola Assis Chateaubriand
<b>RMSF</b>	- Residência Multiprofissional em Saúde da Família
<b>CSF</b>	- Centro de Saúde da Família
<b>RMSM</b>	- Residência Multiprofissional em Saúde Mental
<b>CAPS</b>	- Centro de Atenção Psicossocial
<b>ESP-CE</b>	- Escola de Saúde Pública do Ceará
<b>ICC</b>	- Instituto do Câncer do Ceará
<b>CRES</b>	- Células Regionais de Saúde
<b>IJF</b>	- Instituto José Frota
<b>HGF</b>	- Hospital Geral de Fortaleza

<b>HM</b>	- Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes
<b>HGCC</b>	- Hospital Geral Dr. César Cals
<b>HIAS</b>	- Hospital Infantil Albert Sabin
<b>HSJ</b>	- Hospital São José
<b>PRMSFC-ESP/CE</b>	- Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará
<b>AD</b>	- Álcool e outras drogas
<b>UPA</b>	- Unidade de Pronto-atendimento
<b>DAB</b>	- Departamento de Atenção Básica
<b>SFC</b>	- Saúde da Família e Comunidade
<b>SMC</b>	- Saúde Mental Coletiva
<b>IBGE</b>	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>PIB</b>	- Produto Interno Bruto
<b>DST/AIDS</b>	- Doenças Sexualmente Transmissíveis / Síndrome da Imunodeficiência humana
<b>EaD</b>	- Educação à Distância
<b>CAAE</b>	- Certificado de apresentação para apreciação ética
<b>TCLE</b>	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>PTS</b>	- Projeto Terapêutico Singular
<b>CIP</b>	- Colaboração Interprofissional
<b>CEASA</b>	- Centro de Abastecimento
<b>AVC</b>	- Acidente Vascular Cerebral
<b>CRAS</b>	- Centro de Referência em Assistência Social
<b>CEREST</b>	- Centro de Referência Especializada em Saúde do Trabalhador
<b>TCR</b>	- Trabalho de Conclusão da Residência
<b>PSE</b>	- Programa Saúde na Escola

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Caracterização dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Estado do Ceará em 2014 .....	89
<b>Quadro 2:</b> Caracterização das ênfases e distribuição de vagas por ênfase RIS-ESP/CE .....	97
<b>Quadro 3:</b> Distribuição dos residentes de Aracati por ênfase e categoria profissional .....	102
<b>Quadro 4:</b> Lotação dos residentes Saúde da Família e Comunidade em Aracati	103
<b>Quadro 5:</b> Distribuição dos residentes de Maracanaú por ênfase e categoria profissional .....	105
<b>Quadro 6:</b> Sujeitos entrevistados no Estudo de Caso, Ceará, 2015 .....	110
<b>Quadro 7:</b> Dimensões e indicadores da colaboração interprofissional (D'AMOUR et al, 2008) .....	215

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Modelo multiprofissional ou modelo “das casinhas paralelas” (Fonte: ANDRADE et al, 2004) .....	22
<b>Figura 2:</b> Construção da Interprofissionalidade na ESF (Fonte: ANDRADE et al, 2004) .....	29
<b>Figura 3:</b> “Key components of the educational system” – Componentes-chave do sistema educacional. (Fonte: FRENK et al, 2010, p. 1928) .....	60
<b>Figura 4:</b> Espectro da Educação Interprofissional (FREETH et al, 2005 apud COELHO, 2013) .....	76
<b>Figura 5:</b> O modelo de colaboração em quatro dimensões (D’AMOUR et al, 2008, p. 3) .....	214

## 1 INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil provocou uma ampla e importante modificação nas concepções acerca do processo saúde-doença e das estratégias de cuidado em saúde. A defesa da integralidade como princípio orientador de uma saúde de qualidade concebeu a necessidade de adoção do trabalho em equipe na saúde como ferramenta viabilizadora de tal prática.

Essa atenção integral adotada como bandeira de luta do SUS justifica, por si só, a opção pelo trabalho em equipe (MATUDA, AGUIAR, FRAZÃO, 2013; PEDUZZI, 2007). A integralidade pode ser entendida como o encontro de vários sujeitos envolvidos com as ações de saúde para, daí, produzir relações de cuidado, acolhimento, vínculo e respeito (LOUZADA, BONALDI, BARROS, 2007).

Para possibilitar esse encontro, é fundamental que se construa uma prática interprofissional e colaborativa. Há, então, uma inseparabilidade entre os conceitos de integralidade, interdisciplinaridade e trabalho em equipe na prática cotidiana.

A Estratégia Saúde da Família – ESF – caracteriza-se como um modelo assistencial que tensiona para o estabelecimento da colaboração interprofissional uma vez que organiza o trabalho em equipes, valoriza o uso de tecnologias leves na organização do processo de trabalho, tem foco na atuação intersetorial e orienta as práticas de acordo com as necessidades do território. Com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e a introdução da perspectiva do apoio no cotidiano da ESF, há ainda um maior reforço para articulação dos saberes e interação das práticas (MATUDA, AGUIAR, FRAZÃO, 2013).

A interdisciplinaridade em saúde versa sobre a interação entre os diferentes saberes na construção do cuidado. Atualmente, mais do que pautar apenas essa relação epistemológica, tem-se ampliado essa discussão para a dimensão da colaboração interprofissional ou interprofissionalidade. Essa mudança conceitual e de entendimento faz-se importante, pois quando se transfere essa discussão da dimensão de disciplina para o campo da atuação profissional, incluem-se na problematização da questão as diversas variáveis que perpassam a organização dos serviços de saúde, a legislação profissional e as características específicas do agir de cada categoria profissional (MATUDA, AGUIAR, FRAZÃO, 2013; FURTADO, 2007; D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Sendo assim, se a interdisciplinaridade abrange a relação estabelecida entre os saberes, a interprofissionalidade diz respeito ao desenvolvimento de uma prática coesiva entre os profissionais das diversas disciplinas, envolvendo a troca de conhecimentos, a interface das práticas e do domínio profissional de cada área de atuação, a relação interpessoal e o estabelecimento de uma atenção à saúde centrada no paciente/cliente/família/comunidade (D'AMOUR; OANDASAN, 2005). Acredita-se que, para o estudo das equipes de trabalho em saúde, é mais coerente adotar os referenciais da interprofissionalidade que aqueles da interdisciplinaridade.

A colaboração interprofissional é um processo complexo que envolve diversas nuances e múltiplos determinantes do cotidiano dos serviços de saúde estando relacionada com fatores sistêmicos (externos às organizações), fatores organizacionais e fatores interacionais (MATUDA, AGUIAR, FRAZÃO, 2013).

Segundo D'Amour e Oandasan (2005), o desenvolvimento de uma prática colaborativa tem a possibilidade de influenciar o cuidado ofertado ao paciente, a satisfação dos trabalhadores e a organização dos serviços de saúde. Essa discussão sobre a transformação das práticas em saúde a partir da colaboração remete, ainda e imediatamente, à questão da formação em saúde. Essas duas dimensões são inseparáveis e interdependentes (D'AMOUR; OANDASAN, 2005). Afinal, como seria possível implementar práticas transformadas e transformadoras sem embasá-las por uma formação que valorize e discuta a interprofissionalidade? Trabalho e educação possuem uma relação de identidade. É pelo trabalho que o homem produz o mundo e produz a si mesmo. Nesse ato, há educação, há transformação de si (RIBEIRO, 2013).

A educação interprofissional, apontada por Frenk *et al* (2010) como uma característica fundamental da formação de profissionais de saúde para o século XXI, acontece quando dois ou mais profissionais aprendem com o outro, a partir do outro e sobre o outro para melhorar a colaboração e qualidade do cuidado (CAIPE, 2002).

Em divergência a essa proposta mundial de transformação da educação profissional, o ensino em saúde brasileiro permanece centrado em conteúdos específicos, orientado para a doença e a reabilitação, e alicerçado sob a lógica da fragmentação e da superespecialização (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Necessita-se, pois, de uma formação conectada aos campos de práticas, à organização interprofissional do trabalho e à humanização que vá ao encontro dos princípios do SUS (CARVALHO; CECCIM, 2009). D'Amour e Oandasan (2005) já

apontam isso quando defendem a Educação Interprofissional impreterivelmente associada à filosofia da Colaboração.

Indo contra-hegemonicamente de encontro a esse cenário, existem algumas iniciativas sendo operacionalizadas no país, como o Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde; o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde - PET-Saúde; e as Residências Multiprofissionais em Saúde - RMS.

Uma discussão importante sobre a potência desse modelo de formação interprofissional, tomando como base o Liga de Saúde da Família (programa que antecedeu a criação do PET-Saúde), para o desenvolvimento da colaboração interprofissional foi feita por Barreto *et al.* (2011). Existem também alguns trabalhos publicados e em fase de publicação sobre a interprofissionalidade na realidade do PET-Saúde, como o de Coelho (2013). Quanto às RMS, existem produções importantes, como as de Ribeiro (2013), mas não foram encontradas muitas produções científicas que analisassem diretamente o potencial de educação interprofissional dessa pós-graduação, nem como esse movimento formativo acontece. Além disso, é bastante restrita a quantidade de estudos sobre esse assunto no sistema de saúde brasileiro (MATUDA, AGUIAR, FRAZÃO, 2013).

As RMS são iniciativas desenvolvidas pelo SUS desde 2002, que tem o objetivo de formar para a prática multiprofissional e estão pautadas na concretização dos princípios do SUS. Atualmente, esse tipo de formação é considerado padrão-ouro de pós-graduação *lato sensu* em saúde uma vez que promovem não só a formação teórico-conceitual dos residentes, mas, ao estabelecerem a atuação profissional como matéria-prima do processo de ensino-aprendizagem, também fomentam transformações no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2006).

Em Saúde da Família, as Residências Multiprofissionais são extremamente importantes pois a ESF é um campo de atuação relativamente novo e que exige dos profissionais competências que vão além da formação técnica das graduações. Some-se a isso o fato de que na ESF a própria organização do trabalho já pressupõe a execução de práticas pautadas na inter e transprofissionalidade. Sendo assim, apenas com a formação acontecendo em serviço e voltada para essa realidade faz-se possível desenvolver habilidades, atitudes e conhecimentos vivenciais e sólidos o suficiente para guiarem uma prática profissional transformada.

Tomando como princípio que a educação interprofissional acontece a partir do estabelecimento de uma prática colaborativa, questiona-se: como a residência

multiprofissional se efetiva enquanto estratégia de educação interprofissional no cenário da pós-graduação em saúde? Que estratégias educacionais são exigidas para que se operacionalize a educação interprofissional junto a estudantes que já são profissionais de saúde? Existem estratégias de promoção da interprofissionalidade já previstas no Projeto Político Pedagógico dos Programas? Os atores envolvidos experimentam de fato a colaboração interprofissional? Como são construídas as práticas colaborativas no cotidiano dos serviços e como essas práticas são convertidas em estratégias pedagógicas? De que forma se operacionaliza o processo de ensino-aprendizagem interprofissional nos cenários de prática? Quais são os fatores de evolução dessa organização colaborativa do trabalho dos residentes?

Sendo assim, acredita-se que o estudo da realidade cotidiana de um Programa de RMS é imprescindível para promover essa análise da educação e colaboração interprofissional no contexto das RMS. A grande maioria das produções científicas sobre colaboração interprofissional baseia-se na coleta das percepções dos profissionais da equipe a partir de entrevistas. Essa modalidade de reconhecimento da realidade é de grande relevância, entretanto, acredita-se que a concretização da educação e da colaboração está inscrita na prática cotidiana com imbricações muito mais complexas que aquilo que pode ser apreendido apenas pela coleta pontual da fala dos indivíduos envolvidos diretamente. Afinal, como afirma Ribeiro (2013), a “*a realidade sempre será maior que o conhecimento*” (p. 33) sobre ela.

Dessa forma, num delineamento do objeto de pesquisa, considera-se que o foco na análise aprofundada de um único programa de Residência enquanto estratégia de educação interprofissional em saúde pode permitir a discussão mais ampla das nuances desse modelo de formação.

Aqui, optou-se em estudar o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará. Vale ressaltar que esse programa não existe de forma independente nessa instituição. Ele faz parte do conjunto das Residências Integradas em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará – RIS-ESP/CE, no entanto, para viabilizar tal pesquisa, o foco será direcionado apenas ao programa de Saúde da Família.

### **1.1 Justificativa e Relevância**

A aproximação com o objeto de pesquisa se deu por três encontros ao longo de meu percurso profissional.

Primeiramente, na vivência prática e profissional enquanto residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Esse programa tem por objetivo formar, pelo trabalho, profissionais aptos a atuarem em equipes multiprofissionais. Com minha inserção nesse processo formativo, despontaram muitas reflexões sobre a necessidade de se fomentar o desenvolvimento de habilidades e competências para uma atuação interprofissional que me é exigida cotidianamente.

Em um segundo momento, desenvolvi uma pesquisa de conclusão da Especialização em Saúde Pública (SOARES, 2012) onde adotei como objeto de estudo a atuação em equipe nos Núcleos de apoio à Saúde da Família. Estudar a conformação dessa modalidade de trabalho coletivo conduziu imediatamente à problematização da concepção de trabalho compartilhado adotada pelos profissionais, bem como das características da formação interprofissional no campo saúde. A partir daí, aguçou-se meu interesse em aprofundar os estudos sobre o tema da educação e colaboração interprofissional.

Por fim, depois de egressa do programa de Residência, iniciei o trabalho como tutora na Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. Assumir o papel de docente de um programa de RMS e reconhecer os desafios cotidianos interpostos à implementação de um processo formativo interprofissional, despertou em mim o interesse em dedicar minhas atividades de pesquisa a essa temática, como agora o faço.

O reconhecimento do potencial formativo da residência multiprofissional, o entendimento de que a atuação interprofissional é estratégia bastante relevante na qualificação da atenção prestada e a compreensão da dificuldade existente no estabelecimento de estratégias de educação interprofissional nas instituições de ensino e nos serviços de saúde motivaram o delineamento desse objeto de estudo e o interesse em desenvolvê-lo.

Além disso, analisar o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública enquanto estratégia de promoção educação e da colaboração interprofissional é ferramenta de grande relevância para identificar como se configura essa estratégia na pós-graduação e como acontece o desenvolvimento de competências e habilidades para a atuação colaborativa.

Esse modelo de formação, apesar de sua pequena parcela de formação de profissionais de saúde, está cada vez mais difundido no Brasil. Em 2013, eram

concedidas 2104 bolsas de residência multiprofissional. Para 2014, além da renovação das bolsas já concedidas, foram ofertadas mais 1072 vagas nesses programas. Somente no Ceará, em 2014, existiam aproximadamente 650 residentes multiprofissionais com a renovação automática dessas vagas para o ano de 2015. Tal quantitativo demonstra a grande participação do estado na proposição desse modelo de formação em interprofissional em saúde.

A colaboração e a educação interprofissional são assuntos que tem ganhado relevância mundial diante das exigências do trabalho em equipe. As RMS corroboram com essa ideia e, apesar de serem uma proposta recente, contam com implantação nacional de grande importância. Entretanto, pouco se produziu cientificamente, no âmbito nacional, acerca da caracterização das pós-graduações em saúde como estratégias de educação colaborativa.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar o processo de implementação da educação interprofissional e da prática colaborativa no cotidiano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o projeto de ensino-aprendizagem interprofissional adotado na condução pedagógica do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família;
- Investigar as dimensões da educação interprofissional e da prática colaborativa efetivadas no cotidiano dos cenários de práticas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família;
- Identificar os aspectos facilitadores e os desafios interpostos à efetivação da colaboração e da educação interprofissional no contexto em estudo;
- Indicar os fatores relacionados ao aperfeiçoamento das ações de educação e colaboração interprofissional no cotidiano das Residências Multiprofissionais em saúde.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Breve Contexto do SUS: a história, a reforma, a estratégia e a organização da atenção à saúde

Foi no período da República Velha que se deu o surgimento da Saúde Pública no Brasil por meio da criação de serviços e programas de saúde pública em nível nacional. Antes, as ações de saúde ficavam por conta de instituições filantrópicas e, por isso, não se configuravam enquanto uma política pública. Na Primeira República, de 1889 a 1930, houve bastante investimento nas ações de combate às epidemias urbanas e rurais. Aconteceram, então, muitas campanhas de vacinação e ações coletivas em prol da higienização das cidades, conferindo a essas intervenções a conhecida denominação de sanitarismo campanhista. Essa fase foi marcada pelo autoritarismo, pela tecnoburocracia e pelo corporativismo. Ao passo que a urbanização crescia, os corpos individuais e sociais eram submetidos a repressivas intervenções médicas (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2009; LUZ, 1991).

O período seguinte, denominado por Luz (1991) como populista, foi marcado pela criação dos institutos de seguridade social e pela estreita relação entre os sindicatos, a força de trabalho e a assistência à saúde. Por volta de 1923 foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão- CAP, ficando a assistência à saúde a elas vinculada. Posteriormente, foram organizados os Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAP, em substituição às CAP. Estes eram divididos por categoria profissional e responsabilizavam-se pela assistência à saúde de seus filiados. Esse foi um período em que o acesso à saúde estava praticamente restrito aos trabalhadores urbanos (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2009).

Uma terceira fase da saúde pública brasileira aconteceu com a industrialização, a partir de 1950. Nesse período, ainda vigorava a lógica de assistência à saúde por meio de campanhas ao mesmo tempo que o modelo médico-assistencial privatista e curativista financiado pelo Estado por meio da Previdência Social dominava o cenário brasileiro. Foi nesse contexto, que surgiu o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. Este, percebendo a ineficiência das ações disparadas pelo modo de produção da saúde instituído, acabou por tentar combater a situação estabelecida com mais e novos programas, que também chegavam ao fracasso. A crise

estabelecida dizia respeito a concepção da política de saúde, tratava-se de um impasse estrutural, institucional e político. Essa conclusão levou muitos, liderados pela elite progressista, a militarem por uma reforma de base que, entretanto, foi contida pelo golpe militar de 1964 (LUZ, 1991).

Durante a ditadura, o modelo de saúde adotado tornou-se ainda mais perverso. Além das campanhas e do foco individual e curativista, a indústria farmacêutica e de tecnologias médicas ganhou cada vez mais espaço e centralidade no processo de atenção à saúde. A saúde passou a ser entendida como um bem de consumo. E, como todo bem de consumo privado, não estava acessível a todos. Multiplicaram-se as instituições privadas de formação e assistência à saúde, especialmente as ligadas à corporação médica. No entanto, ao passo que as condições determinavam o crescimento econômico que caracterizou o “milagre brasileiro”, as condições sociais da maioria só pioravam. A estes que não podiam pagar, eram ofertados serviços massificados sob a alcunha de medicina social e preventista. Fortalecia-se uma relação mercantil e coisificada entre profissional da saúde e paciente (LUZ, 1991).

Ainda de acordo com Luz (1991), essa situação desencadeou um retorno dos movimentos a favor de reformas sociais. Essa mobilização tinha as pautas de saúde como centrais. Estava estabelecida uma crise das políticas sociais e esta foi atrelada ao regime. Com a nova república, havia o desejo de combater essa realidade. A sociedade civil organizada foi às ruas no início dos anos 80. Contudo, vale ressaltar que as disputas de interesses e as oposições a essa mudança no setor saúde não foram poucas. Até mesmo entre os militantes da reforma sanitária haviam divergências no que tange a alguns aspectos dessa mudança de modelo. Porém, a VIII Conferência de Saúde confirmou, quase com unanimidade, a urgência dessa reforma. A Constituição Federal, então promulgada em 1988, trouxe consigo revolucionários princípios sociais e sanitários (LUZ, 1991).

Com essa Constituição, houve a adoção do SUS como sistema de saúde nacional. Propondo uma nova caracterização à saúde no Brasil, o SUS instituiu a descentralização da gestão das ações de saúde, a hierarquização da assistência pela complexidade e grau de especialização exigidos, a participação da sociedade na gestão do setor saúde, a democratização das relações, a integralidade do cuidado em saúde e a universalização do acesso. Além disso, a concepção de saúde como direito civil e dever

do estado exigiu mudanças importantes na lógica vigente nesse setor. O eixo dessa reorientação foi a Atenção Primária à Saúde - APS.

Internacionalmente, os primeiros esboços teóricos e/ou práticos de uma APS surgiram em países como Inglaterra e Estados Unidos. Iniciou-se em alguns países da Europa a discussão acerca de uma assistência à saúde de primeiro contato, longitudinal e integral (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009) à medida que se questionavam o modelo biomédico, a abordagem vertical dos programas de controle de doenças transmissíveis, a associação das condições de vida com a saúde proposta pelo Relatório Lalonde, a necessidade de democratização do saber médico e a pouca autonomia dos sujeitos frente a sua saúde (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008). No entanto, foi em 1978, com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, que essa discussão tomou proporções mundiais e definiu a APS como estratégia essencial para alcançar condições de saúde aceitáveis em todo o mundo. Em cada país, essa ferramenta de promoção da saúde poderia e deveria ser implantada levando em consideração as nuances políticas, econômicas, sociais e culturais de cada localidade.

A partir daí, muitos modelos práticos e teóricos de APS foram desenvolvidos. Reunindo-se diversas conceituações de APS, pode-se defini-la como uma estratégia flexível, que se caracteriza por ser porta de entrada aos usuários do sistema de saúde e, ao mesmo tempo, coordenadora do cuidado, funcionando também como uma espécie de filtro. A APS propõe uma atenção preventiva, curativa, reabilitadora e promotora de saúde através de um cuidado contínuo e de um acompanhamento longitudinal. Supõe-se que seja alcançada uma atenção integral e integrada dentro do sistema de saúde. Além disso, concretiza-se em uma prática que é intersetorial e articulada, cujo foco é o sujeito e não sua doença. O cuidado deve ser organizado segundo os aspectos biopsicossociais e do ambiente envolvidos na situação e conta com a participação comunitária e a democratização do conhecimento (ALMEIDA, FAUSTO, GIOVANELLA, 2011; ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2009; STARFIELD, 2002).

Uma análise superficial acerca do conceito de APS pode induzir ao equívoco de considerá-la como um conjunto de ações básicas para populações pobres ou ainda considerá-la como um nível de atenção pouco resolutivo e, dessa maneira, de pouca importância dentro do sistema. Um entendimento errôneo da APS classifica-a também como um nível de cuidado em saúde que requer menos preparo ao passo que

trabalha com profissionais generalistas em vez dos superespecializados, e, portanto, uma área de baixa complexidade técnica e distante do que se considera, de fato, atenção à saúde. Essas concepções de APS são, na verdade, distorções da ideia central da estratégia. Internacionalmente, muitas são as evidências da efetividade da APS indo de encontro a essa perspectiva de desvalorização (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2009).

No Brasil, o Programa Saúde da Família – PSF, criado em 1994, caracterizou-se como o grande instrumento de introdução efetiva da APS no cenário nacional (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2009). E, de fato, houve um redirecionamento das prioridades em saúde com a adoção da filosofia de uma APS abrangente. Com o tempo e a percepção da Saúde da Família como um modelo permanente de organização do SUS, optou-se por adotar em vez de PSF a expressão Estratégia Saúde da Família, posto que se trate de uma estratégia que transpassa e implica longitudinalmente o sistema.

### 3.1.1 Sobre a Estratégia Saúde da Família

A ESF é um modelo de APS. Este é organizado a partir do trabalho em equipes. As equipes de Saúde da Família – EqSF são compostas por médicos generalistas, enfermeiros generalistas, cirurgiões-dentistas, auxiliares ou técnicos de enfermagem, auxiliares ou técnicos de saúde bucal e alguns Agentes Comunitários de Saúde - ACS. O trabalho é desenvolvido com base na territorialização e na adscrição de clientela para cada equipe a partir dos critérios de risco e vulnerabilidade. A assistência em saúde privilegia a atenção à família; vai ao encontro dos usuários do sistema, considerando a realidade local; e busca voltar sua atenção à pessoa e não a doença (BRASIL, 2011a). Nessas equipes, o ACS atua como verdadeiro elo na articulação entre a comunidade e a unidade de saúde da família.

A comunidade, por sua vez, tem sua grande importância não só como usuária dos serviços de saúde, mas também e principalmente, como ator da saúde. A participação comunitária e articulação comunitária são vertentes fundamentais do trabalho em saúde da família. Os conselhos de saúde devem ser espaços institucionalizados de participação popular e de controle social. Como princípio, a ESF

acredita que o usuário, que é o maior beneficiário do sistema, deve participar ativamente também da gestão de todo o processo.

A ESF, condizente com os princípios doutrinários do SUS de universalidade e integralidade, se organiza como porta de entrada preferencial e trabalha na perspectiva da construção de vínculo entre usuário e profissional da saúde com o objetivo de fornecer acompanhamento continuado e longitudinal a todas as pessoas (BRASIL, 2011a).

Efetivar a ESF exige que haja também uma transformação no entendimento do processo saúde/doença. Esse novo conceito deve ser compartilhado pelos profissionais, pela comunidade e entre os responsáveis pela gestão do trabalho (ROSA, LABATE, 2005). Entretanto, por se tratar de uma iniciativa inédita, a ESF apresentou alguns entraves diante de sua implantação, execução e desenvolvimento. A própria noção de promoção da saúde era bastante limitada no período que sucedeu a implantação do SUS e precisou ser incluída no cuidado em saúde.

No referente à ampliação do escopo de atuação das equipes da ESF, visando à construção da integralidade e o aumento da resolutividade das equipes mínimas, foram desencadeadas redefinições nesse campo e em suas possibilidades de ação. Uma das estratégias propostas foi a implantação dos NASF em 2008 (BRASIL, 2014a).

Esses núcleos são unidades compostas por profissionais de saúde dentre dezenove especialidades: Médico Acupunturista, Assistente Social, Professor/Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista/Obstetra, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Médico Geriatra, Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, Arte-educador e profissional sanitaria (com pós-graduação em Saúde Pública). A composição de cada núcleo é decidida de acordo as necessidades locais e essas equipes devem atuar em unidade com as EqSF, compartilhando práticas e responsabilidades, além de promoverem integralidade e interdisciplinaridade de uma forma ainda mais ampla (BRASIL, 2011a).

De acordo com o Caderno do NASF (BRASIL, 2014a), o processo de trabalho desses núcleos, em uma maior especificação, pode ser dividido em três vertentes: ações conjuntas entre NASF e equipes apoiadas; intervenções específicas dos

profissionais do NASF, e ações das equipes de referência apoiadas pelo NASF. Essas ações devem ser sempre articuladas com as equipes de referência e focadas na discussão e troca mútua de saberes e informações, combinando elementos assistenciais e técnico-pedagógicos (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010).

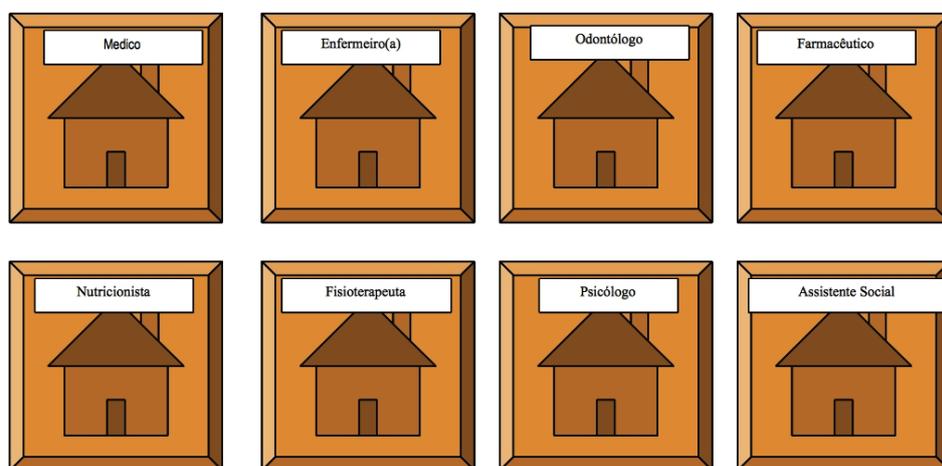
Aqui se optou por usar a terminologia equipes de referência em vez de equipes de saúde da família. Afinal, com a inclusão de novos profissionais, acredita-se que a EqSF é todo o conjunto de profissionais que trabalham dentro da ESF. As equipes tradicionalmente definidas como EqSF são, adotando-se as definições e os arranjos organizacionais da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde – PNH (BRASIL, 2004b), equipes de referência territorial. A ideia de referência remete à responsabilização e à proximidade dos usuários. No caso da ESF, é uma referência territorial, pois a responsabilidade sanitária das equipes é sobre uma determinada área delimitada dentro de um território maior. De acordo com Campos e Domitti (2007), a equipe se faz referência também porque oferece um acompanhamento longitudinal e continuado, é o elo mais próximo e mais acessível da comunidade com o serviço.

O NASF é norteado pelo princípio do apoio matricial (BRASIL, 2014a; CAMPOS, DOMITTI, 2007). Nesse apoio, levando em consideração a forma matricial de realiza-lo, a necessária articulação com as equipes de referência e a interação entre diferentes categorias proporciona a troca de informações e o estabelecimento de intercessões entre os saberes. De acordo com Matuda, Aguiar e Frazão (2013), o NASF tensiona essa mudança na configuração do trabalho uma vez que, para exercer o apoio matricial é essencial que se estabeleça um elevado grau de cooperação interprofissional. Com a estruturação da ESF, o trabalho em equipe passou de uma conformação da organização do trabalho para um imperativo na estruturação da atenção à saúde de forma integral. Reunir vários profissionais diante do mesmo objetivo e para uma atuação conjunta significou a busca da diversificação e transformação dos olhares, práticas e métodos (GOMES *et al.*, 2007).

### 3.1.2 O trabalho em equipe por uma atenção integral

O trabalho de várias categorias profissionais em um mesmo serviço de saúde não é novidade. Todas os grandes serviços hospitalares possuem médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, e outros profissionais de

saúde que surgiram, em última instância, do próprio desenvolvimento e incorporação de tecnologias pela Medicina. Entretanto, como o conhecimento científico racionalista trabalha com o indivíduo e sua compartimentalização, nesses espaços as várias categorias profissionais trabalham paralelamente, havendo pouca ou nenhuma discussão e colaboração das várias categorias entre si, resultando em uma atenção fragmentada aos pacientes. Cada categoria desenvolve seu campo de conhecimento e sua prática isoladamente das outras (COELHO, 2013). A figura abaixo, que trata do modelo das casinhas profissionais isoladas, ilustra essa situação: profissionais diferentes em um mesmo espaço, mas trabalhando paralelamente.



**Figura 1** – Modelo multiprofissional tradicional ou modelo das “casinhas paralelas” (Fonte: ANDRADE *et al*, 2004).

Fortuna et al. (2005) definem o trabalho em equipe como uma rede de relações entre pessoas, poderes, saberes, afetos e desejos que se modificam e precisam ser combinadas e conhecidas com o intuito de possibilitar a realização de um objetivo comum. No âmbito da discussão acerca do trabalho em equipe na saúde, Peduzzi (2001) analisa o conceito e propõe uma tipologia de conformação das equipes em saúde. A partir disso, descreve dois tipos de equipe: a equipe aglomerado, caracterizada apenas pela justaposição de diversas categorias profissionais, e a equipe integração, pautada na articulação de saberes e práticas. Cada uma dessas tipologias é diferenciada por algumas características, como: comunicação entre os agentes do trabalho, projeto assistencial comum, diferenças técnicas de trabalho, desigualdades nas valorizações profissionais,

especificidade dos trabalhos especializados, flexibilidade da divisão do trabalho, e autonomia técnica.

Ainda de acordo com Peduzzi (2001), o modelo ideal de equipe não é aquele com segmentação fixa e rígida, mas também não pode ser aquele em que há total horizontalização das relações. Cada categoria tem suas especificidades e, ao mesmo tempo, compartilha conhecimentos mais abrangentes com as demais categorias. Essa relação é o que Campos (2011) diferencia enquanto conhecimentos de núcleo e de campo. Em áreas de trabalho multiprofissional há uma sobreposição de limites entre as disciplinas e práticas. Mas isso não pode significar nem fusão de todos os saberes, nem a necessidade de um isolamento definitivo. O que se propõe de mais coerente nessa discussão é o entendimento do núcleo como a identidade de uma área do saber e prática profissional; e o campo como um espaço de limites imprecisos onde as categorias em sua multiplicidade trabalham juntas para dar conta de suas tarefas teóricas e práticas. Dessa forma, há uma flexibilização da divisão do trabalho com vistas ao desenvolvimento de ações comuns (CAMPOS, 2011).

Portanto, defende-se que o trabalho em equipe multiprofissional se refere à recomposição dos diferentes processos de trabalho que mesmo se desenvolvendo de forma integrada, devem preservar as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho e articular as intervenções realizadas pelos componentes da equipe (PEDUZZI, 2007).

A comunicação é importante ferramenta da construção de um projeto assistencial comum pela equipe. Esta atua na perspectiva do compartilhamento de objetivos e pressupostos por meio do diálogo. A construção desse projeto comum também tem relação direta com a concepção de saúde e de assistência dominante para cada profissional ou o conjunto deles (PEDUZZI, 2001).

Um dos aspectos que também merece destaque nessa análise do trabalho em equipe multidisciplinar na saúde é a desigual valorização de diferentes profissionais e de diferentes trabalhos. Essa diferenciação acaba por gerar hierarquias na organização do trabalho, na sua gestão e no reconhecimento de determinadas profissões e disciplinas, implicando inclusive tensões no que diz respeito à ética do trabalho, ao relacionamento interprofissional e à interação diante das ações desenvolvidas (PEDUZZI, 2007).

A autonomia técnica é outra dimensão desse trabalho elencada por Peduzzi (2001) que deve ser levada em conta. Da mesma forma que nas demais características da equipe integração, a autonomia de cada profissional na condução do cuidado é essencial, entretanto há uma sutil diferença entre a plena autonomia e a interdependência necessária. Ou seja, apesar de terem autonomia, os sujeitos de uma equipe, por compartilharem projetos de cuidado, estão sempre em relação de certa dependência.

De forma complementar, Bonaldi *et al.* (2007, p. 60) ressaltam que a organização do trabalho em equipe tem a capacidade de promover:

A transformação das práticas propostas pelo SUS, por meio de ‘modelos mais porosos aos contextos em que se inserem’, exige que o trabalho em equipe valorize a polifonia decorrente do efetivo exercício da multiprofissionalidade, a diversidade de vozes e de discursos. As diferenças entre os saberes e práticas devem ser ‘harmonizadas’ e não negadas ou minimizadas, cada trabalhador deve saber o que vai fazer, quando e como de acordo com cada nova situação, e com a atuação dos demais membros da equipe. A atuação dos diferentes profissionais deve dar-se a partir da noção do *agir em concerto*, que se baseia no respeito às especificidades e responsabilidades de cada profissional, e na afirmação que o trabalho em saúde não restringe, nem se encerra, no fazer de nenhum trabalhador especificamente.

Diante dessa análise do trabalho em equipe, fica impossível separá-la da noção de integralidade. Como afirma Peduzzi (2007, p. 164), “*a integralidade [...] é a principal justificativa e motivação para a proposta do trabalho em equipe, em substituição ao trabalho individualizado por profissional*”. Entretanto, a equipe multiprofissional apenas como a justaposição de profissionais das mais diversas categorias não promove um cuidado integral. Ao contrário, essa forma de organizar a equipe revela a fragmentação do trabalho e do cuidado, pois não garante o acompanhamento e a continuidade (BONALDI *et al.*, 2007 e SAMPAIO *et al.*, 2011).

Nessa divisão da atuação por procedimentos e conhecimentos técnicos, emerge ainda a questão da hierarquização. Dentro das equipes, a valorização diferente conferida a cada categoria profissional pode gerar verdadeiras competições e/ou desresponsabilizações pelo cuidado (BONALDI *et al.*, 2007). É preciso que haja confiança e parceria entre os diferentes sujeitos. Segundo Bonaldi *et al.* (2007, p. 66), “*não existe coletivo sem laço de cooperação [...] a ausência desses laços seria nefasta para a própria organização do trabalho, interferindo diretamente na qualidade desse*”.

Vários autores discutem essa necessidade de integração dos saberes indo de encontro à ideia a perspectivas da superespecialização e da fragmentação do saber. Diante da grande compartimentalização do saber que foi alcançada e das novas necessidades de saúde apontadas, a interdisciplinaridade ganhou grande campo nas discussões e políticas públicas. A grande separação e as barreiras intransponíveis construídas entre os conhecimentos em saúde acabaram por, ao contrário do que se imaginava e pretendia, enfraquecer os saberes (FURTADO, 2007).

A Saúde Coletiva, por sua vez, é um “*campo multidisciplinar em termos de discursos (saberes disciplinares) e de práticas (formas de intervenção)*” (LUZ, 2009, p. 306). A complexidade atual da Saúde Coletiva exige, para além de relações teóricas entre os saberes e profissionais, a existência de relações políticas, sociais e culturais em todos os seus âmbitos. Essa complexidade está presente em todas as nuances da Saúde Coletiva: produção teórica, formação e atuação prática (LUZ, 2009).

Diante de tudo isso, pode-se perceber que as disciplinas e atuações profissionais se tocam em diversas questões. Ora com mais intensidade, ora com menos. É nesse contexto que surgem as diversas nomenclaturas que se referem a essa inter-relação: multi, pluri, inter e transdisciplinaridade. Essas formas de interação existem concomitantemente na Saúde Coletiva e diferenciam-se pela maior ou menor existência de trocas entre os universos das disciplinas. Mesmo afirmando-se que a interação é necessária, não se pode reduzir a complexidade da Saúde Coletiva a um modelo único e estanque (LUZ, 2009; FURTADO, 2007).

De acordo com Furtado (2007), podemos apontar diferenças básicas entre os quatro modelos de organização do trabalho em equipe multiprofissional:

- Multidisciplinaridade. Refere-se à coexistência de diversas áreas lado a lado sem necessariamente estabelecer relações de troca entre elas. Há certo trânsito entre elas garantido pela organização institucional, no entanto não existe inter-relação;
- Pluridisciplinaridade. Determina uma inter-relação entre as disciplinas, estabelecendo objetivos comuns e estratégias de colaboração. Entretanto, a noção de relação está diretamente ligada à ideia de complementaridade de métodos e técnicas. Cada área com

seus conhecimentos, ao interagirem, preenchem as lacunas do saber em saúde;

- Interdisciplinaridade. “Representa o grau mais avançado de relação entre disciplinas, se considerarmos o critério de real entrosamento entre elas” (p. 242). Caracteriza-se pela horizontalização das relações entre os profissionais, estabelecendo uma prática colaborativa que vai além da complementaridade. Espera-se que dessa inter-relação surjam novos conhecimentos que constituem um campo e conhecimentos novos;
- Transdisciplinaridade. Trata-se de um entrosamento mais profundo entre as disciplinas, onde seriam abolidas as fronteiras disciplinares. Seria esta uma maneira de superar as limitações da interdisciplinaridade para a prática em saúde. Na transdisciplinaridade até mesmo o domínio linguístico dos profissionais é o mesmo, superando de fato a diferenciação nos olhares sobre a realidade. Esse modelo é colocado por Furtado (2007) como algo ideal e não exequível na realidade dos serviços.

A interdisciplinaridade, pois, como modelo possível e condizente com a realidade,

assume grande importância à medida que identifica e nomeia uma mediação possível entre saberes e competências e garante a convivência criativa com as diferenças. Além da função de mediador, o conceito de interdisciplinaridade vem apontar a insuficiência dos diversos campos disciplinares, abrindo caminhos e legitimando o tráfego de sujeitos concretos e de conceitos e métodos entre as diferentes áreas do conhecimento (FURTADO, 2007, p. 245).

Essa mesma noção não nega a especialidade, nem garante que a simples reunião de diferentes disciplinas determina colaboração, inter-relação e objetivos comuns. Mas assume que os profissionais de saúde deparam-se, cotidianamente, com problemas de saúde complexos, impossíveis de serem resolvidos com a atuação de uma única disciplina ou profissão e que exigem a articulação de conhecimentos e tecnologias de várias categorias profissionais. Como discutido por Barreto et al. (2006), a especialização exacerbada que marca a área da saúde fortalece a medicina dos órgãos. Esta visão organicista da doença, por sua vez, rompe com a unicidade do homem e com

a noção ampliada de sua saúde. Neste sentido, reconhece-se que a complexidade da saúde requer uma perspectiva interdisciplinar e interprofissional.

Para tanto, necessário se faz que os profissionais estejam impregnados por um espírito epistemológico amplo e arejado. Significa abrir-se a outras especialidades, estar atento a tudo que nas outras disciplinas possa trazer um enriquecimento ao seu domínio de investigação e/ou atuação (...) Inaugura-se, assim, uma nova pedagogia – não situando o profissional neste ou naquele compartimento do saber, mas no horizonte do fenômeno humano. Isso implica reagir contra todos os particularismos e sectarismos intelectuais, contra as barreiras culturais (BARRETO et al, 2006).

Além disso, quando se transfere essa discussão da noção de disciplina para a ideia da atuação profissional, deve-se levar em consideração as diversas variáveis que perpassam a prática cotidiana nos serviços de saúde, a legislação profissional e a lógica profissional de retenção de conhecimentos e supremacia de uma determinada área (FURTADO, 2007; D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

D'Amour e Oandasan (2005) enfatizam que atualmente cada profissão possui uma jurisdição própria sobre sua prática, o que impacta diretamente na estruturação da oferta dos serviços, pois raramente este tipo de divisão das responsabilidades entre os profissionais de saúde estabelecidas à nível legal é coerente e integrado aos cenários de prática de forma a responder às necessidades de saúde dos usuários e/ou ao modelo de organização do processo de trabalho nos serviços. Transpor, pois, o universo da disciplina para o da colaboração profissional estabelece-se hoje como grande desafio (FURTADO, 2009).

Interprofissionalidade diz respeito ao desenvolvimento de uma prática coesiva entre os profissionais das diversas disciplinas. O caminho para o estabelecimento dessa coesão envolve reflexão e o estabelecimento de maneiras de atuar conjuntamente que respondam às reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Este modelo de atuação conjunta e de cuidado envolve a troca de conhecimentos, os valores pessoais e o estabelecimento de uma atenção à saúde centrada no paciente/cliente/família/comunidade (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Alguns indicadores são apontados por D'Amour *et al* (2008) como fundamentais para que se avalie o nível de colaboração alcançado entre os profissionais na saúde, quais sejam: Objetivos e Pontos de vista compartilhados (Objetivos e atuação centrada no cliente x outras interesses); Internalização (convivência mútua e confiança),

Governança (liderança central que conduz a colaboração, liderança local para a realização das atividades, apoio para mudanças e conectividade); e Formalização (divisão de tarefas e responsabilidades e troca de informações). Ainda segundo D'Amour *et al* (2008) a graduação desses indicadores permite que se estabeleça se a colaboração na equipe é ativa (nível mais alto), em desenvolvimento ou apenas potencial (ainda inexistente).

Ainda segundo D'Amour e Oandasan (2005), os modelos de colaboração interprofissional determinam impacto sobre o paciente, a equipe (saúde mental e satisfação no trabalho), a organização dos serviços (efetividade e processo de trabalho) e sobre o sistema de saúde como um todo, à medida que, sendo implantado de forma ampla, pode diminuir os custos, qualificar a atenção e aumentar as respostas à necessidade da população. Da mesma forma que impacta, a implementação da colaboração interprofissional exige participação dos usuários dos serviços, dos profissionais e dos gestores.

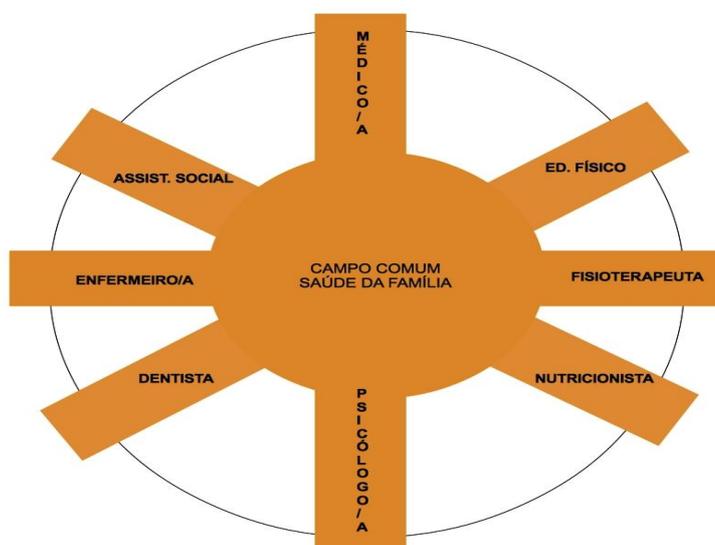
A emergência desse novo conceito também tem relação direta com a ideia de integralidade e ultrapassa os limites da interdisciplinaridade, tornando-a mais ampla e mais palpável no contexto da atuação profissional de fato.

No entanto, para se construir um modelo de atuação em equipe que leve em consideração a colaboração interprofissional, muito mais que o simples aglomerado de profissionais, é preciso que haja transformação na cultura institucional e na racionalidade de ação adotada pelo conjunto de todos os profissionais e gestores (PEDUZZI, 2007). Essa mudança é essencial, pois interfere na avaliação e implementação de práticas assistenciais e comunicativas.

Na ESF, por exemplo,

“os processos de trabalho exigem na prática a construção de um ‘novo campo’ de saber comum a todas categorias profissionais e o reconhecimento da limitação da ação uni-profissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações, o que implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde e requer a implementação clara e precisa de uma formação para as competências gerais necessárias a todos os profissionais de saúde” (COELHO, 2013, p. 30).

Nesse sentido, Andrade e colaboradores (2004) apresentam uma figura esquemática que sistematiza a interprofissionalidade na ESF:



**Figura 2** – Construção da Interprofissionalidade na ESF (Fonte: ANDRADE et al. 2004).

Esse modelo responde ao anterior que apresentava as caixinhas paralelas (Figura 1). Neste, preserva-se as especificidades de cada núcleo, mas também valoriza-se e afirma-se a importância e centralidade de um saber de campo. Além disso, todas as profissões comunicam-se constantemente em sua prática profissional cotidiana, visando um cuidado holístico, integrado e integral.

Tal discussão sobre a transformação das práticas em saúde remete, imediatamente, à questão da formação para esse campo do saber. Essas duas dimensões são inseparáveis e interdependentes (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

“Atualmente, um dos desafios para a implementação do atendimento integral é o perfil dos profissionais formados pelos cursos de graduação da área da saúde que carecem de mudanças pedagógicas em sua formação para dar possibilidades às práticas de integralidade da atenção, eixo norteador da formulação de políticas de saúde” (COELHO, 2013, p. 31).

Como transformar práticas se a formação permanece pautada em outro modelo de atuação? Partindo da noção de interprofissionalidade (D'AMOUR; OANDASAN, 2005), percebemos a urgente necessidade de se construir espaços de aprendizagem que sejam de colaboração interprofissional. Os estudantes de saúde precisam estar expostos, discutir e ser afetados por práticas interprofissionais para que, futuramente, sejam eles os articuladores dessas práticas nos serviços de saúde.

Alguns estudos revelaram que o ideal do exercício liberal da profissão e o ideal do cenário consultório-prescrição ainda permeiam prioritariamente o imaginário e os planos dos estudantes e profissionais da saúde, fortalecendo a tendência ao estabelecimento de uma prática centrada em procedimentos em detrimento da colaboração profissional. (D'AMOUR, OANDANSAN, 2005; CECCIM et al, 2008). Existe, pois, um antagonismo “entre a diferenciação (que buscamos ativamente pela formação profissional) e a integração (requerida pela colaboração e condição para qualificação da clínica)” (FURTADO, 2007, p. 246).

Percebe-se, pois, que a reforma do setor saúde no Brasil reorientou as práticas em saúde. No entanto, mesmo com o significativo tempo de implantação do SUS, a oferta de profissionais preparados para a atuação nesse modelo ainda é baixa. Ao passo que os serviços foram reestruturados sob outros princípios, a formação permanece marcada pelo modelo convencional de atenção. É necessário ainda avançar no domínio do uso das tecnologias leves, no desenvolvimento de novos conhecimentos técnicos, na implementação de novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, ou seja, no estabelecimento de outra micropolítica (MATUDA, AGUIAR, FRAZÃO, 2013; GONZÁLEZ, ALMEIDA, 2010).

Nesse cenário, a educação interprofissional apresenta-se como uma abordagem pedagógica que visa preparar os estudantes para o trabalho colaborativo através do envolvimento de estudantes de duas ou mais profissões em processos comuns de aprendizagem teórica a prática. Este tipo de educação busca superar o despreparo dos profissionais de saúde para a atuação em equipes. Além disso, o modelo da educação interprofissional valoriza o potencial formativo de próprio trabalho em equipe. Afinal, para além de discussões teóricas sobre o campo de atuação de cada categoria, o fazer compartilhado das equipes permite a troca de saberes de diferentes formas (nas palavras, nos gestos, nas atitudes, etc.). Mais do que a teoria, a atuação prática revela nuances de cada saber fazer (BARROS; BARROS, 2007).

Em síntese,

"as transformações sanitárias, sociais e econômicas ocorridas no Brasil recolocaram antigos problemas e introduziram outros novos para a área de recursos humanos em saúde. Entre os desafios inéditos, destacam-se aqueles decorrentes da implementação de estratégias de reorientação do modelo de atenção" (MATUDA, AGUIAR, FRAZÃO, 2013, p. 173).

Com a reforma sanitária brasileira, houve a reorientação do modelo e uma importante expansão dos postos de trabalho. Nesse movimento, sob o princípio da integralidade, emergiu a imprescindibilidade de centrar o processo de trabalho nas necessidades de saúde do usuário e do território, complexificando as demandas e exigindo o fortalecimento do trabalho em equipe. Trabalhar em equipe demanda ainda uma formação também pautada nos mesmos princípios. Daí a inseparabilidade das estratégias e grande importância dessa temática para a constituição do SUS.

### **3.2 Educação de trabalhadores da Saúde: conceitos e perspectivas**

Educação Profissional em Saúde, de acordo com o Dicionário da Educação Profissional em Saúde (PEREIRA, LIMA, 2009), compreende a formação inicial ou continuada, a formação técnica média e a formação tecnológica superior. Essa educação pode ser realizada tanto em serviços de saúde, quanto em instituições de ensino, seja ela para formar técnicos ou graduados em determinadas áreas profissionais ou para disparar processos de educação permanente direcionados aos profissionais já inseridos nos serviços de saúde. Ainda segundo o mesmo dicionário, trata-se de um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas e aquisição de conteúdos visando a formação dos futuros trabalhadores e possibilitando um aumento da sua capacidade produtiva.

Entretanto, esse é um campo em disputa e deve ser compreendido como parte da estrutura macro social de engendramento da sociedade. Os interesses que atravessam essa formação profissional, bem como a divisão do trabalho em saúde são uma construção social que resulta de um complexo processo histórico, cujas configurações sofreram influências de uma série de determinantes sociais, históricos, políticos e culturais. No Brasil, por exemplo, historicamente, as tensões capitalistas acabaram por tornar a educação profissional em saúde uma ação conformada unicamente às necessidades do mercado de trabalho e, dessa forma, restrita às tarefas dos postos de trabalho específicos. Esta é uma perspectiva economicista, instrumentalista, tecnicista e reducionista (PEREIRA, LIMA, 2009).

Da mesma forma, as necessidades de saúde da população, a organização dos serviços de saúde e as competências exigidas aos profissionais também são constructos

históricos e sociais. A existência de novas questões de saúde, pelas suas peculiaridades, exigem novas abordagens e novas formas de organização dos serviços. As mudanças instauradas na organização do trabalho e dos serviços em saúde, por sua vez, também determinam novos princípios conceituais de organização do cuidado e demandam novas competências profissionais.

De acordo com Paim *et al* (2011) há indicadores de uma transição demográfica, epidemiológica e nutricional em vigência no Brasil em decorrência de seu momento atual de desenvolvimento social e econômico. Comparando com os anos 1990, a proporção de pessoas com mais de sessenta anos dobrou, as taxas de fecundidade e mortalidade infantil diminuíram de forma significativa ao passo que a expectativa de vida ao nascer aumentou, alcançando 72,8 anos em 2008. As doenças infecto-contagiosas, apesar de ainda existirem, não são a principal causa de morbidade e mortalidade da população. Os agravos crônico-degenerativos tem aparecido cada vez mais no cenário sanitário brasileiro, exigindo novas estratégias e eixos de intervenção no cuidado em saúde. A obesidade passou a constituir-se um abrangente problema de saúde pública. Uma vez que a urbanização é uma realidade cada vez mais presente no território brasileiro, as causas externas, como acidentes de trânsito e a violência, ocupam os primeiros lugares nos índices de morbi-mortalidade.

No que tange ao sistema de saúde, a criação do SUS representou uma importante transformação nas concepções acerca do processo saúde-doença e na organização dos serviços. Ou seja, a modalidade de trabalho adotada, como afirma Faustino (2004), exige dos profissionais conhecimentos e habilidades bastante amplos e capazes de abranger a universalidade, a integralidade, a equidade, a participação popular, a ação colaborativa, o compartilhamento de objetivos e responsabilidades, etc. Ou seja, as competências necessárias para o trabalho em saúde de acordo com os princípios do SUS vão muito além do conhecimento clínico tradicional (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010).

A consolidação das inovações e reorientações propostas pelo SUS para os serviços de saúde remete imediatamente a uma reflexão e discussão da formação dos recursos humanos em saúde (CARVALHO, CECCIM, 2009). Afinal, como modificar a organização do cuidado em saúde, sem renovar a lógica de atuação dos profissionais? Apenas as mudanças nas políticas de saúde seriam suficientes para transformar as práticas e atitudes no cotidiano dos serviços?

Entretanto, o que se observa na realidade da formação em saúde no Brasil é o predomínio dos valores e modelos tradicionais de formação. O relatório Flexner, publicado em 1910, tem relação direta com essa herança nos padrões de ensino-aprendizado em saúde (ARAÚJO, MIRANDA, BRASIL, 2007). As recomendações deste relatório foram introduzidas no Brasil na década de 1940 como um padrão para a educação científica em saúde e ferramenta para a melhoria das condições do ensino (CARVALHO, CECCIM, 2009).

Esse modelo flexneriano, quando introduzido no Brasil, trouxe um viés biomédico e biologicista de saúde para a formação, fortalecendo uma perspectiva de saúde como ausência de doença e da atuação profissional como intervenção especializada e objetiva sobre o paciente (CARVALHO, CECCIM, 2009). Além dessa herança de um modelo curativista, hospitalocêntrico e procedimentista que influencia na formação em saúde, pode-se também apontar aqui o modelo político-econômico do país como capaz de influenciar e direcionar tal formação. Diante de um projeto neoliberal e da prevalência de um mercado privado de saúde, o ensino em saúde tende a formatar-se de acordo com essas exigências de mercado (BISPO JUNIOR, 2009).

Essas características perduram até hoje como estruturantes da graduação em saúde. Observa-se a prevalência de um ensino orientado para a especialização intensiva e para a fragmentação dos saberes e das práticas. Trata-se de uma pedagogia de simples transmissão de conhecimentos que pouco estimula a reflexão crítica e a transformação da realidade social. O foco do aprendizado é a doença, os procedimentos e os protocolos, além da valorização do uso de equipamentos de alta tecnologia (BISPO JUNIOR, 2009; CARVALHO, CECCIM, 2009; ARAÚJO, MIRANDA, BRASIL, 2007).

Essa formação, assim estruturada, é insuficiente para a proposta do SUS e, principalmente, da ESF. A formação no campo da saúde, mais do que deixar o aluno apropriado do domínio técnico-científico de determinada categoria profissional, deve ser ampliada até a discussão e a construção de aspectos e dimensões da realização prática do saber. Dessa maneira, a Saúde Coletiva precisa, urgentemente, propor outros modelos para a formação em saúde, visto que, para concretizar a atenção à saúde da população como está proposto nas diretrizes do SUS, precisa-se de profissionais diferentes e capazes de trabalhar sob uma lógica ampliada e social (CARVALHO; CECCIM, 2009).

Nesse sentido de conexão entre ensino e prática, acredita-se que o sistema de saúde nacional deve ter papel de ordenador da formação, pautando-a em seus princípios e diretrizes, bem como direcionando-a para as reais necessidades de saúde da população (BISPO JUNIOR, 2009). Essa atribuição já tem sido especificada como competência do SUS desde a Constituição Federal de 1988 e reafirmada como prioridade em todas as Conferências Nacionais de Saúde (CECCIM, ARMANI, ROCHA, 2002). O SUS, e principalmente a ESF, representam uma importante reforma no setor saúde. Na Educação, esse movimento de reforma é semelhantemente necessário. O SUS tem sido capaz de provocar mudanças na estratégias de gestão e atenção à saúde, no entanto, sua potência enquanto ordenador da formação ainda não está totalmente desenvolvida (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Defender o SUS como ordenador da formação significa reconhecer a necessidade técnica, ética e política de formar profissionais para o próprio SUS. Profissionais esses que possam liderar a implementação dos princípios e diretrizes do SUS no cotidiano dos serviços. Dessa forma, o SUS deveria ser *"interlocutor nato das instituições formadoras, na implementação de projetos político-pedagógicos de formação profissional e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática"* (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p. 59).

Entender o SUS como ordenador da formação significa ainda atribuir aos serviços de saúde o papel de *locus* privilegiado de aprendizagem e valorizar a educação em serviço. É essencial afirmar que o cotidiano das relações de organização e operacionalização do cuidado à saúde precisa ser incorporado ao ato de ensinar e aprender. Afinal, se a formação é para o SUS, como tornar-se trabalhador desse sistema sem conhecer a realidade? Ou ainda como já questionavam-se Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 47):

"Como formar sem colocar em análise o ordenamento da realidade?  
Como formar sem colocar em análise os vetores que forçam o desenho das realidades? Como formar sem ativar vetores de potência contrária àqueles que conservam uma realidade dada que queremos modificar?"

A saúde trabalha com o objeto complexo, não reificável, não objetificável. Esse fato justifica a riqueza da tecnologia do aprendizado em ato, a partir das relações. O trabalho em saúde exige competências que vão além do saber técnico e exige processos de subjetivação e o domínio de tecnologias leves de atuação que só a vivência

prática pode ativar o domínio. Essa ampliação das competências para execução da clínica em saúde apontam a necessidade de uma pedagogia mestiça, onde saberes das ciências naturais não são nem mais nem menos importantes que aspectos das ciências sociais. Para um objeto complexo, uma pedagogia também complexa que seja capaz de dar conta não apenas da saúde das pessoas enquanto sinônimo da ausência de doenças, mas que possa munir o profissional de estratégias para lidar com a vida (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Além disso, a formação que acontece em serviço não pode estar enraizada ou fixada em valores tradicionais, ela precisa constituir-se como processo, como movimento de transformação e ser capaz de, sensível a realidade, transformar-se para acessar (e modificar) o cotidiano. Pensando dessa forma, tudo o que faz parte do serviço é também pedagógico. Todos os atores que compõe o serviço de saúde são elementos chave no processo de ensino-aprendizagem. Nesse processo, as mudanças propostas pela educação permanente não surgem apenas das capacidades já instaladas, mas do processo de descoberta, auto-análise e reinvenção das possibilidades.

A formação em saúde, assim concebida, vai muito além da informação e da transmissão de conhecimentos. *"A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não o seu foco central"* (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p.43). A formação para a saúde deve incluir aquisição de conhecimento técnicos específicos, mas também adequado conhecimento do SUS, desenvolvimento de habilidades, produção de subjetividades e reflexão crítica. Uma vez que essa formação tem por objetivo formar profissionais para o SUS e promover a transformação das práticas profissionais estabelecidas, é imprescindível que ela baseie-se na problematização do processo de trabalho e nas necessidades socio sanitárias da população assistida.

"A formação como política do SUS poderia se inscrever como uma 'micropotência' inovadores do pensar a formação, agenciamento de possibilidades de mudança no trabalho e na educação dos profissionais de saúde e invenção de modos no cotidiano vivo da produção dos atos de saúde" (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p. 45)

Outro aspecto ainda de grande relevância é o fato de que entender a formação em saúde como uma tarefa social, que está inclusive sob o controle da sociedade, imputa-lhe a missão de *"guardar para com a sociedade compromissos ético-*

*políticos*" (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p. 49), ampliando ainda mais as dimensões dessa formação em saúde.

Para a área da saúde, pois, entende-se que a

"formação não apenas gera profissionais que possam ser absorvidos pelos postos de trabalho do setor. [...] A incorporação de novidade tecnológica é premente e constante, e novos processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade tecnocientífica, social e ética do cuidado, do tratamento ou do acompanhamento em saúde. A área da saúde requer educação permanente" (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p. 49).

A formação em saúde, dessa forma, não pode ser considerada como um processo estático. As novidades e incorporações tecnológicas nesse campo do saber são constantes e os profissionais precisam atualizar-se. Além disso, a educação profissional envolve a produção de subjetividade, de habilidades técnicas e o adequado conhecimento do contexto de inserção (CECCIM, FEUERWERKER, 2004). Cada um desses aspectos da atuação profissional tem relação direta com o cenário de prática, por isso mesmo a saúde exige educação de forma permanente e articulada com o serviço.

Diante desse contexto, percebe-se que não é apenas necessário que se formem os estudantes de graduação em saúde sob essa nova perspectiva. É imprescindível que também se construa um novo modo de fazer saúde entre os trabalhadores que já estão nos serviços (GIL, 2005). Eles são fundamentais na estruturação das mudanças que se pretende implementar nas práticas de saúde. Daí a grande importância da Educação Permanente e da gerência do SUS sobre esse processo de formação de seus trabalhadores. A educação permanente reconhece o papel educativo dos espaços de trabalho, efetivando um aprendizado indissociavelmente atrelado à realidade dos serviços (ARAÚJO, MIRANDA, BRASIL, 2007)

Percebe-se, pois, que a discussão aqui travada mais que versar sobre a graduação de profissionais de saúde diz respeito a um processo muito mais amplo de formação que se estende também ao longo da vida profissional quando os profissionais já estão inseridos nos serviços de saúde: no Brasil, a educação permanente.

A Educação Permanente em Saúde no Brasil configura-se como uma política nacional de formação e desenvolvimento de recursos humanos para o SUS com a meta de articular as necessidades de saúde da população, a educação dos profissionais

e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde. Como afirma o texto da própria política:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004a).

As primeiras concepções sobre Educação Permanente em Saúde – EPS datam da década de 70. Elas destacavam o reconhecimento do adulto como sujeito de educação e a ampliação do *locus* de aprendizagem para além da sala de aula. Dessa forma, EPS não é continuidade do modelo escolar e, por isso mesmo, não pode ser igualada à noção de educação continuada, de onde deriva a grande incoerência conceitual quando se adota como sinônimos Educação Permanente e Educação Continuada (BRASIL, 2009a).

A EPS busca incorporar o ensino ao cotidiano das práticas sociais e laborais, concebendo os serviços de saúde como espaços de aprendizagem, adotando a problematização como estratégia educativa e valorizando o protagonismo e a interação em equipe dos sujeitos aprendentes. *"Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho"* (BRASIL, 2009a, p. 45). Ou seja, a EPS baseia-se em educação significativa alicerçada na reflexão crítica da realidade local e propõe transformação de práticas. Ela não deve ser baseada em lista de necessidades individuais de atualização, nem em determinações dos níveis centrais. Ela deve partir dos problemas de organização do trabalho e ser construída como meio de concretização e garantia dos princípios do SUS (CECCIM, FEUERWERKER, 2004). Em última instância, ela deve estar fortemente comprometida com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira.

A instituição de tal política espera estabelecer relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde, as instituições de ensino, os órgãos de controle social em saúde e a organização dos serviços de atenção à saúde com intuito de promover a reflexão crítica e implantar as modificações necessárias no modo de produzir cuidado em saúde (BRASIL, 2004a).

Entretanto, apesar das evidências acerca da importância da EPS, persiste ainda o desafio de superar o modelo escolar de transmissão de conhecimentos por meio de aulas, de programas prontos ou mesmo de cursos pontuais e descontínuos que não dialogam com o contexto de inserção do profissional. A EPS diferencia-se por não focar nos novos conhecimentos e habilidades que precisam ser desenvolvidos, mas por valorizar o que já se operacionaliza nos cenários de práticas e, a partir disso, propor novas formas de atuar e cuidar. O novo aprendizado passa sempre por uma revisão dos valores e rotinas que governam a própria conduta do profissional (BRASIL, 2009a).

Dessa forma, a EPS propõe uma mudança conceitual e prática da educação de profissionais de saúde, *"convertendo-a em uma ferramenta de intervenção institucional"* (BRASIL, 2009a, p. 51). Para tanto, a EPS *"inclui a busca de formação no trabalho em equipe (em lugar de unidisciplinar), a integração das dimensões cognitivas, de atitudes e competências práticas, priorizando os processos de longo prazo em detrimento de ações isoladas através de cursos"* (BRASIL, 2009a, p. 53).

Esse conhecimento adquirido pela prática e pela tomada de consciência dos trabalhadores-estudantes também tem a peculiaridade de não poder ser controlado ou totalmente previsível. Essa autonomia e liberdade muitas vezes também não é desejada pelas instituições e acaba determinando falta de incentivo a tal inventividade do processo de educação em ato (BRASIL, 2009a).

### 3.2.1 Para além dos desafios, o que o Brasil tem de experiência para contar

Apesar de muitos serem os desafios aqui apresentados, não se pode deixar de pontuar alguns movimentos de mudança e algumas transições importantes que foram conquistadas no que diz respeito à educação de profissionais de saúde para o SUS.

Cronologicamente, esses movimentos de mudança da formação em saúde iniciaram-se em paralelo à Reforma Sanitária e, por isso, existem antes mesmo da criação do SUS. Com a emergência de uma noção ampliada de saúde e a inclusão desse conceito nas discussões de importantes atores do campo da saúde, muitos movimentos de insatisfação com a formação profissional até então hegemônica começaram a apresentar-se. Estes evidenciaram-se com a criação dos departamentos de Medicina Preventiva, dos Centros de Saúde-Escola, dos Programas de Medicina Comunitária, de programas de extensão universitária, etc. Todas essas iniciativas demonstravam a

aspiração por mudanças no perfil de profissionais de saúde formados no Brasil (FEUERWERKER, 2001; BARBIERI, 2006; GONZÁLEZ & ALMEIDA, 2010).

Em meio ao movimento de Reforma Sanitária, em 1985, instituiu-se a Rede de Integração de Projetos Docente-Assistenciais – Rede IDA – em prol da promoção de mudanças na formação dos profissionais de saúde. As primeiras propostas de reforma educacional focavam na necessidade de reformulação dos currículos universitários, de tal forma a abranger os princípios do recém-constituído sistema de saúde e seus princípios e diretrizes. Essa proposta visava aproximar de forma mais efetiva as universidades e o sistema de saúde. Em um segundo momento, as propostas enfatizaram a formação para o trabalho em equipes multiprofissionais e a maior participação popular também na educação de profissionais de saúde (BARBIERI, 2006; GONZÁLEZ & ALMEIDA, 2010).

Com essa intenção de maior integração com a comunidade, foi criado o Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde - União com a Comunidade) em 1990. Antes desse programa, a articulação acontecia entre universidade-serviços (docente-assistencial), entre universidade-comunidade (extensão universitária) e entre serviços-comunidade (APS). A UNI propõe integrar os 3 (ensino-serviço-comunidade) em um sistema mais complexo e orientado, considerando tal intercessão espaço privilegiado de formação pautada nos valores do SUS e de transformação e consolidação dos modelos de atenção à saúde (ALBUQUERQUE et al, 2008). Ao passo que a articulação com a comunidade ganhou espaço, também pode-se afirmar que a discussão sobre interdisciplinaridade e a necessidade de formação/atuação interprofissional nas universidades começou a expandir-se no cenário brasileiro (GONZÁLEZ & ALMEIDA, 2010).

Nesse sentido, “*os movimentos pró-mudanças na graduação em saúde, somados ao Movimento da Reforma Sanitária, conquistaram um importante arcabouço legal, especificamente, com relação à formação em saúde*” (COELHO, 2013, P. 38).

Desde a VIII Conferência Nacional de Saúde a temática da formação dos profissionais é abordada como relevante para a consolidação do SUS. A constituição Federal de 1988 confere ao SUS o papel de ordenador da formação em saúde e também a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 (BRASIL, 1990), que regulamenta o SUS, reafirmando essa pauta, determina a criação de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. Essas comissões, de acordo com a Portaria GM/MS 1.996, são:

*“instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH-SUS” (BRASIL, 2007).*

Em seu papel de ordenador da formação, o SUS tem importância na organização dos serviços de saúde enquanto ambientes de ensino-aprendizagem qualificados, na formação e qualificação permanente dos profissionais já inseridos nos serviços e também na formação de novos profissionais. Para promover mudanças na graduação, o SUS precisa atuar de forma articulada com os setores da Educação, bem como com a gestão das Universidades. No entanto, tal integração ainda permanece sendo um desafio.

Entretanto,

“a aproximação dos movimentos de mudança na graduação com o setor da educação foi um passo fundamental para o início de uma precoce articulação entre as áreas da saúde e da educação e a necessária construção de agendas comuns. Podemos situar, como marco importante, o surgimento de um novo movimento, composto por integrantes da Rede IDA e dos Projetos UNI, que passou a ser denominado Rede UNIDA. Este movimento, composto por pessoas, projetos e instituições comprometidas com os movimentos de mudanças na formação profissional na área da saúde, com desenvolvimento profissional, com as mudanças nos serviços de saúde e o fortalecimento da cidadania e da participação popular, teve participação fundamental nas discussões sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde” (COELHO, 2013, p. 39).

Nesse sentido, um avanço significativo a ser elencado é o projeto Aprender SUS, de 2004, que foi a primeira política nacional voltada à gestão educação universitária em coerência com as diretrizes e princípios do SUS. Esse projeto direcionou a ação do Ministério da Educação - MEC na implementação de novas diretrizes curriculares aos cursos de graduação em saúde (CARVALHO, CECCIM, 2009).

A necessidade de mudanças na formação de profissionais de saúde já vinha sendo sentida no âmbito da gestão do trabalho e da educação na saúde principalmente depois da criação do SUS. O marco da formalização de tais importantes mudanças foi a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde em 2006. Com essa reformulação, foi incorporado o arcabouço teórico do SUS e a inserção precoce e progressiva dos estudantes nos cenários de prática nos currículos

(HADDAD *et al.*, 2010). De acordo com Holanda, Almeida e Hermeto (2012), tais diretrizes "*orientam a construção do perfil dos egressos por meio de um modelo acadêmico e profissional em que atitudes, habilidades e conteúdos almejem a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva*" (p. 389).

Essa mudança curricular sugere também inovações pedagógicas necessárias à construção deste novo perfil acadêmico e profissional, como por exemplo: a utilização de metodologias ativas, a diversificação dos cenários de aprendizagem, a integração ensino-serviço-comunidade ao longo da formação, a formação interprofissional, a promoção de um ensino alicerçado nas reais necessidades da população e dos serviços de saúde, o entendimento do aluno como sujeito de seu processo de ensino-aprendizagem e o do professor como mediador desse processo, etc.

Entretanto, como afirmam Ceccim *et al* (2008), não necessariamente houve grandes mudanças com as inovações aqui citadas. Apesar da inclusão do conceito de integralidade, a perspectiva biomédica do ensino ainda prevalece. Mesmo com as vivências no campo da Atenção Básica, a ênfase médico-centrada e a lógica de atuação hospitalocêntrica, procedimentista e medicalizante não foram abandonadas. Modificaram-se algumas regras do ensino, mas não a essência ou os valores que guiam esse processo.

O ideário da formação em saúde ainda continua sendo o exercício liberal e individual da profissão, onde o foco é o cenário consultório-diagnóstico-prescrição e há grande valorização do sistema de saúde suplementar e/ou privado. Enquanto isso, o serviço público é visto apenas como uma oportunidade de emprego para os recém-formados ainda sem sucesso no mercado ou como um emprego com garantias trabalhistas e estabilidade que deve complementar a atuação no setor privado uma vez que fornece certa segurança financeira ao profissional (CECCIM *et al.*, 2008).

Não são apenas as reformulações dos currículos que garantem a transformação das práticas. É necessário que os valores de quem ensina e de quem aprende sejam afetados por novos ideais. É preciso que as crenças pessoais e as expectativas da atuação como profissional da saúde sejam revolucionadas. É imprescindível que a filosofia do sistema de saúde e as necessidades da população possam reger a formação e não apenas as regras de mercado (ROZANI, 2007).

Além disso, a implementação de mudanças efetivas na formação em saúde exige a consolidação de um aparato legal que dê sustentabilidade à transformação almejada. Afinal, como bem enfatizam Gozález e Almeida (2010)

“não se pode esperar uma reorientação espontânea das instituições de ensino, ou do serviço, na direção assinalada pelo SUS. Torna-se vital conferir direção convergentes aos inúmeros processos de mudanças, a fim de facilitar a consecução dos objetivos propostos” (p. 561).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde - MS tem implementado uma série de políticas e programas que promovam e estimulem as transformações necessárias na formação dos profissionais da saúde. Em 2003, houve a criação do Departamento da Educação na Saúde (DEGES) na estrutura organizacional da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SEGETS) que impulsionou a atuação do MS junto as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde assessorando na consolidação da Política Nacional de Educação Permanente - PNEP (BRASIL, 2004a). Além disso, a criação dos Polos de Educação Permanente em Saúde em cada macrorregião do País, definidos como instâncias colegiadas que servem para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional para pensar juntos as questões da Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2005) e o processo de certificação dos hospitais de ensino dão início a uma parceria entre o Sistema de Saúde e as Instituições Formadoras.

Ainda enquanto continuidade do AprenderSUS, originou-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde - Pró-Saúde em 2005 (CARVALHO, CECCIM, 2009), que constitui-se como uma ação articulada entre os ministérios da Educação e da Saúde e tem como objetivo integrar o ensino e o serviço como ferramenta de reorientação da formação profissional em saúde e promover a transformação das práticas de cuidado em saúde ao incluir no ensino uma abordagem integral do processo saúde-doença mais voltada para a APS.

O Pró-Saúde, cujo foco é sobre a APS, tem o objetivo de promover transformações na prestação de serviços à população. Quando de sua criação, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, este programa contemplava apenas as profissões que compunham a equipe de referência da ESF: medicina, enfermagem e Odontologia. Em 2007, houve a publicação de uma nova portaria que ampliava a abrangência do programa para todos os outros cursos da saúde. O Pró-Saúde seleciona instituições de ensino superior públicas ou privadas sem fins lucrativos por meio de

editais. As instituições aprovadas recebem apoio financeiro dos ministérios tanto para bolsas quanto para melhorias da estrutura dos serviços (BRASIL, 2011b).

O PET-Saúde é um dos programas associados ao Pró-Saúde e tem como premissa a educação pelo trabalho, possibilitando aos estudantes a iniciação no trabalho e a vivência dos serviços de saúde ao longo de seus cursos de graduação. Este programa entende o trabalho como fonte de produção acadêmica e de elaboração de pesquisas e, portanto, como potencial práxis para a formação em saúde (BRASIL, 2009b). O PET-Saúde é uma ação intersetorial uma vez que pressupõe a articulação entre instituições de ensino, secretarias municipais de saúde e ministérios da Educação e da Saúde. Ele insere-se também no elenco das estratégias que visam promover mudanças na formação dos profissionais de saúde tendo em vista a necessidade de incentivar a formação profissional na ESF através da integração ensino-serviço e de preparar os serviços para o desenvolvimento de práticas pedagógicas por meio de estímulos para que os profissionais de saúde possam orientar os estudantes de graduação como preceptores (BRASIL, 2008).

Em 2011, o PET-Saúde deixou de focar apenas na ESF e passou a formar também grupos tutoriais para inserção e formação nos serviços de Vigilância à Saúde e Saúde Mental (BRASIL, 2011b).

Os grupos tutoriais do PET, compostos cada um por tutor acadêmico, preceptores e estudantes, dos quais alguns são monitores e recebem bolsa, tem como eixos estruturantes de sua organização: interdisciplinaridade, atuação coletiva, trabalho em equipe, educação em serviço, contato direto com a comunidade, planejamento (BRASIL, 2011b). Essa forma proposta pelo PET-Saúde de estruturar a formação em serviço contribui na consolidação do sistema de saúde como um sistema escola e fortalece o reconhecimento da APS como cenário de prática para os cursos da área da saúde.

De acordo com Holanda, Almeida e Hermeto (2012, p. 390),

"os dois programas, Pró-Saúde e PET-Saúde, fomentam grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o serviço público de saúde, proporcionando a participação integrada dos cursos de graduação na área e incentivando o ensino interdisciplinar no próprio cenário de prática".

Os mesmos autores adjetivam ainda esses programas indutores de mudanças na formação e reafirmam a importância desse investimento.

Como destacado por Silveira et al (2011), o PET-Saúde possui duas inovações importantes: a constituição dos grupos multiprofissionais que possibilita a formação interprofissional em atendimento às necessidades do SUS e da Estratégia de Saúde da Família; e a criação de mais uma categoria de bolsistas, incluindo desta vez os profissionais da rede de serviço do SUS como preceptores remunerados e protagonistas do processo educativo. Este último aspecto constitui um importante elemento para a efetiva inserção dos alunos junto à equipe e à comunidade, diminuindo o histórico distanciamento entre a academia e o serviço.

O PET-Saúde é um programa recente, com cerca de 5 anos de funcionamento. Apesar de ainda estar em estruturação, em 2011, foram selecionados 484 grupos PET-Saúde/Saúde da Família, 122 grupos PET-Saúde/Vigilância e 80 grupos PET-Saúde/Saúde Mental/Crack, o que representa 16456 estudantes, 686 tutores e 3388 preceptores envolvidos (BRASIL, 2011b). Vale ressaltar que esses são dados de 2011 e que nos últimos 2 anos o programa tem assumido a tendência de constante expansão.

Como já discutido anteriormente, a formação articulada aos cenários de práticas não é uma necessidade apenas da graduação em saúde, mas também da realidade da pós-graduação e das estratégias de educação permanente em saúde. Nesse contexto, podem ser apontadas as Residências Médicas e Multiprofissionais em Saúde como estratégias de uma formação embasada nos princípios do SUS e integrada aos serviços (BRASIL, 2009c). A Residência Médica, apesar de propor o treinamento em serviço, permanece voltada para o trabalho uniprofissional e voltado à especialização, por isso aqui optou-se por discutir em mais profundidade as RMS.

As RMS, apesar de seu modesto crescimento a cada ano, está cada vez mais expandido pelo território nacional. O número de bolsas para residentes, que era 843 em 2012, passou para 2104 em 2013 (SILVA, 2013). Ainda que tímido diante da grande demanda nacional, esse fato representa um importante movimento de reorientação do modelo formativo em saúde. Em 2014, foram ofertadas, de acordo com a Portaria Conjunta nº 11 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2013b), 1072 novas vagas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde, além da renovação das vagas já concedidas a programas em anos anteriores. Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2013), a ampliação das residências é uma das estratégias escolhidas pelo MS para aumentar o acesso de

profissionais a uma especialização, bem como para qualificar os serviços de saúde ofertados à população. Essa iniciativa caminha, ainda conforme o CONASS, conjuntamente a outras ações prioritárias do SUS, como o Programa Mais Médicos.

Entretanto, essas residências, apesar de sua implantação em vários locais do país, ainda tem uma abrangência pequena diante da grande necessidade de formação e enfrentam certas dificuldades para plena efetivação.

Apesar das mudanças e avanços alcançados, o cenário brasileiro aponta ainda a necessidade de profissionais diferentes para as necessidades de um novo modo de produzir cuidado e que tal objetivo só será alcançado com uma educação condizente com tais princípios. Frenk et al. (2010) discutem sobre a formação de profissionais em saúde sob a consigna de profissionais para um novo século. Quais as exigências que o novo século faz aos profissionais de saúde? A partir desse eixo de reflexão, eles discutem, de forma sistemática e internacional, as reformas que aconteceram na educação profissional. Tais reformas são essenciais para se entender as concepções existentes sobre educação profissional em saúde e serão melhor discutidas na seção seguinte.

### **3.3 Profissionais de Saúde para o novo século e as reformas na Educação**

De acordo com Frenk et al. (2010), o século XX é marcado por três gerações de reformas educacionais. A primeira geração, acontecida no início do século XX, concebeu o ensino fundado em um currículo científico e centrado nas universidades, tendo como marco histórico a publicação dos relatórios Flexner em 1910 (medicina), Welch-Rose em 1915 (saúde pública), Golmark em 1923 (enfermagem) e Gies em 1926 (odontologia). Estas publicações introduziram a educação em salas e laboratórios, cujo objetivo era o treinamento clínico. De fato, essas inovações alcançaram o objetivo de formar profissionais baseados cientificamente a partir do domínio de elevadas técnicas e princípios éticos. De acordo com os autores, as transformações iniciadas nos Estados Unidos e Canadá estenderam-se para a Europa e, posteriormente, disseminaram-se para os outros continentes. A Fundação Rockefeller, que financiava instituições que implantassem as recomendações do relatório, teve papel imprescindível nessa globalização das propostas de Flexner (ALMEIDA FILHO, 2010).

O financiamento da Fundação Rockefeller às universidades que implantassem as recomendações do relatório estavam condicionados à adoção das seguintes medidas: regime de ciclos, ensino baseado em disciplinas, critérios de admissão, redução do número de alunos nas salas de aulas, atividades de ensino em hospitais, dedicação exclusiva e consequente proibição de prática privada dos médicos docentes (ALMEIDA FILHO, 2010). Esse atrativo financeiro levou a medicina científica a muitos locais, mas reduziu o entendimento do relatório a esses aspectos condicionantes do pagamento.

No Brasil, por exemplo, onde o modelo flexneriano foi implantado tardiamente nas primeiras décadas do século XX, as principais e mais aparentes mudanças induzidas foram exatamente aquelas disseminadas pela fundação Rockefeller, como rigoroso controle da admissão, currículo de 4 anos, divisão do currículo em ciclo básico (em laboratório) e ciclo clínico (nos hospitais), implantação de laboratórios e instalações adequadas nas universidades (ALMEIDA FILHO, 2010; PAGLIOSA, ROS, 2008).

É certo afirmar que o relatório Flexner conferiu ao hospital o título de lugar privilegiado para estudar doenças e como ele mesmo diz: “*O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta*” (Flexner, 1910 apud Pagliosa e ROS, 2008). O social, o coletivo e a comunidade não contavam para o ensino médico (PAGLIOSA, ROS, 2008). Por esse e ainda outros aspectos históricos da implantação das recomendações de Flexner, este relatório ganhou no Brasil a fama de conceber o modelo biomédico. Prova disso é o uso do termo flexneriano de forma pejorativa (PAGLIOSA, ROS, 2008) e a existência na literatura sobre educação médica no Brasil muitas análises que convergem para uma postura anti-Flexneriana (ALMEIDA FILHO, 2010).

Entretanto, apesar de tradicionalmente destinarem a Flexner a concepção de um ensino na saúde mecanicista, biologicista, reducionista, individualista, massificador, especializado, hospitalocêntrico, curativista e privatista, ele também carregava bandeiras de mudança importantes que acabaram ficando em segundo plano na globalização do modelo flexneriano e representam desafios ainda não superados até os dias de hoje: crítica ao fim lucrativo e comercial das escolas médicas; necessidade de distribuição geográfica equitativa dos profissionais de saúde; responsabilidade social das universidades; combate à técnica de memorização, valorizando a prática como

estratégia privilegiada de aprendizado; introdução de uma perspectiva crítica na formação, necessidade das ciências sociais e da ética complementando o saber técnico, fortalecimento da medicina social e preventiva e regulação do estado sobre a formação (ALMEIDA FILHO, 2010; PAGLIOSA, ROS, 2008).

Pagliosa e Ros (2008) tecem críticas contundentes sobre o relatório Flexner, inclusive sobre a cientificidade do mesmo. Tais autores acreditam que o pioneirismo e a ampla divulgação das recomendações de Flexner tiveram papel crucial no status de relevância mundial que este relatório adquiriu, uma vez que a cientificidade das avaliações conduzidas por Flexner pode ser questionada. Ainda de acordo com os mesmos autores, Flexner, para confeccionar seu relatório, visitou 155 escolas de medicina em 180 dias e, com base em suas rápidas observações, publicou o relatório. Para além da brevidade das visitas que realizou, Flexner não utilizou critérios validados cientificamente ou mesmo instrumentos estruturados. Ele avaliou por critérios que denominava óbvios. Pagliosa e Ros ainda esclarecem que o contexto das escolas médicas à época de Flexner era bem caótico, mas afirmam que a retomada da história de elaboração deste documento traz suspeitas sobre seu caráter científico e sobre sua consistência técnica para embasar uma reforma e fechar mais de 100 escolas médicas dos Estados Unidos.

Almeida Filho (2010), em contrapartida ao exposto no parágrafo anterior e indo de encontro aos atributos destinados a Flexner no cenário brasileiro, desenvolve em seu artigo uma análise do famoso relatório sob uma ótica mais ampliada. Ele aponta cinco mitos e duas omissões que tradicionalmente são levantados sobre o trabalho de Flexner e busca desconstruir a relação traçada entre Flexner e o modelo biomédico. Para ele, na verdade, o modelo biomédico foi construído historicamente e as próprias recomendações de Flexner encontraram barreiras à sua implantação no Brasil uma vez que contradiziam de certa forma o que já estava em vigor nos hospitais e faculdades de medicina no início do século XX. Almeida Filho, apesar de reconhecer os limites da obra de Flexner para o momento atual da educação de profissionais de saúde, afirma que este autor não pode ser acusado pelos 5 mitos: conteudismo pedagógico, biologicismo anti-humanista, tecnologização da prática, medicina curativa individualista e submissão às corporações médicas. Sendo assim, Almeida Filho (2010) aponta Flexner como um bode expiatório no contexto brasileiro, prova disso é que o centenário do relatório foi celebrado, por toda a sua inovação, em muitos países do mundo.

Seja pelos retrocessos, ou pelos avanços já apontados por Flexner, é impossível discutir educação na saúde sem falar em Flexner, uma vez que seu relatório o responsável pelas mais importantes reformas das escolas médicas dos Estados Unidos (PAGLIOSA, ROS, 2008).

Campos, Aguiar e Belisário (2008), por sua vez, reconhecem a importância das recomendações de Flexner para as inúmeras conquistas no que diz respeito a superação dos quadros sanitários de inúmeras epidemias e altas taxas de mortalidade que marcaram os séculos XIX e XX. Estes autores apontam que a reforma conduzida pelo relatório Flexner gerou conhecimentos que contribuíram no preparo e instrumentalização dos profissionais de saúde para enfrentarem os desafios vigentes à época. Por todas as questões histórico-sociais e interesses envolvidos nessa globalização da reforma educacional, o que prevaleceu, desse primeiro período de reformas, mesmo que estas não sejam concepções da produção de Flexner, foi a formação prioritária de profissionais biomédicos, centrados na doença e nos hospitais, que valorizam o modelo de doença unicausal e biologicista (ALMEIDA FILHO, 2010).

Ao longo do próprio século XX, novas demandas começaram a exigir e tensionar novas iniciativas de mudança. Eram as demandas por um outro ciclo de reforma (FRENK et al, 2010).

A segunda geração de transformações na educação das profissões de saúde iniciou-se após a segunda guerra mundial, por volta da metade do século XX, tendo como principal paradigma pedagógico a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Essa metodologia de ensino-aprendizagem apresentou-se como alternativa às aulas tradicionais, sendo difundida mundialmente como um avanço para a formação de profissionais de saúde. No que tange ao currículo, este passou a estruturar-se na integração de disciplinas e a valorizar as vivências de simulações como formas privilegiadas de aprendizagem (FRENK et al, 2010).

A ABP, cuja origem filosófica está John Dewey, cultiva a aprendizagem por descoberta, onde os conteúdos não são oferecidos em sua forma acabada, mas, partindo de problemas (situações que intencionalmente geram dúvidas) o próprio aluno é quem deve traçar relações teóricas, práticas e éticas. Nessa perspectiva, a ABP baseia-se na aprendizagem significativa, valorizando os conhecimentos prévios dos estudantes e conferindo ao professor o lugar de facilitador ou mesmo de provocador, retirando-o do papel de transmissor de conhecimentos (CYRINO, TORALLES-PEREIRA, 2004).

A ABP visa “preparar cognitivamente os alunos para resolver problemas relativos a temas específicos do ensino da profissão” (CYRINO, TORALLES-PEREIRA, 2004, p. 785). De forma prática, na construção de um currículo pautado na ABP os problemas e seus objetivos de aprendizagem são definidos previamente pelos professores e o trabalho prático de discussão de casos e problemas deve conduzir os estudantes a alcançarem os objetivos cognitivos previstos. Caso isso não aconteça, os problemas escolhidos precisam ser substituídos. Quando ao método, na ABP, as situações previamente escolhidas e que o aluno deve aprender a dominar são discutidas em grupos. A partir da situação são determinados os temas e, para cada tema, são seguidas algumas etapas de aprofundamento dos conhecimentos e construção de possíveis estratégias de intervenção (CYRINO, TORALLES-PEREIRA, 2004).

Uma crítica importante feita à ABP por Cyrino e Toralles-Pereira (2004) é que, apesar de ela promover metodologias de ensino centradas no aluno e na resolução de problemas, o que é um avanço em relação ao modelo conteudista, há ainda uma tendência a desenvolver experiências copiadas, sem reflexão crítica e, principalmente sem implicação com a realidade. Dessa forma, a realidade concreta dos serviços e dos usuários dos serviços de saúde existem como objeto de aprendizagem, mas não como indutores do que e de como precisa ser aprendido. Da mesma forma, o aprendizado termina por pautar-se em situações clínicas e não na complexidade humana e institucional da condução real de um caso de saúde em equipe. Almeja-se ainda um processo de ensino-aprendizagem mais flexível e dinâmico, que se constitua na dinamicidade e imprevisibilidade do cotidiano. Ou, como sinteticamente afirmam Gonzáles e Almeida (2010): “a prática, o cotidiano não podem servir apenas como um local de verificação de ideias, mas sim de origem das ideias, de autoria” (p. 759).

Institucionalmente, nesse segundo ciclo de reformas educacionais, as escolas e universidades desenvolveram-se com a expansão dos hospitais e dos centros acadêmicos de saúde, que eram os espaços de treinamento dos profissionais (FRENK et al, 2010). Foi exatamente nessa concepção que surgiu o modelo de formação da residência médica, inspirada na necessidade de treinamento em serviço.

Além disso, “a partir dos anos 80 se iniciaram processos de reestruturação do setor saúde em vários países. Essas transformações se desenvolveram por meio de diferentes modelos e estratégias, desde medidas administrativas até mudanças constitucionais” (PAGLIOSA, ROS, 2008, p. 497). As mudanças na assistência refletem

a necessidade de novos focos para a formação, uma vez que para cada cenário, novos são os desafios.

O trabalho nos NASF solicita da formação profissional e da educação permanente o desenvolvimento de competências para realização de diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos populacionais, planejamento de intercessões respondentes aos determinantes sociais e de saúde, prestação de assistência, e desenvolvimento de ações educativas emancipatórias dos sujeitos (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010).

O segundo ciclo de reformas, de acordo com o aqui descrito, respondeu às necessidades formativas daquele período pós-guerra, mas a cada novo período, novos são os desafios. Dentre os atuais desafios, encontram-se: a fragmentação e desatualização do currículo; a distância entre as competências profissionais geradas e o que a população necessita; a aquisição de conhecimento técnico avançado sem o devido reconhecimento do contexto de atuação; a formação para uma assistência pontual e não longitudinal; a educação no modelo biomédico e hospitalocêntrico; a formação voltada para o mercado de trabalho e enraizada na concepção das corporações profissionais; a desigual distribuição geográfica dos profissionais de saúde; a valorização da hierarquia entre os profissionais; dentre outras. A situação alerta para a necessidade de outra reforma uma vez que o currículo gerado pela segunda reforma, apesar de ter respondido de forma eficiente às necessidades contemporâneas a sua instituição, agora não são mais suficientes e produzem equipes focadas na doença (FRENK et al., 2010; GIL, 2005).

O profissional de saúde é o responsável pela mediação entre a necessidade de saúde da população e o conhecimento acerca das possibilidades de cuidado para a demanda situação. Como afirmam Frenk et al. (2010):

“Health is all about people. Beyond the glittering surface of modern technology, the core space of every health system is occupied by the unique encounter between one set of people who need services and another who have been entrusted to deliver them” (p. 1925).

O ato de promover a saúde está no encontro. Por isso, as técnicas por si só são insuficientes. A formação alienada da realidade dos serviços de saúde é vazia. Aquele profissional que desconhece a situação de saúde da população transforma-se em um mero manejador de tecnologias. Além disso, uma educação estática será sempre ultrapassada. Para as novas questões de saúde que surgem diariamente, novos são os

desafios, novas são as competências profissionais exigidas e, portanto, novas são as necessidades formativas.

Tendo consciência desse cenário, a terceira e atual geração de reformas defende uma educação baseada em competências, onde o processo de ensino-aprendizagem está diretamente ligado à realidade dos serviços de saúde. As competências englobam aspectos relativos a conhecimentos, relacionamento, habilidades, liderança e ética, enfatizando, dessa forma a atuação centrada no usuário dos serviços de saúde e na população (FRENK et al, 2010).

Dada a amplitude dessa terceira reforma, ela exige tanto reformas educativas quanto institucionais. A reforma pedagógica diz respeito à formulação de um currículo baseado em competências, implicação do processo formativo na mudança da situação social, aprendizagem transformadora, estabelecimento de uma educação inter e transprofissional, uso das novas e criativas tecnologias de aprendizagem, engajamento com a comunidade, desenvolvimento de lideranças políticas, e fortalecimento de pesquisas. A reforma institucional pressupõe a criação de juntas de planejamento da educação na saúde, expansão dos centros acadêmicos incorporando unidades hospitalares e de APS, a conexão com instituições de ensino internacional constituindo uma rede de articulação, e o fomento a uma cultura crítica (FRENK et al, 2010).

Competência pode ser entendida como a capacidade de, mobilizando diversos recursos, responder de forma pertinente e eficiente a uma situação problema que lhe é colocada. Essa definição pressupõe duas características da educação por competências. A primeira é que a construção do currículo deve ser embasada naquilo que o profissional deve saber e ser capaz de fazer para desempenhar sua prática com sucesso, por isso a aprendizagem sai da noção de conteúdos para a imperiosa necessidade da integração teoria-prática. Há uma inevitável aproximação da formação com o mundo do trabalho. Nesse sentido, uma vez que o aprendizado parte do contexto de inserção, apenas os conteúdos significativos serão explorados e a opção por determinados conteúdos acontece na medida em que eles tem funcionalidade no enfrentamento de situações reais e complexas (LIMA, 2005).

A segunda característica inseparável da noção de competência, apontada ainda por Lima (2005), é a concepção de que o ato de aprender é atravessado pela experiência, pelo contexto de inserção, pelas capacidades e características individuais, e, por isso, as maneiras de aprender são também individuais. Cada um com suas

especificidades é peça-chave do processo de aprendizagem. Há também a necessidade de uma aprendizagem significativa, que caracteriza-se por um conteúdo significativo aliado a uma atitude favorável ao aprendizado. Nesse cenário, o aprendiz deve ser pró-ativo e desenvolver sua autonomia frente ao processo educativo (ALBUQUERQUE et al, 2007).

Ao passo que todo o currículo e a concepção de aprendizagem são baseados em competências, também a avaliação deve ser. Fala-se em avaliação de desempenho, uma vez que a competência abarca um conjunto de desempenhos, que no caso das profissões, constitui o campo da prática profissional. A avaliação, pois, não se restringe a avaliar o desempenho como cumprimento de tarefas, nem em avaliar apenas aspectos cognitivos ou unicamente habilidades adquiridas. Deve-se avaliar a competência como um todo, valorizando suas dimensões de conhecimento, habilidade e atitude (ALBUQUERQUE et al, 2007). Essa avaliação também constitui uma atividade pedagógica, e, operacionalizando-se de forma contínua e longitudinal, integra o processo educacional (LIMA, 2005).

A orientação dos currículos por competência exige também que, desde o início dos cursos, os estudantes estejam nos cenários de práticas, fortalecendo a necessidade de estreita relação entre academia e serviços de saúde (ALBUQUERQUE et al, 2007). Os conteúdos devem ser explorados a partir da simulação e/ou vivência de situações-problema reais. Nessa mudança do plano de fundo e da matéria prima da formação, há a necessidade de transformar também o papel dos serviços e dos profissionais de saúde, bem como da escola, dos docentes e dos alunos. Todos são protagonistas em uma relação horizontal de complementaridade. Como afirma Lima (2005, p. 377),

geralmente os profissionais dos serviços ficam responsáveis pela supervisão do desempenho dos estudantes e os docentes pela teorização e supervisão geral do estágio. Num currículo orientado por competência o trabalho de apoio e de facilitação ao desenvolvimento de capacidades dos estudantes em situações reais ocorre em ação e, por isso, a prática educacional ganha novo sentido. Dessa forma, docentes e profissionais dos serviços necessitam construir e/ou ressignificar suas próprias capacidades tanto na área educacional como na área de cuidado à saúde.

A integração ensino-serviço já acontece há algum tempo. No entanto, muitas vezes restringe-se a uma articulação da universidade com os serviços (relação

docente assistencial), ou uma articulação da universidade com a comunidade (projetos de extensão comunitária), ou ainda articulação serviço-comunidade sem a presença da dimensão formativa, como acontece na APS. Desde o programa UNI – Uma nova iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade, em 1990 há a difusão da proposta de integrar ensino, serviço e comunidade, considerando tal intercessão como espaço privilegiado de formação pautada nos valores do SUS (ALBUQUERQUE et al, 2008). Ellery e colaboradores (2013) propõe ainda enriquecer essa articulação integrando a pesquisa nessa tríade e constituindo um quarteto de integração: ensino-serviço-comunidade-pesquisa. Para estes autores, a integração ensino-serviços-pesquisa apresenta-se estratégica para aperfeiçoar os modelos de formação, educação permanente e de gestão do conhecimento em saúde.

Nessa integração almejada, é válido reforçar o papel da comunidade usuária dos serviços de saúde. Ela não deve mais ser encarada como passiva, mas como co-autora dos processos de saúde e também de educação. A população aqui assume, ou pelo menos deve assumir, a tarefa de educadora e educanda, bem como ter protagonismo reafirmado na construção do currículo (CAMPOS et al, 2001).

Apesar das muitas possibilidades de integração formal e informal, prevalece certo distanciamento. As Universidades, muitas vezes, não levam em consideração os profissionais do serviço. O serviço, estruturado sob a lógica da produtividade, muito envolvido com a assistência e, às vezes, com profissionais desatualizados não assume papel de construtor da formação. Ao mesmo tempo, a estadia dos estudantes nos cenários de práticas operacionaliza uma formação sob a lógica de produção de conhecimentos, muitas vezes priorizando pesquisas em vez da vivência do serviço. Numa relação quase esquizofrênica que se estabelece entre serviço e formação, essa *“desarticulação entre teoria e prática suscita a reflexão crítica de que a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática, sem a qual a teoria pode ir virando falácia, e a prática, ativismo”* (ALBUQUERQUE et al, 2008, p. 364).

É preciso não só encontrar alunos nos serviços de saúde, ao contrário, é imprescindível fortalecer o diálogo e fazer com que os profissionais do serviço se sintam co-responsáveis pela formação, assim como docentes sintam-se parte dos serviços. A formação não deve chegar pronta, nem o serviço permanecer fechado a críticas e reflexões. Só essa integração produtiva poderá responder a um dos mais importantes desafios dessa reforma educacional: a formação de profissionais para um

modelo de saúde centrado no usuário em cenários onde ainda se produz saúde sob um modelo tecnoassistencial centrado no procedimento (ALBUQUERQUE et al, 2008).

Não obstante, a aproximação dessas funções do ensino, da pesquisa e dos serviços de saúde persiste como um campo de disputas, de convergências e divergências, portanto, como espaço de conflitos entre distintos interesses, efetivando-se lentamente. Os objetivos expressos nas letras nem sempre são acompanhados pelas práticas [...] Assim, novos investimentos precisam ser feitos no sentido de desvelar as dinâmicas e os processos em construção que facilitem e impulsionem a integração do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde (ELLERY et al, 2013, p. 196)

A vivência dos serviços deve constituir-se matéria prima para a formação, uma vez que permite a reflexão sobre a prática do cuidado. O MS fala em formação a partir do processo de trabalho. Nesse contexto, a conquista de uma formação respondente às necessidades sociais e do SUS é constantemente atravessada pela necessidade de uma mudança no modelo assistencial vigente e a "*a construção de uma nova consciência sanitária e a adesão desses trabalhadores ao novo projeto*" (ALBUQUERQUE et al, 2008, p. 359 e 360).

Dessa forma, "*é necessário assumir que não se pode ficar à mercê da transformação espontânea das instituições acadêmicas na direção assinalada pelo SUS*" (CAMPOS et al, 2001, o. 54). O SUS precisa ter um papel indutor de transformação tanto no modelo assistencial quanto na formação. Além disso, como afirma Campos e colaboradores (2001, p. 54), "*a educação deve ser entendida como um processo permanente, iniciado durante a graduação e mantido na vida profissional*". Isso justifica a importância da Educação Permanente capaz de ofertar oportunidades de formação e reflexão sobre o processo de trabalho em saúde também para os profissionais já inseridos no serviço a partir dos problemas identificados no cotidiano. Com essa perspectiva, há, e está em constante crescimento, um grande incentivo do MS para ampliar a oferta de cursos de pós-graduação *latu sensu* nas modalidades de especialização e residência multiprofissional com foco nos profissionais dos serviços e nos recém-egressos (CAMPOS, 2001; GIL, 2005), uma vez que a avaliação dos processos formativos existentes aponta a Residência Multiprofissional como estratégia positiva na formação baseada nos princípios do SUS (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010).

Por outro lado, também não é possível pensar nessa integração ensino-serviço sem discutir a colaboração interprofissional. Esta reafirma sua importância quando defende-se que a formação em saúde deve ser pautada nos princípios dos serviços de saúde, focada no usuário, transformadora do modelo assistencial, etc. Todas essas características exigem o fortalecimento do trabalho em equipe enquanto competência fundamental. Além disso, a orientação para o trabalho em equipe consta nas diretrizes para formação dos profissionais de saúde, quanto nas diretrizes para o exercício profissional no SUS. O trabalho interprofissional é a oportunidade de construir e compor a intervenção coletiva. É ferramenta para, independentemente de qualquer discussão corporativista e de ética profissional, colocar o usuário no centro do debate (ALBUQUERQUE et al, 2008).

Diante de todo o exposto, para que se alcancem os pressupostos da qualificação da formação e da atuação em saúde, faz-se imprescindível uma articulação estreita entre ensino-serviço não cabendo mais uma relação distanciada e cerimoniosa entre tais dimensões (ALBUQUERQUE et al, 2008).

A relação educacional, então, requer mais horizontalização, ação cooperativa, solidariedade, ética, postura ativa, crítica, reflexão, desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender, identificação dos próprios valores e abertura para a superação de limites. Formar por competências é *"uma alternativa consistente e estratégica para a formação de profissionais de saúde orientada às necessidades sociais, porém ainda um desafio a ser conquistado"* (LIMA, 2005, p. 378).

No entanto, alguns entraves ainda estão postos a essa efetiva articulação, dentre eles podemos apontar o predomínio das metodologias de ensino aprendizagem tradicionais e a dificuldade de inserção dos docentes nos serviços de saúde.

Pensar a efetivação dessa, ou porque não dizer dessas reformas, leva a uma reflexão sobre a gerência da formação dos profissionais de saúde. Quem determina as características da formação profissional em saúde? É o setor saúde? Ou o setor educação? Seria o mercado de trabalho? Ou ainda as corporações profissionais e lobbies políticos? Frenk et al (2010) aponta que o sistema de saúde é que devia ser o responsável por essa tarefa gerencial, o que não necessariamente significa uma submissão do setor de educação. Na verdade, a integração desses dois setores é essencial para que a realidade dos serviços desencadeie uma mudança na educação e, ao mesmo tempo, a educação antecipe e qualifique, pelo desenvolvimento de novas

competências, a atuação dos profissionais de saúde. Entretanto, como afirma Carvalho e Ceccim (2009) há um descompasso entre as inovações executadas em cada um desses setores, bem como uma dificuldade de diálogo, permanecendo a desintegração.

Ao analisar a formação dos profissionais de saúde, Campos, Aguir e Belisário (2008) discutem também essa defasagem entre o ensino e a realidade e ressaltam que não existe uma ligação natural e espontânea entre o mundo acadêmico e os serviços de saúde e, também, entre os serviços de saúde e o mundo real. Institucionalmente, observa-se uma desarticulação entre os processos de gestão do sistema saúde e da educação (CAMPOS et al, 2001). Na prática, as mudanças no modelo assistencial são processuais e constantes, já a natureza das mudanças na educação é diferente. Em primeiro lugar, precisa-se apontar a discrepância entre os princípios biomédicos, especializantes e privatistas que regem a educação e as diretrizes de universalização, integralidade e participação do sistema de saúde. Essas diferenças fazem com que o processo de mudança seja mais demorado e menos flexível.

Apesar de todos os entraves, com a integração entre ensino e serviço será possível estabelecer essa melhor sintonia entre a formação profissional na saúde e as necessidades sociais existentes. Ceccim e Pinto (2007), por sua vez, abordam a necessidade de relações interdependentes entre a formação e o exercício profissional, uma vez que ambos os setores trabalham com as mesmas matérias-primas, porém sob diferentes dimensões de intervenção e compreensão.

A formação gera serviços, condições de provimento e/ou fixação de profissionais, possibilidades de equipe, desenvolvimento e avaliação de tecnologias do cuidado e da assistência, capacidade de compreensão crítica e sensibilidades. A rede de sistemas e serviços de saúde gera campo de práticas, cenários de intervenção, demandas locais, retaguarda científica e tecnológica, inclusão social e oportunidade de entendimento da vida (CECCIM, PINTO, 2007, p. 281)

Nessa perspectiva torna-se possível a construção integrada das políticas de educação e saúde onde os setores envolvidos são, cada um com suas responsabilidades, protagonistas do processo dada a complexidade do objeto sob o qual se debruçam.

Essa reflexão sobre a interdependência dos dois setores traz à tona a concepção de que todo e qualquer espaço de cuidado em saúde é também um espaço educativo. Barreto et al (2006), ao enfatizam a importância da interação entre os dois sistemas, propõe um desenho organizacional para viabilizar o diálogo permanente entre

saúde e educação: o sistema saúde-escola. A proposta consiste na concepção de toda a rede de serviços de saúde municipal como espaços de ensino-aprendizagem. Nesse modelo, os gestores e as instituições de ensino são parceiros nessa iniciativa de desenvolvimento profissional. Os trabalhadores de saúde são, ao mesmo tempo que aprendizes, educadores. Os movimentos sociais são também atores-chaves incluídos nesse processo.

Nesse sentido, o Sistema Saúde Escola - SSE integra gestão, atenção, ensino, pesquisa e comunidade não só na perspectiva de buscar uma aproximação, mas para evidenciar a inseparabilidade desses elementos através da práxis. No SSE, toda a rede de serviços de saúde se transforma em espaço de educação contextualizada e desenvolvimento profissional, constituindo uma grande comunidade aprendente, onde todos os agentes do SUS são membros e, o tempo todo, afetam e deixam-se afetar uns aos outros (SOARES et al, 2008). Este ousado modelo implantado no Ceará articula quatro referenciais pedagógicos: educação permanente, educação por competência, educação popular e promoção da saúde. Alicerçado nessas concepções filosóficas e pedagógicas, apesar de deixar o conteúdo de aprendizagem a mercê do cotidiano, esse sistema não pode ser acusado de espontaneísta e constitui-se como modelo ampliado de integração ensino-serviço-comunidade-pesquisa (ELLERY et al, 2013).

A estruturação de um SSE *“propicia a construção de ‘cenários realistas’ de ensino, prestação de serviços e pesquisa que possibilitem a qualificação dos três”* (BARRETO et al, 2007, p. 8). Dessa maneira, o centro e o maior beneficiário das mudanças e dos esforços de integração não são apenas os alunos e o processo formativo das universidades, mas todos os atores envolvidos. Ao passo em que propõe-se essa equidade, também o protagonismo de todos os segmentos envolvidos deve ser semelhante.

No Brasil, as transformações desencadeadas nos serviços de saúde após a criação e implementação do SUS impactaram diretamente no perfil dos profissionais necessários para compor a força de trabalho. A mudança de paradigmas traz inovações sem precedentes para o agir em saúde. E, como já abordado anteriormente, esses fatores constituem-se em fortes demandas para a implementação de uma educação baseada na realidade local, no modelo de organização dos serviços de saúde e nas necessidades de saúde da população. Barreto et al (2006), corroborando com essa afirmação, apontam que a formação profissional não acompanhou as mudanças significativas no sistema de

saúde brasileiro, resultando numa baixa adesão de alguns grupos de profissionais aos princípios do SUS.

Apesar de toda a justa necessidade aqui explicitada de uma maior integração entre a formação e os serviços de saúde, Mello, Moysés e Moysés (2010), baseados nos posicionados de vários pesquisadores sobre educação profissional, observam que a formação hegemônica na saúde permanece pautada na abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. De acordo com os autores, o ensino na saúde é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos, favorecendo a agregação tecnológica intensiva e perpetuando modelos convencionais de prática em saúde.

Dessa forma, a orientação predominante na formação ainda é alheia à organização da gestão setorial, não incorpora um debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado à saúde e, em geral, é impermeável ao controle social. As instituições formadoras têm perpetuado modelos os mais conservadores, centrados na fisiopatologia ou na anatomoclínica, e extremamente dependentes de procedimentos e de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico, possuindo foco na área técnico-científica (PAGLIOSA & DA ROS, 2008). Em suma, tem-se constatado que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para a atuação na perspectiva da integralidade e da promoção da saúde (ELLERY et al, 2013; NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010; ALBUQUERQUE et al, 2008; GIL, 2005; CECCIM, FEUERWERKER, 2004; CYRINO, TORALLES-PEREIRA, 2004).

Vale ainda ressaltar que um aspecto crucial para a implantação dessa reforma na educação em saúde é o aumento dos investimentos na formação profissional na área. Não há possibilidades de qualificar os serviços de saúde sem investimento na educação. De acordo com Frenk et al (2010), *“for a knowledge-driven system, investing less than 2% of total turnover in the development of its most skilled members is not only insufficient but unwise, putting the remaining 98% of expenditures at risk (p. 1953)”*. Essa, entretanto, é a realidade da maioria dos sistemas de saúde do mundo.

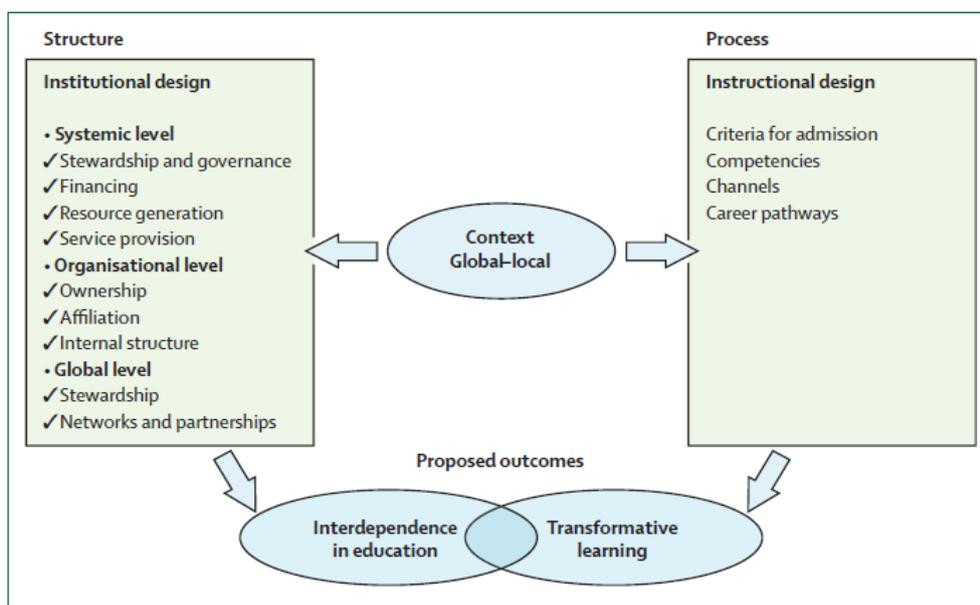
Diante de tudo o aqui exposto, percebe-se que o Brasil está entre os países que ainda estão dando os primeiros passos na implementação da terceira geração de reformas. Esta sucessão de reformas, por sua vez, não é linear. Elementos de uma geração permanecem operantes em outras e, em um mesmo local podem coexistir programas já em implantação da terceira geração e outras iniciativas que permanecem sob a lógica pedagógica da primeira geração. Ainda de acordo com Frenk et al (2010),

em alguns países a maioria das escolas está completamente confinada ao 1º modelo. Alguns países estão incorporando a segunda geração, enquanto poucos países estão em transição para a terceira etapa. Importante ainda salientar que nenhum país tem todas as suas escolas no modelo de educação baseada em competências.

Numa análise mais geral dessas sucessivas reformas, Frenk et al (2010) apontam que houve uma transição nas formas e objetivos do aprendizado. Inicialmente buscou-se uma educação informativa, cujo objetivo principal era formar experts. Depois abriu-se uma tendência formativa que visava formar profissionais, o que operacionalizava-se era o treinamento efetivo para um posto de trabalho, para uma função específica que lhe rendia uma credencial profissional. Por fim, a reforma em processo milita por uma educação transformadora capaz de produzir lideranças e agentes de mudanças.

Para que aconteçam essas mudanças é imprescindível que também sejam reformadas as estratégias de ensino-aprendizado-avaliação. Antes, o principal método de aprendizagem era a memorização e os estudantes era incentivados ao isolamento que gera concentração. Atualmente, deve-se valorizar prioritariamente o estabelecimento de conexões e a capacidade de tomada de decisões. Nesse processo, a decisão é muito mais consequência de uma boa capacidade de pesquisar e analisar a situação que da memorização de conteúdos. O treinamento para um posto de trabalho não é suficiente, é necessário adquirir competências para o trabalho em equipe. Nesse processo, a criatividade e o foco nas necessidades locais são elementos cruciais.

Na tentativa de compreender os aspectos da mudanças de paradigmas na educação mundial com a implantação dessas terceira geração de reformas, Frenk et al (2010) sistematizam as dimensões-chave para a educação no quadro abaixo:



**Figura 3** – “Key components of the educational system” – Componentes-chave do sistema educacional. Fonte: Frenk et al, 2010, p. 1928.

O design institucional abrange todos os aspectos de gestão, filosofia, financiamento, afiliação, recursos humanos, e organograma pertencentes à instituição. O design pedagógico, por sua vez, aborda questões acerca da condução pedagógica do programa, incluindo critérios de admissão, construção do currículo baseado em competências, pedagogia e metodologias adotadas e as possibilidades de carreira que são desencadeadas. Por fim, essas várias nuances de qualquer processo formativo determinam os resultados. Várias são as possibilidades de resultados a depender da interação entre as variáveis apresentadas na figura e sua inserção no contexto local. No entanto, a comissão autora deste artigo (FRENK et al, 2010) indica dois resultados como prioritários para iniciar as mudanças na formação de profissionais para o novo século: educação transformadora e interdependência na educação.

Outro entrave persistente, mesmo para as instituições que já estão implementando essa terceira reforma, é a concentração dos centros acadêmicos em hospitais e em grandes cidades. Muitas vezes, mesmo quando o processo de aprendizagem acontece em serviços de referência comunitárias, eles focam em processos de base biomédica. Constitui-se pois um desafio desbravar outros lugares

para realizar educação de profissionais de saúde, bem como expandir os espaços formativos para as unidades de APS (FRENK et al, 2010).

### 3.4 Educação Interprofissional na Saúde

A discussão sobre as reformas educacionais já implementadas e aquelas ainda necessárias ao fomento de uma educação profissional em saúde condizente com as necessidades de saúde da população remete necessariamente ao aprofundamento de dois aspectos dessa formação: a educação interprofissional e o fortalecimento da APS.

Nesta seção, serão discutidos a história, os caminhos e as estratégias da educação interprofissional na saúde, bem como sua relação com a adoção de uma prática profissional centrada no usuário. Diante das demandas de uma atenção à saúde qualificada, a colaboração interprofissional surge como única e necessária maneira de articular saberes, negar a soberania do tecnicismo, valorizar competências mais que conteúdos e romper com as corporações profissionais e seus interesses de mercado. A abordagem ao fortalecimento da APS será impressa nas discussões sobre educação interprofissional, bem como está evidenciada na escolha do objeto de estudo.

A educação interprofissional acontece quando dois ou mais profissionais aprendem um com o outro, a partir do outro e sobre o outro para melhorar a colaboração e qualidade do cuidado (CAIPE, 2002). Ainda segundo o *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* - CAIPE (BARR, LOW, 2011) – “Centro para o Avanço da Educação Interprofissional”, os princípios da educação interprofissional são: foco nas necessidades individuais, familiares e comunitárias para melhorar a qualidade do cuidado; valorização igualitária de todas as profissões, reconhecendo mas deixando de lado as diferenças de poder e status entre as categorias; respeito à individualidade, diferenças e diversidades dentre e entre as profissões; sustento à identidade e especificidade de cada profissional; promoção de paridade entre as profissões no ambiente de aprendizagem; sugestão de valores e perspectivas interprofissionais no contexto do aprendizado uniprofissional e multiprofissional.

Além dos princípios, o CAIPE aponta também os aspectos do processo de educação interprofissional e os resultados dessa prática (BARR, LOW, 2011). Estes

estão pautados em um processo contínuo de aprendizado com participação ativa dos estudantes, aplicação da teoria à prática, reflexão crítica sobre a atuação, troca de conhecimentos entre os envolvidos, e inclusão dos usuários dos serviços no processo de ensino-aprendizagem. Como resultados, pode-se elencar a capacitação interprofissional, o desenvolvimento de habilidades para a colaboração e o aperfeiçoamento de uma atuação com foco nos usuários e na qualidade dos serviços de saúde (BAR, LOW, 2011).

A Educação Interprofissional - EIP foi introduzida nas ações de assistência social e à saúde por volta do final da década de 60 em iniciativas desenvolvidas na América do Norte e na Europa. Em 1978, a Organização Mundial de Saúde - OMS criou um grupo de estudos sobre EIP uma vez que esse modelo de formação era compreendido como fundamental na organização a APS. Este grupo de pesquisa publicou, em 1988, o documento “Learning Together to work together for health” voltado para a compreensão da importância da educação interprofissional em saúde e com uma série de diretrizes sobre a organização dessa estratégia educacional (WHO, 1988).

Nesse documento, a OMS (WHO, 1988) considera a educação multiprofissional como um programa educacional para os profissionais de saúde tornarem-se capazes de responder às necessidades da população (...) sendo parte dos esforços para alcançar os objetivos de ‘Saúde para Todos’ através dos cuidados primários em saúde; e endossou a importância da implantação mundial de estratégias de EIP no campo da saúde, cujas demandas tem se apresentado cada vez mais complexas e desafiadoras.

Internacionalmente, há o consenso de que a resolução dessas questões não pode ser operacionalizada por um único profissional. Para tanto, a força de trabalho em saúde precisa estar treinada para enfrentar tais desafios e assumir seu papel na equipe interprofissional da saúde (BARR, 2009). A EIP constitui-se, exatamente, enquanto via de preparação dos futuros profissionais e daqueles já inseridos nos serviços para a prática colaborativa. Esta prática é apontada mundialmente como uma estratégia essencial na reconfiguração da assistência à saúde de forma a responder aos emergentes e novos problemas sanitários. A interprofissionalidade cria novas possibilidades de ação e, por isso mesmo, reduz alguns dos desafios imputados ao cuidado em saúde (OMS, 2010).

Dessa forma, a EIP é um tema emergente em todo o mundo em virtude da necessidade de formar profissionais de saúde aptos a responder a crescente complexidade da atuação em saúde diante das mudanças no perfil epidemiológico da população. "A EIP apresenta-se atualmente como a principal estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe" (BATISTA, 2012, p. 25) e capazes de reconhecer a interdependência entre as diversas categorias profissionais. Ou seja, a EIP permite a constituição de um movimento formativo que vai de encontro à lógica da competição e da fragmentação (PEDUZZI et al, 2013).

Nesse cenário, a EIP pode contribuir com o fortalecimento do trabalho em equipe, facilitando a comunicação e desenvolvendo habilidades para compartilhar saberes e práticas; integrar novas habilidades e áreas de atuação em saúde; reafirmar a consistência do currículo integrado; além de promover pesquisas interprofissionais (BARR, 2009). Esses avanços são resultados esperados da reforma educacional em saúde e reafirmam a importância da efetivação da EIP como parte indispensável dessa transformação das práticas pedagógicas (FRENK et al, 2010).

Nas décadas de 1970, 80 e 90 muitas iniciativas de EIP foram desenvolvidas pelo mundo, sendo em alguns cenários reforçadas por políticas governamentais, mas sempre enfatizando a necessidade de aprendizagem compartilhada entre as profissões de saúde.

Com isso, praticamente 20 anos depois da constituição daquele primeiro grupo de estudos, a OMS, em 2006, retoma os trabalhos e publica o relatório "Working Together for Health", que aborda, principalmente, as estratégias e as maneiras através das quais a EIP e a prática colaborativa podem ajudar a aliviar a crise da força de trabalho global em cuidados de saúde (OMS, 2007).

Dando continuidade a esse processo, a OMS, em 2008, fez um mapeamento das práticas de EIP que eram operacionalizadas em todo o mundo na época. Foram incluídos no estudo 42 países com o objetivo de determinar a situação atual desse modelo de formação no mundo e identificar as melhores práticas, localizando exemplos de sucesso, obstáculos e fatores promotores. Esse trabalho culminou com a publicação de mais um relatório em 2010, dessa vez intitulado "*Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*". De acordo com esse relatório (OMS, 2010), a EIP ocorre em muitos países e serviços de assistência à saúde, apresentando-se em diversas modalidades, abrangendo diversas categorias profissionais

e acontecendo em países de diferentes níveis de renda. E a maior parte das estratégias de EIP acessadas eram conduzidas por faculdades e comitês de EIP ou equipes de ensino.

Historicamente, a EIP tem sido implantada tanto em cursos de graduação, quanto em cursos de pós-graduação e iniciativas de educação de trabalhadores (BATISTA, 2012; OMS, 2010). Barr (2009) aponta que existem três tipos de resultados da EIP: 1. Aprendizado individual sobre a prática colaborativa (mais relacionado à EIP na graduação); 2. Aprendizado em grupo sobre a prática colaborativa; e 3. Aprendizado para uma mudança efetiva no sentido de melhorar os serviços (mais relacionado aos espaços de EIP para grupos de trabalhadores / aprendizado baseado no trabalho).

Contudo, segundo o mesmo autor, há discussões que apontam que a EIP tem melhores resultados se aplicada depois da graduação, uma vez que os praticantes já tem desenvolvido suas identidades profissionais e tem mais experiências para trocar. Por outro lado, há indicativos de que adiar a introdução da EIP pode causar danos irreparáveis ao processo de ensino-aprendizagem na saúde, bem como dificultar a abertura dos profissionais à realidade da colaboração interprofissional. Dessa forma, Barr (2009) aponta que quanto antes melhor para introduzir a EIP: *“the sooner, the better”* (p. 188), com a convicção de que este processo deve ser continuado também após a graduação.

Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2011) reforçam essa premissa argumentando que introduzir a EIP nos primeiros anos de educação profissional possibilita que, ao longo da formação, as crenças e os valores dos estudantes possam ser trabalhados e ressignificados à luz da interprofissionalidade. Barr e colaboradores (BARR et al, 2005) afirmam ainda que a EIP na graduação alcança objetivos intermediários no fortalecimento da prática colaborativa. Quando bem aplicada depois da obtenção do registro profissional e direcionada para determinada área de atuação, a EIP atinge os objetivos finais no que diz respeito à melhora dos serviços e da assistência prestada.

Para Freeth et al (2005), a qualidade da aprendizagem é determinada pela qualidade da interação. A aprendizagem emerge do diálogo, das discussões e do debate dentro do grupo e aspectos como a motivação dos estudantes, o equilíbrio do grupo, a aprendizagem informal e a resistência entre os estudantes são centrais na garantia da qualidade da interação. Dessa forma, tanto na graduação quanto na pós-graduação, é a condução do processo que garantirá seu sucesso.

Nas experiências de implantação da EIP na graduação, normalmente compõem-se os grupos de profissionais em formação com todas as categorias dos cursos da área da saúde e ciências sociais existentes na universidade. Há ainda modelos que integram mais de uma universidade ou faculdade com o objetivo de garantir a composição multiprofissional das equipes. Na pós-graduação, usualmente, as turmas de EIP incluem os profissionais que precisam trabalhar juntos em um determinado cenário de prática (BARR, 2009). No entanto, é importante observar que, em alguns contextos, a decisão sobre quais categorias serão envolvidas no processo depende também da construção social e histórica das barreiras entre determinadas categorias (BARR, LOW, 2013). Essas relações de importância e hierarquia imputadas histórica e socialmente a algumas profissões interfere diretamente na resistência dos alunos às propostas de EIP, bem como na concretização das diretrizes desse modelo de educação (AGUILAR-DA-SILVA, SCAPIN, BATISTA, 2011).

No âmbito das instituições de ensino superior, segundo (COELHO, 2013),

“a perspectiva da integração curricular tem sido vista como uma estratégia potente para conter a fragmentação do conhecimento, superar a cultura competitiva resultante de programas educacionais isolados acadêmica e geograficamente, realizar conexões entre diferentes disciplinas guiadas pela relevância para a prática, superar o tribalismo das profissões de saúde, sendo fundamental para o desenvolvimento dos estudantes que serão requisitados a responder de forma flexível às necessidades das comunidades, famílias e indivíduos” (p. 68).

Por outro lado, cursos de pós-graduação designados explicitamente como EIP são raros. Muitas vezes, a EIP pode acontecer informalmente, quando os professores vão introduzindo perspectivas interprofissionais voluntariamente com o objetivo de atrair os estudantes e responder às necessidades formativas apresentadas. Entretanto isso não quer dizer que não existem iniciativas de EIP depois da graduação. Elas existem e, em sua maioria, constituem-se enquanto estratégias melhor denominadas de EIP baseada no trabalho. Esta acontece quando dois profissionais que trabalham juntos aprendem juntos um com o outro. Isso pode acontecer informalmente ou como parte de um processo pedagógico contando inclusive com a supervisão de um mentor ou com a programação de encontros para aprofundamento teórico e discussão. A EIP baseada no trabalho, por sua vez, é melhor sustentada quando é contínua e os profissionais aplicam, reforçam, atualizam e discutem o que aprenderem durante a prática profissional. Esse tipo de EIP tem, inclusive, mais potência para gerar mudanças

na realidade dos serviços de saúde e na qualidade do cuidado desenvolvido. Muitas vezes esse modelo de EIP baseada no trabalho são as que mais estimulam o uso das estratégias de educação a distância (BARR, LOW, 2013).

Outro aspecto importante da operacionalização da EIP em diversos países desde suas primeiras aparições é que ela deve ser destinada a todos. Para cada área de atuação, diferentes grupos de profissionais podem e devem ser incluídos. Nessa perspectiva universalizante da EIP, ela deve abranger tanto os profissionais especialistas quanto os generalistas, bem como pode ser ampliada com a incorporação também de profissionais de nível técnico, cuidadores em saúde que usam os saberes populares e/ou culturais, e também profissionais de outros setores relacionados ao cuidado em saúde (BARR, 2009).

Essa reflexão trazida por Barr é exatamente o que Frenk et al (2010), ao falarem da formação de profissionais para o novo século, denominam transprofissionalidade e, por ser no âmbito da formação, educação transprofissional. Essa ideia remete a uma atuação/formação que é transversal, cujo único foco é o usuário e que articula todos os atores envolvidos na condução do caso, sejam eles do setor saúde ou não, sejam profissionais ou pessoas da comunidade, sejam de nível superior, de nível técnico ou ainda sem títulos de educação formal (OMS, 2010).

A noção de transprofissionalidade representa ainda um avanço em relação a interprofissionalidade uma vez que concebe a saúde e o cuidado em saúde em sua dimensão ampla. Além disso, a EIP, de acordo com Barr (2009), pressupõe ainda a adoção de um currículo baseado em competências, uma vez que tendo esse desenho fica mais fácil alinhar, na condução pedagógica, os objetivos profissionais e interprofissionais da formação.

Espera-se, enquanto competências de um estudante que participou de um processo de EIP que ele tenha habilidade para liderar e participar do trabalho em equipe focado nas necessidades do paciente; desenvolva a capacidade de pactuar e conduzir um plano terapêutico com a equipe e com o paciente; adquira capacidade de comunicação interpessoal; compartilhe seu conhecimento uniprofissional com a equipe quando isso contribuir com a melhoria do serviço prestado; e seja hábil em coordenar sua atuação com a de outros profissionais da sua ou de outra categoria profissional (BARR, 2009). A EIP prioriza o trabalho em equipe e a integração ao mesmo tempo em que preconiza um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão (AGUILAR-DA-SILVA, SCAPIN, BATISTA, 2011).

De acordo com Barr e Low (2013), a forma ideal de planejar a introdução da EIP em um contexto é planejando em juntas com a presença do corpo docente, mas também dos conselhos profissionais, dos trabalhadores, dos empregadores, do corpo de estudantes, dos usuários dos serviços, da comunidade, e de todos os demais segmentos que estão envolvidos na atuação dos profissionais. Só assim, pode-se garantir que as reais necessidades e interesses desses grupos envolvidos serão levadas em consideração.

O currículo, enquanto ferramenta de sistematização dos elementos envolvidos no processo de formação profissional, é de grande importância para todas as iniciativas de aprendizagem formal, inclusive as iniciativas de EIP (Freeth et al, 2005). Nesse caso, vale ressaltar ainda que ele deve ser capaz de abordar os interesses comuns, mas também as diferenças, aceitando que nem todos os estudantes tem o mesmo nível de conhecimento prévio, nem passaram pelas mesmas experiências profissionais e formativas. Além disso, deve valorizar e integrar os aspectos uni e interprofissionais da formação (BARR, LOW, 2013). De acordo com Freeth et al (2005), assim como a execução da EIP é uma iniciativa coletiva, também o desenvolvimento de um currículo interprofissional deve ser uma tarefa compartilhada, de forma a contemplar todas as dimensões envolvidas na interprofissionalidade.

Entretanto, a elaboração de currículos interprofissionais não é simples, uma vez que envolve uma grande diversidade de instituições, programas, sujeitos e interesses com o objetivo de promover uma efetiva integração. Isto, por si só, já significa importantes desafios para a oferta e a coordenação das iniciativas de EIP (FREETH et al, 2005; OMS, 2010).

As peculiaridades do setor saúde tornam ainda mais especialmente complexa a estruturação da formação interprofissional, *“uma vez que apresenta (setor saúde) grande especialização em categorias e procedimentos e ao mesmo tempo vem sendo pressionado para diminuir a fragmentação de suas abordagens aos pacientes”* (AGUILAR-DA-SILVA, SCAPIN, BATISTA, 2011, p. 169).

Tradicionalmente, *“o profissionalismo constitui-se na história como estratégia de retenção do conhecimento, buscando torná-lo o mais específico e misterioso possível, permanecendo acessível a poucos e assim garantindo reserva de mercado”* (AGUILAR-DA-SILVA, SCAPIN, BATISTA, 2011, p. 169). A EIP rompe exatamente com essa filosofia uma vez que prioriza o trabalho em equipe e a integração ao mesmo tempo em que não nega a importância das competências específicas de cada profissão. A intencionalidade dessa formação interprofissional é desenvolver

competências para a atuação, promover o engajamento político e responder às necessidades de saúde da população (AGUILAR-DA-SILVA, SCAPIN, BATISTA, 2011). Quando o foco é a qualidade do cuidado ofertado aos usuários dos serviços, questões referentes ao profissionalismo, à reserva de mercado e à delimitação de campos de atuação passam a ser secundárias.

Estes mesmos autores citam alguns estudos que apontam que a aprendizagem interprofissional desenvolve maior confiança e reforça a identidade profissional. No entanto, para fortalecer um fazer profissional

"é necessário flexibilidade nos limites das competências (de cada profissional) para proporcionar uma ação integral. O trabalho multiprofissional refere-se à recomposição de diferentes processos de trabalho que, concomitantemente devem flexibilizar a divisão do trabalho" (AGUILAR-DA-SILVA, SCAPIN, BATISTA, 2011, p. 175).

Para atingir esses objetivos de aprendizagem e alcançar tais competências é essencial que se amadureçam os métodos disponíveis para operar a EIP. De acordo com Barr e Low (2013), alguns métodos da educação profissional precisaram ser adaptados para a EIP. A Aprendizagem Baseada em Problemas, por exemplo, foi um método introduzido nas escolas de EIP logo de início. No entanto, diferente do que se imaginou inicialmente, ele não se aplica a todos os objetivos de aprendizagem e não pode ser considerado o único método, visto que reduz as possibilidades pedagógicas. Dependendo do assunto e da experiência dos professores e estudantes, diversas metodologias podem e devem ser usadas de forma a qualificar e fortalecer o aprendizado. É ainda muito positivo inclusive usar diversos e diferentes métodos em combinação. Um método só nunca é suficiente (BARR, LOW, 2013; BARR, 2009).

Barr (2009) e Barr e Low (2013) citam algumas possibilidades metodológicas: convite a profissionais de diferentes categorias para explicarem sobre seus papéis e relações de trabalho; visitas de observação (aprendizado baseado na observação); discussão de casos; ABP (também denominada aprendizagem baseada na ação); aprendizagem por simulação, em estratégias como role-play, jogos, dinâmicas de vivência, etc.; inquéritos apreciativos; workshops; inquéritos colaborativos; leituras e discussão de textos indicados. O e-learning (aprendizado realizado através de meios eletrônicos, principalmente a internet) deve ser considerado um método capaz de intermediar ou qualificar outros métodos. O e-learning pode ser formulado com a construção de objetos de aprendizagem acessíveis on-line e/ou com a formação de

comunidades virtuais para promoção desse aprendizado. No entanto, apesar de inovador e avançado, esse método virtual é muito mais eficiente quando alternado com métodos presenciais, que, na linguagem da EIP define-se como métodos face-to-face (“cara-a-cara”). A aprendizagem prática (em serviço) também é um método intermediário entre o aprendizado em sala de aula e o estudo individual dos estudantes, fortalecendo as estratégias de ensino-aprendizagem uma vez que trazem o cotidiano e o mundo real para a discussão pedagógica.

Alguns pressupostos educacionais e metodológicos da EIP são: a aprendizagem de adultos, a utilização de métodos que reflitam as experiências da prática da vida real vivenciadas pelos alunos, a promoção da interação entre os alunos; e a aprendizagem baseada em competências (BATISTA, 2012; OMS, 2010). Barr e Low (2013), expondo os pressupostos da EIP, acrescentam ainda a relevância da teoria das comunidades de práticas como base da organização de uma educação que conduza a uma prática colaborativa.

A aprendizagem de adultos defende que *"aprende-se quando se vê significado, considera-se o conhecimento prévio de aprendiz e percebe-se aplicabilidade no que se aprende"* (BATISTA, 2012, p. 26). Ou seja, os adultos tornam-se mais motivados e dispostos a aprender quando o conhecimento ofertado faz sentido. Isso acontece principalmente quando é possível identificar que aquele conhecimento diz respeito a um problema ou desafio pertinente à sua prática profissional cotidiana. Quanto mais rápida e direta puder ser a aplicação desse conhecimento, mais consistente é o aprendizado. Além disso, as experiências prévias, sejam elas positivas ou negativas, devem ser incorporadas ao processo educacional. Essas vivências anteriores muitas vezes determinam a consolidação da identidade profissional mais sólida, mas também contribuem na construção de estereótipos sobre o cenário de práticas e/ou sobre sua atuação e a dos demais membros da equipe. Tudo isso, seja enquanto elemento facilitador ou dificultador do processo de ensino-aprendizagem, deve ser levado em consideração (BARR 2002, FREETH&REVEES, 2004, FREETH et al, 2005). Em suma, Barr (2002) define a aprendizagem de adultos como ativa, experiencial, reflexiva e contextual, permitindo a consolidação de boas práticas e sendo efetivada através do diálogo entre as esferas pessoal e profissional.

Além desse cunho participativo no que diz respeito ao métodos, as estratégias de EIP devem também ser implantadas de acordo com as necessidades e desafios locais com abordagem baseada no trabalho, assim sendo os objetivos de

aprendizagem trabalhados ganham significado, aplicação prática e relevância social e a EIP pode ajudar também no recrutamento e fixação dos profissionais de saúde (OMS, 2010).

Nesse cenário, o professor assume prioritariamente o lugar de facilitador, de quem conduz o diálogo entre os envolvidos no processo. Esse professor traz consigo para a tarefa de ensino-aprendizagem suas vivências práticas no serviço, suas experiências bem sucedidas no campo da saúde, bem como as experiências negativas pelas quais já passou. Os atributos mais necessários a esse professor são a habilidade de ofertar recursos de aprendizado apropriados a cada ocasião e a capacidade de promover um ambiente favorável à efetivação da EIP. Não mais se vislumbra um professor detentor de todo o conhecimento, mas alguém que acolhe as experiências e saberes individuais dos estudantes e os integra na construção do conhecimento. Ou nas palavras do próprio Barr: *“no longe is the teacher the font of all wisdom”* (p. 190). Baldwin Jr. Apud Barr (2009, p. 190) complementa: *“learning is facilitated when faculty function as a ‘guide by the side’ rather than ‘a sage on the stage’”*.

Em outra oportunidade Barr e Low (2013) discutem que os facilitadores de programas de EIP devem ter habilidades para acolher com sensibilidade as diversidades e diferenças entre os estudantes e suas práticas. Ou em suas próprias palavras: *“They must maintain their professional neutrality, listen actively, understand and respond to the dynamics of the group, diplomatically and flexibly as they motivate, encourage and support the process of interprofessional learning”* (p. 21). Dessa maneira, a expertise necessária para a facilitação da EIP vai além das competências tradicionalmente exigidas para conduzir processos de formação uniprofissional.

Os professores, muitas vezes formados pelo modelo tradicional, veem-se confrontados a reaprender a ensinar de um modo mais participativo, interativo e criativo (BATISTA, 2012). Além disso, a reconstrução da relação professor-aluno em uma concepção mais dialógica é ainda um desafio em muitas realidades. Apesar da existência desse fosso na preparação do corpo docente para a EIP, *“a preparação de profissionais para promover a EIP não é comum no âmbito internacional”* (OMS, 2010, p. 17). Quais as repercussões operacionais dessa lacuna de formação para os facilitadores? Quais os desafios de formar nessa perspectiva sem nunca antes ter vivenciado experiências semelhantes? Essas são questões de grande pertinência para a realidade atual da EIP.

Outra característica apontada pela OMS em seu Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (2010) é a boa receptividade dos alunos: *"a educação interprofissional é geralmente bem recebida pelos participantes, que desenvolvem habilidades de comunicação, aumentam a capacidade de análise crítica e aprendem a valorizar os desafios e benefícios do trabalho em equipe"* (p. 20).

Apesar dos muitos fatores positivos relacionados à EIP, deve-se levar em consideração que as estratégias são vulneráveis (BARR, LOW, 2013), uma vez que dependem da gestão, da condução pedagógica e de todos os interesses pessoais, institucionais e corporativos envolvidos com sua efetivação. Esta fragilidade dificulta em muitos cenários o enraizamento de iniciativas de EIP.

"Considerando que mudanças legislativas podem influenciar a forma como os profissionais de saúde são ensinados, acreditados, regulamentados e remunerados, a legislação exerce um impacto expressivo no desenvolvimento, implementação e sustentabilidade da educação interprofissional e da prática colaborativa" (OMS, 2010, p. 31 e 32).

Dessa forma, a EIP constitui-se também como uma questão política, onde as definições acerca da formulação de leis, do financiamento, do planejamento de recursos, da regulamentação de práticas e profissões, do registro profissional, da acreditação, da remuneração dos profissionais e da educação de profissionais já inseridos no serviço, dentre outras, são de grande relevância.

Desta feita, faz-se imprescindível ter clareza de que existem obstáculos para implementar e consolidar estratégias de EIP. Gilbert e Bainbrigde (2009) sistematizam essa dimensão em barreiras de cunho estrutural e aquelas de cunho filosófico. As barreiras estruturais englobam aspectos do funcionamento das instituições de ensino, como: os critérios de admissão e as regras de condução dos programas; o tempo que os estudantes dedicam à formação profissional, uma vez que em alguns países há um ensino técnico precedente à graduação, em outros há apenas a graduação e ainda a duração de cada uma desses estágios não é a mesma em todos os países; a amplitude dos recursos financeiros e humanos investidos, bem como a abertura dos serviços de saúde para promover a EIP; pouca flexibilidades das cargas horárias dos diferentes cursos para possibilitar o encontro de estudantes dos diferentes programas profissionais; organização do currículo com grande carga de conteúdos nas faculdades; métodos diversos de ensino-aprendizagem e de gestão dos programas.

Buring et al (2009) apontam ainda as barreiras que se interpõe à implantação de mudanças. Ou seja, além das barreiras existentes para conduzir a EIP, existem dificuldades iniciais que se apresentam diante da escolha por promover esse tipo de formação. Nesse campo, pode-se elencar principalmente o remanejamento dos recursos disponíveis para as demandas institucionais de forma a priorizar e viabilizar as mudanças necessárias à EIP e a logística para realização das atividades.

As barreiras filosóficas, por sua vez, incluem os valores atribuídos à educação atual, as resistências para transformação dos modelos de aprendizagem e a oposição em encontrar-se com outras profissões. É pertinente ressaltar que tais barreiras muitas vezes estão instituídas no corpo docente, nos estudantes e ainda no núcleo gestor dos cursos (BURING et al, 2009; GILBERT e BAINBRIGDE, 2009).

Compreendendo essa dimensão ideológica das dificuldades aqui citadas, Buring et al (2009) enfatizam que é indispensável a adesão do corpo docente ao movimento em defesa da EIP. É essencial que o corpo docente reconheça e aprecie as vantagens desse modelo de formação e atuem como protagonistas na implementação das mudanças institucionais, educativas e filosóficas pautadas nos princípios da EIP. Caso contrário, eles mesmos serão forte resistência às transformações propostas devido ao aumento da demanda de trabalho. Esse mesmo raciocínio é apresentado por D'Amour e Oandansan (2005), quanto eles afirmam que as crenças e as atitudes dos educadores no que diz respeito à prática colaborativa desempenham o papel de reforçar ou desconstruir os estereótipos e as pré-concepções que os estudantes muitas vezes já trazem consigo para o processo de EIP. Por tudo isso, é imperativa a necessidade de preparação dos instrutores/professores/tutores/preceptores para exercerem sua função na oferta, facilitação e avaliação da EIP.

Na realidade brasileira, de acordo com Batista (2012, p. 26), "*ainda são escassas as experiências sobre EIP. Experiências de aprendizagem conjunta existem, mas não com o objetivo de desenvolvimento de competências para o interprofissionalismo*". Essas experiências de cunho multiprofissional, mas não interprofissional, são denominadas por Peduzzi e colaboradores como educação multiprofissional. Segundo os mesmos autores, a educação multiprofissional ocorre quando "*as atividades educativas ocorrem entre estudantes de duas ou mais profissões conjuntamente, no entanto, de forma paralela, sem haver necessariamente interação entre eles*" (2013, p. 979).

A grande diferença é que na EIP os alunos aprendem de forma interativa sobre papéis, conhecimentos e competências dos demais profissionais. Barr (2005) apud Peduzzi et al (2013) sistematiza a essência da EIP em três dimensões: preparação individual para a colaboração, estímulo à colaboração entre o grupo e melhoria dos serviços e da qualidade do cuidado. Percebe-se, pois, que a “*EIP é complementar à educação uniprofissional e/ou multiprofissional*” (PEDUZZI et al, 2013, p. 979) e que, mesmo incentivando a colaboração, não há uma negação das especificidades de cada área. Prova disso é a afirmação de Batista (2012) de que a EIP tem compromisso com o desenvolvimento de três tipos de competências: competências comuns a todas as profissões, competências específicas de cada área profissional e competências colaborativas. Ou seja, aprender a trabalhar em equipe não exclui a necessidade de aquisição de conhecimentos e habilidades típicos de determinada categoria profissional.

É importante salientar também que uma formação interdisciplinar não necessariamente é interprofissional. Faz-se imprescindível compreender a distinção entre disciplinaridade e profissionalidade. Cada uma com seus princípios sobre interação constituem diferente campo de disputas e de construções. De acordo com D'Amour e Oandasan (2005), o conceito de “interprofissionalidade” é claramente distinto do conceito de interdisciplinaridade. Este versa sobre o desenvolvimento integrado do conhecimento em resposta a fragmentação disciplinar característica dos processos de especialização exacerbada que marcou o desenvolvimento da ciência e das profissões no último século. Interprofissionalidade diz respeito ao desenvolvimento de uma prática coesa entre os diferentes profissionais da mesma organização ou de diferentes organizações e os fatores que a influenciam.

Em geral, existe um movimento internacional no sentido da utilização do sufixo “profissional”. É argumentado por alguns que este movimento tem se desenvolvido por causa da necessidade para maior clareza. Em um campo como a medicina, por exemplo, a pessoa pode ter várias disciplinas dentro de uma mesma profissão. Não é inédito para uma Faculdade de Medicina para montar uma iniciativa “interdisciplinar” em que apenas médicos de diferentes áreas são convidados, como medicina interna, psiquiatria e medicina da família. Ao utilizar o sufixo “profissional” em uma iniciativa de “educação interprofissional”, fica claro que indivíduos de diferentes profissões da saúde estão incluídos (D'Amour e Oandasan, 2005).

Como no Brasil ainda predomina o modelo de formação por disciplinas, discute-se, em alguns lugares a necessidade de interação entre as disciplinas. Este seria um modelo interdisciplinar. O que propõe a EIP, entretanto, vai além, uma vez que

ensiona para uma formação articulada aos campos de práticas. No entanto, ainda existe certa ausência de definições precisas quanto aos termos, acarretando frágil consistência nas produções sobre o assunto. Entretanto, nem multi, nem inter predominam no cenário brasileiro. O que predominantemente se operacionaliza no Brasil é a educação uniprofissional. Esta, por sua vez, consiste no *“processo no qual as atividades educacionais ocorrem somente entre os estudantes de uma mesma profissão, isolados dos demais”* (PEDUZZI et al, 2013, p. 979).

Ainda de acordo com Peduzzi et al (2013), ao mesmo tempo em que no Brasil a formação profissional é majoritariamente uniprofissional, pautada no modelo de ensino por disciplinas e na racionalidade biomédica, *“por outro lado, destacam-se no país iniciativas de mudança na formação dos profissionais de saúde envolvendo instâncias governamentais e de cooperação internacional, bem como a rede pública de serviços de saúde e universidades”* (p. 980).

Um traço histórico importante dessas iniciativas de transformação da educação em saúde é o projeto UNI. *“No campo da interação entre os profissionais já formados, um marco é a política brasileira de Educação Permanente”* (Peduzzi, 2013, p. 980). Duas outras iniciativas recentes de EIP no Brasil são: as residências multiprofissionais em saúde e o Projeto Pró-Saúde e PET-Saúde, ambos do MS. Essas iniciativas, ao seu passo, ainda são tímidas.

*“A EIP e a prática colaborativa podem ser conceitos difíceis de explicar, entender e implementar. Muitos profissionais de saúde acreditam estar praticando de forma colaborativa, simplesmente porque trabalham junto com outros profissionais de saúde. Na realidade, eles podem estar simplesmente trabalhando em um grupo no qual cada indivíduo concordou em usar suas próprias habilidades para alcançar um objetivo comum. Colaboração, no entanto, não se refere somente a acordo e comunicação, mas sim à criação de sinergia [...] Quando os profissionais de saúde colaboram entre si, existe algo a mais que não existia antes”* (OMS, 2010, p. 36).

Em última análise, a EIP tem como essência as pessoas: profissionais de saúde (futuros e atuais), educadores, líderes de saúde, formuladores de políticas e os usuários dos serviços de saúde. A pesquisa realizada pela OMS aponta ainda que a EIP favorece que os estudantes enxerguem-se como pessoas. Para além das profissões o contato interprofissional promove o entendimento do lado humano e das potencialidades e dificuldades daquela pessoa para além dos atributos de sua profissão no cuidado em saúde.

Por todos os fatores aqui expostos, de acordo com a OMS (2010):

"o objetivo é que com o tempo a prática colaborativa se torne parte da educação e prática de todos os profissionais de saúde, para que esteja incorporada no treinamento de todos eles e na prestação de todos os serviços de saúde aplicáveis. A prática colaborativa deve ser norma, mas para atingir esse objetivo são necessárias mudanças em atitudes, sistemas e operações" (p. 40).

Os benefícios dessas iniciativas podem ser elencados em duas categorias: os educacionais e aqueles direcionados às políticas de saúde. Dentre os educacionais, encontram-se o fato de os alunos vivenciarem experiências do mundo real, a possibilidade de trabalhadores de diversas profissões contribuírem com o desenvolvimento do programa e a oportunidade de os alunos aprenderem sobre o trabalho de outros profissionais, promovendo o respeito e maior abertura ao diálogo e ao trabalho compartilhado. Quanto aos benefícios para as políticas de saúde, citam-se: qualificação das práticas, aumento da produtividade no ambiente de trabalho, melhoria dos resultados junto aos usuários dos serviços, maior confiança dos trabalhadores da saúde, melhoria da segurança dos pacientes e facilitação do acesso à assistência de saúde (OMS, 2010).

Todavia, a sustentabilidade das iniciativas de EIP atualmente é uma discussão pertinente. A OMS (OMS, 2010) aponta inclusive que é preciso assegurar políticas de suporte institucional e compromisso de gestão com as iniciativas de EIP, assegurando recursos e logística necessária para a boa execução das estratégias propostas. Além disso, a disseminação da compreensão sobre os benefícios dessa proposta educacional entre os membros e as instituições envolvidas é essencial para a coordenação das ações e o enfrentamento das barreiras existentes para a implementação da EIP. Para tanto, é imprescindível que se apontem os resultados desse modelo de formação em prol de sua reafirmação enquanto estratégias de qualificação das ações de cuidado e gestão em saúde.

A partir de uma consolidação e sistematização dos elementos fundamentais da EIP, Freeth et al (2005) propõem o "*espectro da educação interprofissional*", onde as iniciativas de EIP, de acordo com suas características, podem ser situados ao longo do diagrama abaixo.



**Figura 4** – Espectro da Educação Interprofissional (FREETH *et al*, 2005 apud COELHO, 2013).

No centro do diagrama, no lado direito e inferior do retângulo, devem ser localizadas todos os programas que são declaradamente interprofissionais. Já na parte superior e esquerda do retângulo, devem ser elencados as estratégias educacionais onde, mesmo que as práticas sejam multiprofissionais e os estudantes aprendam um com e sobre os outros, o foco não é a colaboração interprofissional. Ou seja, para esse setor, a organização da formação não tem como objetivo central a colaboração, apesar de ela não ser proibida.

Externamente ao retângulo, existem três círculos. Eles representam as iniciativas que não são planejadamente interprofissionais, mas podem, pelas circunstâncias de organização, promover ou não vivências interprofissionais. O rol da educação multiprofissional engloba os diversos cursos de graduação, onde a aprendizagem das categorias profissionais ocorre de forma paralela, sem interações entre os estudantes; e o da educação uni-profissional direciona-se para estudantes de um único núcleo profissional. Os dois outros círculos mais externos, representam a aprendizagem interprofissional informal e o currículo oculto. Estes localizam-se mais na extremidade uma vez que estão fora do espectro e representam oportunidades de interação educacional não planejadas. Dessa forma, não podem ser previstas e podem acontecer em qualquer lugar. São exemplos disso, a troca de conhecimentos operada

durante a oferta de cuidados em saúde, as conversas informais motivadas pelas intervenções em saúde, e/ou os processos de interação no ambiente das instituições de ensino que não estão previstos nos currículos.

Esse espectro tem uma finalidade didática e de sistematização, cujo objetivo é apenas situar as ações quanto à sua intencionalidade de ser interprofissional. Não há uma avaliação de qualidade, nem mesmo de abrangência.

No entanto, apesar do sólido conhecimento sobre o conceito e mesmo com os desafios interpostos pela adesão a um projeto de EIP, segundo Barr e Low (2013), evidências apontam que a EIP bem planejada e bem concretizada na prática garantem qualificação do mútuo entendimento entre as profissões e melhoram a prática colaborativa. A OMS (2010) também concluiu que há suficientes evidências para indicar que a EIP promove efetiva prática colaborativa ao mesmo tempo em que qualifica as práticas de cuidado, fortalece os sistemas de saúde e melhora os resultados em saúde. Ainda enquanto evidência, pode-se afirmar que os pacientes envolvidos com processos de colaboração e educação interprofissional relatam maiores índices de satisfação, melhor aceitação dos cuidados e melhor adesão ao tratamento proposto.

Entretanto, as revisões sistemáticas em EIP tem apresentado grande dificuldade na comprovação das evidências científicas sobre a eficácia das intervenções de EIP. Seja pelo pequeno número de estudos existentes com esse propósito de avaliar, seja pela heterogeneidade das intervenções ou seja pelas limitações metodológicas na condução e na análise dos estudos sobre EIP, não se pode traçar inferências gerais sobre a EIP e sua efetividade (REEVES et al, 2008).

### **3.5 Residências Multiprofissionais em Saúde**

Residência, no campo da Saúde, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a profissionais de saúde sob a forma de um curso de especialização (BRASIL, 2012a). Este tipo de pós-graduação, por sua característica de educação pelo trabalho em instituições de saúde sob a orientação de profissionais dos serviços, é considerado padrão ouro na formação em saúde. Segundo Dallegrave e Kruse (2009), no Brasil, a Residência consolidou-se historicamente como especialização para médicos, por isso muitas vezes essa modalidade de especialização é considerada

específica da Medicina e está enraizada nas características da prática médica no país: liberal, individual, curativa e privada. No entanto, a criação das Residências Multiprofissionais em Saúde abre a possibilidade da formação pelo trabalho também às demais profissões da saúde, bem como tensiona para que a formação em caráter de residência seja multiprofissional e não focada na especialização.

Em 2004, o MS afirma o potencial da Residência Médica em propiciar formação especializada e de qualidade uma vez que preconiza o desenvolvimento de habilidades como eixo estruturante da aprendizagem e expõe os estudantes ao mundo do trabalho, proporcionando formação em situação. O Ministério também reconhece que os programas enfrentam inúmeras inadequações e limitações, mas, mesmo com os desafios existentes, o potencial pedagógico do modelo se sobressai. Partindo dessa concepção, o MS, então, coloca-se como provedor financeiro dos programas de Residência e fomenta a criação de programas de Residência Multiprofissional (DALLEGRAVE, KRUSE, 2009).

As RMS são iniciativas desenvolvidas pelo SUS em sua atribuição de ordenador da formação profissional em saúde. Desde 2002, existem incentivos do MS para a implantação desses Programas (BRASIL, 2006) e, em 2005, foi promulgada a lei nº 11.129 que cria as Residências Multiprofissionais e em área profissional da saúde (BRASIL, 2006). Ainda em 2005, a Portaria Interministerial nº 2118 de 3 de novembro de 2005 institui a parceria entre MEC e MS, vista a necessidade de cooperação técnica e científica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 2005).

De acordo com a Resolução do CNRMS nº 02, de 13 de abril de 2012, configura-se como Multiprofissional o programa de Residência composto por, no mínimo, três categorias profissionais da saúde compartilhando o mesmo processo formativo. Caso o programa seja voltado apenas a uma categoria profissional, ele será denominado Residência em área profissional da saúde (BRASIL, 2012a).

As RMS tem o objetivo de formar para a prática multiprofissional e estão pautadas na concretização dos princípios do SUS (BRASIL, 2012a). Este é um modelo de educação participativa que acontece em serviço. Nessa inserção no campo de prática, os residentes vivenciam os serviços de saúde, ampliam suas competências profissionais e desenvolvem habilidades que estão além do saber técnico e uniprofissional. Dessa forma, as RMS propõem não apenas a formação de profissionais, mas a transformação

da lógica de funcionamento dos serviços a partir do processo de reflexão crítica constante sobre o processo de trabalho para que, assim, essa experiência de educação permanente possa contribuir com o aperfeiçoamento do desenho tecnoassistencial do SUS. Entretanto, é certo que ainda existem inúmeros desafios na concretização dessa estratégia. Esses entraves vão desde a estruturação dos serviços até a gestão do processo pedagógico (BRASIL, 2006).

As RMS tem duração de 2 anos com carga horária de 60 horas semanais em regime de dedicação exclusiva. No interim dessas 60 horas semanais os residentes devem ser conduzidos por atividades práticas, atividades teórico-práticas e atividades teóricas. As atividades práticas devem constituir 80% da carga-horária total visto que a residência é predominantemente prática e tem o trabalho como matéria-prima de todo o aprendizado. Atividades práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço sob supervisão do preceptor. Os 20% restante ficam destinados a atividades teórico-práticas e teóricas. A carga-horária teórico-prática é aquela conduzida pelos preceptores ou tutores, ela trata da articulação teoria e prática em prol da construção de conhecimento, aquisição de habilidades e desenvolvimento de atitudes condizentes com aquele cenário de práticas e/ou área de atuação. Discute-se, pois, a aplicação do conteúdo teórico em situações práticas. Ela pode acontecer de forma presencial, em laboratórios de simulação e em ambiente virtual de aprendizagem. Por fim, a fatia teórica das do tempo de formação dos residentes é dedicada às aulas propriamente ditas e aos momentos de estudo individual ou em grupo, ficando muitas vezes por conta da condução dos docentes, tutores, coordenação e convidados (BRASIL, 2010).

A abordagem pedagógica das RMS deve ser baseada na concepção ampliada de saúde, bem como deve utilizar estratégias que considerem e fomentem a participação de todos os sujeitos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem-trabalho. Essas estratégias devem ser também *“capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados com o itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar”* e de integrar saberes e práticas visando construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente. Partindo desses princípios, é imprescindível a integração de programas de RMS com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde, bem como com a residência médica. Descentralização e regionalização também são premissas para a implantação de programas de residência ao fornecerem subsídios para que tais

programas consigam contemplar as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde (BRASIL, 2009c).

Todo o processo formativo e organizativo das RMS é regido pelos princípios e diretrizes do SUS, sendo também orientados pelas necessidades locais e regionais (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2009c). Além disso, a interdisciplinaridade é uma característica que deve ser intrínseca a todos os programas de RMS e as metodologias de ensino-aprendizagem prioritariamente utilizadas devem ser aquelas de cunho participativo e popular (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2006). São exatamente esses fatores que conferem às RMS o título de padrão-ouro na especialização *lato sensu* em saúde e reafirmam seu potencial de mudança de paradigmas e inovação das políticas de formação em saúde.

Além disso, de acordo com Dallegrave e Kruse (2009), os discursos dos residentes trazem em si os ideários da Reforma Sanitária, da concepção do SUS e da Reforma Universitária. Essas falas também carregam pautas definidas e defendidas pelas conferências de saúde. Os residentes podem ser vistos, então, como "*atores políticos implicados com seu processo de formação*" (DALLEGRAVE, KRUSE, 2009, p. 217). Ainda segundo as mesmas autoras, concomitante ao discurso de engajamento político e compromisso com o SUS, os residentes protagonizam colocações de denúncia à desqualificação dos programas, à falta de estrutura dos serviços, à inadequação das práticas pedagógicas e até mesmo ao despreparo dos profissionais dos serviços. Trata-se, pois de um cenário de contradições que, ao mesmo tempo em que atrai, revela-se em suas limitações. As residências, por estarem em interface direta com os serviços de saúde estão, assim como o SUS, em construção.

As RMS são programas de integração ensino-serviço-comunidade e visam favorecer o provimento de profissionais qualificados para o mercado de trabalho, especialmente nas áreas de atuação prioritárias para o SUS. Por isso mesmo, os programas devem ser "*construídos em interface com as áreas temáticas que compõem as diferentes Câmaras Técnicas da CNRMS – Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde*" (BRASIL, 2012a, p. 1).

Quando da criação das RMS, a área prioritária apontada para investimento nesse tipo de formação foi Saúde da Família visto que a Estratégia Saúde da Família, desde sua criação, tem protagonizado a organização de processo de trabalho pautado na interprofissionalidade, na integralidade e clínica ampliada, gerado, assim, outras

necessidades de formação para os trabalhadores da saúde e tensionando para mudanças também no modelo de formação (DALLEGRAVE, CECCIM, 2013; MATUDA, AGUIAR, FRAZÃO, 2013). Para 2014, a concessão de bolsas, que privilegia as áreas prioritária do SUS, continuou a incentivar a abertura de programas em Saúde da Família, mas também nas áreas de Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Reabilitação Física, Intensivismo, Urgência/Trauma, Alimentação e Nutrição, entre outras (CONNAS, 2013).

Quando o programa elege uma área de concentração, esta constituir-se-á como objeto de estudo e formação técnica de todos os profissionais envolvidos. A formação orientada por essa área de atuação deve ser organizada segundo a lógica de redes de atenção à saúde e gestão do SUS. Dessa forma, a atribuição de organização do Projeto Pedagógico – PP pertence às instituições que oferecem os programas. O PP deve ser estruturado levando em consideração, além das redes de atenção, as prioridades loco-regionais, as especificidades da formação em cada categoria profissional e o que está previsto na legislação (BRASIL, 2012a).

Para tanto, as atividades teóricas, teórico-práticas e práticas devem ser organizadas em três eixos, segundo a Resolução da CNRMS (BRASIL, 2012a):

1. Eixo integrador Transversal, constituído de saberes comuns a todas as profissões, ou seja, aquelas competências que pertencem ao campo comum da saúde;
2. Eixo integrador por Área de Concentração, que corresponde às necessidades formativas dos residentes no que diz respeito ao campo comum daquela área de concentração;
3. Eixo por Núcleo Profissional, ou seja, as competências específicas de cada categoria naquela determinada área de atuação, de forma a preservar a identidade profissional.

Em Saúde da Família, por exemplo, por se tratar de um campo de atuação ainda relativamente novo e que exige dos profissionais competências que vão além da formação técnica das graduações, essas residências são extremamente importantes. Apenas com a formação acontecendo em serviço e voltada para essa realidade de atuação faz-se possível desenvolver competências profissionais coerentes com a prática exigida aos trabalhadores da ESF. Prova disso é que a predominância de pesquisas

envolvendo formação na modalidade residência é na área da Saúde da Família (26-27,66%) segundo Dallegrave e Ceccim (2013).

Na compreensão desse cenário nacional das residências, é importante salientar ainda que as RMS não incluem os profissionais da Medicina. A Residência Médica, formalmente, também não está dentro do rol das Residências em área profissional da saúde (BRASIL, s/d, on-line; BRASIL, 2010). Isso acaba por configurar a Residência Médica como um terceiro tipo de residência apesar de essas modalidades compartilharem entre si muitas características comuns relativas a condução pedagógica dos programas. Construiu-se, pois, uma grande contradição e, como afirma Dallegrave e Kruse (2009, p.219),

“entendemos esse binarismo [Médicos vs. Não-médicos] como exercício do poder, o lugar por onde se espalha, estranha-se, capilatiza-se e vincula-se, de maneira inseparável, ao saber. Ao mesmo tempo, declara separação nítida de saberes, de projetos de cuidado, de objetos e de sujeitos articulados no trabalho”.

Dentre os argumentos utilizados a favor dessa separação existem aqueles que alegam que por lei só existe a Residência Médica (visto que ela foi criada primeiro e nas primeiras leis não se cita a constituição multiprofissional dessas pós-graduações); outras ponderações afirmam que o papel do médico já está definido dentro da equipe, uma vez que, por ser o profissional com mais conhecimento e habilidades, ele sempre será o líder e, por isso, não necessita dessa formação conjunta. Ou ainda, argumenta-se que a Residência Médica é em si multiprofissional por trabalhar com médicos de diferentes especialidades, reduzindo, dessa forma, o caráter multiprofissional a troca prevista entre profissionais com diferentes especialidades dentro de uma mesma categoria profissional. Esses argumentos, longe de justificar essa separação, apontam na verdade três perspectivas incoerentes: multiprofissionalidade entendida como a constituição de uma massa amorfa, trabalho em equipe compreendido como o exercício da liderança de um sobre vários sujeitos passivos, e o SUS concebido como *"laboratório de experimentação, lugar para aprender e não se comprometer"* (DALLEGRAVE, KRUSE, 2009, p. 222).

Apesar de a integração entre RMS e Residências Médicas ser propostas desde a criação da RMS e ser reforçada em várias publicações técnicas e governamentais sobre residências, esta ainda permanece como um grande desafio. Mesmo o Pró-Residência - Programa de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas

Estratégicas, parte da Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde, que tem como objetivo apoiar a formação de especialistas em áreas de atuação prioritárias para o SUS por meio da expansão de Programas de Residência Médica e Multiprofissionais estabelece políticas que favorecem muito mais o desenvolvimento de residências médicas que de multi (BRASIL, 2013a).

### 3.5.1 Os atores da RMS

Todo programa de RMS, financiado e legitimado pelo MS em parceria como MEC, deve contar com uma instituição formadora e uma instituição executora. A Resolução nº 02 da CNRMS (2012) estabelece que a instituição formadora é a instituição de Ensino Superior (IES) responsável pela condução do programa de residência em parceria com as instituições executoras. Instituição Executora, por sua vez, é o local onde se desenvolverá o maior percentual da carga horária prática do programa de residência (BRASIL, s/d, on-line).

Outros atores-chave dos programas de residência são os tutores. O Tutor é o profissional responsável pela orientação acadêmica dos preceptores e residentes. Para tanto, ele deve ter titulação mínima de mestre e experiência profissional mínima de três anos na área da RMS onde estiver inserido. Para abranger as especificidades da formação e atuação interprofissional sem negar as especificidades de cada categoria profissional, as RMS demandam dois tipos de tutoria: a de campo e a de núcleo. O tutor de núcleo conduz sua orientação acadêmica voltada para o núcleo profissional. Já o tutor de campo volta seu trabalho de orientação acadêmica para questões no âmbito do campo comum de conhecimento, integrando os diferentes saberes e práticas nas atividades teóricas, teórico-práticas e práticas. Esses tutores podem estar vinculados tanto à instituição formadora, quanto à instituição executora, mas sem tutores, não é possível a existência de um programa de RMS (BRASIL, s/d, on-line).

As competências do tutor estão elencadas detalhadamente no artigo 12 da Resolução nº 02 da CNRMS (2010, p. 4), conforme transcrito abaixo:

Art. 12º. Ao tutor compete:

I - implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP [Projeto Pedagógico] do programa, realizando encontros periódicos com

preceptores e residentes com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa;

II - organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PP;

III - participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;

IV - planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;

V - articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;

VI - participar do processo de avaliação dos residentes;

VII - participar da avaliação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

V - orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU – Comissão de Residência Multiprofissional.

Conforme já citado quando da apresentação do tutor, o preceptor também compõe o corpo docente dos programas de RMS. Ele, que também pode ser vinculado à instituição formadora ou executora e deve ter titulação mínima de especialista, exerce a função de supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa. O preceptor deve, necessariamente, ser da mesma profissão do residente sob sua supervisão, e sua atuação pedagógica acontece no cenário de prática, daí a necessidade de ele acompanhar presencialmente a realização das atividades do residente em seu local de atuação. Em programas de RMS em que a prática profissional não é determinada pela categoria profissional mas sim por um campo mais amplo de atuação, como por exemplo nas áreas de gestão e vigilância em saúde, não há essa obrigatoriedade de preceptor e residente terem a mesma formação (BRASIL, s/d, on-line).

Os preceptores são peças fundamentais para a condução pedagógica dos programas, por isso é inviável a existência de programas sem preceptor. A existência da relação preceptor-residente é o que torna pedagógica a atuação e possibilita que o trabalho do residente se caracterize como formação em serviço.

Assim como para o tutor, pode-se observar as competências do preceptor na Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012 (BRASIL, 2012a, p. 4 e 5):

Art. 14º. Ao preceptor compete:

- I - exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;
- II - orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP;
- III - elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;
- IV - facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;
- V - participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;
- VI - identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário;
- VIII - participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão;
- IX - proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral;
- X - participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;
- VI - orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre.

Apesar da importância conferida ao preceptor, não há financiamento de bolsas para preceptores pelo MEC ou MS. Em alguns programas, esse financiamento é pactuado como contrapartida das instituições executoras e/ou gestores estaduais e municipais (BRASIL, s/d, on-line). Entretanto, a imprevisibilidade em lei da concessão desse benefício aos preceptores implica em uma discrepância no cenário nacional no que tange à vinculação, fixação e políticas de valorização e pagamento da preceptoria, bem como na instabilidade e rotatividade dos preceptores enquanto lideranças técnico-científicas e pedagógicas do SUS.

Da mesma forma, não há nenhuma capacitação de preceptores prevista pelo governo federal. Cada programa capacita sua preceptoria de acordo com suas concepções e possibilidades (BRASIL, s/d, on-line). Essa (des)estruturação da formação da preceptoria dificulta um alinhamento nacional também acerca do papel e das competências pedagógicas desses atores imprescindíveis no cenário das RMS.

Além de tutores e preceptores, compõem o corpo docente assistencial dos programas de RMS os docentes. Estes, segundo (BRASIL, s/d, on-line) são profissionais que responsabilizam-se pelo conteúdo-programático que constitui o currículo dos residentes de acordo com aquilo que está previsto no Projeto Pedagógico do curso. Dessa forma, participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas ofertadas aos residentes. As aulas propriamente ditas não necessariamente precisam ser facilitadas por um docente vinculado ao programa, outros professores podem ser convidados a desempenhar essa função. O docente do programa de RMS tem uma função estruturante da dimensão pedagógica do programa. Eles podem estar vinculados tanto às instituições formadoras, quanto às executoras. O vínculo empregatício dos docentes é definido pela instituição ao qual estão vinculados. Entretanto, um programa não pode funcionar sem a existência dos docentes.

São funções do docente (BRASIL, 2012a, art. 10º):

- I - articular junto ao tutor mecanismos de estímulo para a participação de preceptores e residentes nas atividades de pesquisa e nos projetos de intervenção;
- II - apoiar a coordenação dos programas na elaboração e execução de projetos de educação permanente em saúde para a equipe de preceptores da instituição executora;
- III - promover a elaboração de projetos de mestrado profissional associados aos programas de residência;
- IV - orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU.

Além do Núcleo Docente Assistencial, existe uma especificação desse núcleo denominada Núcleo Docente Assistencial Estruturante – NDAE. Este é constituído pelo coordenador do programa, por representante de docentes, tutores e preceptores de cada área de concentração. Sua função diz respeito à criação, implantação e consolidação do Projeto Pedagógico do programa, ficando com a incumbência de assessorar a COREMU na condução das decisões sobre o projeto pedagógico. Este NDAE deve ser formado por, no mínimo, cinco profissionais.

Vale ressaltar que as ações mais amplas de implementação do PP não ficam restritas ao NDAE, devendo contar também com a participação da COREMU, da coordenação de programa, dos docentes, tutores, preceptores e residentes.

Desta feita, são competências do NDAE (BRASIL, 2012a), Art. 9º:

- I - acompanhar a execução do PP, propondo ajustes e mudanças, quando necessários, à coordenação;
- II - assessorar a coordenação dos programas no processo de planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação das ações teóricas, teórico-práticas e práticas inerentes ao desenvolvimento do programa, propondo ajustes e mudanças quando necessários;
- III - promover a institucionalização de novos processos de gestão, atenção e formação em saúde, visando o fortalecimento ou construção de ações integradas na(s) respectiva(s) área de concentração, entre equipe, entre serviços e nas redes de atenção do SUS;
- IV - estruturar e desenvolver grupos de estudo e de pesquisa, que fomentem a produção de projetos de pesquisa e projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para a qualificação do SUS.

Um ator importante que surge nessa composição do NDAE é o coordenador de programa. A coordenação, que deve ser composta por profissionais com titulação mínima de mestre e com experiência de pelo menos três anos nas áreas de formação, atenção e/ou gestão, tem a função gerenciar todo o programa na perspectiva sua implementação e do cumprimento das deliberações da COREMU, bem como coordenar o processo de aplicação, alteração e avaliação do Projeto Pedagógico e garantir as articulações e negociações interinstitucionais necessárias à manutenção do programa. Também é responsabilidade do coordenador toda a documentação do programa e a atualização dos dados e informações dos residentes junto às instâncias locais de execução do programa e junto à CNRMS (BRASIL, 2012a).

O ator central desse processo de ensino-aprendizagem-trabalho é ainda o residente. O residente é o profissional de saúde que ingressa em Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, cujas atribuições, de acordo com a Resolução do CNRMS (BRASIL, 2010), são:

- I - conhecer o PP do programa para o qual ingressou, atuando de acordo com as suas diretrizes orientadoras;
- II - empenhar-se como articulador participativo na criação e implementação de alternativas estratégicas inovadoras no campo da atenção e gestão em saúde, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS;
- III - ser co-responsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, ético-humanísticas e técnico-sócio-políticas;
- IV - dedicar-se exclusivamente ao programa, cumprindo a carga horária de 60 (sessenta) horas semanais;
- V - conduzir-se com comportamento ético perante a comunidade e usuários envolvidos no exercício de suas funções, bem como perante o corpo docente, corpo discente e técnico-administrativo das instituições que desenvolvem o programa;

- VI - comparecer com pontualidade e assiduidade às atividades da residência;
- VII - articular-se com os representantes dos profissionais da saúde residentes na COREMU da instituição;
- VIII - integrar-se às diversas áreas profissionais no respectivo campo, bem como com alunos do ensino da educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde;
- IX - integrar-se à equipe dos serviços de saúde e à comunidade nos cenários de prática;
- X - buscar a articulação com outros programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde e também com os programas de residência médica;
- XI - zelar pelo patrimônio institucional;
- XII - participar de comissões ou reuniões sempre que for solicitado;
- XIII - manter-se atualizado sobre a regulamentação relacionada à residência multiprofissional e em área profissional de saúde;
- XIV - participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento.

Os residentes são profissionais de saúde das categorias profissionais participantes do programa de residência com ou sem experiência profissional prévia, mas que fundamentalmente se apresentem já cadastrados aos respectivos conselhos regionais de sua categoria profissional e foram aprovados em processo seletivo. Eles tem carga horária de trabalho semanal de 60h, por isso, além do tempo destinado à atuação nas unidades de saúde estabelecidas enquanto cenários de prática do programa (atividades práticas), eles também se dedicam a realização de atividades teóricas e teórico-práticas, configurando o caráter de educação permanente em serviço das RMS.

### 3.5.2 A realidade cearense das Residências Multiprofissionais em Saúde

No estado do Ceará existem atualmente quatro Programas de RMS em plena execução. As características desses cinco programas estão detalhadas abaixo.

Nome do Programa	Instituição Promotora	Área de Atuação em Saúde	Local de realização das atividades	Lógica de divisão das equipes e atuação	Categorias profissionais incluídas	Quantidade de residentes em julho/2014
Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde (RESMULTI)	Universidade Federal do Ceará (UFC)	Atenção Hospitalar	Complexo Hospitalar da UFC (Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC e Maternidade Escola Assis	Assistência em Onco-Hematologia	<u>Enfermagem</u> <u>Farmácia</u> <u>Psicologia</u>	70
				Assistência em Saúde da Mulher e da Criança	<u>Enfermagem</u> <u>Farmácia</u> <u>Fisioterapia</u> <u>Nutrição</u> <u>Psicologia</u>	
				Assistência em Terapia Intensiva	<u>Enfermagem</u> <u>Farmácia</u>	

			Chateaubrian - MEAC) Fortaleza/CE	Assistência em Transplante	Fisioterapia <u>Enfermagem</u> <u>Farmácia</u> Fisioterapia <u>Psicologia</u> <u>Serviço Social</u>	
				Assistência em Saúde Mental	Enfermagem Psicologia Serviço Social <u>Terapia</u> <u>Ocupacional</u>	
				Assistência em Diabetes	Enfermagem Nutrição Fisioterapia	
Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia	Saúde da Família	Rede de Atenção Primária à Saúde com lotação nos Centros de Saúde da Família (CSF) de Sobral/CE	Equipes multiprofissionais que atuam na ESF enquanto EqSF e NASF	Enfermagem Odontologia Educação Física Farmácia Fisioterapia Fonoaudiologia Nutrição Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	24
Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM)	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia	Saúde Mental	Rede de Atenção Psicossocial de Sobral/CE com lotação nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	Equipes multiprofissionais que atuam nos serviços de Saúde Mental	Educação Física Enfermagem Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	24
Residências Integradas em Saúde (RIS-ESP/CE)	Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE)	Cancerologia	Instituto do Câncer do Ceará (ICC) – Fortaleza/CE	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção ao paciente com Câncer	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Nutrição Psicologia Serviço Social	563
		Saúde da Família e Comunidade	CSF de 19 municípios: Acopiara, Arneiroz, Aracati, Brejo Santo, Camocim, Canindé, Catarina, Crateús, Eusébio, Fortaleza, Horizonte, Iguatu, Icapuí, Jaguaruana, Maracanaú,	Equipes multiprofissionais que atuam na ESF enquanto EqSF e NASF	Enfermagem Fisioterapia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social	

			Maranguape, Quixadá e Tauá		
		Saúde Mental Comunitária	Rede de Assistência em Saúde Mental de 11 municípios: Acopiara, Aracati, Brejo Santo, Crateús, Eusébio, Fortaleza, Horizonte, Iguatu, Jaguaruana, Maracanaú e Tauá	Equipes multiprofissionais que atuam nos serviços de Saúde Mental Comunitária	Educação Física Enfermagem Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional
		Saúde Coletiva / Gestão em Saúde	21 Células Regionais de Saúde (CRES) do Ceará	Residentes que atuam nas CRES	Todas as categorias da Saúde
		Urgência e Emergência	Instituto Dr. José Frota – IJF	Equipes multiprofissionais que atuam em Urgência e Emergência	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social
		Neurologia e Neurocirurgia	Hospital Geral de Fortaleza – HGF	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção à saúde em Neurologia	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Fonoaudiologia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional
		Cardiopneumologia	Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - HM	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção ao paciente com patologias cardiopulmonares	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Fonoaudiologia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional
		Enfermagem Obstétrica	Hospital Geral Dr. Cesar Cals (HGCC)	Enfermeiros que atuam em obstetrícia	Enfermagem
		Neonatologia	Hospital Geral Dr. Cesar Cals (HGCC)	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção à saúde em Neonatologia	Enfermagem Fisioterapia Psicologia Serviço Social

		Pediatria	Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS)	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção à saúde em Pediatria	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	
		Infectologia	Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ)	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção à saúde em Infectologia	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	
<b>TOTAL:</b>						681

**Quadro 1** – Caracterização dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do estado do Ceará em 2014.

A RMSF de Sobral/CE foi a pioneira do estado. Ela atualmente está iniciando a 12ª turma, tendo iniciado suas atividades em 1999. A RESMULTI da UFC, que também foi criada em 2009, está iniciando também sua 7ª turma. A RMSM de Sobral iniciou suas atividades em março de 2013. E, por fim, a RIS, cujo objetivo é interiorizar a educação permanente interprofissional no estado com atividades iniciadas em maio de 2013, estando nos primeiros meses de sua terceira turma para 4 ênfases e da segunda turma para as demais 7 ênfases.

Existiu um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade vinculado à Secretaria de Saúde de Fortaleza, capital do estado, até o início de 2014, quando concluiu as atividades de sua 3ª turma de residentes. A partir de 2014, a RIS-ESP/CE passou a incluir o município de Fortaleza no seu programa de Saúde da Família e Comunidade e o programa de Fortaleza foi extinto.

A apresentação desse cenário é imprescindível para que se perceba a disseminação do modelo de especialização no caráter de Residência no estado do Ceará. Esse crescimento no número de programas de RMS significa também grande impacto sobre a formação em saúde no Ceará e pressupõe influência na melhoria dos serviços onde estas residências se propõem a acontecer.

## **4 METODOLOGIA**

A metodologia consiste na sistemática de abordagem da realidade, ou seja, é a descrição das etapas que serão seguidas no processo de pesquisa com o intuito de, articulando teoria, técnicas, instrumentos e achados de pesquisa, acessar a realidade sob estudo. Sendo assim, a função do método é tornar atingível o objeto de estudo tendo como ponto de partida as perguntas levantadas pelo pesquisador (MINAYO, 2006).

Na metodologia fala-se do como pesquisar. Habermas define esse processo como caminho do pensamento, ou seja, caracteriza-se como a sistematização e estruturação do fio condutor do pensamento do pesquisador na concepção da pesquisa. Complementando essa definição, Minayo (2006) afirma que essa descrição do como pesquisar não é algo apenas de caráter formal e técnico, ao contrário o ato de conceber uma pesquisa perpassa a subjetividade, a ética e criatividade do pesquisador, manifestando marcas pessoais da forma como o autor articula o saber teórico com as possibilidades de intervenção na realidade. Nesta seção dedicada à metodologia, pretende-se, então, descrever todos procedimentos visualizados como meio para alcançar os objetivos e questões problemas anteriormente expostos.

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

Este trabalho analisou o processo de implantação da prática colaborativa e da educação interprofissional no cotidiano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará e seus fatores de evolução. Dada a natureza deste objeto, trata-se de um estudo de caso com abordagem exploratória, pois o objeto aqui adotado está inscrito em um campo ainda pouco investigado. Além disso, abordar este objeto exigiu optar por um percurso metodológico qualitativo, uma vez que as questões que serão abordadas não permitem quantificação, nem a discussão dos fenômenos observados pôde ser reduzida às propriedades numéricas dos mesmos (MINAYO, 2006; MERCADO-MARTINEZ, BOSI, 2004).

Tendo como aspectos de análise as relações interpessoais, interprofissionais, pedagógicas e históricas, esta pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa social (MINAYO, 2006) pautada em um tratamento mais subjetivo e dinâmico da realidade, permitindo que de todo o processo de emergjam novos aspectos referentes à questão trabalhada (SERAPIONI, 2000). Além disso, o estudo analítico do cotidiano de um programa de Residência Multiprofissional exigiu que fossem levadas em consideração questões como as relações, as representações, as crenças, os afetos e as percepções das pessoas. Tratou-se, pois, de um estudo interessado nas experiências vivenciadas e no processo de significação em relação aos fenômenos do cotidiano, exigindo uma análise do material discursivo e das diversas formas de comunicação, o que consolida uma abordagem qualitativa (MERCADO-MARTINEZ, BOSI, 2004). Vale ressaltar ainda que, como aponta Minayo (2006), o estudo de grupos delimitados acerca de processos sociais ainda pouco conhecidos com o objetivo de criar novas categorias de interpretação do fenômeno são mais adequadamente analisados por técnicas qualitativas.

A pesquisa qualitativa valoriza o singular, o subjetivo, o vivencial e o contexto social e histórico de cada aspecto da realidade que está sendo investigado. Dessa forma, não objetiva apenas realizar generalizações ou identificar regularidades, mas compreender a riqueza das diversidades e das diferenças. Sendo assim, acreditamos que a investigação qualitativa foi a opção mais adequada para apreender a realidade adotada como objeto deste estudo de caso com o intuito de *“compreender os imponderáveis da vida real”* (MINAYO, 2006, p. 63) uma vez que adota um objeto complexo e multidimensional, e contempla aspectos não alcançáveis por outros desenhos metodológicos (MERCADO-MARTINEZ, BOSI, 2004).

A investigação qualitativa pressupõe uma postura interpretativa perante o objeto investigado. Nesse processo, o pesquisador deve reconhecer a existência de uma interação dinâmica do sujeito com a realidade onde ele está inserido. Além disso, a abordagem interpretativa constitui-se em um desafio, pois trata-se de uma dupla hermenêutica, ou seja, uma atividade de interpretar o que já foi interpretado por outrem. Não se está interessado na interpretação do pesquisador sobre o cenário, mas em uma identificação, por parte de quem pesquisa, da interpretação que passa pelos sujeitos investigados, incluindo-se aí aquilo que é manifestado diretamente e aquilo que é demonstrado de forma indireta na estadia em campo (DESLANDES, GOMES, 2004).

Isso, entretanto, não significa menor rigor científico, visto que para adentrar na realidade social e histórica é preciso que um conjunto de regras e procedimentos rigorosos seja fielmente seguido como será descrito posteriormente. Na pesquisa qualitativa, o pesquisador precisa apropriar-se de um acurado instrumental teórico e metodológico de tal forma que o ato de acessar a realidade possibilite a aproximação implicada, mas também o distanciamento que abre as possibilidades de crítica (MINAYO, 2006).

Dentre as modalidades de abordagens qualitativas em pesquisa social, optou-se por desenvolver, nessa dissertação, um estudo de casos múltiplos. Os estudos de caso, segundo Minayo (2006, p. 165) *“são utilizados principalmente na área de administração e avaliação social tendo aplicações bastante funcionais”*, dentre elas pode-se elencar a avaliação de processos e resultados de propostas pedagógicas ou administrativas. Yin (2005) define estudo de caso como a *“investigação empírica que investiga um acontecimento dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos”* (p. 32).

Os estudos de caso derivam, historicamente, das pesquisas médicas e caracterizavam-se pela análise detalhada do curso de uma doença em um indivíduo, tendo um enfoque tradicionalmente biomédico. No entanto, nas Ciências Sociais o caso típico não é um indivíduo, mas uma instituição, um grupo ou um processo. Diante dessa nova estruturação, o estudo de caso tem dois objetivos: primeiramente, compreender em profundidade o grupo ou a organização em estudo; e em segundo lugar, construir conhecimentos mais gerais, que possam extrapolar o caso em análise e serem verificados em outras realidades semelhantes. Sendo assim, no estudo de caso, ao mesmo tempo em que foca-se o empírico local, valoriza-se o desenvolvimento de um conhecimento teórico mais amplo (DESLANDES, GOMES, 2004).

O objeto de estudo deste trabalho é exatamente uma estratégia pedagógica em processo de implementação, onde acontecimento e contexto não tem uma delimitação bem definida: o processo de ensino-aprendizagem é gerado no, para e pelo contexto de inserção em serviço dos residentes e preceptores. Além disso, as peculiaridades deste caso podem gerar conhecimentos aplicáveis às demais realidades de residência multiprofissional e de promoção da educação interprofissional. Todos esses fatores justificam, pois, a opção pelo estudo de caso.

Some-se a isso o fato que de o estudo de caso normalmente é uma opção viável quando é possível fazer observação direta dos fenômenos de tal forma a compreender o contexto, as relações e o posicionamento dos sujeitos envolvidos diante dos acontecimentos (MINAYO, 2006), sendo recomendadas, inclusive técnicas de observação direta, grupos focais e entrevistas para o acesso às informações.

A opção pelo estudo de caso também apoia-se na necessidade de compreender fenômenos sociais complexos, como o é a colaboração e educação interprofissional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

Pesquisas de estudo de caso podem ainda ser estruturadas na análise de um caso único ou de casos múltiplos. Nesta pesquisa, a investigação foi desenvolvida dentro de um mesmo programa de Residência, mas junto a dois cenários de implementação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Dessa maneira, foram estudados dois casos com o objetivo de possibilitar a análise das aproximações e diferenças existentes entre as duas realidades investigadas. Tratou-se, pois, de um estudo de casos múltiplos, onde realidades diferentes foram analisadas em suas peculiaridades mas sempre tendo a perspectiva de semelhanças e diferenças com a outra realidade.

#### **4.2 Contexto e cenário do Estudo**

A presente pesquisa foi desenvolvida nos cenários de inserção, formação e atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará – PRMSFC-ESP/CE. Para entender o contexto de existência deste programa, é preciso esclarecer que ele não é o único programa de residência multiprofissional da ESP/CE, constituindo-se como parte de um programa maior, denominado Residência Integrada em Saúde – RIS-ESP/CE, que congrega, sob uma condução pedagógica comum, 11 programas de residência, aqui denominados ênfases.

As RMS são iniciativas de Educação Permanente financiadas pela cooperação técnica e científica entre MEC e MS desde 2005. Particularmente em relação às residências em Saúde da Família, desde 2002 existem incentivos federais para sua implantação. Inicialmente, tal financiamento era efetivado por meio de editais

públicos que selecionavam as melhores propostas de instituições de ensino em parceria com secretarias municipais de saúde e/ou serviços de assistência à saúde. As instituições que eram aprovadas nesses editais recebiam o financiamento integral de seus projetos, contando com recursos para bolsas de residentes, pagamento de preceptores, bem como para qualificar a condução pedagógica do programa. A partir de 2010, o governo Federal vem se restringindo a financiar as bolsas dos residentes, o que trouxe problemas na execução de vários programas como o do município de Fortaleza. Essa estratégia de financiamento pressupõe a parceria das instituições executoras e formadoras na manutenção estrutural, pedagógica e financeira dos programas. Entretanto, muitas vezes essa contrapartida não acontece a contento e os programas, apesar de terem residentes com o pagamento de suas bolsas em dia, enfrentam sérias dificuldades de execução.

A concessão de bolsas aos residentes multiprofissionais obedece a isonomia em relação ao valor investido nos residentes médicos. Atualmente o valor mensal é de R\$ 2.976,26 (dois mil novecentos e setenta e seis reais e vinte e seis centavos) para cada residente por um período de 2 anos.

Estando inserida nesse cenário nacional de investimento na formação profissional em saúde que responda aos princípios do SUS, a RIS-ESP/CE é um projeto interfederativo e interinstitucional de pós-graduação *lato sensu* caracterizando-se como educação pelo trabalho por meio do aprendizado em serviço e tem como instituição formadora a ESP-CE.

A RIS-ESP/CE, seguindo às diretrizes nacionais sobre RMS, alia a formação à inserção profissional no serviço de saúde, o que permite uma potencialização tanto do aprendizado teórico, quanto das competências de atuação prática. Além disso, ela prioriza a descentralização e a regionalização enquanto estratégias de responder às necessidades de saúde da população e às demandas de formação profissional nas diversas realidades do estado. Dessa forma, apresenta-se como um importante passo na interiorização e ampliação das estratégias de educação permanente interprofissional em saúde no Ceará uma vez que os cenários de atuação não estão concentrados na capital do estado, nem nas grandes cidades, mas acontecem de forma descentralizada em 32 instituições executoras do estado do Ceará (CEARÁ, 2014).

Para viabilizar a execução do programa, como já discutido, o MS financia as bolsas dos residentes por um período de 2 anos. Em contrapartida, a ESP-CE, enquanto

autarquia ligada a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e Instituição de Ensino Superior, responsabiliza-se pela condução pedagógica do programa e contratação de parte do corpo docente assistencial, configurando-se como instituição formadora. As instituições executoras ingressam nessa articulação tripartite cedendo os cenários de práticas, os instrumentos necessários à atuação profissional dos residentes e contratando ou cedendo os preceptores diante de seu quadro de profissionais.

No que tange à caracterização pedagógica, a RIS-ESP/CE é constituída por dois componentes, o Comunitário e o Hospitalar. O componente Comunitário é formado pelas ênfases: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental Coletiva e Saúde Coletiva. O componente Hospitalar é composto por 7 ênfases multiprofissionais: Neonatologia, Pediatria, Neurologia e Neurocirurgia, Cardiopneumologia, Infectologia, Urgência e Emergência e Cancerologia; e uma residência em área profissional da saúde: Enfermagem Obstétrica (CEARÁ, 2014).

A execução da RIS-ESP/CE integra 12 profissões da saúde em 11 programas de residência alcançando um total de 563 residentes e cerca de 510 preceptores imersos no Sistema Único de Saúde de todas as regiões do Estado do Ceará. A primeira turma da RIS-ESP/CE iniciou as atividades em maio de 2013, com 222 residentes de quatro ênfases. Para a segunda turma, que iniciou suas atividades em maio de 2014, houve uma ampliação das vagas para 341 e um acréscimo de mais 7 ênfases hospitalares. Em março de 2015, iniciam-se as atividades da terceira turma desta Residência, contando com o mesmo número de vagas da segunda turma.

O quadro abaixo sistematiza toda a distribuição geográfica, quantitativa e por área de atuação da RIS-ESP/CE.

	Ênfase	Cenário de Práticas	Município	Lógica de divisão das equipes e atuação	Categorias profissionais incluídas	Nº vagas 1ª turma	Nº vagas 2ª turma	Nº vagas 3ª turma	Total residentes (até maio 2015)
Componente Comunitário	Saúde da Família e Comunidade	Rede de Atenção Primária – Estratégia Saúde da Família (ESF)	Acopiara	Equipes multiprofissionais que atuam na ESF enquanto Equipes de Saúde da Família (EqSF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família	Enfermagem Odontologia Fisioterapia Nutrição Psicologia Serviço Social	-	7	7	14
			Arneiroz			-	7	-	7
			Aracati			15	10	7	32
			Aquiraz			-	7	-	7
			Brejo Santo			8	7	7	22
			Camocim			-	10	-	10
			Canindé			15	7	7	29
			Catarina			-	7	-	7
			Cratêus			-	10	7	17
			Eusébio			-	7	7	14

			Fortaleza	(NASF)		-	14	-	14	
			Horizonte			20	9	7	36	
			Iguatu			12	7	7	26	
			Icapuí			-	10	7	17	
			Independência			-	-	7	7	
			Itapipoca			-	-	7	7	
			Jaguaruana			8	-	-	8	
			Maracanaú			9	-	7	16	
			Maranguape			-	7	7	14	
			Quixadá			16	7	-	23	
			Quixeramobim			-	-	7	7	
			Reriutaba			-	-	7	7	
			Tabuleiro			-	-	7	7	
	Tauá	16	-	7	23					
	Saúde Mental Coletiva	Rede de Atenção Psicossocial		Acopiara	Equipes multiprofissionais que atuam nos serviços de Saúde Mental Comunitários	Educação Física Enfermagem Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	-	5	5	10
				Aracati			10	6	-	16
				Brejo Santo			-	5	10	15
				Canindé			-	-	4	4
				Crateús			-	4	9	13
				Eusébio			-	5	5	10
				Fortaleza			17	8	-	25
				Horizonte			11	5	-	16
				Icapuí			-	-	5	5
				Iguatu			10	5	-	15
				Jaguaruana			5	-	-	5
				Maracanaú			-	5	-	5
				Maranguape			-	-	10	10
	Tauá	-	5	5	10					
	Saúde Coletiva	Gestão em Saúde		Fortaleza (incluindo Cascavel)	Residente atuando nas CRES	Todas as categorias da Saúde	6	6	2	14
				Caucaia			1	1	-	2
				Maracanaú			1	1	2	4
				Baturité			1	1	-	2
				Canindé			1	1	2	4
				Itapipoca			1	1	2	4
				Aracati			1	1	2	4
				Quixadá			1	1	2	4
				Russas			1	1	2	4
				Limoeiro			1	1	2	4
				Sobral			1	1	2	4
				Acaraú			1	1	-	2
				Tianguá			1	1	-	2
				Tauá			1	1	1	3
				Crateús			1	1	2	4
Camocim				1			1	2	4	
Icó				1			1	-	2	
Iguatu				1			1	2	4	
Brejo Santo				1			1	1	3	
Crato				1			1	-	2	
Juazeiro do Norte	1	1	-	2						
Componente Hospitalar	Cancerologia	Instituto do Câncer do Ceará – ICC	Fortaleza	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção ao paciente com Câncer	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Nutrição Psicologia Serviço Social	24	24	24	72	

Urgência e Emergência	Instituto José Frota – IJF	Fortaleza	Equipes multiprofissionais que atuam em Urgência e Emergência	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social	-	16	16	32
Neurologia e Neurocirurgia	Hospital Geral de Fortaleza – HGF	Fortaleza	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção à saúde em Neurologia	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Fonoaudiologia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	-	24	24	48
Cadiopneumologia	Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes – HM	Fortaleza	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção ao paciente com patologias cardiopulmonares	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Fonoaudiologia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	-	18	18	36
Enfermagem Obstétrica	Hospital Geral Dr. Cesar Cals (HGCC)	Fortaleza	Enfermeiros que atuam em Obstetrícia	Enfermagem	-	6	6	12
Neonatologia			Equipes multiprofissionais que atuam na atenção à saúde em Neonatologia	Enfermagem Fisioterapia Psicologia Serviço Social	-	8	8	16
Pediatria	Hospital Infantil Albert Sabin – HIAS	Fortaleza	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção à saúde em Pediatria	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	-	18	18	36
Infectologia	Hospital São José de Doenças Infecciosas – HSJ	Fortaleza	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção à saúde em Infectologia	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Nutrição Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	-	15	15	30
Total					222	341	327	890

**Quadro 2** – Caracterização das ênfases e distribuição de vagas por ênfase da RIS-ESP/CE.

Diante da grande dimensão e da diversidade de cenários de atuação na RIS-ESP/CE, optou-se por trabalhar apenas a ênfase de Saúde da Família e Comunidade - SFC. A escolha dessa ênfase justifica-se pelo fato de a pesquisadora já ter atuado na ESF quando residente e estar mais apropriada do processo de trabalho nesse cenário de práticas. Acredita-se que esse maior conhecimento sobre a atuação no campo da ênfase ajudará na melhor distinção entre quais são os avanços e desafios próprios da rede de atenção e quais são as características específicas do processo de ensino e aprendizagem que a residência está promovendo. Além disso, por ser a maior ênfase ou programa em desenvolvimento, a análise de seu processo de implementação perpassa a maior variedade de realidades municipais e de perfil de residentes.

Mesmo com a delimitação da análise da ênfase de SFC, para garantir a viabilidade de uma pesquisa qualitativa acerca do objeto adotado, foi essencial definir quais cenários seriam analisados com mais profundidade a partir das técnicas elencadas a seguir. Para tanto, definiram-se como locais de pesquisa os municípios de Maracanaú e Aracati, onde foi realizada a coleta de informações junto aos residentes e preceptores. Os critérios de escolha desses dois municípios foram: 1. Existência de residência multiprofissional há mais de um ano, pois acredita-se que o trabalho interprofissional consolida-se efetivamente apenas depois de certo tempo de imersão no território e a observação de equipe recém chegadas não permitiria uma análise aprofundada dessa interação multiprofissional; 2. Condições estáveis de desenvolvimento das atividades da residência, segundo a coordenação da ênfase, ou seja, sem grandes dificuldades locais interpostas ao longo do primeiro ano de residência; 3. Distância de Fortaleza, viabilizando o deslocamento da pesquisadora para coleta de dados por meio de observação participante.

É certo que mesmo focando nesses dois municípios, a busca por compreender a realidade de implantação da educação interprofissional no programa acabou fazendo emergir questões sobre o cenário da RIS-ESP/CE como um todo. No entanto, o processo *in loco* foi analisado apenas desses dois municípios.

Vale ressaltar que parte da coleta de informações aconteceu também no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, onde se localiza a sede da Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE, autarquia do Governo do Ceará e instituição formadora que promove a RIS. É na ESP/CE onde acontece parte do processo formativo

da RIS – as atividades teórico-conceituais - e onde a pesquisadora pode encontrar os coordenadores do programa de RMS em estudo para coleta de informações.

#### 4.2.1 Aracati

O nome Aracati é um topônimo que vem da língua Tupi, mas seu significado não é único. Dentre os possíveis significados, estão: “tempo bom”, pela junção de *ara* (tempo) e *catu* (bom); “clareza bonançosa”, pela junção de *ara* (clareza) e *catu* (bonançoso); “vento forte”; “aragem cheirosa”; “água da mata de pássaro”, pela junção dos termos *gûyrá* (pássaro), *ka'a* (mata) e *ty* (água, rio). De acordo com o dicionário Aurélio, Aracati é a denominação do vento característico da região Nordeste do Brasil e especialmente do Ceará (ARACATI, 2014c).

Aracati foi habitado inicialmente pelos índios Potyguara. Com a colonização brasileira, Aracati tornou-se um ponto de apoio militar chamado Cruz das Almas, onde foram construídas baterias, presídios e fortes. O crescimento populacional de Aracati se deu com a atividade econômica da pecuária. O município produzia carne seca e exportava esse produto para as demais regiões do país que, à época dedicavam-se ao cultivo nos canaviais. Por ser um lugarejo movimentado pelo seu porto, passou a ser chamado de Arraial de São José dos Barcos do Porto dos Barcos do Jaguaribe. Na década de 1740, Aracati foi elevada à categoria de Vila com o nome de Santa Cruz do Aracati. Em 25 de outubro de 1842, com sua crescente influência econômica no Ceará, a vila foi constituída cidade (ARACATI, 2014c).

Aracati é um atraente ponto turístico por suas belezas naturais nas dunas, falésias e no mar. Seu litoral é famoso no mundo inteiro, principalmente a praia de Canoa Quebrada. Além das praias, a cidade possui uma estrutura arquitetônica tombada como patrimônio histórico e que se constitui também como atrativo do turismo cultural (ARACATI, 2014b).

Este município, que fica a uma distância de aproximadamente 150Km da capital Fortaleza, conta com uma população de 75.285 habitantes, dos quais apenas cerca de 60% está concentrada em área urbana (ARACATI, 2014).

A rede de saúde local conta com dois hospitais gerais, sendo um hospital municipal que oferta assistência à nível regional e um hospital beneficente; uma policlínica também de abrangência regional; um Centro de Especialidades Odontológicas; 16 unidades de Saúde da Família; um CAPS Geral e um CAPS AD (Álcool e outras drogas); além de uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA em fase de instalação. No que diz respeito à APS, segundo o Departamento de Atenção Básica - DAB, a cobertura populacional em relação à ESF já atinge 73,55% (BRASIL, 2014b).

A RIS-ESP/CE foi implantada em Aracati em maio de 2013. Com a seleção realizada pela ESP/CE chegaram ao município um total de 25 residentes, sendo 10 da ênfase de Saúde Mental Coletiva - SMC e 15 da ênfase Saúde da Família e Comunidade. Em 2014, foram ofertadas para a segunda turma da RIS-ESP/CE mais 16 vagas. Desta vez, foram 6 da ênfase de Saúde Mental Coletiva e 10 da ênfase de Saúde da Família e Comunidade.

Entretanto, a realização da residência, desde sua seleção, é um processo dinâmico sujeito a transferências e abandonos. Na primeira turma de Saúde da Família e Comunidade - SFC, as 15 vagas ofertadas não foram ocupadas como previsto no edital. Para algumas categorias profissionais, não havia uma quantidade de candidatos aptos correspondente ao número de vagas, então houve um remanejamento entre categorias. Além disso, integrando-se aos 15 residentes selecionados, iniciou as atividades no município também uma psicóloga residente (já no segundo ano de residência) vinda do programa da cidade de Sobral. Ela permaneceu com os residentes apenas durante um ano e concluiu sua pós-graduação. Mesmo com a saída da psicóloga, em março de 2014 uma enfermeira residente foi transferida de Jaguaruana para Aracati, retomando o quantitativo de residentes do segundo ano para 16. Em relação à Turma II, não houve aprovação de nenhum dentista. E as vagas foram remanejadas para a categoria de enfermagem.

A distribuição atual e por categoria dos residentes de Aracati pode ser visualizada no quadro abaixo:

Categoria Profissional	Turma I – SMC	Turma I – SFC	Turma II – SMC	Turma II – SFC
Enfermagem	2	7	1	4
Odontologia	-	2	-	0

Psicologia	2	2	1	1
Serviço Social	2	1	1	1
Educação Física	2	-	1	-
Terapia Ocupacional	2	-	2	-
Fisioterapia	-	3	-	1
Nutrição	-	1	-	1
Total:	10	16	6	8

**Quadro 3** – Distribuição dos residentes de Aracati por ênfase e categoria profissional.

Esses residentes são divididos em equipes. A primeira turma de SFC distribuiu-se em 3 unidades de saúde e a segunda turma em duas unidades. Em todas essas unidades, as equipes NASF formadas sempre mesclavam profissionais do município com profissionais residentes. Também com a chegada de novos residentes houve a formação de equipes que misturavam R1 e R2.

Unidade de Saúde	Bairro de Fátima	Alto da Cheia	Pedregal	Abengruta	Vila Rafael
Equipe de Referência	2 enfermeiras R2 1 Cirurgião Dentista R2	2 enfermeiros R2	2 enfermeiras R2 1 Cirurgião Dentista R2	2 enfermeiras R1	2 enfermeiras R1
Equipe NASF	1 psicóloga R2 1 Nutricionista R2 1 fisioterapeuta R2 1 fisioterapeuta R1 1 Assistente Social do município 1 fonoaudiólogo do município	1 psicólogo R2 2 fisioterapeutas R2 1 assistente social R2 1 fonoaudiólogo do município 1 nutricionista do município	1 psicólogo R1 1 assistente social R1 1 Nutricionista R1 2 fisioterapeutas do município 1 profissional de educação física do município		

**Quadro 4** – Lotação dos residentes SFC em Aracati.

Para acompanhar esses residentes de SFC, foram indicados pela gestão municipal: um articulador local que coordena todas as questões da RIS a nível local, 2 preceptoras de campo em SFC e 7 preceptores de núcleo em SFC (sendo 3 de enfermagem, 1 de psicologia, 1 de fisioterapia e 2 de odontologia, ou seja, não há preceptor das categorias de serviço social e nutrição).

#### 4.2.2 Maracanaú

O município de Maracanaú localiza-se na região metropolitana da capital cearense. Ele está muito próximo a Fortaleza, estando ligado a ela pela rodovia CE-040. A distância de Maracanaú ao centro de Fortaleza, em linha reta, é apenas 20Km (MARACANAÚ, 2010).

O povoamento de Maracanaú iniciou-se com os indígenas de Jaçanaú, Mucunã e Cágado. Em 1648, chegaram os primeiros colonizadores e, a partir de 1870, o povoamento cresce em torno da lagoa de Maracanaú e, depois, das lagoas de Jaçanaú e Pajuçara. Em 1882, este povoado tornou-se Vila do Santo Antonio do Pitaguary. Já em 1906, a vila passou a constituir distrito de Maranguape. Com o crescimento territorial e populacional, o distrito começou a buscar sua emancipação. Foram quatro tentativas frustradas para, em 1983 na quinta tentativa, finalmente Maracanaú ser emancipada. O nome Maracanaú significa, em tupi, lagoa onde as maracanãs bebem. O município recebeu esse nome devido às aves que sobrevoavam suas lagoas e chamavam a atenção de todos (MARACANAÚ, 2013a).

Na região metropolitana de Fortaleza, Maracanaú é o terceiro maior município quanto ao tamanho da população. Sua população estimada, de acordo com o IBGE na projeção de 2010, era de 209748, constituindo-se, assim, como uma cidade de grande porte. Outra característica marcante de Maracanaú é a sua taxa de urbanização. Por conta do perfil da cidade, cerca de 99,68% da população reside em perímetro urbano (MARACANAÚ, 2010).

A densidade populacional e o perfil urbano dos habitantes de Maracanaú devem-se exatamente à construção de vários conjuntos habitacionais no lugar. Essas moradias atraíram a classe trabalhadora de Fortaleza com interesse em constituir a mão-de-obra absorvida pelo distrito industrial do município (MARACANAÚ, 2010).

Maracanaú possui a segunda maior economia do Ceará. Seu Produto Interno Bruto (PIB) está centralizado fundamentalmente no setor industrial, apesar de o setor de serviços ter crescido bastante nos últimos anos. Maracanaú também é o segundo maior município exportador do Ceará (MARACANAÚ, 2010).

Em relação ao setor saúde, em Maracanaú existe um Hospital municipal Geral, um hospital com foco na atenção à mulher e à criança, uma policlínica, um Centro de Especialidades Odontológicas, uma Farmácia Viva, um Banco de Leite, um

Centro de Testagem e Aconselhamento sorológico em DST/AIDS, 30 unidades básicas de Saúde da Família contando com 6 equipes de NASF, e 3 Centros de Atenção Psicossocial, sendo um geral, um infantil e um voltado para transtornos referentes ao abuso de álcool e outras drogas (MARACANAÚ, 2013b). A porcentagem de população cobertura pela ESF chega a 85,68% (BRASIL, 2014b).

A RIS-ESP/CE foi implantada em Maracanaú em maio de 2013. Com a seleção realizada pela ESP/CE chegaram ao município 9 residentes da ênfase Saúde da Família e Comunidade. Entretanto, das duas vagas ofertadas para os cirurgiões dentistas, apenas uma foi ocupada. A vaga restante foi, então remanejada para a categoria da Psicologia.

Ao longo do primeiro ano de residência, a única residente de Odontologia lotada no município solicitou desligamento do programa e dois residentes, um fisioterapeuta e uma nutricionista, foram transferidos de Jaguaruana para Maracanaú. Em 2014, para a segunda turma da RIS-ESP/CE, não houve a seleção de residentes para ênfase de SFC no município, mas iniciaram-se as atividades de uma equipe da ênfase de SMC com 5 residentes.

Já considerando o remanejamento de vagas, as desistências e as transferências, a distribuição por categoria dos residentes de Maracanaú pode ser visualizada no quadro abaixo:

Categoria Profissional	Turma I – SFC	Turma II – SMC
Enfermagem	2	1
Odontologia	-	-
Psicologia	2	1
Serviço Social	1	1
Educação Física	-	1
Terapia Ocupacional	-	1
Fisioterapia	3	-
Nutrição	2	-
Total:	10	5

**Quadro 5** – Distribuição dos residentes de Maracanaú por ênfase e categoria profissional.

Esses residentes estão atuando divididos em equipes. A primeira turma de SFC distribui-se em 3 unidades de saúde: Santo Sático, Novo Oriente e Acaracuzinho. Os residentes de enfermagem estão lotados apenas no CSF Santo Sático. Os demais

residentes, que constituem uma equipe de NASF formadas unicamente por residentes, atuam nas 3 unidades sob a metodologia do apoio.

Para acompanhar esses residentes de SFC, foram indicados pela gestão municipal: uma articuladora local que coordena todas as questões da RIS a nível local, 1 preceptora de campo em SFC e 5 preceptores de núcleo em SFC (sendo um para cada categoria profissional existente na equipe do município).

### **4.3. Sujeitos do estudo**

Este estudo abrangeu, principalmente, os profissionais residentes, preceptores e coordenadores envolvidos diretamente com a ênfase de SFC da RIS-ESP/CE. Porém, outros atores fundamentais surgiram ao longo da análise das informações e discussão por terem sido citados nas entrevistas ou por terem integrado o cenário do cotidiano que foi observado pela pesquisadora, tais como os gestores locais, os usuários e os profissionais de lotação dos residentes.

Uma breve descrição de cada segmento dos participantes é de grande relevância para esclarecer melhor as opções aqui realizadas:

Os residentes são profissionais de saúde das categorias profissionais participantes do programa que foram aprovados em processo seletivo. O processo seletivo da RIS-ESP/CE é composto por três etapas: prova objetiva abrangendo conhecimento geral e específico de caráter eliminatório e classificatório; análise do currículo de caráter classificatório; e prova prática de caráter eliminatório e classificatório. A prova prática propõe-se a avaliar as competências do candidato face às situações simuladas relacionadas à prática na ênfase para a qual ele concorre. Nessa etapa, são avaliadas: capacidade de trabalhar em equipe, capacidade de colocar-se no lugar do outro, capacidade de diálogo e respeito à fala de outro participante do grupo, capacidade de mediar conflitos, iniciativa para enfrentamento de situações, desenvoltura na condução e segurança nas intervenções, disponibilidade para dedicação ao curso e exposição de expectativa e objetivos de desenvolvimento profissional coerentes com os objetivos da RIS (CEARÁ, 2014).

Os residentes tem carga horária semanal de 60h dedicadas à residência. Esta é destinada tanto à atuação nas unidades de saúde, quanto a realização de atividades pedagógicas. De forma geral, as residências são construídas por três tipos de atividades: teóricas, teórico-práticas e práticas. As atividades práticas, no contexto da RIS-ESP/CE constituem a efetiva atuação dos residentes no cenário de práticas sob o acompanhamento dos preceptores de campo e núcleo. As atividades teóricas, aqui denominadas teórico-conceituais, são as aulas teóricas presenciais e as rodas tutoriais que acontecem na ESP-CE mensalmente e são conduzidas pelos coordenadores e tutores de cada ênfase. Também configuram o rol das atividades teórico-conceituais, o tempo destinado ao estudo individual na modalidade de Educação à Distância – EaD. Essas atividades EaD são disparadas pela coordenação pedagógica e de ênfase em um plataforma EaD e daí são desenvolvidas pelos residentes (CEARÁ, 2014).

As atividade teórico-práticas, por sua vez, acontecem em encontros semanais denominados de rodas e são facilitadas pelos preceptores. Essas rodas acontecem no município de lotação de cada equipe de residentes duas vezes por semana, e se desenvolvem em dois formatos: 1) Roda de campo, onde o preceptor de campo se reúne com a equipe multiprofissional de residentes sob sua condução para discutir o planejamento e execução do trabalho em equipe interprofissional, organização de ações do serviço, acompanhamento de indicadores de saúde da comunidade, entre outros temas do campo comum da ESF; 2) Roda de núcleo, onde o preceptor de núcleo profissional se reúne com os residentes da sua mesma categoria para discutir os conhecimentos e práticas específicos de cada categoria profissional da equipe no cenário da ESF. O conteúdo de cada uma dessas rodas é direcionado pela coordenação e tutoria de ênfase (CEARÁ, 2014).

Os preceptores da RIS-ESP/CE, aqui já citados, dividem-se em dois tipos: núcleo e campo. Estes voltam-se ao acompanhamento do processo de trabalho da equipe, sendo facilitadores da construção do saber de campo daquele cenário de prática que é comum a todas as categorias profissionais. Esse preceptor atua na facilitação do processo de trabalho em equipe, bem como na interlocução entre residentes e gestão local, gestão municipal e gestão da instituição formadora. Para desempenhar essa função, devem possuir nível superior na área de saúde e dedicação de 40h semanais. No caso dos preceptores de núcleo, eles precisam ter formação acadêmica específica da categoria profissional que orientará. O preceptor de núcleo disponibiliza carga horária

de no mínimo 12h semanais para o acompanhamento e discussão das atividades desenvolvidas pelo núcleo profissional no cenário da ESF, integrando, inclusive, residentes da mesma categoria que compõem equipes de saúde da família distintas no mesmo município. Esses preceptores são indicados e remunerados pela Secretaria de Saúde do Município em questão e compõem o quadro de funcionários da mesma. Todos os preceptores também devem ter titulação mínima de especialista. Para garantir o cumprimento desse requisito mínimo para a primeira turma, a ESP/CE disponibilizou aos preceptores um curso de especialização aos mesmos. Esses preceptores, no contexto da RIS-ESP/CE, também estão em formação para atuar enquanto educadores. A tutoria da ênfase de SFC na RIS-ES/CE tem a função de acompanhar pedagogicamente tanto os residentes, quanto os preceptores (CEARÁ, 2013).

A RIS-ESP/CE possui uma coordenação geral e uma coordenação para cada ênfase constituída por um ou dois coordenadores. No caso da SFC, existe um único coordenador, cujas atribuições compreendem a coordenação do trabalho de todos os tutores, preceptores e residentes, bem como a condução pedagógica do programa e a realização das necessárias articulações institucionais.

Residentes, preceptores, coordenação geral e coordenação de ênfase foram incluídos na pesquisa. No entanto, diante da quantidade total de residentes e preceptores nesses dois municípios ser bem elevada, nem todos foram incluídos. Por se tratar de um estudo qualitativo, o critério quantitativo de seleção do tamanho da amostra não é relevante. Com isso, a amostra qualitativa foi determinada em sua abrangência final por saturação teórica (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Da equipe transversal, foram incluídos entre os sujeitos a coordenação geral da RIS e a coordenação da ênfase de SFC. Em Maracanaú, duas residentes (uma enfermeira e uma fisioterapeuta) estavam gozando de licença maternidade e a preceptora de psicologia estava de licença saúde no período da pesquisa de campo, por isso, não foram incluídas. Dos demais oito residentes da equipe e cinco preceptores, todos foram incluídos na observação de campo, mas apenas seis residentes e 4 preceptores foram entrevistados. A decisão quanto ao tamanho da amostra aconteceu por saturação teórica.

Em Aracati, os residentes foram distribuídos em três equipes que atuam em cinco unidades de saúde. Para tornar viável a pesquisa optou-se, então, pela observação em campo de apenas uma dessas equipes e os respectivos preceptores que atuam junto a

ela. Sendo assim, foram incluídos, tanto na observação de campo quanto nas entrevistas todos os residentes da equipe, totalizando nove indivíduos. Optou-se por fazer a entrevista com todos, pois a diversidade de cenários de atuação, uma vez que essa equipe se divide em três territórios diferentes, determinou uma diversidade de relatos e experiências vivenciadas.

Quanto aos preceptores, chegando ao território, a pesquisadora foi informada que os preceptores de nutrição e psicologia não estavam mais atuando como tal. A preceptora de enfermagem estava de licença saúde, mas mesmo assim disponibilizou-se a fazer a entrevista. A preceptora de fisioterapia também estava afastada da função desde outubro por problemas pessoais, mas de forma muito solicitada concordou em fazer a entrevista. A preceptora de odontologia estava de licença maternidade no período da pesquisa de campo. A preceptora de campo esteve de licença saúde durante a pesquisa de campo, mas prontificou-se a participar da pesquisa por meio da entrevista em um segundo momento em que a pesquisadora retornou ao município. Desta feita, como durante os dias de pesquisa de campo esses preceptores, por motivos justificados, não foram ao cenário de práticas acompanhar os residentes, não foi possível observá-los em ação. No entanto, como já citado, por contato feito por telefone, três deles se disponibilizaram para fazer a entrevista e a conversa aconteceu na secretaria de saúde do município.

Para as entrevistas, em resumo, foram incluídos, em Maracanaú, seis residentes, um preceptor de campo e três de núcleo; e, em Aracati, nove residentes, duas preceptoras de núcleo e uma de campo; e da equipe transversal foram dois coordenadores. No total, foram entrevistados 24 sujeitos (Quadro 6).

Identificação	Município	Função	Idade	Perfil educacional	Categoria Profissional
C1	-	Coordenação Geral	36	Mestre	Enfermagem
C2	-	Coordenação de Ênfase	29	Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva (experiência com Residência e Preceptoria)	Psicologia
PC1	Maracanaú	Preceptor de Campo	30	Especialista	Enfermagem

PC2	Aracati	Preceptor de Campo	43	Especialista	Ciências Sociais
PN1	Maracanaú	Preceptor de Núcleo	27	Especialista	Fisioterapia
PN2	Maracanaú	Preceptor de Núcleo	26	Mestranda e Residência	Nutrição
PN3	Maracanaú	Preceptor de Núcleo	46	Especialista	Enfermagem
PN4	Aracati	Preceptor de Núcleo	31	Especialista	Fisioterapia
PN5	Aracati	Preceptor de Núcleo	35	Especialista	Enfermagem
RM1	Maracanaú	Residente	26	Graduação	Enfermagem
RM2	Maracanaú	Residente	28	Graduação	Nutrição
RM3	Maracanaú	Residente	24	Graduação	Serviço Social
RM4	Maracanaú	Residente	26	Especialista	Fisioterapia
RM5	Maracanaú	Residente	25	Graduação	Fisioterapia
RM6	Maracanaú	Residente	56	Especialista	Nutrição
RA1	Aracati	Residente	26	Graduação	Psicologia
RA2	Aracati	Residente	25	Especialista	Fisioterapia
RA3	Aracati	Residente	27	Graduação	Nutrição
RA4	Aracati	Residente	25	Especialista	Enfermagem
RA5	Aracati	Residente	24	Especialista	Enfermagem
RA6	Aracati	Residente	24	Especialista	Enfermagem
RA7	Aracati	Residente	28	Graduação	Enfermagem
RA8	Aracati	Residente	24	Especialista	Enfermagem
RA9	Aracati	Residente	30	Especialista	Odontologia

Quadro 6 – Sujeitos entrevistados no Estudo de Caso, Ceará, 2015.

#### 4.4 Técnicas e Instrumentos de coleta de informações

A coleta de informações foi realizada no período de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas e observação participante.

A entrevista nada mais é que uma conversa com finalidade. A modalidade semi-estruturada combina perguntas fechadas e abertas, com isso garante um pouco mais de liberdade de expressão ao entrevistado ao passo em que garante que todos os aspectos que precisam ser abordados serão incluídos na conversa (MINAYO, 2006).

Na presente pesquisa, a entrevista foi utilizada para a coleta de informações junto à coordenação geral da RIS-ESP/CE, coordenação da ênfase de SFC, residentes e preceptores. O intuito da conversa com esses atores foi obter dados sobre a implantação

da colaboração e educação interprofissional nos cenários de práticas da RIS, bem como sobre experiências de práticas colaborativas vivenciadas no programa de residência e sobre os aspectos que favorecem e/ou dificultam a implementação de uma prática interprofissional. Os entrevistados foram questionados sobre os diversos aspectos, na perspectiva da interprofissionalidade, de sua vivência na RIS-ESP/CE. Tais entrevistas seguiram roteiros elaborados pela pesquisadora (APÊNDICES A, B e C) com questões norteadoras e foram gravadas, após o consentimento do participante.

Junto à equipe de residentes e de preceptores foi ainda utilizada outra técnica: a observação participante. Esta é uma técnica oriunda da pesquisa etnográfica e tem como objetivo apreender todas as observações que não estejam vinculadas a entrevistas formais, como comportamentos, conversas informais, gestos, impressões, usos, costumes, lideranças, regras do grupo (MINAYO, 2006). Esta observação consiste, pois, no

“processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social com finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por esse contexto” (SCHWARTZ & SCHWARTZ, 1955, p. 355 apud MINAYO, 2005, p. 273e 274).

Para a observação, a pesquisadora, pactuando com antecedência com os residentes e preceptores, foi aos municípios e participou das atividades previstas na agenda dos residentes com o objetivo de observar e apreender os aspectos da educação e da colaboração interprofissional ali travados. Acredita-se que a proximidade com os interlocutores, não produziu vieses na investigação, e, pelo contrário, foi um grande facilitador deste processo, uma vez que permitiu, por meio da observação, compreender aquilo que está além da fala dos sujeitos e se expressa nos não-ditos das atitudes cotidianas, naquilo que é evasivo ao ser humano (MINAYO, 2006).

Para que o verdadeiro objetivo dessa observação fosse alcançado, a pesquisadora precisou estar alicerçada em sólidos referenciais teóricos. A apropriação teórica e domínio da temática sob investigação garantiu que a análise não fosse enviesada pela perspectiva dos pressupostos e a priori do próprio pesquisador. Ter objetivos realmente científicos, facilitou o ato de, observando, colocar-se no lugar do outro e compreender os processos a partir do seu contexto. Além disso, a objetividade

do processo foi assegurada por uma revisão crítica do trabalho de campo (MINAYO, 2006).

A observação participante aconteceu durante o período de três meses em dias pré-pactuados e agendados com as equipes do serviço. Esta observação visou acompanhar os encontros entre residentes e preceptores, além de possibilitar a observação da inserção *in acto* de outros atores, como usuários, outros profissionais do serviço e gestores locais. Além de atividades do trabalho em saúde, foram observados também os momentos pedagógicos da residência, como as rodas de campo, rodas de núcleo e aulas teóricas. No total, foram cerca de 40 turnos de observação participante.

O registro das observações de campo foi feito no modelo de diário de campo. Nesse diário, que não é nada mais que um bloco de notas, relatou-se não somente as atividades realizadas, mas também gestos, atitudes, comportamentos e falas das pessoas envolvidas. Para facilitar essa observação, foi utilizado um Roteiro de observação (APÊNDICE D) com o objetivo de nortear o que minimamente é relevante e deveria ser apreendido nas visitas.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa referente a este trabalho foi submetido à plataforma Brasil a fim de ser analisado em seus aspectos éticos em outubro de 2014, tendo sido avaliado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará sob o Certificado de apresentação para apreciação ética – CAAE – nº 37994514.7.0000.5037. A coleta das informações, por sua vez, iniciou-se apenas depois da aprovação do projeto de pesquisa pelo referido comitê de ética em pesquisa

Depois de autorizada pela gestão da ESP/CE e pela gestão da RIS-ESP/CE, a pesquisadora entrou em contato com o coordenador geral da RIS-ESP/CE e com o coordenador da ênfase para verificar a disponibilidade do corpo docente e dos residentes desses municípios em recebê-la.

Primeiramente, o objetivo da pesquisa e todo o procedimento de coleta de informações foram explicados informalmente aos participantes. Durante essa conversa,

a pesquisadora esclareceu quaisquer dúvidas existentes e convidou os sujeitos a participarem como voluntários.

Após o consentimento verbal em participar da coleta dos dados, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE E). O preenchimento de tal termo garante a preservação dos aspectos éticos de pesquisa. Sendo assim, sua assinatura foi condição essencial para tomar parte do estudo.

A pesquisa seguiu conforme os preceitos da Resolução n.º466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012b): Autonomia – por meio do termo de consentimento livre e esclarecido que os participantes da pesquisa deverão assinar como garantia do cumprimento de todas as normas dessa resolução; Beneficência – uma vez que a pesquisa não oferecerá riscos aos voluntários e, ao contrário, poderá contribuir para melhorias quanto à sua atuação profissional; Não-maleficência – todos os danos que possam ser evitados serão prevenidos; Justiça e equidade – que se caracteriza por levar adiante uma investigação que tenha relevância para sociedade.

#### **4.6 Técnica de análise dos dados**

Os dados coletados foram analisados de acordo com a Análise do Conteúdo, na sua modalidade temática, ancorada no aporte teórico da educação interprofissional. Esta forma de análise de dados pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens uma técnica de análise de comunicação por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos. (BARDIN, 1979 apud MINAYO, 2006, p. 303).

A partir dessa perspectiva, a análise dos dados seguiu os passos operacionais propostos por Minayo (2006), descritos a seguir:

- 1. Ordenação das informações.** Trata-se do primeiro contato com o material coletado. Primeiramente é realizada a transcrição de todo o conteúdo das entrevistas. Em seguida, procede-se à primeira leitura do material das

entrevistas, do grupo focal e do diário de campo. As informações aí contidas e apreendidas por meio da leitura são organizadas com o intuito de estruturar o mapeamento horizontal.

- 2. Classificação das informações.** Esta é a fase de organização das informações relacionando dados empíricos, objetivos do estudo e pressupostos teóricos da pesquisa. Esta sistematização permite uma primeira aproximação com os significados explícitos e implícitos no material das entrevistas. São exatamente esses significados que norteiam a definição dos núcleos de sentido. Dessa maneira, despontam, dessa fase, as categorias temáticas a serem aprofundadas na discussão. Após a identificação das categorias temáticas, será realizada a seleção de falas e de registros, presentes nas entrevistas, grupos focais e observações, de acordo com o eixo de sentido a que pertencem.
- 3. Análise final.** Consiste na reflexão sobre os dados empíricos que se possui para, a partir daí, estabelecer relações entre empírico e teórico, e entre informações de cunho generalista ou particular. Para esse movimento entre abstrato e concreto, é imprescindível a articulação com o referencial teórico sobre o assunto.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 A Opção pedagógica da RIS-ESP/CE

A Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará - RIS-ESP/CE tem como macro objetivo

ativar-formar lideranças técnicas, científicas e políticas por meio da interiorização da Educação Permanente Interprofissional, na perspectiva de contribuir para a consolidação da carreira na saúde pública e para o fortalecimento das Redes do Sistema Único de Saúde, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais (CEARÁ, 2014b, p. 1).

Este objetivo geral, analisado em consonância à legislação nacional sobre Residências Multiprofissionais em Saúde (BRASIL, on-line, s/d; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2009c), sinaliza para diversas características do processo de ensino-aprendizagem da RIS-ESP/CE. Segundo C1, desde a sua concepção, esta residência é idealizada como uma estratégia de educação interprofissional, na qual o processo formativo acontece pelo trabalho e pautado nos princípios do SUS. Além disso, como o próprio nome da residência propõe, ela almeja, em seu projeto político pedagógico a integração das diversas ênfases e, por conseguinte, a articulação das redes de atenção à saúde, como afirmou a coordenadora geral:

Desde quando a gente foi escrever o projeto, a gente já pensava que multi todos os serviços de saúde praticamente já eram. Se você for pra um hospital, é multi. Se for pra uma equipe de saúde da família, é multi. Se for pra uma equipe de saúde indígena, é multi. O projeto de extensão é multi. Multi é a variedade entre vários, o que a gente queria, perseguia e persegue, é que se no Sistema Único, pela nossa perspectiva ideológica de que se alcance a integralidade do cuidado, preciso cuidar desse sujeito como um todo, vendo desde as suas questões orgânicas, psíquicas, físicas, sociais, faz-se necessário que os profissionais interajam. Esse é um grande desafio do serviço de saúde, porque é como numa indústria, cada um faz o seu e há pouco diálogo, muito embora na estratégia de saúde da família a gente perceba mais esse diálogo. Então, a gente já na concepção do projeto justificava a residência a partir daí, que a gente queria fazer uma residência interprofissional (C1).

Percebe-se que há uma preocupação, demonstrada pela coordenação do programa, em ir além da multiprofissionalidade e atingir o ideal de integração de saberes e práticas da interprofissionalidade (FURTADO, 2007; D'AMOUR, D.; OANDASAN, 2005). Esta perspectiva de fato se efetiva? Por meio de qual(is) estratégias?

Implantar uma iniciativa de EIP exige peculiaridades de condução desde o planejamento desta formação até a avaliação da mesma, conforme afirmam Barr e Low (2013). Desta feita, nesta seção pretende-se analisar e discutir as características da RIS-ESP/CE que apontam para uma iniciativa de EIP, bem como que aspectos desse processo de implementação da EIP ainda são desafiantes e/ou limitantes. A partir da observação participante realizada, das entrevistas semi-estruturadas e da análise documental, poder-se-á elencar as ferramentas e desenhos metodológicos que a RIS-ESP/CE adotou para implementar esse tipo de educação. Para tornar mais didática a sistematização, ela foi subdividida em tópicos, conforme segue abaixo.

### **5.1.1. Currículo baseado em competências**

A educação baseada em competências, que pressupõe, pois, um currículo que também se estruture na perspectiva das competências, faz parte da terceira geração de reformas educacionais elencadas por Frenk et al. (2010). A noção de competência busca aproximar o processo educacional do mundo do trabalho ao passo que compreende que o futuro trabalhador não precisa apenas conhecer os conceitos científicos e os conteúdos inerentes a seu campo de atuação, ele precisa também adquirir habilidades técnicas, relacionais e afetivas que possibilitem o sucesso de sua atuação profissional (SANTOS, 2011). Desta feita, a perspectiva da competência revoluciona o processo educativo uma vez que amplia a noção de aprendizagem para além da transmissão de conteúdos teóricos e defende, como parte importante do processo de ensino-aprendizagem, as relações interpessoais, a liderança, a ética, os afetos (ARAÚJO, 2007; LIMA, 2005).

O guia para a construção de um currículo baseado em competências é o resultado final do processo formativo, ou seja, qual o perfil e a capacidade de atuar em problemas de complexidade variada do profissional egresso desse processo educacional? Esta premissa evidencia que a construção de tal currículo deve primar por garantir a aprendizagem daquilo que é necessário para que o egresso da formação possa desempenhar com sucesso seu papel. Ou seja, os conteúdos são desenvolvidos à medida em que eles se fazem significativos no contexto e tornam-se pertinentes para o enfrentamento das situações colocadas como desafiadoras naquele cenário (SANTOS, 2011; ARAÚJO, 2007). A partir disso, desde o início, a formação precisa aproximar-se da realidade onde se dará a futura inserção profissional, ou seja, há de se garantir uma

formação centrada no usuário dos serviços de saúde e na população, onde o processo de ensino-aprendizagem está diretamente ligado à realidade dos sistemas de saúde ou mais precisamente à aquisição de competências para enfrentar as reais e complexas situações que se apresentam no cotidiano do mundo do trabalho (FRENK et al, 2010; LIMA, 2005).

De acordo com Lima (2005, p. 372),

a concepção dialógica de competência trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional. Assim, diferentes combinações podem responder aos padrões de excelência que regem essa prática profissional, permitindo que as pessoas desenvolvam um estilo próprio, adequado e eficaz para enfrentar situações profissionais familiares ou não familiares.

Ou seja, os atributos e características pessoais também atravessam o processo formativo, tornando o aprendizado singular para cada sujeito e, conseqüentemente, para cada realidade e situação (SANTOS, 2011).

A constituição de um currículo baseado em competências é essencial quando se pretende instaurar uma iniciativa de EIP, pois este tipo de educação só acontece conectada a prática interprofissional. E esta, por sua vez, exige dos sujeitos atributos que vão além do conhecimento (BARR, LOW, 2013). Para trabalhar de forma colaborativa é fundamental o desenvolvimento de certas habilidades e atitudes que facilitem a interação pessoal e profissional em equipe, ou como fala-se na RIS-ESP/CE, é preciso “*além de saber, saber-fazer e saber-ser*” (C1).

Os próprios coordenadores do programa e da ênfase, ao apontarem os fatores da organização da RIS que a configuram como EIP, citaram o currículo como o primeiro ponto que garante a interprofissionalidade:

Primeiro, o currículo ser baseado em competência, não em conteúdo: saber fazer e saber ser. As questões atitudinais podem desmontar todo esse saber e esse fazer aí. Então, o ser. [...] porque se a gente está desenvolvendo competência, eu preciso saber, tenho que fazer, mas também tenho que ser. Não adianta, então, saber qual o volume, a agulha e a via daquela injeção se na hora em que vou furar a pessoa, colocar a agulha naquele músculo, eu não explico, eu não toco com delicadeza o braço dela, não digo que vou furar ou não esclareço com vocabulário acessível àquele sujeito qual tipo de reação vai ter, que medicamento pode usar. Então, pra nós, essas questões são bem importantes (C1).

Eu acho que o primeiro de tudo é o currículo formativo né, porque inclusive é ele que faz com que a gente tenha esses parâmetros e cobre de nós mesmos uma real implantação disso [a EIP] (C2)

O currículo é o plano pedagógico que direciona, de forma sistemática, o processo de ensino-aprendizagem. Dessa forma, ele tem a função de explicitar o projeto. Ou seja, é o currículo que informa os objetivos daquela formação, que conteúdos serão ensinados, a sequência em que os objetivos de aprendizagem serão trabalhados e como acontecerá esse processo de ensino e de aprendizagem. As formas de avaliação também devem ser informadas no currículo (ARAÚJO, 2007). Portanto, o currículo é uma sistematização do projeto pedagógico.

Conceber um currículo baseado em competências sinaliza uma preocupação com a atuação profissional e com a construção de um processo educacional alicerçado na realidade dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo optar por esse modelo de currículo pressupõe a organização de um processo formativo pautado em princípios específicos. Ou nas palavras de Araújo (2007, p. 34):

a competência, enquanto princípio de organização curricular, enfatiza a atribuição do 'valor de uso' de cada conhecimento. Como consequência, os currículos se preocupam mais com as competências a serem construídas do que com os conhecimentos a ensinar.

Uma competência é compreendida como o conjunto de atributos necessários para o efetivo desempenho de determinado papel profissional, levando em consideração o contexto de atuação. Esses atributos constituem-se em três elementos: conhecimento, habilidade e atitude. A educação tradicional, pautada na aquisição de conhecimentos, foca muito mais no domínio cognitivo (conhecimento) e no domínio psicomotor (habilidade). A educação por competência considera o aprendizado de atitudes favoráveis tão importante quanto as outras dimensões (PARANHOS, MENDES, 2010; ARAÚJO, 2007). Esta compreensão da importância do domínio afetivo (saber ser e saber conviver) também é ressaltada por C1 e C2:

A gente inclusive fala que existem competências técnicas e afetivas pra que a interprofissionalidade aconteça. A gente até diz que essas competências afetivas também estão dentro das competências técnicas. É conhecer, saber e ser. As questões atitudinais reverberam demais nas práticas. C1

Eu penso que o reconhecimento dessas dimensões subjetivas, sentimento de pertença da equipe dela com ela mesma e os pactos que as equipes tem, os acordos, a afetividade que ali circula, a relação que os residentes tem com a gestão municipal e mesmo com a Escola de Saúde Pública [...] Eu acho que essa questão subjetiva não é menos

importante, acho que ela também tá presente na seara educacional pra garantia disso (C2).

Percebe-se que o discurso dos coordenadores afirma repetidamente a importância de alicerçar o processo formativo em um currículo baseado em competência. Entretanto, a proposição de tal currículo exige transformações pedagógicas e também institucionais (FRENK et al, 2010). Até que ponto esse currículo por competências se efetiva na prática?

No caso da Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE, uma das facilidades encontradas nesse movimento é o fato de a concepção de uma educação por competência não ser algo restrito a determinado setor, mas um movimento de transformação do modelo educacional em toda a instituição:

eu não diria em todos os setores na Escola, que inclusive eu não teria tanta apropriação haja vista a magnitude dessa instituição, mas centralmente são currículos baseados em competências e que a residência também é, e as estratégias formativas centradas na problematização ou PBL [...] então eu diria que sim, institucionalmente de um modo geral a Escola faz isso. Mas, currículos integrados baseados no território onde a atuação interprofissional seja o centro da atuação e a integração em saúde seja centrada na necessidade da população... aí eu já não posso dizer que toda a instituição né pensa desse jeito... mas eu penso que o modo como a residência tem autonomia pra construir o seu currículo esse é um fator que viabiliza a educação interprofissional (C2).

Ou seja, há uma compreensão institucional para esse tipo de formação, no entanto, diferentemente de outras iniciativas da mesma instituição, a Residência Multiprofissional, resguardada pela legislação nacional, pressupõe e enfatiza a educação pelo trabalho sob supervisão, além de ser um programa com elevada carga horária. Esses fatores aproximam ainda mais a formação da realidade dos serviços e de uma formação interprofissional. Mas, como afirma o coordenador de ênfase, há um diferencial no currículo da RIS-ESP/CE que se caracteriza em três pontos que são bastante caros à EIP (BARR, LOW, 2013): integração, atuação compartilhada e centralidade no território.

A ponderação acima, de C2, é muito importante para alertar que na elaboração de um currículo não basta determinar que ele será construído na lógica de competências. É certo que o primeiro passo, segundo Araújo (2007), é refletir sobre o perfil do egresso a partir das necessidades dos serviços de saúde e, tendo por base esse perfil, traçar as competências a serem desenvolvidas. Mas, além disso, é importante tomar como ponto de partida a legislação nacional sobre o contexto de formação em

questão (graduação, pós-graduação lato senso, stricto senso, residência, etc.), a base doutrinária da Reforma Sanitária e dos princípios e diretrizes do SUS, a legislação interministerial sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde, a configuração integrada das residências da ESP/CE, a lógica de concepção e organização da Atenção Primária à Saúde e da ESF, o cenário da Estratégia Saúde da Família no estado do Ceará e, por fim, os princípios da EIP em saúde.

Diante dessa diversidade de eixos norteadores do currículo, um aspecto que conduz de forma central este currículo é a legislação nacional sobre residências. Como já comentado na revisão da literatura, o currículo das RMS organiza-se em atividades teóricas, atividades teórico-práticas e atividades práticas. As atividades práticas são preponderantes e correspondem a 80% da carga horária, que é de 60h semanais. Ou seja, a maior parte do aprendizado nas RMS se dá pelo trabalho, na atuação no cenário de prática e isso não é diferente para a RIS-ESP/CE (BRASIL, 2009c). Portanto, é a atuação profissional que deverá garantir efetivamente o desenvolvimento das competências contidas na proposta curricular.

Outro aspecto importante, mas desta vez peculiar da RIS-ESP/CE, é o fato de ser um currículo integrado. Como já apresentado anteriormente, a RIS-ESP/CE constitui-se de 11 ênfases, cada uma delas com um cenário de atuação específico. A organização curricular propõe que a formação seja integrada, ou seja, alguns assuntos são comuns a todas as ênfases. Esta é uma nuance que torna o currículo integrado, interprofissional e também promotor de uma articulação em redes de atenção em saúde, como aponta C2:

A educação interprofissional no meu modo de entender se faz aqui tanto pela estruturação do currículo, que é integrado né [...] depois nós separamos didaticamente, mas ainda assim com uma base curricular que é a mesma raiz (C2)

De acordo com o que C2 coloca, o currículo integrado se efetiva pelo fato de todas as ênfases terem algumas unidades de aprendizagem comuns. Entretanto, na prática, pela logística e pela viabilidade metodológica, não se fazem possíveis momentos formativos comuns. Divide-se, pois, o grupo em componentes – hospitalar e comunitário, mas não se perde a perspectiva de integração com a adoção de uma base curricular comum para os dois componentes. A integração dentro do mesmo componente acontece concretamente também nos momentos de formação, onde são propostas atividades interênfases e interprofissionais. Mais uma vez, a fala dos

coordenadores deixa claro a prioridade da integração quando C2 comenta que, nos momentos formativos, há também os módulos específicos de cada ênfase “*mas ocupa, digamos uma carga horária inclusive menor*”.

Entretanto, pela observação de campo e por algumas colocações da preceptoria percebe-se que, apesar de buscada na condução dos momentos teórico-conceituais, nos momentos práticos e teórico-práticos essa integração interênfases ainda não está consolidada:

eu acho que a gente poderia fazer mais coisas juntos em saúde mental e saúde da família. Conviver mais. Todas as ações, na grande maioria das que foram feitas em saúde mental e da família, inclusive, em algumas rodas, fomos nós que decidimos fazer juntos. Existe um distanciamento muito grande. Se pudesse pensar em como aproximar, até porque, quando a gente foi falar em matriciamento, foi super difícil. As pessoas da mental não se encontravam. Como é que a gente ia planejar, pensar no matriciamento em saúde mental com saúde da família, se dentro da escola que estava formando não acontecia isso muito. Outra coisa que percebi muito distante é a coletiva. A gente nem cita quando vai falar da coletiva. Eu sinto um distanciamento muito grande. [...] Os preceptores também se distanciam e a gente interage tanto dentro do município, por que não interage dentro dos módulos pra entender os processos de cada um? Até porque, às vezes, a gente precisa fazer uma ação junto à mental e não entende os processos. PC2

Ou seja, a integração, no cotidiano dos serviços, é ainda um desafio. A existência de um currículo que favoreçam essa integração representa um avanço na construção de uma residência integrada. No entanto, a prática é a matéria-prima e a maior parcela temporal desse modelo formativo, portanto percebe-se uma necessidade de tais concepções curriculares serem também melhor difundidas para a condução docente nos cenários de práticas. Se não há tanta integração na prática cotidiana, até que ponto a formação integrada se operacionaliza?

Essa reflexão sobre as bases do currículo da RIS-ESP/CE aponta ainda para outra característica marcante deste currículo: o fato de ele estar pautado nos princípios e diretrizes do SUS. Este paradigma se efetiva no currículo por meio de competências a serem desenvolvidas. Nesse sentido, C2, ao comentar as perspectivas ideológicas do currículo cita inclusive que se trata de um currículo voltado para a saúde e não para a doença, constituindo-se assim como forma de reafirmar os princípios do SUS: “*A residência ela não tem o foco definitivamente na doença e nos currículos nenhum dos pontos tem inclusive palavra doença, né?*” (C2).

Além de tudo isso, vale ressaltar que o currículo da RIS-ESP/CE foi construído de forma participativa. Tal perspectiva dialoga com a proposta de Hugh e Barr (2013) para a introdução bem sucedida de iniciativas de EIP. A definição das competências que compõem hoje o currículo se deram em dois momentos de oficina, que aconteceram antes do início das atividades da primeira turma, ainda em 2011. Essas oficinas reuniram representantes de diversos segmentos relacionados com a saúde (docentes, gestores, estudantes, residentes, preceptores, usuários dos serviços de saúde, controle social, movimento social, etc.) para dialogarem sobre quais competências eram esperadas do profissional egresso da residência. As competências foram pensadas a partir dos quatro eixos do quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM, FEUERWERKER, 2004). Ao final, esses dois momentos de oficina produziram as competências de campo e de núcleo profissional que deveriam ser desenvolvidas ao longo da RIS-ESP/CE. Em um posterior exercício de síntese, tais competências foram organizadas em 10 macro-competências, as quais norteiam todo o processo de condução pedagógica e avaliação neste programa. Essas competências, para tornar o entendimento do currículo mais didático e exequível, também foram agrupadas por unidades de aprendizagem de forma a gerar os módulos do currículo em si.

A construção de currículos por competência, desde sua concepção, constitui-se, pois, em opções pedagógicas (ARAÚJO, 2007). Outra opção pedagógica da RIS-ESP/CE foi a integração das categorias profissionais e a definição de competências de campo, ou seja, que são comuns a todas as categorias profissionais dentro de uma mesma ênfase:

A gente também teve uma opção de que nosso currículo é transversal dentro da ênfase, então as unidades de aprendizagem são disparadoras de competências comuns a todos. Deixando as competências do núcleo profissional mais pra o preceptor de núcleo que está do lado, na prática com o residente. Esse é um desafio (C1).

Optar por competências de campo em prioridade às competências específicas por núcleo profissional significa mais um movimento em busca da EIP. Para tanto, a organização da formação também precisa ser transversal:

O fato de terem os módulos, as aulas serem em conjunto, serem planejados pra todas as categorias profissionais [...] Eu acho que a existência desse espaço tanto de aulas quanto de discussões com todas as categorias, tanto de todas as ênfases como de todas as categorias que fazem parte da saúde da família, eu acho que é uma forma da ESP

tá valorizando, tá incentivando a colaboração interprofissional e eu acho bastante interessante. PN2

Quando a gente vai pra aquelas aulas que eles colocam professores de várias áreas. Eles colocam dentistas, já foi fisioterapeuta e até farmacêutico eu acho que foi uma vez e enfermeiro, então eu acho que isso acaba colaborando porque eles contam um pouquinho. Quando eles tão dando aula lá na frente eles sempre falam, dão exemplos, falam um pouquinho e que eu gosto disso também quando ele fala da realidade né do que vivenciou. PN4

Às vezes os dentistas eles até se ausentam “ah isso é só pra enfermeiro” e na residência não tem isso né ah essa aula aqui é só pra enfermeiro e porque eu vou ficar? Na residência não tem isso, porque eles abordam como um todo e procuram mostrar cada papel senão como fazer juntos né. PN5

As falas dos preceptores recortadas acima demonstram o caráter de novidade que essa formação transversal representa para eles, no entanto, eles também ressaltam a riqueza desses momentos transversais de aprendizagem. Há uma lógica tão sedimentada de ensino por categoria profissional que, até mesmo a categoria profissional de quem facilita o momento de aprendizagem chamou a atenção de PN4.

No entanto, apesar do valor atribuído aos preceptores para tal formação, construir estratégias transversais de ensino-aprendizagem determina também desafios. Estes são apontados pelo corpo docente responsável pela condução pedagógica da RIS-ESP/CE:

Então, como eu vou pensar numa aula expositiva, por exemplo, que tenha uma linguagem que dê conta de todo mundo, fisio, dentista, assistente social. [...] Cada um naturaliza sua linguagem, seu vocabulário e acha que é compreensível ao outro, então é desafiador pra nós pensarmos no professor que vai dar aula, porque ele tem que contemplar todo mundo (C1).

A fala do coordenador C1 menciona o esforço para a constituição de um vocabulário ou “jargão comum” aos membros de todas as categorias profissionais que compõem a equipe interprofissional em saúde da família. Para que se estabeleça uma formação integrada e uma prática em equipe interprofissional essa construção de uma linguagem compartilhada é aspecto fundamental. A capacidade de comunicação efetiva interfere no potencial formativo dos espaços e na efetividade do trabalho compartilhado (PEDUZZI, 2007).

Além desse desafio, por se tratar de uma estratégia de educação pelo trabalho, o aprendizado da RIS-ESP/CE acontece prioritariamente na prática. E, na

prática clínica, cada categoria tem suas peculiaridades e desenvolve competências específicas.

Por exemplo, no caso da ênfase Saúde da Família e Comunidade, aqui tomada como objeto de estudo, por se tratar de uma pós-graduação que forma profissionais de seis categorias profissionais diferentes, há, por certo, o desenvolvimento de competências que são comuns a todas as seis categorias, bem como competências que são específicas de cada núcleo profissional. Portanto, devem desenvolver-se concomitantemente 7 currículos, como aponta a coordenadora geral da RIS-ESP/CE:

Das questões educacionais, isso é muito desafiador. Veja bem, na saúde da família são seis profissões e, na residência, você tem que construir um currículo que desenvolva competências para todos. É um currículo, mas na verdade são sete, porque tem que dar conta do núcleo profissional das seis e do que é comum às seis, que não está dentro do núcleo das seis, pode ser que não tenha. É como se fossem sete áreas, sete currículos. C1

Essa fala de C1 torna claro que há sim, na concepção educacional da RIS-ESP/CE, o reconhecimento do núcleo profissional, mas sem o interesse de gerar separação. Há, uma priorização do conteúdo e do aprendizado que é transversal ou comum a todas as categorias:

[Há] o reconhecimento desse núcleo profissional, mas sem criar tantas arestas: ‘vamos ter um módulo, a nutrição pra cá, a enfermagem pra lá, a fisioterapia pra lá’. Isso é importante, mas a gente não fomenta muito isso. A gente está sempre dividindo os residentes de forma multiprofissional... (C1)

No entanto, essa opção pedagógica por um currículo prioritariamente transversal, vai de encontro às expectativas dos próprios residentes, causando certo estranhamento no início do processo, como apontam C1 e alguns residentes:

Mas tem um desafio educacional interessante, os residentes entram na residência querendo se especializar naquela ênfase, ficar mais sabidos na sua profissão. Então, fisioterapeuta entra querendo aprender tudo de fisioterapia da saúde da família, tudo de enfermagem na saúde da família. A gente diz ao contrário, vamos aprender saúde da família e a enfermagem vai fazer essa saúde da família. Quando a gente opta por um currículo transversal da ênfase e não trabalha o núcleo de cada um, ali, naquela unidade embora isso aconteça na prática, num primeiro momento, é como se houvesse certa frustração. A gente, ao longo da residência, tem que ir dizendo: ‘veja bem, sua prática está lá no território, você vai fazer isso e naturalmente virá, inclusive, você vai se formar em cinco anos pra desenvolver isso’. Isso vai naturalmente acontecer, se estiver de cara com um pré-natal, vai fazer, um

movimento fisioterapêutico, vai acabar desenvolvendo e o preceptor vai estar do seu lado (C1).

Lá da ESP, no começo, a gente não gostava também (risos) é o global, é o geral, aí eu também estranhava muito, por que eu imaginava que ia ter muito da minha área [...] Mas as aulas tinham muita coisa que acrescentavam, mas tinham muitas que eu ia e ficava per-di-da né. Por que é tudo muito novo, texto muito diferente. Enfim. RA2

Mas ouvia muita reclamação de que não estava aprendendo sua prática profissional na residência. Eu acho que até o próprio trabalho cotidiano acaba provocando isso, seja numa visita domiciliar ou na própria atividade em grupo. As reuniões, também, os encontros pra discutir a prática profissional provocam muito a reflexão sobre nossas atitudes enquanto equipe e profissional de saúde da família (RA1)

eu achava que eu ia numa residência aprender tudo de nutrição, ia saber tudo de nutrição, só que eu não estava fazendo uma residência em nutrição, tava numa residência em saúde da família, aí hoje não, eu entendo porque tinham algumas coisas que eu 'ah meu Deus do céu eu pensei que eu ia estudar a questão da hipertensão', sei lá... como a gente poderia fazer uma estratégia de alimentação e não sei o que mais. Hoje eu vejo que a gente é residente do saúde da família né, é muito mais amplo do que ser só nutricionista. RA3

De fato, o que se percebe é que os momentos formativos conduzidos pelo corpo docente da ESP mensalmente são prioritariamente transversais, ou seja, abordam assuntos do campo da saúde em geral (CAMPOS, 2011), do Sistema Único de Saúde e da Estratégia Saúde da Família. Raramente, há momentos específicos para cada categoria profissional. Em contrapartida, os residentes, em sua maioria, carregam consigo a herança de uma graduação cuja formação foi voltada para a superespecialização uniprofissional (FURTADO, 2007). Esse choque de realidades acontece, mas como aponta RA3, com o desenrolar da formação e da execução do currículo, o próprio profissional-residente vai compreendendo as motivações para essa escolha por transversalizar o currículo.

Muitas vezes o que traz à tona a prática e o fazer da categoria dentro dos módulos são as rodas tutoriais, momentos conduzidos pelos tutores de cada núcleo. Nessas rodas, cada categoria é reunida com seus pares para discutir determinado assunto. A residente RA9 comenta sobre o potencial desses momentos com a tutoria:

Acho que também, tem outra coisa que a gente fez lá [que favorece a colaboração], são momentos muito ricos, aqueles encontros também de núcleo, eu também gosto muito né, aquela troca que existe. Mas na verdade foi mais no início, mas nunca mais teve (risos), foi mais no início e eu gostava muito, e gosto também das experiências de outros municípios também, por que é através dela que a gente vai começando a comparar e vendo o que a gente pode fazer melhor, o que está fazendo errado, e então eu acho a experiência dos outros municípios

também é um momento enriquecedor, por que a gente, traz a ideia pra cá, e tenta. (RA9)

Como bem sintetizou RA9, as rodas tutoriais são estratégias pensadas pela condução pedagógica da RIS-ESP/CE para contemplar as discussões de núcleo profissional. O espaço dessas rodas, que são conduzidas pelo tutor de núcleo, deve ser garantido dentro dos módulos presenciais. No entanto, como relatou RA9, no segundo ano de residência esses momentos tem se tornado cada vez mais raros. Seria a priorização do transversal pelo corpo docente que acaba por suprimir o valor daquilo que é específico do núcleo? Ou seria a própria demanda dos residentes que acaba por solicitar mais momentos transversais que de núcleo no segundo ano?

Esses aspectos não puderam ser observados ao longo da pesquisa de campo, nem emergiram nas entrevistas, mas aqui já pode-se, afirmar que essa nuance é um questionamento a ser feito sobre o processo formativo. Como afirmam Barr e Low (2013), na implantação da educação interprofissional é imprescindível combinar o aprendizado profissional e interprofissional na mesma estratégia. Percebe-se que essa menor dedicação à formação profissional é um desafio ainda colocado à RIS-ESP/CE. Até mesmo em termos de corpo docente, quando da realização da pesquisa, algumas categorias não dispunham de um tutor específico daquela categoria, como a nutrição e a psicologia. O currículo de núcleo, apesar de citado no início dessa seção por C1, não está formalmente estruturado, demonstrando, pois, um atraso ainda existente na consolidação desta perspectiva de formação profissional.

Além disso, a supremacia da carga horária dedicada às atividades práticas aponta para outro desafio: a dimensão atitudinal da EIP. Ou seja, mesmo que no processo formativo, em sua dimensão teórico-conceitual, seja garantida a interprofissional, há uma dependência da atitude do residente e até mesmo do preceptor em dar continuidade a esse processo de aprendizagem compartilhada, visto que ele não se restringe aos turnos de formação presencial, mas deve acontecer permanentemente na realidade cotidiana dos cenários de prática.

Agora a atuação interprofissional se faz por um arranjo em que os sujeitos envolvidos precisam dar conta dela, então de nossa parte enquanto condutores da formação é com todas essas estratégias, que elas não são dadas na prática. O residente se não fossem essas estratégias imagino eu inclusive que teriam menores condições de efetivá-la, mas tem uma dimensão que é atitudinal, então nós inclusive podemos fazer todo esse desenho no meu modo de entender bastante rigoroso e ao mesmo tempo apropriado da teoria da educação

interprofissional, mas se não tiver o componente da disposição dos residentes de assim fazê-los e aí, portanto uma certa atitude de olhar para o fenômeno saúde/doença/cuidado precisando do outro colega, quanto também a preceptoria que é induzida e conduzida por nós enquanto instituição formadora, mas que precisa, padece da adesão dos profissionais na prática (C2).

É o que Albuquerque et al. (2007) apontam como “*conteúdo significativo aliado a uma atitude favorável ao aprendizado*”. O educando tem certa autonomia diante de seu processo formativo. O desenvolvimento de competências e a aquisição de novas habilidades ficam dependentes dessa disponibilidade pessoal e profissional. Dessa forma, a interiorização surge como aspecto desafiador. Pode-se concluir mais uma vez que a noção de organização curricular e formativa precisa também estar alinhada com os preceptores e residentes de modo a ser de fato executada na realidade dos cenários de práticas.

Quanto a estruturação de uma EIP em larga escala, que é o caso da RIS-ESP/CE, esses desafios tornam-se ainda maiores. Sobre isso, Barr e Low (2013) falam da necessidade de valorizar-se o aprendizado em grandes e pequenos grupos. Os grandes grupos podem facilitar a construção do aprendizado interprofissional de forma unificada para muitos alunos ao mesmo tempo, mas é nos pequenos grupos que efetivamente esse aprendizado se concretizará. Na residência, esse movimento de pequenas equipes municipais assemelha-se ao que Hugh e Barr apontam como pequenos grupos. E, por mais que sejam dadas todas as ferramentas teórico-conceituais durante os momentos de formação interprofissional presencial, a execução depende de quem conduz as atividades na prática: residentes e preceptores.

Uma análise das características curriculares da RIS-ESP/CE a partir dos princípios da EIP apontados pelo CAIPE (BARR, LOW, 2011) permite inferir ainda que nesta pós-graduação há de fato o foco nas necessidades individuais, familiares e comunitárias para melhorar a qualidade do cuidado; há valorização igualitária de todas as profissões, reconhecendo, mas deixando de lado as diferenças de poder e status entre as categorias; há ainda a promoção de paridade entre as profissões no ambiente de aprendizagem; há a sugestão de valores e perspectivas interprofissionais no contexto do aprendizado uniprofissional e multiprofissional. Há ainda o respeito à individualidade, diferenças e diversidades dentre e entre as profissões; mas a sustentação cotidiana à identidade e especificidade de cada profissional fica bastante restrita à atuação do preceptor.

Outro aspecto de grande valia para a estruturação de um currículo baseado em competências, é a forma de avaliação dos estudantes submetidos aquele processo de ensino e aprendizagem. Da mesma forma que o currículo, também a avaliação deve ser baseada em competências. Nesse sentido, uma competência não é algo objetivamente quantificável, fala-se em avaliação de desempenho e que acontece em processo. Ou seja, a avaliação deve ser capaz de contemplar uma análise dos conhecimentos, habilidades e atitudes integrantes daquela competência. E ainda esses aspectos devem ser avaliados enquanto um processo. Não se trata de uma avaliação estanque, pontual, mas de um acompanhamento longitudinal da aproximação que o estudante tem feito daquela competência a ser desenvolvida. Desta feita, também o processo avaliativo tem um caráter pedagógico (ALBUQUERQUE et al, 2007; LIMA, 2005).

Na RIS-ESP/CE, o sistema de avaliação é baseado nas dez macro-competências. Além disso, é realizado com periodicidade semestral com o intuito de acompanhar o progresso do residente na aquisição daquela competência. Outro aspecto peculiar, é que ela é feita a partir do diálogo e consenso entre preceptor de campo, preceptor de núcleo e residente com o objetivo de constituir-se ao mesmo tempo enquanto uma avaliação da formação profissional, da formação interprofissional e uma auto-avaliação (CEARÁ, 2013b). Além disso, a prerrogativa do diálogo e da tecnologia do encontro, apontadas por C1 – “*A gente fala muito que a principal tecnologia da residência é a do encontro, do diálogo...*”, é reforçada nestes momentos de avaliação quando residente e preceptores precisam ter um momento para conversar, discutirem o desenvolvimento das macro-competências e entrarem em consenso.

Apesar de o processo pedagógico da RIS-ESP/CE, com toda a complexidade que lhe é inerente e aqui já discutida, vir sendo construído há cerca de três anos, ele ainda não está institucionalizado. Sendo assim, como aponta C2, ele fica ainda sujeito à ideologia da gestão e da coordenação docente:

Eu tenho receio que esse currículo ele ao mudar um ou outro gestor, um ou outro professor, coordenador a gente perca, então eu tenho uma necessidade de que esse currículo seja institucionalizado no âmbito da Escola de Saúde Pública pra que de fato se entrelace com a lógica da instituição e não dependa de um ou outro gestor técnico específico da residência C2

A preocupação de C2 é legítima uma vez que por ser uma configuração de pós-graduação inovadora, existem muitas possibilidades de incompreensão do modelo e de não opção pela manutenção desse tipo de processos formativo. Enquanto não houver

uma institucionalização do currículo, o modelo da RIS-ESP/CE permanecerá sendo uma opção de um grupo ou de uma pessoa e não passará a ser uma opção pedagógica da instituição Escola de Saúde Pública do Ceará.

Complementando essa noção, C1 afirma, em uma de suas falas, que o próprio modelo da residência médica, também existente na mesma instituição, desafia a proposta da RIS-ESP/CE uma vez que aquela, por não ter a complexidade de uma estratégia de EIP, nem demandar algumas características do processo ensino aprendizagem que são exigências da comissão nacional de residências multiprofissionais (como a tutoria, por exemplo), exigem corpo docente bem menor, bem como possibilitam a existência de um processo formativo totalmente descentralizado.

Uma das diferenças marcantes entre uma proposta de EIP e uma formação uniprofissional é a existência de um corpo docente grande e mais diversificado, como afirma C1:

A gente, pra conseguir ter todo esse fomento à interprofissionalidade, é preciso ter uma equipe de tutores, cada um de uma profissão e que entendam daquela especialidade, que é o tutor de campo, de núcleo. A gente precisa de um corpo instituído que converse, tutor de cada profissão, tutor de campo, pra isso, eu preciso de recurso financeiro, pedir dinheiro. C1

Essa fala de C1 traz à tona uma reflexão sobre o financiamento dos programas de residência. Nacionalmente, o recurso federal destinado às residências serve ao pagamento das bolsas de residentes. O pagamento do corpo docente fica por conta da instituição formadora. Na ESP/CE, por sua vez, o financiamento das estratégias de Educação Permanente acontece por meio de projetos específicos, cujo financiamento tem origem do recurso federal ou estadual. No caso da residência, esse recurso não está garantido, pois não há um projeto de residências multiprofissionais no plano de Educação Permanente do estado, nem a ESP/CE tem recurso próprio para gerenciar e direcionar ao pagamento deste corpo docente. Esse cenário implica diretamente nas condições de trabalho da equipe formadora, como apontam C1 e C2 enquanto um desafio:

Então, acho que uma dificuldade [dentro da ESP] não esteja tão relacionado com intersetorialidade, mas é a sustentabilidade financeira da residência. Uma vez não tendo recurso, eu não tenho equipe e se não tenho equipe, não vou conseguir estar junto do preceptor pra viajar, chegar junto, sentar, ver o atendimento, negociar, fazer roda de

conversa nessas vinte e duas cidades. Eu acho que esse é o principal.  
C1

sem dúvida a condição de trabalho da equipe formadora né, com um corpo humano absolutamente escasso... na residência que eu coordeno e tem a mim como coordenador e mais sete tutores pra duzentos e quarenta residentes e aproximadamente cem preceptores, sete cabeças pensantes e não é só pensantes na condição de trabalho que nós temos de executores pra um corpo de mais de trezentas pessoas, isso é inexecutável com o modelo, com um currículo estruturado, baseado em competências em que a instituição formadora não é só dadora de aula, mas condutora de um programa e responsável por práticas que os residentes disparam nos serviços. Nesse modelo esse corpo é absolutamente ultrapassado e enfim, torna o programa quase inexecutável porque de fato é um corpo muito comprometido, portanto, frágil. Se depende apenas do compromisso é frágil, trabalhar com compromisso é um *plus* pra qualquer processo de trabalho, mas depender do compromisso é perigoso pra qualquer política pública. C2

E EIP exige corpo docente mínimo para executar as estratégias de ensino-aprendizagem e acompanhamento pedagógico. Até que ponto, a EIP é de fato uma opção da instituição ao passo que não há financiamento? A não garantia do financiamento sobrecarrega e fragiliza o corpo docente. C1 fala em sustentabilidade financeira da RIS-ESP/CE enquanto um desafio a ser superado para que se consiga garantir toda a proposta pedagógica contida no currículo. No entanto, questiona-se ainda em que medida a sobrecarga de tal corpo docente possibilita que a EIP se efetive. Será que a EIP se operacionaliza em uma realidade de sobrecarga, acúmulo de tarefas e incompletude do quadro docente?

### **5.1.2 Aprendizado interprofissional na prática: a educação baseada no trabalho**

Tanto a adoção de um currículo por competências, quanto os princípios da EIP pressupõem a atuação como espaço privilegiado de aprendizagem (BARR, LOW, 2013; ALBUQUERQUE et al, 2007). Em um currículo baseado em competências, desde o início do curso, os estudantes já passam a frequentar os cenários de práticas com o intuito de compreender as nuances da atuação profissional e estreitar a relação entre a academia e os serviços de saúde (ALBUQUERQUE et al, 2007). Em uma estratégia de EIP acontece também, segundo Barr e Low (2011), a tomada da prática como ponto de partida para a participação, para a reflexão crítica e para o intercâmbio de conhecimentos. É também a partir de uma efetiva inserção na realidade cotidiana dos serviços que os estudantes podem, de acordo os resultados esperados para a EIP, promover a maior qualidade dos serviços de saúde (BAR, LOW, 2011).

Ao mesmo tempo, a legislação das residências multiprofissionais também prioriza o trabalho enquanto ferramenta de aprendizado. A formação em caráter de residência, considerada padrão-ouro para a formação em saúde, preconiza o desenvolvimento de competências para atuação no cenário de prática como eixo estruturante da aprendizagem e expõe os estudantes ao mundo do trabalho, proporcionando formação em contextos reais. Nessa inserção no campo de prática, os residentes vivenciam os serviços de saúde, ampliam suas competências profissionais e desenvolvem habilidades profissionais que dialogam diretamente com as reais e complexas situações de saúde que se apresentam no cotidiano da prática profissional. Nas RMS, a formação profissional acontece a partir do processo de reflexão crítica constante sobre o processo de trabalho para que, assim, essa experiência de educação permanente possa contribuir com o aperfeiçoamento do desenho tecnoassistencial do SUS (BRASIL, 2006). Ou seja, *“o processo de trabalho é visto como princípio e fim orientador dos processos de formação”* (MARTINS JUNIOR et al., 2008, p. 24).

Nesse processo de aprendizado em serviço, ainda nas palavras de Martins Junior e colaboradores (2008, p. 28),

conhecer passa a ser um processo integral, onde as possibilidades encontram-se descentralizadas e são constantes no interior do território, ao contrário do que se observa no modelo tradicional, no qual aprender tem hora, local e, principalmente, alguém específico para ensinar. Toda a rede de saúde disponível é uma grande escola.

Desta feita, na RIS-ESP/CE, todos os fatores instituintes concorrem para que o trabalho seja a matéria prima do aprendizado: o currículo por competências, o ideal da educação interprofissional e a legislação das residências. Esta, por sua vez, preconiza a educação pelo trabalho e para o trabalho no SUS, ou seja, assume o trabalho em saúde como matéria-prima para o processo de educação na saúde (BRASIL, 2006).

No entanto, nesse exercício de analisar o cotidiano do programa de residência em SFC, percebe-se que é a organização do próprio trabalho cotidiano dos residentes e preceptores que favorecerá ou não a operacionalização de uma EIP no território. Algumas iniciativas promotoras do aprendizado interprofissional já estão dadas pela própria concepção da RIS-ESP/CE, outras ainda estão a mercê da configuração de cada cenário.

Abaixo discutiremos um pouco sobre como a organização do trabalho dos residentes e a presença do preceptor colaboram com o aprendizado interprofissional.

### 5.1.2.1 Lotação dos residentes em equipes multiprofissionais

Como afirmam C1 e C2, a busca por uma prática interprofissional promotora de aprendizagem significativa começa com a lotação dos residentes em equipes multiprofissionais:

Dentre as nossas estratégias formativas, era compor equipes de residentes, porque a gente achava que compoendo a equipe e não dispondo os residentes isoladamente, colocando de forma pipocada em vários lugares a gente não ia favorecer o encontro (C1).

As montagens das equipes da residência especificamente que eu coordeno, necessariamente se faz por uma atuação interprofissional (C2).

Como está expresso na fala de C2 a organização e distribuição dos residentes em equipes multiprofissionais de atuação é uma opção embasada nos pressupostos da EIP. Ao mesmo tempo, também se apresenta como uma via de garantia do estímulo à colaboração interprofissional entre os residentes e, conseqüentemente do processo de aprendizado interprofissional. No entanto, acredita-se que não é o simples fato de lotar os residentes em equipe que garantirá a interação, pois

cada profissão tem uma forma de ver. A fisioterapia olha o movimento. A medicina, de certa forma, olha muito mais pra doença. O odontólogo olha pra questão da saúde bucal. O enfermeiro já tem uma visão mais integral do todo, não é porque sou enfermeira, mas enfim [risos]. O farmacêutico olha o medicamento. O terapeuta ocupacional, o cotidiano. Cada um tem um olhar, então, se juntos já existem arestas de um abrir mão do outro e não entender o olhar do outro, imagine se a gente os deixasse separados! (C1).

Juntos em um mesmo cenário de prática, facilita-se que os profissionais residentes possam interagir e construir a interprofissionalidade. Esse movimento de integração é incentivado desde a chegada deles aos territórios com a proposição de atividades que exigem essa interação e complementariedade, como descreve a fala abaixo:

O processo de imersão na residência já é interprofissional, porque os residentes entram, ficam um mês e pouco no processo de territorialização [...] tudo feito junto, eles têm que fazer a territorialização da cidade, das questões culturais, epidemiológicas, históricas, políticas, das relações de poder daquela cidade, enfim, são ativados pra fazer esse percurso durante um mês, constroem um instrumento de coletividade e territorialização. [...] Aquilo que talvez eu como nutricionista olhasse só pras questões da nutrição, eu vejo também o que o farmacêutico, o fisioterapeuta, o profissional de odontologia está vendo. Um vai vendo o 'ver' do outro e se fazendo,

refazendo o olhar. Então, já começa a residência nesse primeiro momento, na dimensão prática que eu falava. Daí, eles passam pra um processo de planejamento, trabalho que a gente sistematiza, inclusive, ao final, em um cronograma, o que aquela equipe vai fazer ao longo daqueles dois anos (C1).

O processo de territorialização descrito brevemente por C1 corresponde às primeiras semanas de residência nos cenários de prática. Quando chegam aos municípios/unidades de saúde da família, os profissionais-residentes não assumem de início a demanda assistencial. Eles tem, como tarefa direcionada pela ESP-CE, um período dedicado ao reconhecimento daquele território em suas dimensões histórica, cultural, social, econômica, epidemiológica, política, etc. (SANTOS, RIGOTTO, 2010). Esse processo denominado de territorialização, que é, como falado por C1, o ponto de partida para a organização das agendas de trabalho, é orientado para que seja realizado integralmente de forma compartilhada. Ou seja, há um tensionamento para o desenvolvimento de uma prática interprofissional nesse período inicial.

Este período foi inclusive citado por alguns residentes e preceptores ao longo das entrevistas como uma estratégia efetiva na garantia da interprofissionalidade, conforme exemplificado abaixo:

Eu acho que no começo a gente fez a territorialização todo mundo muito junto. A gente se encontrava todos os dias e eu acho que pelo fato de a gente se concentrar mais aqui facilitava. Agora não... agora tá... dificilmente a gente se encontra todo mundo aqui (RM1).

A questão da territorialização que pra gente foi fundamental (RA3).

quando as meninas fizeram a territorialização eu achei que foi um ganho muito grande. Todo mundo junto, separamos quarteirões e cada uma fazia... Menina foi tão bom quando esses residentes conheceram mesmo a realidade da área! Porque realmente eles fizeram e a gente só supervisionou, eu fiquei bem quietinha. Cada residente juntava com ACS e nós dividimos os quarteirões, mas foi muito legal (PN3).

Essas estratégias de troca de experiências e saberes fomentadas pelo processo pedagógico conduzido pelo corpo docente da RIS-ESP/CE podem ser elencadas como parte daquilo que C1 denominou em seu discurso de tecnologia do encontro e do diálogo:

A gente fala muito que a principal tecnologia da residência é a do encontro, do diálogo, porque se juntos já é um grande desafio um abrir mão do seu saber... é muita ciência junta (C1).

Tem uma questão, também, que [está] entre as dimensões da [atuação da] coordenação da residência, na dimensão política e administrativa, é a comissão de residência multiprofissional que eu coordeno. [...] A comissão de residência, por exemplo, tem um quórum, os integrantes,

preceptores, tutores, coordenadores, gestores e residentes, as decisões no espaço consultivo e deliberativo devem ser por voto. Na condução a gente sempre tem feito por consenso e não por voto. Pra chegar ao consenso, é preciso saber ouvir, entender por que o sujeito está dizendo aquilo, abrir mão de algumas coisas. Por que a gente quer o consenso? [...] Se a gente tenta chegar nesse consenso, a gente chega à residência. Isso, de certa forma, mexe com essa questão afetiva e relacional, não é a minha opinião somada à sua que decide. Uma somada a outra que ganhou? Não, vamos sentar aqui, negociar, conversar. Estaríamos sendo contraditórios se em todo momento a gente dissesse que os residentes estão dispostos em equipes, rodas, reuniões que têm a tecnologia do diálogo, se na instância deliberativa da residência COREMU a gente fizesse por votação (C1).

O encontro e, conseqüentemente o diálogo que ele provoca, são tecnologias leves<sup>1</sup> extremamente importantes para o trabalho em saúde. Principalmente quando esse trabalho precisa ser executado de forma compartilhada (PEDUZZI, 2007). Pelas falas de C1 fica evidente que o diálogo é um princípio instituinte da RIS-ESP/CE. O diálogo enquanto tecnologia de encontro, negociação e consenso é adotado como via prioritária de deliberação tanto no que diz respeito às questões interpessoais e interprofissionais, quanto no que tange à gestão pedagógica e administrativa dos programas integrados.

#### 5.1.2.2 Espaços na agenda para o encontro e a construção compartilhada do cuidado

Essa busca do encontro também é percebida no incentivo à existência de espaços de troca, diálogo e reflexão crítica dentro da agenda de trabalho cotidiana dos residentes, como o são as reuniões de equipe:

Outra atividade que a gente faz é o fomento às reuniões de equipe... aquela que deve acontecer no serviço, que também favorece esse encontro, essa tecnologia do encontro que a gente tanto fala. Não só a roda de campo, à noite, uma vez na semana. Ela tem mais uma questão teórico-prática... Então, assim, faleceu uma criança no território e que referências teóricas fortalecem ou são derrubadas a partir dessa prática que a gente viveu. A roda de equipe é muito mais da prática do que está acontecendo no serviço, não necessariamente

<sup>1</sup> O conceito de tecnologia, nesse contexto, não está restrito ao conjunto de instrumentos e materiais de trabalho. Na concepção de tecnologia em saúde deve-se ir além dos recursos materiais e abranger também “os saberes e seus desdobramentos materiais e não materiais na produção de serviços de saúde, afirmando que as tecnologias carregam a expressão das relações entre os homens e entre os objetos sob os quais trabalham” (FERRI et al, 2007, p. 518). Mehry (2002) sistematiza as tecnologias em três tipos: duras, leve-duras e leves. Como tecnologias duras entende-se os equipamentos, as máquinas. Essa tecnologia produz o trabalho morto. As tecnologias leve-duras são as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, etc. Elas podem gerar tanto trabalho vivo, quanto trabalho morto. Já as tecnologias leves são as produzidas e produzem o trabalho vivo em ato. No rol desse tipo de tecnologia encontram-se as relações interpessoais, a subjetividade, as atitudes profissionais em relação ao trabalho e aos outros sujeitos.

uma vez por semana, pode ser de quinze em quinze dias, mês a mês, enfim, dependendo da necessidade da equipe (C1).

As próprias reuniões de equipe poderiam ser utilizadas pra isso né, as discussões de casos que a gente tava comentando. Eu também acho que quando você vê um caso você acaba lembrando de outros casos que você vê no seu território e acaba aplicando né, descobrindo que pode ser feito isso também pra esses outros casos. E eu acho que mesmo através do diálogo, você se interessar em saber um pouco da atuação do outro, entendeu? E de como isso pode te ajudar pra tua atuação também visando sempre o melhor para o paciente (PN2).

O outro elemento são as próprias estratégias lá da equipe lidar com ela mesma, de nossa parte aqui enquanto condutor pedagógico fomentar as rodas de equipe integradas e a discussão de ferramentas clínicas que favoreçam a construção de equipe, como projeto terapêutico singular, como, digamos a construção da lógica da clínica ampliada, que não se faz com o todo né se faz com a metodologia de processos de trabalho. C2

A partir do momento também que você estimula atividades como, por exemplo, o PTS [Projeto Terapêutico Singular], o apoio matricial essas atividades você também consegue tá dando um incentivo pra colaboração interprofissional. Eu acho que são várias ferramentas que a RIS usa pra isso (PN2)

C2 e PN2, além de citarem a roda de equipe como uma dessas estratégias de promoção do encontro e fomento ao diálogo dentro da equipe de residentes, abordam também o potencial de outras ferramentas clínicas no favorecimento do trabalho colaborativo, como o Projeto Terapêutico Singular – PTS<sup>2</sup>. Tomando como base a fala da preceptora, o PTS, na verdade, configura-se como uma das ferramentas para concretização da clínica ampliada e do apoio matricial. Por ser uma ferramenta de atuação clínica interprofissional exemplificada e solicitada enquanto produto da atuação prática na RIS-ESP/CE ênfase SFC, o PTS é bastante citado pelos residentes como uma estratégia de promover a colaboração interprofissional - CIP:

<sup>2</sup> Projeto terapêutico singular é um "instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso" (BRASIL, 2014, p. 69). O PTS é composto por quatro etapas: 1 - diagnóstico e análise, onde devem ser compreendidos todos os fatores clínicos, sociais, culturais e relacionais que interferem naquele caso; 2 - definição de ações e metas, a equipe, de forma compartilhada, propõe ações de curto, médio e longo prazo que posteriormente devem ser negociadas com o usuário em questão e/ou com sua família/cuidador; 3 - divisão de responsabilidades, onde devem ser definidas as tarefas de cada membro da equipe, bem como elege-se quem será o profissional de referência para o caso; 4 - reavaliação, momento em que a equipe, de forma colaborativa, discute a evolução do caso e os próximos passos a serem tomados (BRASIL, 2014). Todas essas etapas são realizadas por toda a equipe, tornando a proposta terapêutica articulada e interprofissional. É, pois uma variação da discussão de caso clínico. "A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação entre profissionais e a utilização das reuniões de equipe como espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações, com a horizontalização dos poderes e conhecimentos" (BRASIL, 2014, p. 69).

o PTS eu acho que favorece [a CIP], por que você vai ter sempre assim, aquele... tô esquecendo a palavra (risos), como tem a responsabilidade de cada um, é como se fosse, se torna uma coisa o-bri-ga-tória né, pra você voltar pra reavaliar o paciente. Então acho PTS, pelo menos quando a gente fez a atividade aqui, foi bem proveitoso. (RA4)

PTS? E aquilo ali hoje, meu Deus!!! Como aquilo é produtivo, cada um vinha e fazia aquele momento de fazer, nem que seja pela atividade. Então, assim, não... a gente não ta mais fazendo. Aqui e acolá é que a gente se senta pra realmente fazer um caso mais complexo. Mas foi assim durante a atividade que a gente viu a importância... (RA9)

O PTS também acaba sendo uma via de o preceptor de núcleo estar participando das atividades interprofissionais, uma vez que ele, enquanto categoria profissional pode orientar e acompanhar as intervenções que o seu residente está fazendo. Nesse acompanhamento, o estímulo à busca do colega, ao compromisso com a atividade assumida enquanto responsabilidade naquele PTS e o constante convite à integração dos saberes e práticas podem também partir do preceptor de núcleo:

Teve alguns casos que precisou, e aí como é que tá aquele caso quando elas começaram o PTS né, como é que tá e não dá não, ficou só no papel, pois a gente precisa tirar do papel e não adianta fazer bem bonito, aí se não for lá, se não articular... (PN5)

A riqueza dessa atividade é tão perceptível para os residentes que, nos dois cenários observados, pelo menos um residente sugeriu que essa atividade acontecesse com mais frequência e até de forma mais obrigatória, enquanto exigência pedagógica da ESP/CE, como falaram RA1: *“eu acho que precisava ter espaços mais de roda mesmo, em campo, que proporcionasse construção de PTS. A gente só construiu quando era atividade da escola. Pra mim, esse é um espaço muito forte de troca, que não acontece por uma série de questões”*; e RM5:

[para aperfeiçoar] eu acho que... [silêncio]... o estudo de caso. Eu senti falta na residência em si. A gente fez um PTS obvio, mas eu acho que estar inserido isso era uma forma... porque no estudo de caso o profissional pode ir vendo como pode ajudar... então seria uma das. RM5

Muitas vezes é a obrigatoriedade de elaborar e dar continuidade ao PTS que tensiona a prática interprofissional e conseqüentemente pode garantir os momentos de troca. No entanto, o PTS é uma ferramenta de trabalho própria do trabalho em saúde e mais especificamente citada enquanto diretriz para a atuação do NASF (BRASIL, 2014). Dessa forma, o PTS deve integrar a prática cotidiana na ESF e não apresentar-se apenas enquanto tarefa extraordinária proposta pela RIS-ESP/CE enquanto processo

formativo. Percebe-se aí uma dificuldade em superar a lógica tradicional dos serviços. A menção dos residentes sobre o fato de que se não for uma tarefa obrigatória não acontece determinada integração traz à tona a reflexão sobre a real transformação das práticas no cotidiano dos serviços: até que ponto ela acontece?

### 5.1.2.3 Preceptor de campo e de núcleo: necessidade, contribuição e desafio diante de um modelo interiorizado

Conceber um processo formativo pautado no território em uma realidade interiorizada como é a RIS-ESP/CE não é simples. Os cenários são diversos e, por conseguinte, as nuances da condução pedagógica do programa também:

Nós temos uma saúde da família implantada de modo extremamente heterogêneo no estado do Ceará [...] Por outro lado há grande combinação dos preceptores. Preceptores que ganham para o processo de educação interprofissional, preceptores que não ganham, a falta de preceptores em alguns cenários ou instabilidade dos preceptores em alguns cenários tem influenciado sobremaneira assim na condução da residência. [...] E a condição estrutural da saúde da família, [...] a infra pra saúde da família acontecer, e nós temos os cenários mais diversos. Boa parte dos cenários da residência escolhido são os serviços que teriam uma condição mínima né pra de fato implantar (inclusive unidades novas que nossos residentes são locados e outras nem tanto), mas mesmo quando não falo só da infraestrutura predial, mas logística como transporte, como pequenos insumos pras atividades superaram o centrado no procedimento, então de um material pra uma atividade mais lúdica, [...] e nós não temos esses materiais em nenhuma das cidades, nenhuma, aí é cem por cento, então isso faz com que a condição de atuação ela padeça né de melhoria ou de implantação de estratégias porque a logística e a infraestrutura não permite. Então, eu sistematizaria a condição da política, a condução do preceptor e a infra como o grande determinante da nossa capacidade de fazer uma boa ação e educação interprofissional (C2).

Percebe-se, com a importante sistematização realizada por C2, que a amplitude do programa e a interiorização representam um desafio nesse sentido, uma vez que os cenários de lotação-atuação-aprendizado se tornam extremamente diversificados. Ao mesmo tempo a diversidade de experiências e negociações realizadas enriquece o processo de ensino-aprendizagem, possibilitando a troca de experiências intermunicipais entre residentes e preceptores durante as formações, e reafirma o papel imprescindível do preceptor. C2 aponta três aspectos fundamentais para o sucesso da RIS Saúde da Família: 1) A condução da estratégia saúde da família no município onde ocorre a residência, se ela está coerente ou não com as características propostas para a organização de serviços de atenção primária à saúde; 2) A infraestrutura para o trabalho

das equipes de saúde da família; e, 3) A condução do processo de educação pelo trabalho por parte dos preceptores.

O preceptor é o docente em serviço. Em uma formação pelo trabalho, ele é figura chave para que o trabalho seja de fato fonte de aprendizado. Não existe programa de residência sem preceptor. O estabelecimento de uma relação pedagógica entre residentes e preceptores é o que diferencia a residência multiprofissional de uma simples inserção profissional no serviço.

Conforme já apresentado na revisão da literatura, o preceptor compõe o corpo docente dos programas de RMS, deve ter titulação mínima de especialista e exercer a função de supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa (BRASIL, 2012a).

No entanto, para além da definição técnica do papel do preceptor, Parente (2008), ao descrever o cotidiano do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Sobral/CE, define muito bem a tarefa que é imputada a esse sujeito pedagógico:

Mais do que um especialista ou alguém que “sabe muito” sobre a Estratégia Saúde da Família, ou sobre o fazer de uma dada categoria nessa estratégia, estes atores do processo de aprendizagem na RMSF de Sobral possuem como principal desafio o que sugere a etimologia da palavra metodólogo: *meta* = o que está para; *odos* = caminho e *logos* = estudo, ou seja, o metodólogo é alguém que ajuda a construir caminhos, que apoia, que media (p. 51).

O residente é um profissional com deveres e responsabilidades como qualquer outro profissional de sua categoria profissional inserido no mundo do trabalho, mas o processo de inserção do residente nos cenários de prática é totalmente diferenciado quando comparado às relações que o trabalhador convencional tem com o serviço. A grande diferença habita na existência de um processo sistematizado de ensino-aprendizagem (MARTINS JUNIOR et al., 2008). O preceptor é protagonista do caráter formativo que o cotidiano do serviço assume.

Entretanto, apesar da importância técnica e relacional do preceptor, não há financiamento de bolsas para preceptores pelo MEC ou MS. No caso da RIS-ESP/CE, a disponibilização de preceptores é uma contrapartida da instituição executora, ou seja, o preceptor é um profissional contratado pelo município. Esta participação de mais de um ente da federação no financiamento da RIS-ESP/CE garante-lhe a configuração tripartite: o MS financia as bolsas dos residentes; a ESP-CE, enquanto autarquia

estadual, garante a formação pedagógica e o corpo de coordenadores e tutores; e, por fim, as instituições executoras, no caso da SFC os municípios, ficam responsáveis pela contratação da preceptoria e oferta das condições mínimas de trabalho nas unidades de saúde de lotação dos residentes.

Na realidade da RIS-ESP/CE observa-se que, em alguns casos, o preceptor já compunha o quadro de funcionários do município e foi feito um ajuste de carga horária para que ele pudesse dedicar-se à preceptoria. Em outros municípios, ele é contratado exclusivamente para a função ou tem a carga horária ampliada para dar conta da nova tarefa. Entretanto, a disponibilização do profissional e da carga horária exigida pela RIS-ESP/CE nem sempre acontece como desejado. Some-se a isso o fato de que, independente dos acordos e ajustes que são realizados, o cenário das relações de trabalho na saúde é extremamente vulnerável: contratos temporários, vínculos precários, relações de trabalho marcadas pela submissão, acumulação de contratos pelos profissionais para garantir o sustento, insatisfação com o trabalho, etc.

Essa realidade de contratação e vínculo dos preceptores, determina certa instabilidade e rotatividade, fato que é prejudicial à continuidade da formação em serviço na residência. Duas residentes pontuaram na questão da vinculação do preceptor como um desafio para a qualidade do processo formativo na RIS-ESP/CE:

Por que acredito eu não tô criticando, mas assim, a questão da preceptoria é um pouquinho falha, frágil, ainda. Não sei se por ser uma indicação do município, não sei... mas assim, tem uns que tão, a gente vê que tão bem preparado, que tão bem engajados mesmo com a residência, bem formados, nos ajudam bastante... RA6

Com relação a preceptora de núcleo eu não vejo que ela tem muita influência nessa relação não... não sei se pela pessoa, pelo perfil da preceptora [...] mas... ela não veste muito a camisa da residência e acho que isso acaba interferindo. Por medo... aquele medo que a gente havia comentado, ela acabou assumindo a função, mas sem identificação e eu acho que acaba interferindo. Eu vejo mais como crescimento enquanto enfermeira, tem muito a acrescentar, mas na interprofissionalidade não... RM1

Diante dos vínculos empregatícios fragilizados, assumir a preceptoria, quando indicado pelo gestor do município, acaba sendo uma obrigação. Muitas vezes o acúmulo de tarefas acontece sem nenhuma remuneração ou benefício. Na prática, a consequência disso, muitas vezes, é a existência de preceptores despreparados, desmotivados e/ou que não se identificam com a proposta docente. Sendo assim, a vinculação dos preceptores à residência é ainda uma fragilidade. Além disso, fica

perceptível na última fala de C2, que também a garantia das condições mínimas de infraestrutura e insumos para que os residentes atuem nos cenários de prática nunca é garantida, trazendo desafios de base para a concretização de uma educação interprofissional em situação. Ou seja, nessa articulação tripartite, a contrapartida municipal muitas vezes, por não ser plena, prejudica a qualidade do processo formativo.

Quanto ao papel do preceptor, essa temática, vista sua amplitude, será discutida de forma mais detalhada na seção seguinte. No entanto, por hora vale inserir nesta discussão o diferencial encontrado na RIS-ESP/CE em relação a legislação nacional: a existência do preceptor de campo.

Tradicionalmente, concebe-se a figura do docente em serviço que orienta o residente quanto às práticas da mesma categoria profissional. Ou seja, nos programas de residência multiprofissional de base assistencial, como o é a residência em Saúde da Família e Comunidade, o preceptor deve necessariamente ser da mesma profissão do residente sob sua supervisão (BRASIL, s/d, on-line). No entanto, na RIS-ESP/CE, além do preceptor para cada categoria profissional, existe a figura do preceptor de campo. A existência deste sujeito no corpo docente tem o objetivo de promover a interprofissionalidade. A fala de RA5 deixa clara essa contribuição:

o fato de ter um preceptor de campo já consegue ter essa questão interprofissional, da gente conseguir e ela tenta mesmo buscar, ela faz esse trabalho tipo se ela tiver conhecimento de um caso que ela tenha e como é que pode tá inserindo os demais profissionais ali, como é, vamos tentar ver se aquele profissional não pode ajudar nesse caso, então ela consegue. Ela puxa, ela puxa (RA5).

Na Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral/CE, pioneira na implantação desse modelo de formação no Ceará, há uma figura semelhante ao preceptor de campo, mas que na ocasião eles denominam de tutor. Esse resgate agora é importante para que, tomando como base o texto de Parente (2008), possamos apontar, em concordância com ele, que a centralidade do fazer do preceptor de campo está na facilitação da equipe multiprofissional. Ou seja, o preceptor de campo tem papel fundamental na promoção do diálogo e na potencialização daquilo que em comum em detrimento dos conflitos. Por conduzir o processo pedagógico pensando na equipe multiprofissional, o preceptor de campo acaba assumindo também o papel de apoiador institucional, ou seja, ele media também a relação da equipe de residentes com os serviços de saúde e com a equipe que ali trabalha. Em suma, se o foco do preceptor de

campo é a equipe e o modelo formativo das RMS valoriza o trabalho, tal preceptor atua na organização do processo de trabalho da equipe.

Apesar de menos inovador, não menos importante é a presença do preceptor de núcleo.

Eu acho bastante interessante também a questão da divisão das rodas e das preceptorias, aí o fato de você ter um preceptor de campo que abrange todos os residentes e semanalmente, como era né, você ter esse momento de discussão e ter os momentos de núcleo que eu também acho que são necessários, certo? Eu acho que essa divisão também é muito importante e favorece a colaboração interprofissional (PN2).

O preceptor de núcleo é a figura que garante a formação profissional daquele residente. Apesar de o residente já ser graduado, existem muitas lacunas na formação que apenas a experiência prática pode suprir. O Preceptor de núcleo contribui com sua experiência nessa formação. É certo que a atuação do preceptor de núcleo, por mais voltada que seja para a categoria profissional em si, não pode deixar de lado os princípios norteadores das RMS. Também é tarefa do preceptor de núcleo integrar as categorias em busca da promoção de uma prática interprofissional (PARENTE, 2008).

A partir de tudo isso, percebe-se que a existência do preceptor é um avanço. Mas, ao mesmo tempo, em uma estratégia ampla e interiorizada como a RIS-ESP/CE, torna-se um desafio, visto que nem todos os preceptores estão no mesmo nível de conhecimento e envolvimento com a proposta da residência. Em contrapartida a formação em loco é altamente dependente de sua atuação, como relembra C2: *“então eu acho que vai ter uma dependência, é lógico isso, é positivo ainda bem que existem esses sujeitos formadores, mas a gente não tem tanta autonomia assim pra fazer com que de fato a coisa aconteça”* (C2).

Já prevendo essa disparidade e buscando uma aproximação da preceptorial com o corpo docente e de coordenação da RIS-ESP/CE, como fala a coordenadora, foi pensado em ofertar uma formação para os preceptores.

Em relação a desafio, ainda há a preceptorial... A escola está aqui em Fortaleza, os residentes estão nesses dois lugares, os preceptores estão com eles. Então, a gente faz uma formação de preceptores para que tudo o que a gente pensa e fala nesse currículo aconteça. Só vai acontecer também se o preceptor estiver preparado. Um desafio educacional é fazer com que abra preceptorial, também sistematize isso na cabeça e se sensibilize pra esse tema, porque assim como nós e como os residentes, os preceptores passaram pelo mesmo processo

histórico de formação, na graduação e de estarem imersos nesses espaços de trabalho (C1)

e a formação desse sujeito preceptor. Esse é o sujeito que está do lado dos residentes, então, a gente ter essa formação espelhada no currículo do residente faz com que tudo isso que a gente está dizendo que é bom, é por isso. Se a gente não tivesse, não ia conseguir, porque aqui na cidade, em Fortaleza, o povo espalhado em 22 lugares não ia conseguir. Acho que é isso (C1)

Enquanto política federal, não há nenhuma capacitação de preceptores prevista (BRASIL, s/d, on-line). No entanto, a novidade desse modelo formativo exige a formação concomitantemente da preceptoria:

Agora, torna tudo isso mais complexo, porque temos dois sujeitos sendo formados ao mesmo tempo. Considerando que quanto mais longe da capital, menor acesso aos processos formativos, com tamanha inovação que é a colaboração interprofissional, os sujeitos preceptores precisam muito ser ativados pra essa formação. Por vezes, a gente não consegue alcançar a tempo. A primeira turma da residência, por exemplo, certamente, se a gente for comparar com a segunda, vai ter uma diferença, porque a preceptoria ainda estava começando. Na terceira, a coisa vai ficando mais madura, porque o preceptor é quem está lá (C1).

Além disso, não se trata apenas de uma formação conceitual. Para que seja viável a interiorização da residência, faz-se imprescindível ter uma formação que capacite sob a lógica dos princípios do SUS e da educação em saúde, mas que sobretudo seja uma oportunidade de alinhar, de congregar, de fortalecer as competências necessárias para ser docente em serviço na saúde. Como aponta PC2:

O encontro dos preceptores, às vezes, vejo colegas: ‘ah, não vou mais não, é tudo igual, é a mesma coisa, já fiz isso’. Eu acho tão bacana estar junto, poder trocar ideia com outros preceptores. Eu aprendo tanto com os outros preceptores. Às vezes, fico ‘ave Maria, é isso tudinho mesmo?’ Porque as coisas ditas parecem mais difíceis que elas feitas. Então, esses momentos de encontro são muito bons. PC2

No entanto, a realidade observada é que esses encontros para a preceptoria nem sempre contam com a presença dos preceptores. Seja por uma desvalorização desses momentos ou pela falta de apoio para estar presente, o que se pode afirmar é que a ausência do preceptor acaba por entravar a proposta inicial de congregar e formar simultaneamente.

Apesar de a proposição de uma formação de preceptores ser um avanço, existem limitações no efetivo alcance desses sujeitos durante o processo formativo. Mais uma vez questiona-se sobre a possível lacuna que existe entre a opção pedagógica e a real efetivação deste modelo. Ainda mais com a evasão da preceptoria desses

espaços formativos, pressupõe-se ainda mais que não uniformidade na execução do processo pedagógico de um cenário de práticas para outro, ou mesmo entre categorias profissionais de um mesmo cenário.

#### 5.1.2.4 Tenda invertida: um dispositivo para a formação em serviço

A breve discussão sobre o papel do preceptor de campo e de núcleo evidenciam ainda que, para esse tipo de expectativa sobre o processo formativo, também a ele não se aplica uma pedagogia tradicional. Para a atuação dos preceptores é imprescindível uma pedagogia crítica. O perfil do preceptor, segundo Parente (2008), aproxima-se do ideário de um educador dialógico.

Nesse sentido, a educação permanente por eles promovida,

compreende uma abordagem onde os processos educativos ocorrem em profunda sintonia com a realidade vivida no cotidiano do trabalho; perceber o contexto do trabalho como contexto de aprendizagem. Não há dissociação entre o que se faz e o que se aprende (MARTINS JUNIOR et al, 2008, p. 27).

Assim compreendendo a prática educacional cotidiana nos cenários de prática da RIS-ESP/CE, emerge nessa discussão também a originalidade da metodologia da Tenda Invertida (ANDRADE et al., 2004) adotada no projeto político pedagógico desta residência. A concepção da tenda invertida enquanto metodologia surge de maneira contra hegemônica ao modelo de formação tradicional. Este acontece nos espaços tradicionalmente considerados como *locus* de produção do conhecimento, como o são as universidades e escolas. No campo da saúde, esses espaços tradicionais de ensino podem até ser expandidos para a imagem de grande hospitais superespecializados. Nesse tipo de formação, os estudantes deslocam-se até o local onde o mestre, detentor do conhecimento, está. Ou seja, os estudantes vão até a tenda do mestre (ANDRADE et al., 2004).

A grande crítica a esse modelo tradicional repousa sobre o fato de a aprendizagem acontecer fora do local onde o profissional atua ou atuará depois de concluir o curso. Em resposta a essa crítica, a tenda invertida pressupõe o movimento inverso, onde o mestre vai até o lugar de trabalho e atuação do estudante, tornando este o *locus* e o momento específico de aprendizagem. Ou seja, o educador vai ao território específico, vai onde estão os problemas de saúde do cotidiano enfrentados por aquele

estudante. Inclusive, são exatamente esses problemas que se tornam matéria-prima do processo de ensino, aprendizagem e reflexão (ANDRADE et al., 2004).

Desde o início tem esses momentos fixos de tenda invertida né [...] em relação ao contexto geral da residência esses momentos de tenda e os momentos de roda de núcleo eu vejo que são fatores assim principais pra que realmente a residência desenvolva o potencial que ela pode contribuir (PN1)

Dois turnos são de tenda invertida onde a gente, eu e as duas residentes, a gente utiliza esse turno ou pra alguma demanda teórica que elas tenham e que elas me solicitem e a gente faz alguma atividade relacionada a isso, para o planejamento das nossas atividades mesmo de educação alimentar e nutricional, alguma atividade tipo a semana de promoção à saúde (PN2)

E assim, a gente tem uma troca muito boa, aliás, nossa tenda não é só na terça, são todos os dias, todos os dias porque tem muita troca, tem pacientes que eu apresento e que eu digo o problema e aí a gente vai juntas, e qual que é a dificuldade que a residente tem e ela vem até a mim, a gente sempre tá na unidade e a gente sempre faz trabalho juntas (PN3)

Esse desenho formativo baseado na tenda invertida é até mais coerente com a proposta da educação em serviço. Esse modelo pedagógico é pautado na resolução de problemas reais e conseqüentemente na transformação dos processos de trabalho instaurados. No entanto, pelo discurso da preceptora PN2, percebe-se que muitas vezes esse momento de tenda acaba por regressar ao modelo tradicional de aprendizagem, onde o conteúdo do encontro entre preceptor e residente acaba por ser teórico. De fato, superar a ideia do papel docente tradicional é desafiador.

Ainda quanto às falas apontadas acima, PN3 traz à tona um aspecto fundamental da tenda invertida que acontece apenas quando o preceptor de núcleo está lotado no mesmo cenário de prática do residente. No caso de PN3, ela é enfermeira da mesma equipe da residente que acompanha. Desta feita, os momentos de compartilhamento da prática e reconhecimento das demandas reais que se apresentam ao trabalho do residente é cotidiano, é permanente. Isso, como ela mesmo afirma, potencializa o processo de ensino-aprendizagem.

Sobre a preceptoría cabe aqui ainda afirmar que o seu papel é crucial; seu fazer é sutil, relacional e complexo; nesse contexto a formação é necessária por seu potencial de formação, troca e alinhamento. Entretanto, como os papéis dos atores da RIS-ESP/CE se operacionalizam na prática será melhor desenvolvido na seção seguinte.

### 5.1.3 Articulação teórico-prática

Outro aspecto estruturante da educação pelo trabalho e da EIP é a articulação teórico-prática. Uma formação que tem o trabalho como ponto de partida também não pode estar restrita a uma aprendizagem de cunho empirista. É preciso que se desenvolva uma verdadeira práxis: ação-reflexão-ação (FREIRE, 1996). Essa noção de que a articulação teoria e prática é fundamental também está impressa nas diretrizes da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional para a estruturação de qualquer programa de residência multiprofissional (BRASIL, 2012a). Por isso, prever as possibilidades de aprendizagem teórico-práticas que seriam ofertadas aos residentes na RIS-RESP/CE, segundo a coordenadora C1, foi um exercício iniciado na concepção do projeto de residência.

Pra conseguir fazer isso, a gente pensou, pegamos as regras gerais da comissão nacional de residência, que a gente precisava ter atividades práticas, teórico-práticas e teóricas. No meio desses três eixos, nós pensamos em atividades que pudessem contemplar o que a comissão nacional dizia, mas também a colaboração interprofissional dessa tecnologia que a gente disse. Então, nós pensamos, primeira coisa, na prática, em dispor os residentes em equipes e no teórico-prático, duas estratégias que a gente chama de roda de núcleo e roda de campo (C1).

As estratégias de educação na prática se dá pelas rodas - metodologia das rodas que vem da ideia do modelo de saúde Paideia - que todos os residentes duas vezes por semana, pelo menos, tem que discutir o seu próprio processo formativo seja enquanto equipe seja enquanto profissão, juntando com seu preceptor e mesmo a dimensão do olhar pra profissão se faz com a integração (C2).

Ou seja, no projeto político pedagógico da RIS-ESP/CE, está prevista a necessidade de que, além de exercer suas profissões nos cenários de prática, os residentes reflitam sobre ela. Andrade e colaboradores (2004), ao discutir a metodologia da tenda invertida, falam da contribuição que há para o processo formativo quando os estudantes conseguem, em determinados momentos, distanciarem-se do cenário de atuação e dedicarem-se à reflexão com apoio externo. Apoio, no caso das residências, exercido pelo preceptor.

Os residentes, por sua vez, conseguem perceber essa importante faceta da articulação teórico-prática:

Acho que outra coisa valiosa é a gente estar sempre andando teoria e prática juntas. A gente vê em grande parte dos profissionais é que a teoria muitas vezes fica de lado e aí você fica muito no automático. Fazendo as ações e a prática ali automatizada, o programa

automatizado... embora tenha os treinamentos, acaba que a pessoa se acomoda e vai apenas reproduzindo aquilo, aquilo, aquilo... não se atualiza, não busca estar estudando... e eu acho que a residência proporciona isso... Então muitas vezes no módulo saúde do adolescente, por exemplo... a gente via lá no módulo coisas sobre saúde do adolescente e aí você para pra fazer aquela reflexão 'vixe, mas na minha agenda não tem nada de saúde do adolescente' e se eu não tivesse aquele momento teórico, aquele momento de estar ali discutindo saúde do adolescente talvez eu não tivesse esse insight de estar voltando na minha agenda e pensando 'o que eu faço pra saúde do adolescente? O que eu faço pra saúde do idoso? O que eu faço pra saúde do homem?' então eu acho que outra vantagem de ser residente é essa relação teoria-prática que aqui nos é proporcionado (RM1)

a residência, ela favorece que a gente aprenda como fazer [...] então eu acho que a residência permite isto, que a gente faça, e realmente a teórica com a prática, andando juntos né. Você aprende como se faz e você vai colocar em prática. Se todas as pessoas soubessem o quanto é importante a residência, né (RA4)

[na roda de campo] a gente discutia bastante realmente o que era o tema e lembrava dos casos, trazia os casos comparando com o que tava no texto e ajudou bastante também na questão do desenvolver né (RA3)

Na RIS-ESP/CE, as estratégias teórico-práticas de aprendizagem são a roda de campo e a roda de núcleo. A noção de roda, como apontado por C2 acima, parte do modelo de saúde Paideia. Esse modelo, por sua vez, parte do pressuposto da interferência dos sujeitos na co-produção do mundo e de si mesmos. Esse movimento de múltiplas vias de intervir e receber intervenção não é diferente na saúde, nem na educação. Portanto, neste método, busca-se constituição de sujeitos reflexivos e operativos, ou seja, capazes de refletir sobre o mundo e sobre si mesmos, mas também disponíveis a operar transformações. Daí, surge a dimensão da autonomia e da horizontalidade das relações (CAMPOS, 2009). Essa concepção Paidéia em muitos aspectos dialoga com a proposta de articulação teórico-prática nas residências.

O método da Roda é uma tecnologia para o desenvolvimento da co-gestão de coletivos que, em concordância com os princípios da saúde Paideia, se propõem a fortalecer a autonomia do sujeitos e do coletivo (CAMPOS, 2000). Pela similaridade dos objetivos, o método da roda é incorporado ao repertório metodológico da RIS-ESP/CE, sendo adotado enquanto espaço de ensino e aprendizagem dentro desta pós-graduação.

Entendendo a múltipla determinação dialética da saúde e do processo de aprendizagem, a roda caracteriza-se como espaço de superação do modelo tradicional de gestão e de ensino. O método da roda propõe-se ao cultivo de relações horizontais entre

os sujeitos que ensinam e aprendem de forma dialética. E, como já apontam Silva e Sousa (2010, p. 9) sobre a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral/CE, na roda “*a dimensão da formação supera a lógica dicotômica de quem ensina e de quem aprende, já que todos ensinam e aprendem no sentido da complementaridade, mediante processos contextualizados*”.

Justificada a opção ideológica pelo método da roda, cabe aqui uma definição dos objetivos destes momentos de encontro entre residentes e preceptores.

A Roda de Campo é a estratégia que tem o intuito de ampliar a discussão multiprofissional do referencial teórico pautados nos módulos de ensino-aprendizagem; é também o espaço de aprofundamento e debate do conhecimento no contexto do campo e do núcleo profissional da temática em estudo; e espaço de discussão e negociação de temas de interesse a toda a equipe de residentes. Embora facilitada pelo preceptor de campo, o protagonismo é dos profissionais-residentes por meio de estratégias pedagógicas ativas e dialógicas (COREMU RIS-ESP/CE, 2013, p. 34 e 35)

A Roda de Núcleo é o espaço de diálogo na dimensão do núcleo profissional. Facilitada pelo preceptor de núcleo e com a participação dos profissionais-residentes da categoria profissional, são discutidos temas e situações do dia-a-dia do serviço–categoria. As RN acontecem também na forma denominada Roda de Núcleo Dialogada, em que um convidado participa do espaço, a convite do corpo docente / preceptor de núcleo. Dentre as principais conteúdos da RN, citam-se: a) Aprofundamento dos módulos de ensino-aprendizagem no âmbito dos núcleos profissionais. b) Discussão e negociação de temas de interesse a todos os residentes do núcleo. c) Planejamento, monitoramento e avaliação do processo de trabalho dos residentes do núcleo (COREMU RIS-ESP/CE, 2013, p. 33).

Ou, nas palavras da coordenação geral do programa:

A roda de campo é o momento em que todos os residentes daquela equipe, num momento à noite, estão juntos com seu preceptor, o de referência da ênfase, preceptor de campo, discutindo as questões do cotidiano de serviço. Essa roda tem duas matérias-primas, uma é o cotidiano do serviço, aquilo que acontece no dia a dia, que durante o trabalho tem ali o corre-corre do serviço, à noite as pessoas param pra discutir porque aquela criança morreu, porque aquele paciente não aderiu ao tratamento de forma interprofissional. A segunda matéria-prima da roda de campo é discutir as questões do próprio currículo, o que a escola produz nos manuais, módulos e nas unidades de aprendizagem. A leitura dos artigos, os vídeos, existem várias estratégias pedagógicas, tudo discutido de forma multi e interprofissional juntos ali naquele momento (C1).

Partindo-se dessas definições, percebe-se que as rodas se propõe exatamente a serem esses espaços de integração teórico-prático. Elas partem dos conteúdos trabalhados nos módulos presenciais em articulação com as práticas exercidas no

território. Pela fala de RM1 transcrita no início desta discussão sobre articulação teórico-prática, percebe-se ainda o caráter operativo desses momentos, uma vez que as reflexões ali aprofundadas desencadeiam mudanças nas agendas e nas estratégias de inserção e intervenção nos territórios. Essa constatação só reforça o embasamento teórico da proposta das rodas no modelo de saúde Paideia (CAMPOS, 2009).

Em Aracati, ao comentarem sobre as rodas, residentes e preceptora de campo, sem exceções, falaram que o caráter das rodas precisou ser adaptado. Abaixo, pode-se conferir algumas colocações que retomam o processo de insatisfação com as rodas, devido ao fato de, no início, a preceptora de campo ficar, durante as rodas, muito restrita aos textos e metodologias propostas no manual do módulo elaborado pelo corpo docente da ESP/CE. Essa insatisfação, pelo que é relatado, foi seguida por uma conversa com a preceptora e com o corpo docente da ESP/CE e, a partir daí, o conteúdo prático das vivências no território passaram a integrar também as discussões nos momentos de roda.

Eu acho que as rodas de campo são muito boas. Na maioria das vezes, a gente não faz os assuntos que a escola sugere, porque eles trazem muitas demandas. Quando a gente consegue fazer a roda de saúde mental e saúde da família, é melhor ainda, é muito bom. PC2

As [rodas] de campo eu acho ainda melhor, assim por que a gente conversa além do tema proposto, agente conversava o que estava acontecendo no nosso território. No início, não. Ficava fechado naquele negócio, aí quando a gente começou a reclamar, aí até a escola começou a fazer e colocar no tutorial, aí dizia para preceptores que não precisava se prender ao assunto, pode se estender para o território (RA6)

Hoje em dia nas rodas... de uns tempos pra cá... uma coisa que mudou... antes ficava muito preso a um texto, a um texto... e a gente não discutia! E as vezes a gente tem tanta demanda, a gente precisa tanto falar sobre aqueles casos que a gente tá vendo no dia a dia, que a gente precisava de um momento desse pra sentar toda a equipe junto pra ver o que a gente poderia fazer naquele caso e a gente não tinha essa oportunidade na roda. Mas de um tempo pra cá, já estava acontecendo isso... de a gente sentar todo mundo e discutir um caso que estava acontecendo. Nisso daí você aprende demais com os outros profissionais. É um momento único de você aprender. RA7

Indo além das falas e resgatando os aspectos observados durante a pesquisa de campo, pode-se, aqui, associar essa grande necessidade de discussão dos casos e do processo de trabalho da roda de campo em Aracati devido ao fato de os residentes não terem sistematicamente reuniões de equipe nos horários dedicados ao território. As reuniões de equipe que acontecem são da equipe de cada unidade de saúde, ou seja,

integrando profissionais residentes lotados naquela unidade e profissionais do serviço. Não se nega a importância dessas reuniões, mas elas, na maioria das vezes, tem caráter administrativo, tendo como pautas a elaboração dos consolidados de produção mensal, o planejamento da agenda do mês seguinte e o repasse de informes da gestão. Dessa maneira, não há, na carga horária prática nenhum espaço dedicado à discussão de casos. Na realidade de Aracati, percebe-se ainda outro agravante: a distribuição dos residentes em muitas unidades, diminuindo também as possibilidades de encontro da equipe inteira. Essas inferências tem base inclusive na comparação com o contexto de Maracanaú. Neste, a equipe com menos integrantes se concentra em uma unidade praticamente (uma vez que os residentes da estratégia NASF desenvolvem apenas ações pontuais na outra unidade) e tem, na agenda fixa semanal, um turno de encontro para reunião de equipe. Nas falas dos residentes e preceptores de Maracanaú, não se percebe esse conflito com as atividades propostas para a roda. Sabe-se que muitos outros fatores podem estar relacionados a essa diferença, mas algo que chamou a atenção foi essa diferença nas agendas.

No entanto, na avaliação das rodas, também há semelhanças entre os municípios. Residentes de ambos afirmam que a roda é uma atividade que facilita a colaboração interprofissional:

A roda de campo é uma atividade que eu percebo [que facilita a colaboração]. A de núcleo também... só que a de núcleo acaba que fica cada um ali com o seu... ai acaba que... divide. No final, divide. Mas eu acho que as rodas de campo elas dão uma visão maior pra gente. [...] Na roda de campo a gente consegue ver diferentes visões de um mesmo situação e a gente consegue entender que eu posso somar com a visão do outro. RM5

o próprio roteiro da residência puxa pra isto [CIP], mesmo quando a gente está discutindo, pronto determinada doença, colo do útero, não sei, prevenção... a residência meio que tem aqueles questionamentos que puxam pra isto, então a gente discute isto na hora, né. E a gente e os preceptores acabam trazendo a realidade, como seria a consulta com esses outros profissionais? Avaliando a importância, eles trazem também. RA8

Os momentos da roda eram muito importantes, a gente problematizava mesmo sobre o que a gente enfrentava em nosso cotidiano de trabalho e qual a melhor forma de a gente enfrentar isso. [...] com o preceptor. Era ele que disparava as discussões. Esses momentos de discutir sobre nossos processos de trabalho eram massa, assim, a gente conseguia mesmo sair da nossa zona de conforto e pensar um pouquinho mais sobre o que a gente pode fazer, além disso. RA1

A roda de campo, enquanto esse espaço de encontro e articulação teórico-prática, possibilita tais trocas interprofissionais. E, como afirma RA8, mesmo à distância, a proposta pedagógica interprofissional da RIS-ESP/CE consegue ser impressa nas discussões travadas nas rodas por meio de questionamentos existentes nas metodologias propostas para as rodas que sempre tensionam para a interprofissionalidade.

Vale ressaltar ainda a empolgação de RA1 ao comentar a riqueza desses momentos de discussão. Esse tipo de EIP, ao passo que proporciona uma aprendizagem significativa, causa empolgação e ativa o estudantes a uma co-construção de tais espaços. Entretanto, por essa proposta de articulação teórico-prática ir de encontro ao modelo formativo uniprofissional da maioria das graduações em saúde, há também certo estranhamento e dificuldade até mesmo de participação de alguns residentes no início do processo:

Na [roda] de campo como era para ler aqueles textos era mais uma coisa mais geral, e eu não tava acostumada com isso, por que a gente sai da graduação, só vendo fisio fisio fisio fisio e quando eu fui ver aquela coisa geral, negócio de todo mundo, aí eu me estranhava muito. Lia lia, tentava ler os textos, tentava chegar na roda e falar alguma coisa, ficava mais tempo ouvindo [...] enfim o que eu mais tive dificuldade de aceitar foi as rodas de campo (RA2)

Essa dificuldade de aceitar a roda de campo fica ainda mais clara quando a mesma residente aponta sua maior identificação com a roda de núcleo:

Da residência tem essas rodas né. Rodas de núcleo que a que eu mais me identifico, a de campo e a de núcleo, a núcleo é a que eu mais me identifico, porque a gente fica trocando ideia do que a gente faz com o paciente. [...] o que gostava da roda de núcleo é que a gente ficava: ‘como é que eu posso fazer?’ ‘é assim assim, assim...’ e na outra semana ‘gente eu fiz isso, não deu certo, aconteceu não sei o que...’, aí as meninas diziam: ‘faz assim, tenta aquele reflexo’ e a gente relembra as coisas a fisioterapia. RA2

Talvez o grande desafio de uma formação interprofissional seja este de não negar o núcleo, mas fortalecer de forma prioritária o campo. Há necessidade de, como afirma Barr e Low (2013), combinar a formação profissional com a formação interprofissional. Necessidade esta percebida e justificada pela opção metodológica da RIS-ESP/CE nas palavras de C1:

Mas a gente não anula o núcleo nem o saber de cada uma das profissões. A gente não pensa assim, pelo contrário, cada um se fortalece no outro, mas é preciso que as profissões estejam também de certa forma, fortalecidas, organizadas, porém com a leveza de se ver

no meio do outro e poder flexibilizar. Então, a gente faz a questão das rodas de núcleo, que são os residentes daquela mesma profissão, com preceptor de referência no núcleo profissional, discutindo por vezes a mesma questão discutida na roda de campo, só que dentro da sua profissão. Quando chega a roda de campo, aquilo é colocado com permissão da equipe e das profissões como um todo (C1).

Entretanto, o que muitos residente colocaram em relação às rodas de núcleo foi a grande dificuldade de que elas se operacionalizem e disparem todo esse processo de formação profissional.

As nossas rodas de núcleo, eram assim mais fraquinhas, não aconteciam, a gente tentou mais algumas vezes reunir só a gente, mas... RA6

Na roda de núcleo, a gente tentou inclusive no começo trabalhar em cima de intervenções nos problemas que a gente tinha dentro da unidade... Só que a gente chegou só na teoria, quando ia pra prática... nem na teoria realmente a gente aprofundou, só chegou a citar mesmo. RA7

Outra possibilidade para as rodas de campo e de núcleo é que elas aconteçam de forma integrada interênfases, inclusive porque neste caso podem fomentar a integração entre diferentes serviços, saúde da família e saúde mental, no caso. Em Aracati, essas rodas aconteceram com bastante frequência e foram, nos comentários dos próprios residentes extremamente proveitosas.

Em Maracanaú, não foram citados os momentos de rodas interênfases, mas alguns residentes comentaram da participação de residentes da ênfase de Saúde Mental nas atividades de grupo que eles desenvolvem no território e de como essa integração contribui com a qualidade do cuidado ofertado à população naquele momento de grupo e do grande aprendizado que foi possibilitado à equipe da ênfase de SFC.

A proposição de momentos como este de integração nos próprios cenários de prática são fundamentais para que a RIS alcance seu objetivo constituinte de integração. Esta integração de duas ênfase atuando em um mesmo cenário de prática é uma potência enorme que, pela estruturação do programa acaba acontecendo de forma ainda tímida.

#### **5.1.4 Formação teórico-conceitual: pressupostos e estratégias de uma educação para adultos**

A educação de adultos está situada entre os pressupostos educacionais e metodológicos da EIP. Esta defende que a aprendizagem nos adultos acontece de forma mais permanente quando ela é significativa, ou seja, quando o estudante adulto considera útil e interessante aprender aquilo que se pretende ensinar. Além disso, uma educação nesses moldes deve levar em consideração as vivências e competências prévias dos sujeitos aprendentes. Nenhum adulto, mesmo aqueles que não dominam os conhecimentos formais ou específicos, são vazios de conhecimentos e experiências. Tendo consciência disso, a competência a ser desenvolvida precisa inclusive dialogar com o que esse indivíduo já sabe e principalmente com o que ele faz e vive no cotidiano (BATISTA, 2012; OMS, 2010). Paulo Freire (1996), complementando essa compreensão, afirma que o que impulsiona a aprendizagem de adultos é a superação de desafios, a resolução de problemas e a construção do conhecimento novo a partir de conhecimentos e experiências prévias dos indivíduos.

Na perspectiva da educação de adultos que já são profissionais, há ainda a peculiaridade de já existir uma identidade profissional. Mesmo no caso dos recém-formados, existem modelos e expectativas adotados. O processo educacional precisa lidar com essas questões, sejam elas influências positivas ou negativas para a aquisição de determinada competência (BARR, 2002; FREETH&REVEES, 2004; FREETH et al, 2005).

A RIS-ESP/CE, aqui tomada como objeto de estudo, uma vez que forma adultos - profissionais graduados e docentes em serviço - caracteriza-se como educação de adultos e, inclusive, a coordenadora geral do programa utiliza esse termo - *“porque é formação de adultos, a gente precisa saber ouvir os saberes do estudante”* (C1) – e ressalta a importância de considerar-se os saberes prévios dos indivíduos.

Dentre as ferramentas de implementação desse modelo de educação de adultos, onde a aprendizagem, para ser efetiva, deve ser ativa, experiencial, reflexiva e contextualizada (BARR, 2002) encontramos o uso de metodologias ativas de aprendizagem, como acontece na RIS: *“às vezes o modelo mesmo de aula é por vezes usando... sendo facilitador de metodologias ativas de aprendizagem”* (C2).

As metodologias ativas de aprendizagem possibilitam que o ensino promova a autonomia dos estudantes a ao mesmo tempo que eles se motivem e engajem enquanto protagonistas desse processo, como afirma Berbel (2011, p. 28):

As metodologias ativas têm o potencial de despertar a curiosidade, à medida que os alunos se inserem na teorização e trazem elementos novos, ainda não considerados nas aulas ou na própria perspectiva do professor. Quando acatadas e analisadas as contribuições dos alunos, valorizando-as, são estimulados os sentimentos de engajamento, percepção de competência e de pertencimento, além da persistência nos estudos, entre outras (BERBEL, p. 28, 2011).

Essas metodologias propõe o trabalho prioritariamente em pequenos grupos com o intuito de que todos tenham a oportunidade de ouvir, refletir e ser ouvido (FREETH et al, p. 83, 2005). Barr e Low (2013), como já citado anteriormente, reforçam essa postura quando afirmam que é preciso trabalhar grandes grupos, mas sem nunca esquecer do potencial de aprendizagem que há nos pequenos grupos. Mais uma vez aqui afirma-se o necessário exercício de trabalhar o que é comum, mas também o que é específico.

Quando essa metodologia é utilizada em grupos multiprofissionais, essa interação desejada e promovida entre os participantes acaba por promover também a EIP (OMS, 2010; FREETH et al, p. 83, 2005). De acordo com Barr (2002), estas metodologias encorajam os participantes a exporem sua visão, compartilhem experiências, expressarem seus sentimentos, compararem suas expectativas e partilharem percepções. Quando esse intercâmbio teórico-prático-vivencial acontece de forma multiprofissional, podem ser exploradas também as diferenças, as semelhanças e a complementaridade entre as profissões e os seus fazeres, como afirma C1:

Eu acho que uma coisa que favorece nas unidades de aprendizagem são as estratégias pedagógicas que a gente usa nas aulas presenciais, que também são muito em equipes, métodos participativos, dialógicos, que também favorecem a construção e o fomento da interprofissionalidade, um ponto positivo.

Berbel (2011), contribuindo com essa noção e reforçando o papel das metodologias ativas em um aprendizado significativo e conectado com os campos de prática, aponta que

podemos entender que as Metodologias Ativas baseiam-se em formas de desenvolver o processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas, visando às condições de solucionar, com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos (p. 29).

Segundo a mesma autora, há uma potencial evidente nas metodologias ativas para estimular e ativar o desenvolvimento de profissionais críticos e reflexivos capazes de responder, com níveis cada vez mais ampliados de consciência, aos desafios postos em sua prática de trabalho cotidiana.

Utilizando metodologias que fomentam a ação em resposta aos problemas do cotidiano e sempre retomando o intuito da Residência Multiprofissional em transformar a realidade dos cenários de prática onde está inserida, a formação presencial na RIS-ESP/CE também surge como elemento para isso, uma vez que ela serve como subsídio para a reflexão crítica da prática e, conseqüentemente, para sua diversificação:

Eu acho que a nossa formação, assim, a dimensão teórica tem servido de apoio pra poder dialogar sobre algumas questões de trabalho. Muitas vezes, ela serve de pontapé pra gente discutir várias questões no processo de trabalho (RA1).

Além disso, a articulação teórico-prática já discutida muitas vezes parte dos conteúdos e inquietações disparados no módulo presencial. Esse potencial de a formação teórico-conceitual intervir na prática é ainda mais forte na RIS-ESP/CE diante da possibilidade de compartilhamento de experiências intermunicipais.

Todos os aspectos aqui discutidos sobre a educação de adultos em tudo coadunam com os objetivos da RIS-ESP/CE, por isso estranho seria se essa não fosse a lógica de ensino-aprendizagem adotada quando, mais que profissionais bem capacitados, se pretende formar lideranças (COREMU RIS-ESP/CE, 2013). Essa perspectiva do protagonismo, já prevista no objetivo geral da RIS-ESP/CE, é buscada, segundo a coordenadora, por meio do uso de estratégias ativas de aprendizagem:

Eu acho que desenvolver uma competência como a que a gente tem pra participação social dá ao residente e a qualquer sujeito que interaja na saúde, não que a gente dê, mas ative, fomente, produza, enfim, de que ele é um sujeito protagonista que tem de falar, dizer o que pensa e também ouvir (C1).

A fala de C1 enriquece a discussão sobre o fomento ao protagonismo reforçando que além da opção teórico-metodológica que rege o processo formativo, este é pautado no quadrilátero da formação em saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004). Este quadrilátero, já discutido na revisão de literatura, aponta quatro vértices da formação em saúde: atenção, gestão, participação e educação. Tais princípios também norteiam a elaboração do currículo em análise.

### 5.1.5 Breve reflexão sobre a opção pedagógica da RIS-ESP/CE

Diante de tudo isso, percebe-se que a RIS-ESP/CE propõe um processo formativo inovador e pautado, de fato nos princípios da educação por competência, EIP e da educação de adultos.

Apesar da lógica de organização pedagógica ser avançada, ainda existem grandes desafios, como já citados, para sua efetivação prática no cotidiano. Entretanto, são vários aspectos da base de constituição da RIS-ESP/CE que concorrem para que ela se aproxime de uma estrutura de EIP. Esse formato interprofissional concedido à atuação na RIS é percebido também pelos residentes como indutor da EIP:

O formato da residência acaba fazendo que a gente se cobre mais de estar trabalhando junto, [...] o formato da residência acaba conduzindo que você trabalhe junto, querendo ou não faça alguma coisa junto. E aí você estando fazendo aquela coisa junto você vai aprender. Porque eu vou estar lá com meu conhecimento, você estará ali com o seu conhecimento... e você vai estar desenvolvendo aquela atividade de acordo com o que você sabe e eu estarei fazendo de acordo com o que eu sei. E as vezes aquilo que você sabe não é o que sei, então a gente acaba trocando (RM1)

[às vezes, nos cenários de prática,] fica difícil a questão das outras pessoas entenderem esse processo né. Mas quanto a RIS, a residência mesmo, eu acredito que a RIS já fortalece bastante essa questão do trabalho interprofissional. Na roda, no nossos encontros, lá na escola, no próprio como é que a gente fala, o iniciozinho da residência, no foco na educação em saúde... (RA6)

Um ponto que favorece é que nossas ações sempre tenham que ser desenvolvidas em conjunto. E aí eu acho que algumas vezes a gente começa a pedir ou a solicitar mais a colaboração com o outro (RM5)

A própria prática cotidiana, a resolutividade de casos que a gente encontra acaba obrigando, fazendo com que a gente discuta. Pra mim, isso é muito importante e o próprio trabalho em si, o trabalho multi acaba gerando essas discussões. RA1

Também o preceptor de campo, PC2, apontou que a singularidade do desenho da RIS determina a interprofissionalidade:

Primeira coisa que acho que favorece a colaboração é o próprio modelo da RIS, de ser multi. Esse já é um grande desafio. O que acho mais bacana é porque os meninos conseguem sair de seus quadradinhos, isso é muito legal. Eles conseguem interagir (PC2).

Apesar dos limites existentes, muitas estratégias de garantia desses princípios são efetuadas no cotidiano das ações pedagógicas desse programa. No entanto, como afirma C2, esse modelo formativo é desafiador por natureza:

Esse modelo formativo é dependente dos sujeitos, é dependente dos seres humanos concretos. E por essas questões que eu falei do residente, do preceptor eu percebo que a atuação e linha de cuidado tem sido o nosso maior desafio e do lado de cá eu percebo que inclusive pouco viabilizado né, mas quando viabilizado eu acho que é o que garante que algumas das nossas equipes tenham atuações magníficas assim, uma superação completa do modelo centrado no profissional, na doença e no procedimento (C2).

Ou como afirma a própria preceptora de núcleo de Maracanaú ao perceber que a formação da RIS-ESP/CE depende da postura do residente frente ao processo de aprendizagem:

[depende] de querer, do que está querendo e de viver esse processo né formativo. Que eu notei que quando chegaram, chegaram com uma visão, mas estavam querendo tanto, tinha uma palavra chave neles muito grande né eu quero aprender e são formados, alguns com bastante experiência né, mas eu quero aprender, isso aqui tá sendo novo pra mim e eu quero aprender e quero contribuir, então cada dia somando, somando tá aí hoje profissionais bacanas mesmo em termo de qualificação teórica, em termo de qualificação prática que é o diferencial que eu vejo que a residência dá pra você se você quiser, porque também tem e a gente observa, tem uns que vão sair mais vazio do que entrou, porque não se abriram pro conhecimento vim, pra prática, pra experiência poder engrandecer alguma coisa. Então, tem lá o seu conhecimento teórico e tudo, mas sai bem limitado porque não abriu a porta pra poder os benefícios da residência entrar (PN1).

Ou seja, não é a constituição de um currículo ou a proposição de atividades e ferramentas que desencadeará a efetiva prática e aprendizado interprofissional. Existe um aspecto desse processo que é subjetivo. Entretanto, esse caráter subjetivo não pode ser encarado de forma determinista como aponta a preceptora PN1.

Some-se a isso a proposta de interiorização e descentralização da RIS-ESP/CE, torna este projeto ainda mais desafiador. E, como afirma RA4, fica dependendo também da postura do preceptor em dar continuidade à proposta da formação nos cenários de prática:

A proposta da RIS é muito clara, acho que vai muito da preceptoria, da função da preceptoria, se reforçasse mais, lá nas aulas coloca de uma maneira, e se chegasse aqui realmente colocado, oh essa assim, tem que ser assim, eu acho que em algumas vezes as pessoas tem que uma pressãozinha pra colocar o negócio pra andar (RA4).

Percebe-se, na fala de RA4, uma insatisfação com o trabalho da preceptoria. No entanto, vale ressaltar que este é um projeto em construção visto seu pouco tempo de criação e estruturação dentro da instituição. O processo de permanência dessa

proposta da residência é, por certo, um processo de qualificação. Essa análise aponta desafios e proposições que já podem nortear essas mudanças.

Na análise dos aspectos propostos para essa seção, fica evidente também o quase insignificante posicionamento dos residentes e preceptores sobre os princípios pedagógicos que regem a RIS-ESP/CE. Nenhum deles falou das teorias e correntes que regem seu processo formativo. Todas as vezes em que aqui se discutiu educação de adultos, metodologias ativas, EIP e currículo por competências, todas essas foram com colocações partidas da coordenação. Se por desconhecimento ou falta de publicização desses princípios dentro do próprio programa, não é possível concluir. Mas desponta a premente necessidade de que educandos (residentes) e educadores dos serviços (preceptores) compreendam de que forma se estrutura o processo formativo do qual estão fazendo parte.

Em suma, dentre os aspectos desse formato promotor da interprofissionalidade na RIS-ESP/CE, pode-se destacar enquanto fatores de evolução para que a EIP se concretize: a lotação dos residentes em equipe, o fomento à roda de equipe, a existência do preceptor de campo, o processo de territorialização como primeira atividade da equipe, a formação dos preceptores, a adoção da metodologia da tenda invertida, o uso do método da roda enquanto dispositivo de ensino-aprendizagem e o uso de metodologias ativas.

Ao mesmo tempo, dois desafios que ficam bem claros: a pouca ênfase que é dada ao currículo de núcleo e a interiorização sem a devida preparação dos preceptores. No entanto, estes aspectos configuram-se como desafios sim, mas não podem deixar de ser analisados como apenas faces ainda pouco desenvolvidas de uma proposta maior e bastante ousada de mudança de paradigmas da formação em saúde e promoção da formação interprofissional.

## 5.2 Educação interprofissional em serviço na RIS-ESP/CE: os atores, seus lugares e seus papéis

Tomando como base a seção anterior, pode-se concluir que a RIS-ESP/CE caracteriza-se, por sua opção pedagógica e metodológica, como uma estratégia de EIP. Aqui pretende-se compreender como os sujeitos envolvidos nesse processo educacional, suas expectativas e os lugares que eles ocupam concretizam-se no cotidiano, potencializando ou não o ensino-aprendizagem interprofissional.

Por se tratar de uma proposta de educação interprofissional em serviço, a primeira dimensão a se observar no estudo da operacionalização prática da RIS-ESP/CE é o seu potencial de formação na compreensão dos atores envolvidos no processo: como os residentes enxergam sua aprendizagem na RIS-ESP/CE?

Os relatos dos residentes neste aspecto remetem à grande identificação com a proposta pedagógica e satisfação em fazer parte dessa estratégia educacional. Por já estarem no último semestre do período letivo deste programa, os residentes, inclusive já se permitem fazer uma análise da dimensão de seu aprendizado na RIS-ESP/CE:

Eu aprendi muita coisa, eu aprendi muita coisa na residência, eu ganhei muito conhecimento. Eu não tinha conhecimento de atuação no SUS, que eu não sabia como atuava, não sabia como funcionava, é... ganhei muito. Vejo como um ganho muito grande pra mim como profissional, como categoria profissional, como pessoa... de conhecimento. Muito. De você aprender a trabalhar em equipe, de aprender essas inter-relações que existem. Então eu acho que foi um aprendizado muito grande como profissional, então eu me sinto assim, feliz! Ao mesmo tempo que a gente passa por algumas dificuldades, mas faz parte né? RM5

O que eu aprendi hoje com as pessoas, por mais que seja com o pouco que elas conseguiram falar ou dizer... o que eu aprendi na área do serviço social? Muita coisa que eu não sabia. Na área da psicologia? Também. Na área da enfermagem? Também. Os nomes... ler um exame... interpretar os casos melhor... e foi perguntando. Todas as vezes que eu pergunto elas me dizem. RM6

Hoje eu sei coisa de fisioterapia, sei coisa de enfermagem, eu sei coisa de psicologia, hoje eu sou multi né, sou muito mais do que uma nutricionista e eu me sinto... RA3

Eu assim, gostei muito da residência. E todo mundo, as minhas colegas que perguntam, e então que as vezes elas expõe o desejo em fazer, eu sempre falo pra elas que é muito bom! RA6

As colocações dos residentes acima transcritas apontam o reconhecimento que eles tem quanto à amplitude e a variedade dos conhecimentos que adquiriram nesse

processo. Conhecimentos sobre o campo de atuação, o amadurecimento para o trabalho em equipe interprofissional e aprendizados vivenciais são citados. Os residentes mencionaram muito o aprendizado adquirido com o colega ao longo da prática cotidiana e uma verdadeira valorização da residência enquanto oportunidade de formação em saúde. Este aprender com o outro, a partir da prática do outro e sobre o outro é que de forma bastante objetiva define a EIP (CAIPE, 2002). E, segundo Frenk *et al* (2010), é o conhecimento assim adquirido que capacita profissionais para lidarem com os desafios da atenção à saúde no século XXI.

Essa noção do aprendizado compartilhado trazida pelos residentes remete ao aspecto da identificação com a proposta da RIS/ESP-CE e com as atividades e com as competências estimuladas e/ou desenvolvidas.

Pelas falas de alguns residentes acima pode-se ainda apontar a existência de uma linguagem compartilhada: termos, palavras, procedimentos utilizados e/ou realizados prioritariamente por uma determinada categoria profissional que passam a ser coletivizados à medida que passam a fazer parte do cotidiano de outros profissionais. Essa noção de um compartilhamento efetivo da prática e dos modos de produção do cuidado é característica fundamental do trabalho em equipe bem sucedido, uma vez que tal repertório comum facilita a comunicação e gera sentimento de pertença ao grupo (PEDUZZI, 2007). Essa noção é exatamente o que RA3 fala quando se considera “multi”. Essa sensação de tornar-se “multi”, ao expandir as fronteiras de sua categoria profissional adquirindo conhecimentos e possibilidades de intervenção novos a partir do aprendizado com outros profissionais, já havia sido apontada por Ribeiro (2013), como uma característica das RMS. De acordo com a mesma autora, a formação desse profissional passa a ser única, uma vez que ela está para além do currículo objetivamente proposto, mas acontece prioritariamente em ato, na atuação prática, na troca interprofissional. Cada profissional, pelas especificidades das experiências vividas, tem uma formação particular, aprende aspectos específicos da atuação.

Além disso, percebe-se um potencial de mudança, de transformação de concepções e práticas disparado pela residência:

Assim, a residência pra mim ela trouxe grandes mudanças, para mim próprio como profissional e coisas que mudou totalmente, até para município de Aracati, por que as atividades serviram para dar um impulso, porque muita coisa tava perdida. RA4

Eu não aprendi com minha faculdade a trabalhar em equipe. Não tem como a gente aprender... até poderia falar na teoria (mas nem na teoria foi dito), mas na prática a gente não tem noção... então com a residência a gente conseguiu ver e fazer. [...] se eu não tivesse passado pelo processo formativo da residência eu acho que eu não teria a mentalidade que a gente tem hoje da importância de se trabalhar em equipe. RA7

Esse potencial de transformação, já previsto na própria legislação sobre RMS, reafirma o caráter de educação em serviço destes programas (BRASIL, 2006). E, como aponta RA4, essa possibilidade de reinvenção do fazer em saúde estende-se, inclusive para a realidade do cenário de práticas. A residente reconhece que a existência da residência naquele município impulsionou o sistema de saúde, provocando mudanças no processo de trabalho em saúde local. Esse aspecto também vai ao encontro do objetivo da RIS-ESP/CE ao interiorizar seu programa (COREMU RIS-ESP/CE, 2013).

Ainda refletindo sobre esse potencial de aprendizagem do processo de residência, é importante ressaltar a fala abaixo que retrata que esse aprendizado não é imediato, mas acontece com o tempo, com o amadurecimento do grupo e com a compreensão da proposta da RIS-ESP/CE:

A gente aprendeu né na verdade porque acho que depois de uns seis meses foi que a gente começou ver a questão do compartilhamento né... de não ver o indivíduo como só minha parte, então a gente faz muita coisa compartilhada, muita. [...] Hoje depois que eu comecei a fazer residência eu vejo o paciente como um todo, hoje eu vejo (RA3)

Ou seja, o processo formativo interprofissional não acontece subitamente ou pelo simples fato de os estudantes serem organizados em equipes. É necessário que sejam pensadas estratégias e vias de aproximação dos estudantes, possibilidades de encontro e diálogo, bem como oportunidades de fortalecimentos dos vínculos entre eles. Afinal a colaboração interprofissional e, conseqüentemente, a EIP passam pela experiência do vínculo e da confiança mútua (D'AMOUR et al, 2008).

Ainda quando questionados sobre quando e como acontecia essa EIP, os residentes abordaram esse processo de ensino-aprendizagem como algo que acontece naturalmente na inserção nos cenários de prática. Ou, como fala RA2, acontece “*a todo momento (risos). Sempre. Até em conversa que não tem nada a ver com a residência a gente tá falando de trabalho*”. E complementam RM3, RM2 e RM1:

Eu acho que acontece sem a gente nem perceber. Acontece nas ações conjuntas... no atendimento compartilhado que a gente faz. [...] Nos grupos, principalmente, eu acho que a gente consegue trocar bem. Sem se perceber. Num atendimento, às vezes no horário de almoço,

alguém tá falando de alguma prática que faz, de alguma coisa que tá desenvolvendo... eu acho que é aí que troca. [...] Aprendi muito mesmo. Aprendi coisas da minha profissão e principalmente coisas que não diz respeito a pratica da enfermagem, principalmente. RM1

Então, a gente aprende muito entre si, nesse sentido. As meninas, a enfermeira residente às vezes vem perguntar pra mim 'RM3, estou com um caso de uma gestante com licença maternidade que está com problema'. Aí, como ela vai visitar a gestante e por algum motivo não posso, ela me pergunta e da outra vez ela diz 'já sei, são tantos dias pra pedir licença'. E é isso mesmo. Então, a gente acaba aprendendo conhecimentos uns dos outros pela questão mesmo da convivência, do dia a dia e é muito interessante, porque numa visita pode ser que não esteja com enfermeira residente ou com uma das meninas e já olho, digo que sei, de tanto ver. Então, é um processo que a gente vai adquirindo muito interessante pra complementar nosso saber, nosso conhecimento e ajuda bastante no dia a dia profissional. RM3

Mas a gente aprende bastante coisa vendo a forma como cada um trabalha, os saberes de cada um... a psicóloga residente, por exemplo, tem várias práticas diferentes e ela traz várias coisas pra gente, coisas que eu nunca tinha nem ouvido falar. Essa parte do fisioterapeuta residente... de ele gostar muito dessa parte bem motora, de atuar com algumas dinâmicas, isso aí eu achei bem interessante. A forma que a enfermeira residente conduz os grupos, que ela participa, que ela não é aquela coisa muito engessada... e de cada um a gente leva um pouquinho. RM2

Pelas colocações acima percebe-se que há, na convivência diária, grande aprendizado com a prática do outro, com o fazer do outro. Essa também é uma prerrogativa clássica da EIP. Quando se faz junto, se aprende sobre o outro (CAIPE, 2002; BARR et al, 2005). Essa aprendizagem, segundo os próprios residentes, acontece não só nos espaços formais de educação, mas também nos momentos informais, como os intervalos de almoço ou as conversas triviais.

Nesse sentido, um dos fatores que facilitam essa interação interprofissional e que, apesar de não aparecer nas falas, foi percebido ao longo da observação de campo é a carga horária da residência. Por ser um programa cuja dedicação é de 60 horas semanais, os residentes acabam tendo mais tempo de trabalho conjunto. Mas, além disso, por exigir dos residentes dedicação exclusiva, estes não desenvolvem outras atividades e praticamente todo o tempo, inclusive os intervalos e deslocamentos, são compartilhados. Sem falar nos momentos de módulo presencial e rodas, onde eles mais uma vez se programam de forma coletiva e estão juntos, convivendo formal e informalmente. Esse fator facilita o encontro e, conseqüentemente, a interação.

Além disso, percebe-se, como aponta RM2 no bloco de falas acima, que muitos residentes trazem consigo para o processo formativo experiências e

competências anteriores. Esse tipo de bagagem entra no processo educacional por competências, visto que o indivíduo traz consigo sua história de vida e suas competências pré-existentes para a aprendizagem. No caso citado acima, uma competência da residente em serviço social sobre a licença maternidade apoiou a aquisição desta competência pela residente de enfermagem em Maracanaú. Por outro lado, a residente assistente social também afirma ter aprendido com a residente enfermeira sobre a prática desta. Esta troca de conhecimentos na equipe saúde da família favorece a atenção integral à saúde. Este tipo de competência prévia, seja ela técnica ou mais atitudinal, entra no rol daquilo que é trocado, ensinado e aprendido no cenário de uma EIP pelo trabalho (BARR, 2002; PEDUZZI, 2007).

Ora, tudo o que se tem registrado aqui reafirma o potencial desse programa como estratégia de EIP. Mas, o leitor pode aqui lembrar a premissa de que o trabalho em equipe e, conseqüentemente, esse compartilhamento de saberes e práticas já faz parte da proposta da ESF. Por que então tanta potência é atribuída à residência? Como a organização da RIS-ESP/CE favorece que esse aprendizado aconteça de forma muito mais qualificada que na realidade dos serviços?

Bem, existem muitas hipóteses para justificar a intensificação do processo de aprendizagem interprofissional nas RMS. Aqui pretende-se explorar apenas algumas delas: o lugar protegido ocupado pelo residente, o papel da preceptoria, a relação com os cenários de prática e o papel da coordenação do programa.

### **5.2.1 Espaço protegido: “O lugar blindado do residente”**

A colocação de C1 ajuda a compreender essa expressão:

Uma residente que já tinha experiência profissional e entrou na residência disse que o que ela fez na residência nunca teve oportunidade de fazer na sua vida profissional, não que ela não soubesse ou quisesse, mas não pôde, não teve adesão da equipe, da gestão. Por ela estar dentro de um processo formativo, de certa forma, blindado, não das realidades gerais do SUS real, mas porque ela tinha preceptores, tutores e coordenadores que diziam ‘vamos fazer, vamos lá, é isso mesmo’. Vai com dificuldade e tudo (C1)

Ou seja, segundo C1, estar em um processo formativo, dá ao residente certa liberdade e, ao mesmo tempo, apoio para a qualificação da prática. Não significa situar o processo formativo em um espaço ideal, experimental, sem desafios. Mas, dentro da realidade do sistema de saúde, incentivar, motivar e exigir que o residente desenvolva

determinadas práticas. Desse modo, acredita-se que acontece como falou C1, ele “*vai com dificuldade e tudo*”. Principalmente devido ao fato de não estar sozinho, mas contar com uma equipe de colegas residentes, sob a mesma situação de incentivo e interesse em estar ali, e estar amparado por preceptores, tutores e coordenadores.

Essa dimensão é reconhecida inclusive por alguns residentes:

O que eu acho que é mais vantajoso [na RIS-ESP/CE] é que a gente consegue fazer ações... a gente consegue estar adotando uma postura de muitas vezes não ser submisso... no começo a gente tinha muito medo. E aí numa conversa com C2 ele disse: ‘mas vocês tem medo de que? Vocês vão ser demitidos? O que vai acontecer com vocês?’ Então eu acho que é um potencial. Antes eu tinha medo. Mas hoje em dia ‘ah é porque num sei quem vai reclamar, vai brigar...’ ‘vai? E daí?’ Eu me sinto mais segura, não vai me demitir, não vai fazer nada... isso é uma potencialidade. RM1

Mas da residência acho que o fato de a gente ter mais liberdade que o profissional do serviço. Acho que isso é a única coisa que favorece o nosso trabalho e só pra quem sabe se utilizar dessa artifício, dessa liberdade que o residente tem (RM4)

[na residência] você consegue estabelecer os horários de agenda, você não ter a meta municipal porque aí você consegue fazer e você não ficar ‘ah eu tenho que fazer a meta, tenho que fazer meta, meta’ e aí você consegue ter esse espaço de agenda, então isso é um benefício que a residência propicia. RA5

Eu acho que eu era uma profissional antes da residência e sou outra totalmente diferente, por que a residência permite a gente a atuar de forma realmente como é pra ser (RA4).

Ou seja, de acordo com eles, a residência garante ao profissional o trabalho sem a necessária submissão. Ele tem liberdade e autonomia para organizar seu processo de trabalho e, ao mesmo tempo, conta com o incentivo e a cobrança constante, bem como com o subsídio teórico-conceitual do corpo docente para o desenvolvimento de um trabalho coerente com a proposta para aquela área de atuação. Sobre isso diz respeito um espaço protegido de atuação, possibilitando mais autonomia, como as duas falas abaixo retratam:

Semana passada mesmo umas meninas [residentes] me disseram: ‘temos críticas em relação à residência sim, mas se não fosse a residência, muita coisa do que a gente fez, nunca teria feito’ (C1).

se eu tivesse com certeza entrado neste posto como enfermeira do município, eu não tinha a visão que eu tenho hoje, entrando como residente. Tenho certeza disto, ia ser totalmente diferente o processo de trabalho. RA6

Pode-se perceber que é esse lugar blindado que permite ao residente explorar possibilidades de atuação e, conseqüentemente de aprendizado, para além do

que já é preconizado no serviço. É o lugar de residentes que permite e ao mesmo tempo tensiona a inovação.

Entretanto, esse lugar, ao passo que é protegido, ele também parece ser contraditório. Há certa dicotomia entre ser ao mesmo tempo estudante e profissional:

É engraçado a situação de ser residente. Porque em algumas horas nós somos profissionais, outras horas a gente não assume o serviço... é uma situação que eu acho complexa... (RM5).

Tem momentos que eles entendem que a gente tem autonomia né, pra resolver as coisas, e quando a gente vai falar, por exemplo, em uma reunião pra falar sobre determinada coisa, e a equipe não tá ajudando, ai às vezes eles dizem assim, eles já escuta, né 'ah! quem manda aqui, é fulana, as residentes não mandam, não fazem... não mandam em nada' (RA6).

A todo tempo as falas remetam a uma dificuldade em os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde compreenderem a residência. Os profissionais-residentes trabalham, tem suas responsabilidades, tem registro nos conselhos profissionais, mas ao mesmo tempo não estão sujeitos inteiramente às mesmas normas e precisam de um preceptor, na verdade de dois preceptores: um de núcleo e um de campo. Essa característica também dificulta a compreensão do papel do preceptor. Ele não está ali para acompanhar alguém que não sabe fazer, mas para possibilitar a reflexão crítica junto a um sujeito que já é profissional e até mesmo aprender com ele. Essa questão do papel e do fazer do preceptor será discutida mais adiante. No entanto, vale aqui ressaltar que essa contradição é inerente ao processo de educação permanente, quando este acontece em serviço (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; ARAÚJO, MIRANDA, BRASIL, 2007).

Ao mesmo tempo, a qualificação da atuação do residente acontece também por um incentivo que o atinge: o de continuar estudando. Como fala RA8, por estar em um processo formativo, a necessidade de superação dos desafios estimula o estudo e aprofundamento teórico e prático em determinadas temáticas: *“é um incentivo mesmo de estar estudando, procurando uma coisa que eu tinha dificuldade... Está procurando estudando junto, trocando ideias com outros residentes, então isto pra mim foi muito importante”*.

Em paralelo a isso, construir um processo de educação pelo trabalho também parece conferir a este uma maior disposição para enfrentar desafios interpostos

pelo contexto. As dificuldades muitas vezes deixam de ser barreiras paralisantes e passam a ser possibilidades de inovação:

Mas, por exemplo, sala de espera, eu não tinha muita experiência, só que já ficou tão comum. Por exemplo, no dia do meu atendimento, falta luva, por exemplo, eu vô lá fora, pego pessoal do médico, pergunto àquele senhores, que faz é tempo... que há anos não vai no dentista, ai eu chamo pra examinar. E são coisinhas pequenas que a teoria da residência tem ajudado, pra gente refletir um pouco, que pode trabalhar diferente, pode trabalhar um pouquinho melhor. RA9

Entretanto, muitas vezes essas inovações não são bem aceitas pelos profissionais do serviço. Eles chegam a desacreditar das ideias ou mesmo a não tomarem parte nas iniciativas disparadas pelos residentes:

Eu sinto muito essa questão com a auxiliar, por que o costume com o horário. O residente quer atender o paciente, quer conhecer a família toda. Ele [o auxiliar] não quer, ele não quer passar a manhã todinha no posto, ele não quer não... é por que é e diferente do eu fazia antes, então a gente vem com esse pensamento e o auxiliar não tá muito preparado em atender, quer ir embora, e eu sinto um pouco de infelizmente, “ah! auxiliar da residência, ah! já sei que vou demorar a manhã todinha” (risos), tem muito isso aqui, todas já me conhecem aqui, as auxiliares não gostam muito de mim não, mas é assim mesmo (riso). RA9

Neste contexto, o residente assume um papel que modifica a rotina das unidades de saúde, e, muitas vezes, interfere na zona de conforto de outros profissionais da equipe. Não que ele esteja fazendo coisas erradas ou contraditórias à proposta da ESF, mas sua atuação causa estranhamento tanto junto a alguns profissionais, como em relação aos usuários, seja positiva ou negativamente:

Agora assim, com relação aos pacientes, sinto diferencial, realmente eles sabem que “não ah! dentista, gente boa, e tal, pode ir que ela atende”, com relação ao acolhimento, eles sabem que tem muitas situações que eles preferem falar comigo do que com a auxiliar, por que eles sabem que a gente quer “Ah! não tô atendendo hoje, mas senta que pra gente olhar”, conversar, a gente dá informação. [...] eu sinto que os pacientes realmente eles sabem que podem contar comigo, não eles vão lá “a dentista, vá lá falar com ela, que ela explica bem direitinho”, gosto disto, gosto desse fato, não sei se é da residência ou não (risos). RA9

eu acho que a maior dificuldade foi quando, a gente deixou de ser duas enfermeira, duas enfermeiras residentes para se tomar três, duas enfermeiras residentes, e uma que não era residente [...] porque a comunidade passa a perceber que você atende diferente, você é um profissional diferente né. RA4

Essas falas de RA9 e RA4 são umas das poucas que podem representar essa situação, mas durante dos dias de observação de campo, em conversas informais com os

residentes era muito comum ouvir relatos semelhantes. Houve inclusive um grupo de gestantes, que aconteceu em um dos turnos de observação participante em Maracanaú, em que uma usuária afirmou que nunca participava dessas atividades coletivas da unidade de saúde, mas estava ali só porque havia sido convidada pela residente de enfermagem e tinha muito respeito por ela, pois sabia que ela era alguém que realmente se identificava com o que fazia e fazia porque gostava. Várias vezes, foi possível observar usuários apontado o perfil “diferenciado” dos residentes na condução do processo de trabalho. Uma residente de Maracanaú chegou até a apontar que na ouvidoria da secretaria de saúde municipal rotineiramente chegavam elogios a sua conduta profissional e que esse fato gerava até certo ciúme nos demais profissionais do serviço. Esses exemplos demonstram o quanto essa postura “diferenciada” disparada pela proposta pedagógica nem sempre é fácil de ser executada.

Por outro lado, apesar desse lugar protegido, principalmente para realização de ações de planejamento da equipe e de promoção da saúde existir, em Aracati, ele também é desestabilizado o tempo inteiro pela grande demanda para atenção ambulatorial, como os próprios residentes comentam:

Somos eu e a outra psicóloga, os únicos psicólogos na Atenção Básica daqui do município. [...] A gente acaba abarcando toda a demanda de Aracati. Vem pessoas de outros municípios, já consultei várias de outras localidades. Pra mim, essa é a maior fragilidade, porque a gente acaba não trabalhando promoção de saúde e só mesmo tentando, minimamente, tentando abarcar a demanda que aparece (RA1).

a gente se sente até impotente neste sentido de ficar fazendo mais atividade educação em saúde aqui na unidade, quando tem campanha a gente tenta fortalecer isto, mas nem sempre a gente consegue fazer direto por que todo dia tem atendimento aqui, por que além das demandas programadas do programa de saúde da família, tem as demandas espontâneas, todo dia aqui tem manhã e tarde, manhã e tarde direto, as vezes a gente consegue, e as vezes não. RA6

Desafio?! Um é a grande demanda né, que tanto pra nós como pra os profissionais do NASF, a gente se vê assim querendo mais dias na semana, por que não dá tempo. RA6

desafio é a questão organizacional mesmo, não conseguir as vezes estar junto por conta da estrutura, ou de ter muita demanda... isso atrapalha bastante porque eu queria na verdade, eu queria estar fazendo mais a residência... porque as vezes eu percebo que eu não faço tanto porque a gente chega dentro do posto e a gente é completamente engolido pela demanda. Então eu queria ter tempo pra fazer vários atendimentos em conjunto, ter tempo para fazer atividades de educação em saúde, de grupos... desenvolver mais e termina que a gente não consegue. Então um desafio muito grande é a questão da

demanda... que acaba dificultando muito o trabalho em equipe... a questão do tempo e das pessoas tb. RA7

Aqui eu percebo [como desafio] a questão da demanda, a demanda aqui é muito grande. Isto acaba sufocando a gente para fazer outras atividades, você ter que conciliar um cronograma que já é fixo do posto com a residência que exige muito da gente em relação da TCR, a estágios [...] e o NASF, eu falo assim por que as meninas que é o que está mais próximo da gente, como também não abrange só o nosso território abrange outras unidades, às vezes fica difícil para agendar uma reunião, um planejamento... RA8

Na realidade de Aracati, é unânime entre os residentes a compreensão da elevada demanda como um fator que atrapalha e muitas vezes impede a diversificação das atividades e a realização de fato da residência como eles apontam. Fica evidente que, para eles, realizar efetivamente a residência significa passar pela experiência de diversificar a atenção, realizar outras atividades, desenvolver uma clínica ampliada e compartilhada (BRASIL, 2009d). Esse movimento, na ESF, está muito associado à superação de uma agenda centrada exclusivamente nas ações assistenciais programáticas e de demanda espontânea. Portanto, a efetividade da residência, na percepção dos residentes, está imbricada com a capacidade de realizar atividades comunitárias, ações extramuros, participar de grupos, promover atividades de educação em saúde, etc. Tanto que, nas falas dos residentes, há uma separação entre o que é a assistência individual e o que é a residência.

No caso do NASF, a demanda não se expressa necessariamente na quantidade de atendimentos, mas também na grande quantidade de áreas cobertas e na dificuldade de estar mais tempo em uma mesma área, causando certa desarticulação e impossibilitando o fortalecimento dos aspectos comunitários, institucionais e matriciais da atuação (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA, PEQUENO, RIBEIRO, 2012):

Acho que as próprias fragilidades estruturais são um componente que acabaram pesando muito pra o nosso enfraquecimento enquanto equipe, já que a gente teve que se espalhar muito pra dar conta das questões e ficar apagando incêndio (RA1).

O que enfraquece é a questão de ter muitos territórios para elas atuarem né, e não tá mais forte aqui, mas isto aí é o caso do NASF mesmo, que é assim (RA6).

Ainda no caso de Aracati, essa dificuldade de encontro e realização de atividades conjuntas é ainda maior pelo fato de algumas unidades de lotação dos residentes ficarem localizadas em distritos e localidades mais afastados da sede do município, demandando transporte e maior logística para estar presente:

aí eles [o NASF] vinham, mas pontual e não aquela coisa constante, a gente não conseguia desenvolver muita coisa não, era pontual. RA5

A lotação em áreas distantes do centro urbano não prejudicam o processo de aprendizagem, mas faz-se necessário que se garantam as condições para tanto. Essa realidade de Aracati aponta a necessidade de um redesenho do processo de lotação e trabalho na RIS-ESP/CE, priorizando equipes mais concentradas ou a garantia da infraestrutura e transporte. Além disso, em Aracati, a amplitude de áreas cobertas pelo NASF deve-se ao fato de este estar integrado com a equipe NASF do próprio município, diferentemente do que acontece em Maracanaú. O fato de ser integrado amplia o número de equipes que devem ser apoiadas pelos residentes, mas nem sempre a integração com a equipe NASF municipal acontece de forma a que o trabalho seja dividido adequadamente.

Pela observação de campo, nota-se que uma grande lacuna nessa integração entre a equipe NASF residente e a equipe NASF município é a diferença de carga horária. Enquanto na RIS-ESP/CE, todos os profissionais tem dedicação de 60h semanais, os profissionais do município tem carga horária diferenciada: alguns 20h, outros 30h, outros ainda 40h. Além disso, o componente teórico-conceitual e teórico-prático dessa carga horária do residente não é compartilhado com o profissional do município. Há certo descompasso que repercute no desenvolvimento de uma prática compartilhada.

Pelo exposto aqui, pode-se inferir que a questão de organização do NASF misto, composto por residentes e profissionais do serviço, que fica responsável pelo apoio matricial a um conjunto de unidades de saúde, não é benéfico para o processo formativo, pois dificulta o encontro. E esta, como reforçado anteriormente por C1, é a principal tecnologia do trabalho e do aprendizado interprofissional.

Ao mesmo tempo, a organização da lotação da equipe NASF de residentes e da preceptoria de núcleo em Maracanaú parece ser um desenho bem interessante: todos os preceptores de núcleo compõe a mesma equipe NASF. Essa equipe antes atuava em várias unidades de saúde, incluindo as duas onde os residentes foram lotados. Com a chegada da RIS-ESP/CE, residentes e NASF municipal dividiram a responsabilidade sanitária: residentes passaram a cuidar de duas unidades de saúde e NASF municipal (composto pelos preceptores) ficou responsável pelas demais unidades. Entretanto, a carga horária que os profissionais do NASF, agora preceptores, dedicavam às duas

unidades onde a residência está, passou a ser empregada para as tenda invertidas (acompanhamento dos residentes). Ou seja, sem sobrecarregar os profissionais, eles puderam qualificar a organização do trabalho e exercer também o papel de preceptor.

### **5.2.2 Papel do preceptor: entre a facilitação e o disciplinamento**

Uma figura essencial à residência é o preceptor. Este é, por definição, o docente em serviço. Entretanto, o papel deste ator da educação em serviço na saúde ainda não está consolidado, nem mesmo o reconhecimento desta função como profissão está assegurado. Existem muitas confusões sobre o real papel do preceptor e, tantas vezes, há certa inabilidade dos sujeitos escolhidos para serem preceptores em exercerem sua função. O que é afinal que um preceptor deve fazer? O que as RMS esperam de um preceptor? Como atua, de fato, um preceptor no cotidiano de um programa de residência? No caso da RIS-ESP/CE, que tem preceptor de núcleo e de campo, como se dá esse trabalho docente? E quanto a interiorização, ela impacta na atuação deste sujeito?

Iniciando essa discussão pelo que já está dado, pode-se afirmar que, de acordo com a Resolução nº 2 do CNRMS de 13 de abril de 2012 (BRASIL, 2012a) já apresentada na revisão de literatura, o preceptor tem a tarefa de orientar os residentes no desempenho das atividades práticas vivenciadas nos serviços; orientar e acompanhar o desenvolvimento das atividades teórico-práticas e práticas previstas no projeto político pedagógico do programa; facilitar a integração dos residentes com as equipes de trabalhadores dos serviços de lotação; organizar escalas de férias e plantões dos residentes; e participar da avaliação dos residentes e do programa, dentre outras funções. Em todas essas atividades, o preceptor deve contar com o suporte da tutoria e, ao mesmo tempo, identificar e repassar os problemas do cotidiano e suas percepções sobre eles aos tutores com o objetivo de qualificar o processo de ensino aprendizagem. Também cabe ao preceptor participar de atividades de pesquisa e projetos de intervenção integrando ensino e serviço na realidade do SUS.

Pelo resumo acima extraído da resolução em questão (BRASIL, 2012a), percebe-se que são muitas tarefas complexas. Além disso, esse tipo de atuação docente

muitas vezes não é uma competência adquirida com a graduação tradicional em saúde. A maioria dos preceptores nunca teve um preceptor e não sabe realmente como as funções listadas formalmente na resolução se operacionalizam na prática cotidiana, como se faz educação em serviço ou simplesmente como se estrutura a EIP ou a educação de adultos, como falam os coordenadores:

O preceptor, pelo seu histórico formativo, foi formado com o professor sendo o sabedor e o aluno sendo aprendiz, então alguns preceptores acabam tendo um perfil muito autoritário e o residente não apoia, uma vez que a gente diz que eles não devem apoiar [risos], na produção das competências. Então, também é um pouco afetado, porque é formação de adultos, a gente precisa saber ouvir os saberes do estudante e alguns preceptores têm essa dificuldade de olhar com sujeitos adultos com experiências prévias humanas e tudo. (C1)

A gente percebe que os preceptores vem de um outro desenho formativo, muito embora nós façamos a garantia da formação, mas por serem servidores, trabalhadores municipais e não estarem em dedicação exclusiva e integral a formação e sim ser viabilizadores da formação. No campo da prática eu diria que nem todos estão ganhos pra isso, e esse ator, o professor do serviço no meu modo de entender é muito estratégico (C2)

Nota-se pelas falas que há grande expectativa no papel do preceptor enquanto facilitador, motivador e formador. No entanto, ao mesmo tempo, as colocações dos preceptores provam a falta de experiência e de conhecimento sobre seu papel. Essa dificuldade acontece principalmente no início quando eles se sentem “caindo de para-quedas”:

A princípio, eu fiquei muito confusa realmente com o que deveria fazer, de que forma eu iria desenvolver a preceptoria. Depois, as coisas vão aperfeiçoando, você vai identificando mais o seu papel. PC1

Desde o início a gente tinha muitas dúvidas realmente com o nosso papel, mas nos encontros da Escola a gente vai aprendendo junto com o pessoal de lá. PN5

A Escola fez a gente se sentir muito seguro enquanto preceptor. No começo, minha nossa senhora, eu tive tanto medo, que dizia: ‘não vou dar conta disso, não’. Acho que estou dando. PC2

Surgiu a proposta de vir pra preceptoria. Eu lembro quando o doutor X ligou pra mim, na época, secretário de saúde. ‘O que é preceptoria, Dr. X? Como eu vou dar conta disso?’ Mas a gente topou, passou pelo processo de formação, habilitação e, hoje, com certeza, eu não sou a preceptora que fui nos dois primeiros anos. PC2

Eu sou fisioterapeuta do Hospital Municipal e quando eu entrei na preceptoria eu cá um pouco de paraquedas porque eu não conhecia a atenção primária, eu sempre fui do nível secundário e terciário, então assim, eu fui aprender tudo. [...] No início, a articuladora, ela me ensinou muita coisa, eu peguei a apostila e a gente estudou, quando a

gente foi pra escola também foi muito produtivo porque elas entregaram aquela PNAB e eu estudei aquele livrinho que recebi lá, e a gente tinha as aulas. Então assim, foi muito... eu gostei, eu baixei uns artigos e gostei muito e me identifiquei muito. PN4

Nas falas registradas acima, os preceptores afirmam de início desconhecer a função que deveriam exercer. Apenas com a formação - e o que eles chamam de apoio, oferecidos pela ESP/CE enquanto instituição formadora, e com a experiência prática é que muitos aspectos dessa função foram ficando claros. Essa situação é mais complicada ainda quando a preceptoria é feita por um profissional que desconhece a área de inserção da residência, no caso aqui estudado a ESF. A preceptora PN4 apresenta-se como trabalhadora da rede de Atenção Especializada e, devendo acompanhar enquanto preceptora de núcleo residentes que estão inseridos na ESF, houve a necessidade de que ela fosse formada, inclusive, sobre a realidade do sistema onde os residentes estavam lotados. Assim como o desconhecimento prévio do cenário, como fala PN4, a falta de determinados conteúdos que são aprofundados pelos residentes também atrapalha:

O primeiro ano foi muito complicado a condução das rodas, porque tinha aquele desencontro de módulos, que os residentes faziam primeiro e a gente fazia depois. Eles já vinham muito mais afiados naquele assunto do que a gente, principalmente pra mim, que não era da área da saúde, tudo foi muito mais complicado. As outras preceptoras de campo são enfermeiras, então, aquela linguagem já era muito particular, eles eram familiarizados com aqueles termos. Então, pra mim, no começo, foi muito difícil. PC2

Os conteúdos trabalhados nos módulos presenciais, apesar de pertinentes à ESF, muitas vezes são detalhados a luz de um referencial teórico que é desconhecido pelo preceptor. Isso, no primeiro ano, gerou certo desencontro e insatisfação nos preceptores. No segundo ano, com o início da segunda turma de residentes e, conseqüentemente com a entrada de novos preceptores esse desencontro foi corrigido. Os preceptores passaram a ter o seu encontro formativo antes do dos residentes e, sendo estruturado em espelho ao referido módulo dos residentes.

Apesar desse relato de PC2 sobre a melhoria na qualidade da formação, percebeu-se ao longo das entrevistas que boa parte dos preceptores, principalmente os de núcleo, desconheciam o conceito de EIP. Por se tratar de um pressuposto básico da RIS-ESP/CE, pode-se inclusive questionar como esse preceptor tem sido parte e viabilizador de uma formação interprofissional sem nem ao menos compreender do que se trata. Entretanto, além da necessidade de aquisição de determinado conhecimento

científico, PN4 aponta que não é apenas esse aspecto da competência de ser preceptor que basta. Muitas vezes, mais que conhecimento falta certa competência de cunho mais atitudinal ou de habilidade:

Eu acho que eu tentei [exercer o papel de preceptora], eu acho que ainda falta algumas coisas e não sei se ter mais propriedade do conhecimento científico ou mesmo mais a questão da presença, de ser mais dinâmica, porque eu não sei se eu sou dinâmica né. Eu acho que é mais isso. Mas assim, a gente teve o problema dos carros que acho que a escola inteira sabe e isso também dificultou, mas eu acho que também isso não é um empecilho tão grande porque quando a gente quer fazer a gente faz. Mas, eu acho que eu poderia ter sido melhor, mas eu também não fui a das piores. PN4

Para fazer a preceptoria não basta que estes sujeitos sejam formados no aspecto teórico-conceitual, mas que eles também sejam preparados enquanto docentes em serviço. Também essa formação dos preceptores precisa ser pautada em competências e trabalhar com as diversas nuances de sua atuação na prática. A formação dos preceptores não foi foco deste estudo, mas, pelo relato dos preceptores de maneira informal, percebe-se que há esse hiato entre a formação dos residentes e dos preceptores. Nenhum documento ou projeto político pedagógico especificamente sobre a formação dos preceptores foi disponibilizado à pesquisa. O que foi disponibilizado sobre a formação dos preceptores foi a programação teórico-conceitual dos momentos de encontro presencial.

Essa ausência de sistematização, apesar de ser uma dificuldade aparente, não desvaloriza a iniciativa de formação dos preceptores. É certo que esse modelo de integrar a formação dos preceptores à formação dos residentes é algo inovador e pioneiro, merecendo inclusive destaque da RIS-ESP/CE no cenário nacional diante dessa preocupação em formar também o docente em serviço. Porém, mesmo que se fale que a formação acontece em espelho, é importante ficar claro que as competências a serem desenvolvidas são diferentes. Algumas são comuns, mas a docência tem especificidades que precisam ser traduzidas em competências para que esta formação também seja potencializada e faça sentido para o fazer cotidiano desses sujeitos preceptores. Há, pois, uma premente necessidade de reavaliar que competências os preceptores precisam desenvolver para orientar com qualidade o trabalho dos residentes e, a partir daí, construir-se um currículo que atenda à demanda desses sujeitos.

Essa perspectiva de um preceptor em formação e, portanto, ainda não pronto também foi reconhecida por um dos residentes:

“mas não é fácil ser preceptor não... em especial nessa residência, que as pessoas estão sendo formadas também. Nunca foram preceptores. Estão aprendendo e estudando junto com a gente. Então os acertos e os erros são compartilhados, são coletivos” (RM6).

Essa colocação reforça a concepção de um processo pedagógico que também é construído coletivamente e que não está dado, mas em construção a partir dos sujeitos, ao mesmo tempo educadores e aprendentes, que fazem parte desta iniciativa.

Daí, reforçam-se os questionamentos sobre como esse papel se efetiva na prática e, mais do que isso: como os preceptores se sentem nesse processo? Ou ainda: como os residentes percebem a presença do preceptor?

Para viabilizar uma aprofundada análise do papel destes sujeitos na RIS-ESP/CE, pretende-se de início, compreender melhor as funções do preceptor de campo e de núcleo separadamente.

O preceptor de campo, como já citado anteriormente, é aquele que cuida da equipe, do processo de trabalho na ênfase e não está ligado a uma categoria específica. Ou, nas palavras das duas preceptoras de campo entrevistadas:

Na verdade, eu faço mais a questão, posso dizer que é supervisão, mas eu observo e vejo como as coisas estão acontecendo. Vou às unidades, ajudo na construção das agendas, dou opinião com relação, um pouco da minha experiência, às coisas que estão acontecendo. Organizo as rodas, vejo como estão acontecendo, faço o papel de articular junto à gestão, desenvolver materiais, recursos, dou feedback de como as coisas estão acontecendo e como poderiam melhorar. No serviço em si, eu também vejo a logística, de organização em sala, infraestrutura, como posso ver junto à coordenação do serviço como as coisas podem acontecer (PC1).

Então, o que a gente faz hoje? Acompanha os residentes, tenta articular os campos, as áreas de trabalho deles. A gente senta junto pra fazer os planejamentos e, dentro daquilo planejado, a gente tenta articular a mobilidade, os materiais, carro, faz visita junto às equipes de NASF, acompanha o desempenho dessas visitas [...] É muito em torno disso. Tem as rodas de campo, que a gente trabalha com eles. Os temas sugeridos pela escola tenta fazer. Às vezes, o grupo tem outras demandas, aí a gente não faz o que a escola sugere, mas absorve as demandas e as necessidades do grupo e tenta discutir isso. É muito de estar acompanhando a questão de frequência. Essa equipe agora dos R2 exigiram muito da gente nas articulações dos estágios, a gente precisava estar sempre próximo pra articular e pra ver se esses plantões estavam acontecendo. É muito isso. Tenta também ajudar nas questões que eles precisam da escola, fazendo às vezes a ponte, ligando, procurando, então, gira muito em torno disso. PC2

Percebe-se, pelas falas acima, que os preceptores de campo tem cinco eixos principais de atuação: a) o acompanhamento das atividades práticas dos residentes na

perspectiva da equipe de saúde da família; b) a realização das rodas de campo – que se configuram enquanto atividade teórico-prática; c) o apoio institucional ao trabalho da equipe de residentes dentro das unidade de saúde da família e no município, ou seja, junto aos profissionais do serviço, aos gerentes de unidade e à gestão municipal da saúde; d) viabilização das atividades dos residentes no município, como com a articulação de estágios e plantões, bem como na garantia da logística e infraestrutura para o trabalho da equipe; e, por fim, e) articulação com a instituição formadora, que se dá pela gestão acadêmica dos residentes, como a sistematização de frequências, avaliações e elaboração de relatórios sobre os residentes ou situações do cotidiano para conhecimento do corpo docente estruturante. Todas essas tarefas também estão previstas na resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2012a).

Essa proposta de preceptoría se aproxima bastante do que Pagani e Andrade (2012) discutem, na realidade do município de Sobral, como preceptor de território. De acordo com esses autores,

a função do preceptor de território é ser um educador e um cuidador: ser o responsável pela educação permanente dos profissionais, dentro da perspectiva da promoção da saúde, cuidar do residente na sua formação e atuação no território e das questões referentes à residência; como também cuidar da equipe de saúde em que o residente está inserido (p. 105).

Pela definição aí apresentada, percebe-se que a noção de preceptor de território é muito semelhante à proposta de preceptor de campo para a RIS-ESP/CE. Na concepção de preceptoría na RIS-ESP/CE, não há tanto a preponderância desse papel de cuidador da equipe do serviço, mas por articular os processos de uma equipe consideravelmente grande dentro daquela unidade, o preceptor de campo acaba por fazer as mediações e um pouco desse papel de apoio institucional também.

Em revisão à legislação nacional sobre residências (BRASIL, s/d, on-line), percebe-se que não há nada oficial sobre a preceptoría de campo ou de território. Entretanto, por haver na legislação a figura do tutor de campo e de núcleo, acredita-se que a denominação apontada pela RIS-ESP/CE, apesar de inspirada na experiência da RMSF de Sobral do preceptor de território, é diferente pois buscou seguir a mesma lógica da denominação da tutoría. No entanto, independente da nomenclatura adotada, vejamos como os residentes identificam a função desse ator da RMS.

Os residentes reconhecem como inerente ao preceptor de campo a importante tarefa de reunir os residentes e possibilitar os encontros e as necessárias trocas interprofissionais:

Eu que acho que o [preceptor] de campo é nesse sentido de ficar juntando todo mundo, quando ele junta nas rodas, ele deixa essa abertura pra gente ficar conversando sobre a prática, nesses momentos eu acho que ele ajuda nessa colaboração. RA2

a PC1 é uma ótima preceptora de campo e ela sempre traz coisas novas. Sempre tentando fazer com que a gente se integre... sempre que ela vê que tem uma coisa, ela sempre tenta solucionar. Ela sempre sempre tá motivando a gente para a gente trabalhar junto. Quando a gente... quando ela vê que a equipe tá desanimando, ela vai e pergunta o que está acontecendo, ela sempre busca isso. Quando a gente tá cada um para um lado, ela sempre tenta juntar. Então eu acho que facilita muito. Não sei se isso é uma característica dela, mas eu acho que esse sim é o papel do preceptor de campo RM1

Ontem mesmo a gente estava planejando uma atividade sobre a semana da tosse que veio uma solicitação da secretaria. Eu planejei com a preceptora de núcleo, porque não tinha mais ninguém aqui. Aí a gente levou para os outros, porque ontem era tenda e estava a maioria aqui, para ver como é que eles poderiam estar ajudando. Ai ficou todo mundo calado. E a PC1 sempre estava puxando: 'e aí? A fisioterapia? Como é que vai ajudar? E aí? A psicologia? Como vai contribuir?' Então ela sempre estava tentando mediar e fazer com que a gente trabalhe junto. RM1

mas o de campo assim, o pessoal tem muitas críticas né, com a nossa preceptora de campo, mas eu acho que ela se esforça bastante, ela faz essa troca... eu gosto, eu gosto, eu acho que teve muitos momentos que a equipe esteve fragilizada, e ela sentou 'pessoal vamos tentar, e tal' (silencio) eu acho que ela puxa, ela tem... apesar das dificuldades dela (RA9).

Os residentes reconhecem o preceptor de campo como um agente da EIP. Ele tem a função de integrar, de mediar, de reunir. Ele, como facilitador daquela equipe, tem a função inclusive de perceber como estão as relações pessoais e interprofissionais e incentivar os residentes para o trabalho compartilhado, identificando onde há necessidade e/ou possibilidade de maior integração entre saberes e práticas.

Em Maracanaú, pelas falas dos residentes, percebe-se importante reconhecimento da função do preceptor de campo. No entanto, como era de se esperar, nem sempre os residentes estão satisfeitos com a atuação de seu preceptor. Em Aracati, como RA9 já aponta em sua fala, existem algumas críticas por parte dos residentes quanto ao trabalho da preceptoria de campo. Segundo os residentes, ela está bem ausente do território. Com isso, há dificuldade em que ela faça a mediação entre os residentes e articule os processos, dessa forma sua contribuição acaba ficando restrita ao

momento das rodas de campo. Essa ausência, na compreensão dos residentes, fragilizou a colaboração interprofissional.

[Nossa formação] Foi [EIP]. Mas eu acho que ela poderia ser bem mais. É muito fragilizada ainda em termos disso e a gente acaba ficando muito perdido também, porque a gente não tem alguma pessoa que oriente, então, a gente acabava ficando muito sozinho. A gente não tem acompanhamento da preceptoria de campo. [...] Até pelos nossos conflitos internos como equipe, fica complicado de a gente mediar essas questões. Eu acho que precisava ter uma pessoa de fora, mas que fizesse isso. Tem uma figura, mas era algo que poderia ser mais potente (RA1)

O residente RA1 afirma que apesar das fragilidades, aconteceu a EIP. Já duas enfermeiras residentes, RA4 e RA7 relatam total ausência da preceptoria nas atividades práticas, estando presente com elas apenas nas rodas de campo:

Ele contribui... ele contribui... nas rodas... porque assim, o preceptor de campo em prática eu não tenho essa realidade. O meu contato com meu preceptor de campo é nas rodas. [...] Porque termina que ela acompanha na prática mais o NASF... e a questão da gente não. Porque ela disse que não consegue encontrar a questão dela dentro do posto de saúde com a gente, porque a gente termina que fica dentro de uma sala, sufocado pela demanda, e ela disse que não consegue se encontrar ali, não sabe em que ela contribuiria com a gente como preceptora (RA7)

Preceptoria?! (risos) não, ela assim... A preceptoria eu acho que existe no papel, mas só pra questões burocráticas, mas assim, a preceptoria atuar, assim interferir pra você ter um desenvolvimento profissional, melhor, não. A preceptoria não cumpre esse papel. Nunca cumpriu. É só mais questão burocrática, que de rodas ou de frequências, só isso, a única coisa. Assim, seria muito além de fiscalizar que se você está indo ou não, eu acho que muito mais importante, se a gente tivesse essa contra partida, esse apoio, mas a preceptoria, que a RIS tem como definição de preceptoria, num tá, não chegou aqui não (risos), não. [...] Nem a de núcleo. Por que a de núcleo sempre ficou mais afastada. Como a gente é da zona rural, aí aqui quem tá na unidade de enfermeiras com as preceptoras, foi uma coisa assim, tipo é mais fácil. Mas a gente, neste período todo da residência, só teve duas vezes que ela foi para território, mas não foi tão proveitoso, entendeu?! RA4

Houve ainda, segundo RA4, um aumento nessa dificuldade em estar com a preceptora com a chegada na nova turma de residentes: *“a de campo, ela vem mais pros meninos do NASF. Antes ela vinha bem mais porque ela só tinha a gente, agora ela tem R1 e R2, então às vezes ela dá prioridade pro R1”* (RA4).

Ou seja, além da ausência, há uma sobrecarga com o acúmulo de duas turmas de residente para acompanhamento do mesmo preceptor.

A própria PC2, representada nas duas falas transcritas abaixo, ao analisar seu processo de trabalho na RIS-ESP/CE, reconhece a fragilidade de sua atuação junto aos residentes nas atividades práticas e relata que tem especial dificuldade em desempenhar seu papel docente junto às enfermeiras residentes.

Às vezes, eu reflito muito sobre minha atuação enquanto preceptora. Não em casos específicos, mas de um modo geral. Sabe? Fico me policiando e sinto hoje uma fragilidade muito grande. Eu tenho absoluta consciência que eu poderia estar mais próxima dos residentes, mas existem algumas questões de ordem prática. Por exemplo, a gente faz um planejamento ou na primeira ou na última semana do mês, discute, alinha, a equipe em tal dia vai estar no território assim e assim, bem bonitinho. Pelo menos, 50% daquilo que foi planejado não é executado, porque não tem carro. Quando tem, vai a equipe toda de NASF ou fica alguém da equipe pra o preceptor ir. Isso não tem lógica, então, o preceptor não vai. Entendeu? Às vezes, eu sinto certa fragilidade com relação a estar mais perto dos residentes, de acompanhar mais eles nesses processos, mas a gente não vai mais porque não tem carro. Ou eu vou, mas quem tem que ir é o residente. PC2

Eu entendo assim, aí assumo minha culpa, porque existe certo distanciamento com relação à minha preceptoria nas unidades básicas de saúde junto às enfermeiras. Em que momento estão as enfermeiras? Quando as equipes de NASF estão juntas pra gente fazer ações em grupo, aí as enfermeiras participam e eu estou junto com elas. Quando tem alguma demanda específica na unidade delas, nos planejamento e nas rodas. Tirando isso, eu não vou dizer pra você que vou lá pra unidade do bairro de Fátima acompanhar o trabalho das meninas. No começo, eu ia, fazia assim: um dia foi pra o bairro de Fátima, outro dia vou para outro. Só que quando a gente chegava lá, aí já tinham dividido os territórios, cada um já tinha sua área, as meninas não tinham tempo nem de olhar pra mim. [...] Tinha tanta gente pra atender e eu passei lá a manhã, as meninas atendendo. Eu acho que não podia estar na sala com as meninas porque tinham atendimentos muito na questão da privacidade. Eu comecei a achar que eu não estava contribuindo ali, naqueles momentos de atendimento. Então, eu restringi a minha participação nas unidades, nos momentos de planejamento ou de ações que eu pudesse interagir com o grupo todo. Mas quando é dia de Hiperdia, prevenção, eu me sentia perdida, então passei a não ir mais. Nisso, eu acho que a gente devia pensar em outra estratégia. PC2

As colocações de PC2 mais uma vez reforçam a ideia de que a grande quantidade de famílias e a amplitude do território sob responsabilidade da equipe de residentes dificulta o processo de ensino-aprendizagem. A necessidade de deslocamento não é apenas para o residente, mas também para o preceptor. No caso relatado por RA4 até mesmo a preceptora de núcleo não consegue se deslocar para a zona rural onde ela está lotada para fazer a tenda invertida. Ou seja, percebe-se que existem questões

logísticas e de apoio da gestão municipal que entravam o processo educacional da residência.

Entretanto, nesta análise, não se pode restringir a compreensão dessa problemática de ausência da preceptoria a tal justificativa. Se há a ausência de transporte, como o preceptor pode lidar com essa situação? Poderia haver uma negociação com a gestão? Como organizar as agendas de tal maneira que garanta sempre a vaga do preceptor de campo no carro? Quando priorizar que o preceptor de campo esteja junto? Será que sempre é prioridade a presença de todos os residentes? E quanto ao acompanhamento da enfermagem, como fazer? Realmente a presença do preceptor nos atendimentos é inconcebível? Seria possível o preceptor ajudar na condução do processo de trabalho da equipe sem vivenciar a atuação das enfermeiras residentes? Como fazer o apoio institucional sem estar minimamente presente na unidade em que as enfermeiras estão lotadas?

Enfim, são várias questões que, independentemente de serem aqui respondidas, apontam a fragilidade existente no processo de trabalho da preceptoria. Há fragilidades que precisam ser superadas para que se garanta a qualidade da formação. Não conseguindo estar junto aos residentes na realização da tenda invertida, o preceptor acompanha de forma incompleta. Ele se restringe ao teórico-prático e deixa de intervir no componente que representa a maior carga-horária e conseqüentemente o maior peso na aprendizagem no programa (BRASIL, 2006).

Essa postura de PC2 revela ainda uma nuance da atuação do docente em uma EIP. Para o acompanhamento realizado pelo preceptor de campo, também pode existir uma diferenciação entre as categorias profissionais. Muitas vezes, pela configuração do processo de trabalho, o acompanhamento se dá de formas diferenciadas, acarretando maior identificação ou maior dificuldade de acesso. Em Maracanaú, PC1, ao contrário de PC2, afirma que teve mais facilidade de estar incentivando o trabalho das enfermeiras residentes, visto que ela também é enfermeira e trabalhava na ESF até o momento em que foi convidada para a preceptoria. Desta feita, ela acabava cobrando mais e intervindo mais na atuação das enfermeiras. Ao passo que para PC2 as práticas da enfermagem geraram distanciamento, para PC1 houve uma maior identificação. Nem um dos dois casos é o ideal. O preceptor de campo precisa acompanhar a equipe. As enfermeiras residentes fazem parte dessa equipe. Mas, não pode haver uma diferenciação tão grande. Acredita-se que esse amadurecimento da

docência no campo da saúde ainda está em processo. Os preceptores estão aprendendo com a prática, com seus erros e acertos.

Em Maracanaú, a postura de crítica para com a preceptora de campo foi um pouco mais localizada, mas não deixou de existir. Na revisão do artigo de Pagani e Andrade (2012), percebe-se que também na realidade de Sobral, cada preceptor agia de uma forma própria. E também as avaliações do mesmo preceptor eram bem diferenciadas. Por ser um processo relacional, subjetivo e em ato, as perspectivas de análise e de relacionamento também são bastante variáveis.

Já o preceptor de núcleo, segundo as próprias preceptoras, também tem a função de ser um facilitador, mas operam em um processo de trabalho bem mais simplificado que o preceptor de campo, uma vez que preocupam-se com o fazer da categoria profissional e com a inserção do residente no serviço e na equipe, mas não assumem as funções de apoio institucional típicas da relação com a instituição executora, nem as tarefas burocráticas junto à instituição formadora:

Eu vejo assim o preceptor como um facilitador, a gente não pode tá dizendo o que eles vão fazer, a gente facilita, tira assim alguma dúvida, às vezes puxa a orelha – olha assim e não é nem ensinar porque todo mundo sabe. Eu acho que o preceptor o papel dele é mais de observação e depois sentar e ver onde pode melhorar, onde pode acontecer melhor – isso aqui ‘oh vamos fazer assim’ (PN3).

Eu acho que ele tem que estimular sempre, trazer coisas novas, textos, estudar junto, tá presente nas ações né, mostrar os caminhos principalmente no início quando eles chegam toda a rotina como é, porque acontecendo isso eles passam a não precisar de você mesmo, eles já chegam com as coisas resolvidas sabe? Mas, eu acho muito importante também a observação no início. Tem que observar e observar, a gente só aprende observando né e depois fazendo. PN5

PN5 complementa sua fala apontando ainda que o preceptor de núcleo, além de facilitador, assume o papel de ser exemplo para o residente em formação. Principalmente nos casos dos residentes recém-formados é o exemplo do preceptor de núcleo que norteará sua prática e suas tomadas de decisão no campo de atuação:

Eu vejo que foi muito importante a medida que elas observando a minha preocupação, a minha postura, a minha criatividade, o meu poder de encaminhar e de tentar articular, elas faziam o mesmo né. Se não ver isso, não tiver o preceptor como espelho e se for só aquele que tá detrás do birô né ou só mandasse fazer talvez ela não marcaria tanto esse caso e a gente não teria conseguido avançar tanto, melhorar tanto a situação daquela família né. PN5

Eu sempre tentei conversar com as meninas e tudo e mostrar que a nutrição não caminha sozinha, é aquele velho dilema que a gente

comenta muito, por exemplo, de que como é que eu vou garantir uma alimentação saudável, por exemplo, pra um paciente que não tem recurso nenhum. Então, quais são as possibilidades que a gente pode ter? Com quem a gente pode articular? [...] eu procuro sempre trabalhar muito fazendo essa atuação multi ou interprofissional [...] a experiência do preceptor influencia a prática do residente PN2

Percebe-se, ainda pelas colocações de PN5 somadas ao que fala PN3, que há certa peculiaridade na condução da preceptoria de enfermagem:

Eles chegaram e no início era acompanhar a rotina, e eles colados mesmo né, porque a maioria é recém-formado e mesmo eles já sendo profissionais a grande maioria não tem experiência nenhuma né quando entra. [...] então elas colaram mesmo a cadeira do lado, e eu também só fui perceber que elas precisavam caminhar sozinhas com muitas reuniões da Escola. [...] Mas, as que ficaram lá comigo não, ficaram bem uns seis meses pra pegar toda a rotina e na maior tranquilidade. Mas, aí de tanto a Escola insistir e dizer a importância, elas também entenderam que elas precisavam assumir a área, precisavam mostrar pra população que elas eram referência naquela agente de saúde, daquele problema, daquela situação que a pessoa teria que tá procurando não primeiro a mim pra depois chegar a elas, aí foi que elas foram mais, sabe? E eu vim trabalhando pra deixar isso solto né, porque você fica com receio e também muitas dúvidas no início. Mas, hoje em dia elas já tocam a unidade assim os problemas, as situações da maneira como eu orientei e muitas vezes mais criativas, com mais iniciativas (PN5)

Como preceptora assim no início a gente, as meninas acompanhava a gente e ficava aquela coisa mais de observação e depois elas assumiram a área e foram ficar responsáveis pelas microáreas (PN3).

No caso da enfermagem, profissão que tem, na ESF, uma atuação generalista mais bem definida, e, portanto, bastante ampla em termos de conhecimentos e habilidades técnicas, as preceptoras relataram que precisaram estar no início trazendo as residentes para acompanharem seu processo de trabalho. Ou seja, pela falta de experiência inicial, os enfermeiros residentes foram conduzidos a observar a atuação do preceptor. Apenas depois de um tempo ele foi assumindo a função de enfermeira (o) e “*tocando a unidade sozinho*”. Essa realidade só foi relatada na categoria de enfermagem. Como a(o) enfermeira(o), assim como o médico, é da equipe de referência e, portanto, é a (o) primeira (o) a acolher os usuários na unidade, recebendo pacientes com problemas ainda desconhecidos e não investigados, esta necessidade de observar por mais tempo o trabalho do preceptor antes de atuar de forma autônoma se justifique. Outros profissionais residentes, como fisioterapeutas e psicólogos, atuam mais prestando apoio matricial à equipe de referência. A maioria dos casos que recebem já tem uma hipótese diagnóstica e eles atuam mais no sentido de orientar a conduta da

equipe somando o olhar da fisioterapia e da psicologia, por exemplo. Por isso, aqui ressalta-se essa diferença.

Ao mesmo tempo, partindo-se dessa lógica da atuação na assistência, há certa dificuldade em o próprio preceptor, tanto de núcleo como de campo, reconhecer sua atuação docente como intervenção junto ao residente e à equipe:

Eu acho que minha participação nesses casos era muito pequena. Nem eu acho que deva ou queira aparecer muito nisso. Eu acho que eles são auto resolutivos. [...] Eu vejo, eu também me afeto, às vezes a gente senta e conversa sobre aquele caso, troca ideias e impressões, mas é isso (PC2).

Essa colocação de PC2 traz à tona uma contradição: o preceptor atua na discussão do caso e no compartilhamento de ideias sobre as intervenções a serem realizadas naquela situação, mas, mesmo assim, julga que não participa dos casos. Essa dicotomia é sinal de que o preceptor não reconhece sua atuação docente, muito menos valoriza-a como deveria. Qual a melhor forma de intervenção do preceptor de campo que não promovendo a discussão interprofissional das condutas e o compartilhamento de impressões?

Em uma estratégia de EIP, o principal papel do preceptor é exatamente este de promover a CIP e facilitar a integração dos saberes e fazeres de modo a promover o processo educativo. Como afirma PC1, *“eu acho que o preceptor tem papel ativo na colaboração”*. No entanto, o modo de intervir nesse sentido é sutil, é dialógico e não necessariamente clínico.

Os residentes reconhecem esse papel para o preceptor de campo:

Eu acho que ele [o preceptor] é uma figura muito importante pra provocar mesmo, a partir da nossa prática cotidiana, porque todo caso necessita dessa relação de múltiplos saberes e não me sinto provocado pra discutir e ir além do que aprendi na faculdade. Eu acho que o preceptor, na medida em que ele problematiza a própria realidade, automaticamente, ele já provoca isso, na medida em que estou trabalhando com outros profissionais. RA1

Todas as nossas reuniões, quando a gente tem aquelas reuniões... Ai ela mesmo sugeria: ‘será que não era melhor que você atendesse junto com a nutrição? eu vi aqui que o calendário não tem ninguém da nutrição, mas sempre tem as mesmas pessoas e até sobrecarrega esse grupo... e se a gente dividir essas tarefas pra todo mundo? Não vai ficar muito melhor com várias cabeças pensantes? Você já mostrou pra alguém isso aí? Pergunte ali a fulaninho se esse entendimento é assim mesmo.’ RM6

quando a gente ia fazer o cronograma, aí às vezes o RA1 fazia o cronograma dele e eu e RA2, só eram nós três, aí eu e RA2 fazendo

um cronograma e RA1 fazendo outro totalmente diferente e não era uma equipe, entendeu? Aí a PC2 percebeu que isso tava acontecendo e a gente também disse a ela que tava tendo isso aí e que ninguém sabia porque era que tava se afastando da equipe né, não sei se é porque não concordava com alguma coisa não sei, aí ela dizia vocês tem que fazer não sei o que e pronto, aí ela colaborou muito nisso e a gente hoje faz tudo num cronograma só, voltou a fazer. RA3

nas próprias ações, por exemplo, outubro rosa, do novembro azul, que a gente realizou foi muito importante, foi muito valiosa, que foi o novembro azul na praça né, então foi muito massa, juntou os R1 com os R2, então foi todo mundo, agente de saúde, a gente mobilizou toda a atenção básica praticamente, a gente foi todo mundo para praça, e a gente realizou várias atividades, eram várias tendas, então elas, os preceptores sempre costumam aproximar todo mundo, principalmente de campo, né, ela sempre procura né, realizar essa interação dos vários profissionais. RA8

Nas suas colocações, os residentes acabam exemplificando momentos em que o preceptor de campo atuou na perspectiva de facilitar a CIP e reconhecem também a preceptoria de campo como aquela figura que acolhe as percepções dos estudantes e, a partir de sua função de facilitadora do trabalho do grupo, leva uma proposta de mudança, como aconteceu no caso citado por RA3. Em alguns momentos da observação participante em Maracanaú também foi possível visualizar alguns residentes recorrendo ao preceptor de campo para mediar conflitos ou dificuldades de relacionamento existentes dentro da equipe de residentes. Esse tipo de relação com o preceptor reforça o entendimento que os residentes tem de que a função de campo perpassa também essa articulação da equipe não só profissionalmente, mas também na seara das relações interpessoais.

Nessa perspectiva, o preceptor de campo promove a CIP e também a EIP quando ele adota, além do processo de trabalho e da prática clínica, as relações como seu objeto de trabalho e intervenção.

Por outro lado, o papel do preceptor de núcleo na promoção da interprofissionalidade não é reconhecido pelos residentes:

“Eu não vejo que ela [preceptora de núcleo] tem muita influência nessa relação não... não sei se pela pessoa, pelo perfil da preceptora [...] Eu vejo mais como crescimento enquanto enfermeira, tem muito a acrescentar, mas na interprofissionalidade não...” (RM1).

“Puxar, puxar... não... pra interprofissionalidade não. Não. Ela acaba não tendo muito esse movimento...” (RM6).

“O [preceptor] de núcleo eu não tô conseguindo enxergar agora, por que a gente fica muito fechado ao nosso campinho, nosso

quadrado, a não ser quando a gente faz visita que ele vá também, ai pode ser percebido” (RA2).

“Com relação ao [preceptor de] núcleo eu não senti muito não... com relação a parte da odontologia né, dá todo aquele cuidado, vai lá no turno, mas... eu acho que o preceptor de núcleo ele tá muito focado na categoria mesmo, nas práticas clínicas...” (RA9).

Apenas em um caso, a residente cita a atuação da preceptora de núcleo na perspectiva de promoção de uma atuação interprofissional. Esse caso é peculiar uma vez que a promoção acaba sendo pelo exemplo e pela experiência prévia que a preceptora tem em fazer essa colaboração com a fisioterapia:

A PN2, ela tem uma interação muito grande com o PN1, que é preceptor da Fisioterapia, que é do NASF dela... então por isso... acho que ela acaba puxando... porque ela fica apontando que visita tal dá pra fazer com o fisio. Ai essa coisa ai de visita ela estimula. Amanhã ela pediu pra eu ficar no aleitamento materno... ai ela já chamou a cirurgiã-dentista da unidade também. Por ela ser do serviço ela acaba articulando tudo isso... (RM2).

A partir do que aqui foi relatado, a atuação do preceptor de núcleo na promoção da interprofissionalidade ainda é um desafio. Não é porque ele foca no núcleo que deve deixar de, acompanhando o fazer do residente de forma mais próxima e conhecendo as nuances de inserção daquele núcleo profissional na ESF, incentivar a integração. Essa postura que RM2 atribui à PN2 é um exemplo de como pode acontecer essa promoção da interprofissionalidade no cotidiano. Assim como discutido quanto ao preceptor de campo, o de núcleo deve, saindo um pouco da dimensão da assistência, observar a atuação de seu residente na perspectiva das competências transversais que pretendem ser desenvolvidas ao longo da formação. Nesse sentido, eles devem sempre incentivar a interprofissionalidade e a CIP.

Com certeza, um passo importante nessa promoção da interprofissionalidade tanto pela via do campo, como pela dimensão do núcleo, é a maior interação entre preceptor de campo e preceptor de núcleo.

[Ambos] são atores chave mesmo da residência, são papéis importantes da residência, lógico o residente ele é o fundamental, mas esse casamento, assim... essa ligação preceptor de núcleo e preceptor de campo tem que tá sempre vivo, porque vai interferir na condução do residente e vai interferir no seu planejamento, em tudo PN1

PN4 também reforça essa necessidade de maior integração entre os preceptores visto a potência desse encontro:

Nesse tempo todo eu acho que eu só tive oportunidade de sentar um pouquinho com o preceptor, o nutricionista uma vez, aliás, nenhuma

vez com o nutricionista, com o psicólogo uma vez. Aí eu sinto falta assim dos preceptores assim, acho que deveria se encontrar mais...  
PN4

O próprio PN1 reconhece a contribuição que essa integração trouxe para o seu processo de trabalho enquanto preceptor, bem como para sua identificação com a função:

teve um pequeno período, por volta da metade da residência, que eu notei o meu lado preceptor de núcleo enfraquecendo um pouco com a preceptora de campo, mas ela sempre puxando, puxando e não deixou aquilo ali, tava um pouco apagado, mas ela não deixou apagar em nenhum momento, então sempre puxando, puxando e foi que eu fui me adaptando, me adequando a uma nova realidade e ali acendeu novamente graças a Deus. E a gente nota a diferença esse período que eu passei sem ter esse vínculo muito com a preceptoria de campo nisso, porque no momento agora que tá muito bom e que refletia na minha conduta com o residente, porque teve momentos que ela chegava ó é isso, isso que tá acontecendo. Quando eu ia pro meu residente eu ia mesmo pro foco, eu ia mesmo no ponto e não dava muito rodeio e ia mesmo naquele ponto onde eu queria chegar e aonde ele realmente percebia “ah é isso que ele tá querendo falar, então vou ter que melhorar nisso, melhorar naquilo”. Então, teve essa integração muito boa que eu vejo dos preceptores se comunicarem e que vá influenciar na residência, no seu processo de trabalho com os residentes, porque muitas vezes eu fui sinalizado de coisas que eu não enxerguei de hipótese alguma, porque o momento ela tá constantemente e eu esporadicamente PN1

[minha atuação] Mudou a partir do momento que eu tive essa ligação mais forte com a preceptoria de campo e que eu comecei a entender realmente o desenho da residência e que eu comecei a me planejar, porque eu sempre venho fazendo planejamentos, mas quando eu comecei a ter uma rotina maior de planejar eu vi sim que agora eu posso dizer que eu consigo realmente desenvolver esse papel de preceptor. [...] Então, realmente agora sim eu posso dizer que me identifico e que eles me identificam como preceptor. PN1

Essa interação entre os docentes em serviço já é apontada por Barr e Low (2013) como característica necessária à implantação da EIP. No caso aqui estudado, a existência de dois tipos de preceptor já é uma prerrogativa para essa integração. Além disso, essa aproximação e consenso entre preceptores de campo e núcleo já é exigida no momento da avaliação, o fato de ela não acontecer apenas pontualmente facilita inclusive que a avaliação aconteça em processo e que a soma de olhares dos dois preceptores possibilite intervenções mais acertadas e diretas na dificuldade que o residente está apresentando. E, como afirma PN1, caso haja uma boa relação entre preceptor de campo e de núcleo esse processo de avaliação e devolutiva para o residente não precisa se restringir ao momento formal de avaliação semestral, mas pode e deve acontecer diariamente, potencializando educação em serviço. PC1 concorda com essa

necessidade de somar os olhares para que a avaliação do residente seja multidimensional:

Junto aos preceptores, a gente tenta ver o meu olhar com o residente, que é diferente do dele [preceptor de campo]. Por exemplo, a capacidade técnica. Não posso avaliar um fisioterapeuta nem um assistente social, porque não sou dessa profissão. Então, estou vendo mais no geral como ele está desenvolvendo as atividades da residência e chego junto ao preceptor pra gente poder fazer com que as coisas aconteçam da melhor maneira possível. PC1

Apesar de essa reflexão ter sido feita apenas por PC1 e PN1, ressalta-se que a atuação como preceptor, independentemente de ele participar da formação promovida pela instituição formadora, coloca aquele sujeito diante da necessidade de adquirir novas posturas e novos conhecimentos diariamente. Essa exigência que a prática lhe faz é o que, de forma basal, motiva a integração com os demais preceptores, a busca de formação teórico-conceitual e também a promoção da interprofissionalidade.

Entretanto, para entrar nesse movimento de integração conduzido pela residência, é preciso identificar-se com a proposta de trabalho, como afirma RM1: *“a gente vê diferenças marcantes de preceptores que realmente estão ali porque querem, fazem aquilo porque gostam, porque tem perfil... e de preceptoria que não... a gente vê a diferença (RM1).*

A mesma residente, ao comentar sobre o papel de sua preceptora de núcleo, exemplifica como essa não identificação interfere no processo da residência: *“ela não veste muito a camisa da residência e acho que isso acaba interferindo. Por medo... aquele medo [da gestão] que a gente havia comentado, ela acabou assumindo a função, mas sem identificação e eu acho que acaba interferindo” (RM1).*

E ainda chega a comentar que acha necessário ter uma seleção para os preceptores, enquanto mecanismo de garantir o ingresso nessa função de pessoas realmente interessadas em exercer o papel docente:

Primeiro de tudo: eu acho que os preceptores deveriam passar por algum processo seletivo. Não deveria ser indicação, porque precisa ter perfil. Eu acho que a preceptoria é um componente fundamental para a residência acontecer. E se o preceptor não tem o menor perfil... interfere muito. Então eu acho que mesmo que fosse indicação, deveria ter uns parâmetros para quem indica avaliar se a pessoa tem mesmo o perfil pra aquilo, se realmente ela quer, se gosta e tudo mais. (RM1).

Como RM1 questiona, atualmente, a escolha dos preceptores, na RIS-ESP/CE, se dá por indicação. Como a concessão da preceptoría fica a cargo da instituição executora, neste caso os municípios, há normalmente a escolha pela gestão municipal de algum trabalhador que já integra o quadro de funcionários daquele município. RM1 aponta esse modelo de escolha dos preceptores como um desafio.

Nesse contexto, a questão do vínculo e da regulamentação do papel do preceptor também acaba se apresentando como um desafio importante. Muitas vezes esses profissionais se sentem desvalorizados pelos residentes e pouco apoiados pelo gestor, fator que desestimula o trabalho na docência:

Existe ainda um discurso da escola que a gente concorda de que o preceptor é muito importante, mas o residente não enxerga isso, não faz sua parte. Alguns residentes faltam, não dão satisfação e a gente não se sente bem. Existe ainda um desrespeito. É um processo que nós, enquanto preceptores, precisamos estar construindo junto ao residente. Alguns não, tem residente que tudo o que vai fazer me liga, manda mensagem, pergunta se dá certo, combina comigo. Outros, eu sei por acaso, porque a gente não tem pernas pra estar em todo canto. Eu sei, por acaso, quando fulano não foi pra o posto. Então, eu ainda sinto certa desvalorização do preceptor e acho que também a gente sente isso um pouco dentro da gestão. PC2

Outra coisa pra acontecer melhor é o preceptor ser normatizado, alguma coisa pra o preceptor, porque foi bem difícil no início a gente aceitar não ser remunerado né, não ser remunerado de jeito nenhum, porque hoje em dia né a gente sabe o quanto é difícil, a gente trabalha todo dia, mas a gente percebe que essa não remuneração desmotiva muito [...] então só continua quem gosta de ensinar mesmo, quem vê que isso é um crescimento profissional todo dia né (PN5)

O negócio é que às vezes também o sistema, o gestor não dá apoio que a gente precisa, porque tem muita coisa que precisa de recurso e a gente não tem né, às vezes sai do bolso da gente pras coisas funcionar como é pra ser né. PN3

Essa desvalorização é percebida tanto na fragilidade do vínculo do preceptor, bem como na falta de apoio financeiro e estrutural para a realização do seu trabalho. A maioria dos preceptores da RIS-ESP/CE já é profissional de saúde do município onde esta organizada a RIS-ESP/CE ênfase SFC e não recebe incentivo financeiro adicional para exercer esse papel. E, até mesmo a liberação da carga horária necessária para o acompanhamento dos residentes não é feita sem sobrecarregar os preceptores. Como afirma PN4, até acontece a liberação, mas não há uma redução das exigências e/ou metas a serem cumpridas pelo preceptor em sua outra função.

pela secretaria sempre que eu precisei sair lá do hospital no início [...], eu tive dificuldade porque tinha a minha demanda e eu tinha que bater

uma meta – ó no final do mês você tem um PPA tal e você tem que, então assim, pra mim era muito complicado porque eu saía quarta de manhã e sexta de manhã, então a quarta de manhã que eu saía quando era na terça eu tinha que trabalhar pela quarta e quinta eu tinha que trabalhar pela sexta porque eu ia sair na sexta. No início eu tive muita dificuldade, chorei, falei que não ia mais ser preceptora, que tava muito difícil e depois até na reunião eu coloquei pro secretário e ele disse: “não, pois isso não é pra acontecer”, que foi junto com a escola que foi uma visita da escola e tal, aí eles tipo assim me liberaram mais pra poder fazer a preceptoria, assim comparecer mais (PN4).

Algumas vezes a liberação acontece, mas apenas para o turno da tenda invertida, no entanto o preceptor, como todo docente, precisa de momentos de planejamento, os quais, na maioria das vezes, não são disponibilizados na carga horária deles, como se lamenta PN1.

Então, em relação à preceptoria por falta de tempo muitas vezes não se tem o planejamento que gostaria de ter pra executar aquelas rodas, [...] Aconteceu vezes d’eu chegar na roda de núcleo de paraquedas sim, de eu ver o manual uma hora antes, uma hora e meia antes por causa da rotina de trabalho, as coisas que tinham que ser feitas, aconteceu (PN1).

Entretanto, apesar das dificuldades, os relatos de muitos preceptores demonstram o quanto eles tem amadurecido na assumpção de seu papel docente. Ao descreverem sua atuação prática e suas percepções sobre ela, fica evidente a adoção de estratégias e embasamentos teórico-metodológicos típicos da proposta pedagógica da RIS-ESP/CE.

Dentre as atividades inerentes a esse papel de preceptor, a condução das rodas, por exemplo, ainda é um desafio. Este momento exige estudo, preparação e, além disso, exige que o preceptor saiba repassar esse conteúdo de forma adequada com o método da roda, ou seja, se faz necessária a adoção de uma postura horizontal para com os residentes.

Todos os dias antes de ir pra roda, eu ficava estudando, estudava literalmente os assuntos, eu lia os textos pra não passar batido e poder de fato contribuir, fazer meu papel ali dentro. Às vezes, era difícil, mas outras vezes era muito fácil, porque o residente sentia minha fragilidade e eu dizia que não sabia disso direito, vamos construir juntos e aprender juntos. A gente conseguia. Hoje, é mais fácil, porque a gente está mais familiarizada com os alunos. As rodas que a gente faz com os R1 eu já fiz com os R2, às vezes, a gente já traz alguns produtos das outras rodas. Então, hoje, é muito mais fácil, mas no começo, não só as rodas, tudo foi um grande desafio pra mim. Era muito difícil. PC2

eu tenho essa certa humildade em relação aos residentes porque eles estão em serviço a mais tempo do que eu, eu só tô em serviço vinte

horas e eles têm sessenta horas. Eles têm contato com a comunidade a mais tempo do que eu, então eu tenho certeza como dois mais dois é quatro como os residentes sabem mais coisa da comunidade, o perfil e várias outras coisas do que eu. PN1

Tanto PN1, quanto PC2, cujas falas foram aqui registradas colocam-se em uma posição que não é superior ao residente, mas uma postura de quem está ao lado no processo de ensino-aprendizagem. É certo que o preceptor tem a função de preparar-se e fornecer os recursos necessários para a metodologia prevista para a roda, mas a condução não é só dele. Há um diálogo, uma troca, e o preceptor também coloca-se como aprendente nesse processo. O docente é aquele que se coloca ao lado e não acima, que estabelece relações horizontais de ensino-aprendizagem e fomenta a autonomia dos estudantes (BARR, 2009; FRENK et al, 2010).

Nesse modelo da educação de adultos, é preciso que ele reconheça sua atuação para além da punição ou da fiscalização. E isso é colocado pelos próprios preceptores como uma intuição que eles foram amadurecendo com a prática da docência em serviço:

eu estava tentando entender o papel de preceptor, mas desde o início eu vi que esse de punir, fiscalizar, de ver o que o residente tá fazendo, em nenhum momento eu exerci isso e vi que não é esse papel. Mas, exatamente de contribuir nas potencialidades daquele residente, nas fraquezas e de contribuir pra que ele ganhe artifícios, ganhe meios pra melhorar (PN1)

Os próprios residentes, egressos de uma graduação no modelo tradicional, de início entendiam o preceptor como fiscal, como alguém que deveria autorizar ou não determinada tarefa, como alguém que observava sua atuação sempre com o intuito de avaliar e, se for o caso, punir. Apenas com o amadurecimento também dos residentes é que puderam ser alinhadas as diferentes interpretações do processo e alguns equívocos, que podem ter partido em parte tanto do preceptores quanto dos residentes foram ajustados:

É sempre muito falado aqui que tem uma hierarquia... então gestão, fulana, fulana, preceptor de campo, preceptor de núcleo e residente. Isso acaba interferindo porque eu acho que não era pra ser uma hierarquia, era pra ser uma coisa linear... uma coisa que preceptor de campo não tá acima de preceptor de núcleo, preceptor de campo não tá acima de residente. Eles estão aqui para estar facilitando o processo da residência como um todo e não como um supervisor, como um chefe. E aqui se confunde muito isso. De que você não pode fazer atividade tal se não pedir autorização do preceptor tal... então acho que acaba interferindo. Isso é um desafio muito grande. Para mim é muito difícil [...] Antes por exemplo, se eu tivesse um atendimento de

puericultura hoje e eu visse que era mais viável o de planejamento familiar, eu não podia modificar. Tinha que comunicar antes para a minha preceptora... porque ela tinha que saber o que eu estava fazendo e se realmente eu poderia fazer aquilo ou não. Então era como se fosse pedir autorização pra chefe. Mas hoje em dia eu já tô tentando fazer as coisas diferente. ‘Cadê minha autonomia profissional? E não sou eu que sou a enfermeira da área não? Não sou eu que tô lá todo dia não? É fulana que vai saber a necessidade da minha comunidade e da minha população? Não é fulana. Sou eu. RM1

porque no começo, todos nós passamos por isso porque a gente era meio tímida assim. Hoje eu posso falar muito, mas a questão quando chega no paciente a gente não tinha segurança, não por não saber da minha profissão ou do que, mas não saber chegar. [...] E ela [preceptora de campo] cobrava muito nisso da gente – vocês tinham que ser mais não sei o que, e às vezes a gente não concordava o jeito que ela chegava, às vezes ela ia pra uma visita com a gente aí fazia – e aí vocês não vão dizer nada não? tipo parecia que era uns estagiários, a gente se sentia estagiário, se sentia literalmente. Aí graças a Deus que ela começou a não ir mais muito pras visita com a gente e a gente começou a se soltar, acho que é porque tinha ela parecia uma fiscal e quando você sabe que você está sendo observado você age de forma diferente, aí a gente não gostava muito disso, aí depois que ela saiu pronto, agora ou eu ou a outra residente, qualquer pessoa da equipe da gente consegue ministrar o grupo tranquilamente e sozinho (RA3)

Em relação ao acompanhamento das atividades práticas, os preceptores reconhecem que devem atuar muito mais como facilitador. Uma das competências do preceptor que favorecem sua intervenção junto ao residente é a experiência e o conhecimento que ele tem sobre o município, sobre as relações de gestão, sobre a rede de saúde e de outras políticas sociais e urbanas, sobre as nuances da atuação prática na ESF. Como afirmam RM3 e PN3, o preceptor contribui para localizar o residente dentro do cenário de práticas onde ele está inserido:

Como eu cheguei ao município, não tinha muito conhecimento da dinâmica e mesmo da questão do trabalho na saúde, que não tinha muito conhecimento. Tanto ela [preceptora de núcleo] quanto a preceptora de campo deram suporte muito grande pra gente nesse sentido, de estar mostrando pra gente pra onde ir, qual direção tomar, qual o caminho e tudo. Eu acho que a preceptoria foi bem interessante (RM3).

Então assim, eu sempre mostrei muito, conversei muito. Logo que as meninas entraram eu mostrei quais eram as opções que a gente tinha aqui no município né. Que aqui no município a gente tem muitos equipamentos da segurança alimentar nutricional e tentei sempre passar isso pra elas que juntos, trabalhando junto a gente consegue ter um resultado muito melhor porque só a nutrição limitada não adianta. PN2

De forma complementar ao que é apontado, PN3 traz à tona um aspecto da atuação do preceptor também muito importante: a orientação dos residentes quanto às

competências atitudinais que ele precisa desenvolver. Com a experiência na área, a preceptora tem muito a contribuir com o processo de formação do residente na dimensão afetiva:

Porque às vezes assim eu já vi gente “ah meu residente tem que fazer desse jeito”, não, a gente não tem que fazer assim. A gente senta, conversa, discute qual a melhor forma, se eu ver uma atitude que eu veja com a minha experiência que não tá dentro né, porque cada pessoa age de uma maneira e às vezes as pessoas agem achando que tá certíssima né, e você sabe que com o usuário você tem que ter muito jogo de cintura, saber dar um Não, saber dizer porque aquilo não tá funcionando e chegar não, não posso lhe atender não porque hoje eu vou fazer isso. [...] Olhe, eu trabalho em saúde pública há quase vinte anos, [...] Sempre quando eu sento com as meninas da enfermagem eu digo pra elas escute ao menos o que ele tem pra dizer, porque você faz a diferença escutando o paciente. Às vezes você diz hoje eu vou atender isso e fecha a porta, minha agenda tem isso. Isso não funciona na saúde pública, nem que você não atenda aquela pessoa, mas você tem que conversar com ela, dar uns cinco minutos pra ela e explicar porque – ó tal dia entra esse programa que você veio me procurar, porque é aí que você vai criando o vínculo, a troca né e até o paciente entender de receber um Não, porque o paciente às vezes não sabe receber um Não porque o Não é mal dado (PN3)

São tantas nuances da atuação do preceptor que, quanto mais se discute, mais se percebe a importância dele. No entanto, o reconhecimento das competências e possibilidades de intervenção do preceptor é algo que vai se dando aos poucos. Apesar das dificuldades aqui relatadas, a maioria dos preceptores ressalta o grande aprendizado que adquiriu na RIS-ESP/CE. A atuação enquanto preceptor:

- Desenvolve neste sujeito competências para o trabalho com grupos e gestão de pessoas, aprofundando habilidades e atitudes que eles não conseguiam apenas com a atuação na assistência:

Eu gosto muito de trabalhar com gestão de pessoal, eu acho que me identifico muito. Eu me considero dinâmica e muito ágil. Talvez, eu tenha me encontrado nisso. Gosto muito da parte de educação. Acho que é uma área que eu gostaria de continuar [...] Porque, muitas vezes, quando eu fazia parte da Saúde da Família, não esperava por ninguém, eu mesma ia lá e fazia. A residência me trouxe essa capacidade de enxergar no outro que ele também pode fazer junto comigo. PC1

- Favorece a aquisição de conhecimentos multiprofissionais a partir da interação com outras categorias:

Hoje em dia eu já me sinto um pouco nutricionista, um pouco fisioterapeuta porque é muito bom contar com a presença delas, não só referenciar como geralmente acontece e acontecia né passar a bola ou encaminhar não. Hoje em dia a gente já discute o caso né, a gente foi aprendendo isso que era importante não ter uma pastinha pra botar os

encaminhamentos e sim uma conversa pra se passar o caso e ter o feedback né. PN5

várias vezes [...] por exemplo, tava sem preceptor de assistente social eu acompanhava, a gente conversava e teve coisas que eu não sabia e comecei a entender porque aqueles relatórios que elas tinham e que a assistente social escreve muito, então assim, eu nem sabia, mas aí eu fui entender como é a demanda, como é que elas conseguem e quem não tem identidade e não sei o que e aí ela me explicou. Então assim, eu estimulava – é bom você saber porque às vezes você tá num atendimento pessoal lá e às vezes a paciente lhe pergunta uma coisa e você não ter que dizer ah vou chamar fulano, então assim, você se apropriar também e dizer não, você vai na Casa do Cidadão tira essa identidade assim, leva tal documento assim. É uma coisa que é do outro, mas que não tem problema ser seu também igual como ela também. PN4

- Estimula o estudo e, dessa forma, promove a educação permanente também junto aos preceptores:

Eu acho assim que é muito válido tanto pra mim que já tô muito tempo e como pra aquela pessoa que tá chegando ali, pra mim foi um ganho muito grande que eu voltei a estudar, eu tava muito acomodada. A gente volta a estudar, a gente volta a pesquisar, é uma troca muito boa. As meninas vem cheias de teorias novas e com a mente bem fresquinha e eu com a prática e a vivência, aí foi uma troca maravilhosa. PN3

- Traz a valorização desses profissionais a partir do momento em que eles se sentem atuando de uma forma que favorece a comunidade e o aprendizado dos residentes:

Como eu me sinto como preceptora? Eu me sinto, a gente se sente até lisonjeada porque é uma coisa que a gente aprende, trabalha junto e assim a gente tá fazendo uma coisa que é pra comunidade e a gente como pessoa também a gente cresce muito né como profissional. Eu acho que é muito válido. PN3

- Elaborar também nesses profissionais uma práxis sobre sua atuação. O exercício de reflexão crítica realizado pelos residentes ressoa também sobre sua atuação, promovendo mudanças e a elaboração de novos desenhos:

Tem uma preceptora, inclusive, que falou: ‘tenho 10 anos de saúde da família e mudou tudo o que eu faço, porque eu não fazia nada do que hoje estou dizendo pra o residente fazer, eu me desloco pra ficar com meu residente no local em que está, ativo determinadas atividades nele e, quando volto pra minha área, não consigo mais fazer, eu tenho que fazer’. Isso pra nós é um ponto positivo porque não estamos ativando, desenvolvendo competências só no residente, mas também na preceptoria.C1

Até mesmo a preceptora de núcleo que não trabalha na ESF, consegue perceber os impactos da sua atuação como preceptora no seu trabalho de origem, no caso o hospital. Ela relata que já trabalhava no mesmo hospital há seis anos, mas que foi

com a experiência da residência que conseguiu propor e realizar mudanças em seu processo de trabalho, chegando inclusive a disparar uma iniciativa de educação permanente para com os funcionários do hospital:

[...] no hospital que depois da residência, depois que eu entrei eu pude também lá transformar algumas coisas. Os pacientes que não necessariamente precisavam ir todo dia pra aquela reabilitação convencional eu consegui até com as meninas e com as próprias residentes fazer eles fazerem uma reabilitação em casa. Eu fiz um curso lá dentro do hospital mesmo de cuidador e essas coisas [...] da residência pra dentro do hospital, que antes era só assistencial (PN4).

Percebe-se, com essa análise do papel do preceptor, que ele é um ator chave no processo de ensino aprendizagem. Ele atua como um guia. Nesse processo, ele depara-se com situações inusitadas e precisa reinventar-se profissionalmente. Além de profissional da saúde focado na assistência, ele precisa descobrir-se docente em serviço com todas as nuances que esse tipo de educação exige que sejam implementadas. Por isso, o ser preceptor é um processo de ensino, mas também de aprendizagem. Essa aprendizagem não acontece apenas na formação teórica oferecida pela ESP-CE, mas na prática, no cotidiano, nas relações, nas intervenções, nas trocas.

### **5.2.3 Cenários de práticas: a estranheza de ser residente**

Quando se observa as diversas colocações apontando as vantagens da organização do processo de trabalho-aprendizagem da RIS-ESP/CE enquanto estratégia de EIP, evidencia-se a centralidade do cenário de prática. O local de atuação, por mais diverso e amplo que ele seja na realidade da SFC, configura-se como o plano de fundo da formação. É lá onde acontecem os principais aprendizados ou onde aquilo que é aprendido nos momentos teóricos se efetiva e se concretiza enquanto aprendizado significativo. Adotar esse lugar como locus de ensino-aprendizagem, transforma também o papel dos serviços e dos profissionais de saúde. Os serviços passam a ser escola e os profissionais docentes (LIMA, 2005).

O cenário de práticas é o local onde o residente vai desenvolver suas atividades práticas. Esse local é um serviço de saúde como qualquer outro, é um dispositivo da rede de Atenção Primária à Saúde do SUS. É portanto um equipamento

de saúde com as mesmas dificuldades e desafios da organização do sistema de saúde brasileiro, é, como falaram alguns entrevistados o “*SUS real*”.

Chegar a esse lugar imperfeito buscando uma formação pautada integralmente nos princípios do SUS causa, de início, como aponta PC2, um choque de realidade, seguido de muitas críticas ao desmantelamento da gestão e da assistência em saúde com que o residente se depara:

Quando os residentes chegam nos municípios, com o SUS maravilhoso na cabeça, - C1 não gosta quando a gente diz isso -, mas existe um choque de realidade entre o que é real e o que é possível. Tem uma ponte ali, que a gente não consegue ligar e vem uma frustração junto, por causa dos residentes. Vem uma crítica feroz aos gestores e foi muito complicado, veio uma crítica enorme aos profissionais que estavam ali, que foi muito difícil, tiveram muitos conflitos. ‘Ah, porque o posto nunca fez visita de puericultura’. – ‘Como assim, estou aqui há 15 anos e você vem dizer que nunca fiz e você chegou agora?’ (PC2).

No entanto, ao final da residência, já é possível perceber posicionamentos diferentes dos próprios residentes em relação à opção pelo cenário do sistema de saúde real como lugar de aprendizagem. O “*SUS real*” também pode ser escola – escola que já forma para a realidade do mundo do trabalho na Saúde Pública do país:

às vezes eu vejo as pessoas aí querendo viajar na maionese, querendo coisas de primeiro mundo... meu irmão, tu tá numa coisa que não é de primeiro mundo, então te conforma aí, trabalha aí... que eu acho que a residência também vem nos mostrar isso. Na nossa clínica particular a gente tem tudo do jeito que a gente quer, de primeiro mundo... mas aqui não... aqui você se vira com o que você tem... eu acho que a residência também é um modo de se reinventar: ‘sim eu tenho que fazer isso aqui, mas eu só tenho papel, lápis, tesoura e cola, né? Então o que eu posso fazer?’. Sabe... eu vejo isso também. RM5

Nesta fala se percebe uma aceitação dos limites impostos freqüentemente pela realidade do trabalho no SUS. No entanto é preciso estar atento para que aceitar trabalhar com o que se tem não produza uma acomodação dos profissionais, de maneira que eles deixem de lutar por melhores condições de trabalho e de atenção à saúde dos usuários.

De fato, o período da residência é um exercício de como lidar com as potências e dificuldades práticas do sistema, como que uma preparação para o mundo do trabalho que espera aquele residente. Nessa lógica, o raciocínio é mais ou menos como C1 afirma: “*se ela conseguiu, acreditamos que, uma vez saindo da residência, ela vai ter mais elementos, porque viveu dificuldades, então vamos lá, a gente conseguiu,*

*então vamos fazer em outros espaços profissionais do futuro” (C1). Estar em um cenário de práticas cheio de desafios também desenvolve no residente a resiliência, ou seja, a capacidade de, a partir dos recursos materiais e humanos disponíveis, recriar sua atuação e extrair toda a potência daquela realidade.*

Entretanto, nem sempre chegar nesse cenário, e ainda mais chegar com a proposta de reflexão crítica e mudança, é fácil. Pelo contrário, *“uma das barreiras institucionais, o serviço que já está instituído, ali é onde o residente está locado, aí ele tem que transpor as formas de fazer daquele lugar...” (C1).*

O trabalho em equipe, que é princípio central do processo da residência, por si só exige mudanças na organização do trabalho que promovam encontros, diálogo. No entanto, instituir essa filosofia nas unidades de saúde ainda permanece desafiador:

desafio é a gente também conseguir... conseguir mesmo fazer com que as pessoas reconheçam que aquele trabalho em equipe é importante. Porque hoje em dia tem muitas pessoas que infelizmente ainda não conseguem ver o trabalho em equipe e nem conseguem trabalhar (RA7).

Como complementa C1, até mesmo as atividades propostas pela RIS-ESP/CE para tornar a prática cotidiana reflexiva, participativa e interprofissional não são compreendidas pelos profissionais do serviço como importantes, nem mesmo como atividade inerente ao trabalho.

Essas pessoas [profissionais do serviço], a formação e a vivência delas é muito mais multi e menos interprofissional. Então, quando a gente ativa que um residente, de fato, tenha uma roda de conversa, uma reunião de equipe semanal e isso é trabalho, por vezes, isso não é encarado como trabalho. Trabalho é atender, estar atrás do birô, na maca ou fazendo uma visita domiciliar, porque tem a consulta e a gente fala muito: tem que ter planejamento, avaliação, monitoração e crítica do atendimento, porque, a partir disso, novos fluxos assistenciais são feitos. C1

Daí deriva uma dificuldade de compreensão geral da RIS-ESP/CE, uma vez que o trabalho em equipe, o diálogo e a promoção da interprofissionalidade são a base da organização do processo de trabalho nessa estratégia de formação. E, em várias falas esse julgamento das atividades interprofissionais e comunitárias como “não trabalho” surge. Há a concepção de que trabalho é a assistência tradicional e individual em saúde. Tudo o que escape a isso, é enrolação, é coisa sem futuro inventada pela residência. O peso dessa noção recai inclusive sobre a preceptoria, que precisa o tempo inteiro estar

reafirmando a necessidade das ações de planejamento, debate, discussão de caso, territorialização:

Por que é diferente com os residentes? É como eu já disse, a primeira turma deu muitas respostas, mas eu tive que ouvir, por exemplo, no período em que os residentes chegam à territorialização, que eles passam o mês conhecendo o território, tinha gente que dizia assim: ‘você vão começar a trabalhar quando?’ Eles ouviram muito isso, mas eles já estavam trabalhando! PC2

Tem a questão de toda a compreensão né já que é algo novo, a compreensão de todo o sistema da importância da residência né e que eles não são aqui só pra estudar, são recebendo pra estudar e que não trabalham né, que vivem em pracinhas, em ação e isso e aquilo e que só gostam de movimentos... Porque a gente ainda tem pessoas que pensam assim e quem não está envolvido né ou então não valoriza a questão do aprendizado da educação e só pensa em consulta, consulta, consulta (PN5).

Os próprios residentes colocam como grande desafio o entendimento da gestão sobre a forma de trabalho da residência:

Assim, eu acho que, assim também [necessário] esclarecer para própria gestão, para própria equipe saúde, que nós somos residentes, que não somos só profissionais do posto, explicar também a importância das ações, da educação em saúde pra população, por que às vezes [para eles] é preferível que a gente fique trancando dentro do consultório atendo, atendo, atendo, cumprindo metas, não acham que a educação em saúde é importante né? (RA8)

De fato, o modelo de gestão implantado na maioria dos cenários supervisiona o trabalho dos profissionais através do cumprimento de metas assistenciais e quantitativas. E, por isso, encaixa aos profissionais em uma agenda prioritariamente voltada para a assistência individual curativista, privando-o de autonomia para gerenciar seu processo de trabalho. Há uma tendência a querer encaixar os residente neste mesmo esquema, no entanto, por receberem uma proposta de organização do trabalho diferente na instituição formadora, os residentes percebem essa interferência como desafio:

Mudança seria, eu acho que conscientizar os gestores. Tentar fazer com que os gestores e as pessoas que estão na ponta vejam a importância do trabalho em equipe e do trabalho da gente enquanto residente porque eu acho que isso ainda é um empecilho bem grande (RA7).

porque na residência a gente tem que seguir uma linha da instituição formadora, a gente tem que seguir aquilo... mas quando chega aqui no serviço, e em Maracanaú isso é bem forte, a gente tem que fazer o que vem de cima, o que é mandado pela gestão. Tem que fazer... que passa pro preceptor, que passa pro residente. Aí você tem que fazer, mesmo que você não esteja interessado ou não ache interessante para a saúde

do usuário, mas tem que fazer. Eu acho que isso dificulta muito (RM4)

por eles [a gestão] a gente não vai seguir todas as atividades da residência, essa questão da atividade de educação em saúde, de sair da unidade pra ir pra escola, pra rua, pros grupos que tem lá, por que as vezes tem pessoas que acham que isto é uma besteira, e a gente tenta fortalecer isto, pra eles tentarem enxergar, que isto não é besteira (RA6).

Compreendendo as ações educativas, comunitárias e de planejamento como trabalho, a configuração da agenda do residente passa a ser bem diferente daquela que tradicionalmente é seguida pelos profissionais do serviço, causando, como reconhece C1, certo estranhamento na gestão e nos profissionais do serviço.

C2, também refletindo sobre a relação da RIS-ESP/CE com os contextos de práticas, aponta que essa relação com os gestores municipais é um desafio:

“ela é extremamente delicada, sutil e é ela bem feita que garante mesmo quando o gestor ideologicamente ou pragmaticamente não segue todas as organizações e processos de trabalho que a residência dispara, mas se ele tá ganhando pra o projeto da residência isso inclusive vai a reboque trazer outras reflexões no cenário de prática”.

Pode haver esse desalinhamento entre o processo de trabalho tipicamente implementado nos cenários de práticas e a agenda dos residentes. Há a necessidade que também esse aspecto entre em negociação nessa relação estado-município, ou melhor dizendo instituição formadora-instituição executora.

A construção da agenda do residente, segundo os coordenadores, tem uma peculiaridade chave: o fato de ser construída a partir do território.

[a agenda é construída] não pela demanda profissional, mas por linha de cuidado, sobretudo a saúde da família. [...] que lida com a centralidade do território como demandante da organização do serviço. E aí isso faz com que a atenção não seja distinguida por profissão enfermagem ou odontologia, mas na equipe de referência pela dimensão do processo de trabalho, se é assistência direta e quais são as necessidades do território e que correspondem a ela, ao jeito de organizar o fluxo da unidade de saúde (C2)

Por ser um exercício de reflexão crítica e negociação entre os residentes, a construção dessa agenda configura-se também como um processo pedagógico e tem a contribuição do corpo docente da RIS-ESP/CE em sua qualificação:

A gente fala muito que essa construção de agenda precisa ser negociada, discutida: ‘ah, nesse turno preciso de um dentista, mas ele está fazendo outra atividade’. Então, não vamos botar nesse turno, vamos botar numa atividade que o dentista possa ir. Por isso, a gente fica de dois, quase três meses na residência, até essa agenda conseguir

sair de forma que a gente de fato favoreça os encontros dos profissionais que estão compondo as equipes. [...] Ainda, dentro da composição dessa agenda, além dos atendimentos interprofissionais e das atividades como um todo, porque não são só atendimentos, mas atividades que podem ser uma reunião com um conselho de saúde, com a associação, uma visita institucional, mas que seja sempre de forma interprofissional (C1).

O processo da discussão da agenda ele foi longo tanto aqui na RIS em Maracanaú quanto na Escola de Saúde Pública também né. Então assim, a gente discutiu bastante em relação tanto as demandas do território né, quais seriam as unidades, quais seriam as ações prioritárias né pra serem desenvolvidas e sempre foi feita a discussão tanto entre as residentes e com a preceptoria [...] porque são um milhão de coisas que você tem que levar em consideração, desde disponibilidade de carro pra visita, disponibilidade de sala pra atendimento, o melhor horário [...] Mas, ela tá em constante modificação, mas tem com as minhas residentes tem dado certo. PN2

A partir dessa proposta participativa de montagem de uma agenda de trabalho que responda às mais diversas demanda do território em questão, só se pode esperar que essa agenda não seja tradicional. E, por isso mesmo, se justifica certo estranhamento por parte dos gestores e trabalhadores dos serviços.

A fala de RM1 abaixo é interessante pois descreve inclusive as estratégias que os residentes precisaram usar para conseguir realizar um grupo na comunidade. Uma tarefa da ESP/CE foi utilizada por eles como justificativa para a continuidade do grupo, uma vez que, dependendo apenas dos direcionamentos da gestão municipal, não havia a necessidade do grupo.

Ai tem também o grupo de idoso que desde o início a gente realiza. Esse grupo era eu, a outra enfermeira residente e a psicóloga residente. Ai a enfermeira saiu [por conta da licença maternidade] e agora o fisioterapeuta residente chegou, e ele dá contribuições de saúde funcional pro grupo que já existia. Ai, a gente pensou o grupo a priori para a terapia comunitária, só que não deu certo. A gente ia ficar alternando terapia comunitária e outra temática. Mas aí não deu certo, eles não aderiram, não participaram... Não deu certo com o público, aí nós decidimos tirar a terapia porque não ia dar certo não. Foi perca de tempo. Foi meio que a gente usou a terapia como uma justificativa para iniciar esse grupo, porque houve muita resistência da gestão e preceptoria. Primeiro queriam que fosse uma vez no mês, aí a gente retrucou que grupo uma vez no mês não tem condições. Depois quiseram que fosse quinzenal, depois disse que não podia ficar duas enfermeiras, depois disse que era muito profissional... num sei o que mais... aí a gente disse: 'não, mas a gente tem que ir por conta da formação de terapia, porque a gente tem que fazer as rodas de terapia comunitária e mandar o relatório'. Então até hoje a PN3 pensa que o grupo é de terapia. Hoje mesmo ela veio me perguntar ai eu disse: 'não PN3, a gente não faz mais terapia no grupo não'. Então a gente usou como uma estratégia para poder a gente fazer o grupo. (RM1)

O residente, como já discutido anteriormente, chega ao cenário de práticas com o desejo de implementar várias atividades, de explorar todas as possibilidades de ação ali naquele território, mas muitas vezes os profissionais do serviço não estão no mesmo ritmo, não estão motivados pelas mesmas perspectivas e não colaboram.

parece que o município não tá no ritmo, por exemplo, tem muita coisa da prática que a gente quer colocar... no meu atendimento clínico, por exemplo, tem muitas coisa que é como se a auxiliar não tivesse com a mesma cabeça que eu... tipo a gente sentar, dar valor àquele prontuário, preencher tudo direitinho... Então a gente vê, que ainda o negócio é atender e ir embora. Aquele cuidado, aquele acolhimento que a gente quer fazer, que a gente estuda tanto, e quer fazer direitinho, ‘nãa-oo, mas doutora, tá atrasado...’. Então, a gente vem da aula com a-queee-la vontade de colocar algumas coisas em prática, mas as vezes não acontece. [...] eu sinto muito essa questão [dificuldade de colaboração] com a auxiliar... RA9

Quando a gente passou a ser equipe mista, eu acho que piorou a questão do trabalho, porque a gente veio de uma vivência de estar discutindo, problematizando um pouco mais nosso processo de trabalho e as meninas que são profissionais do município não participam desses espaços. Isso acaba fragilizando o próprio trabalho em equipe. RA1

Eu acho que desestimulou mais quando misturou residente, nasf residência e nasf municipal, por que a proposta do nasf municipal é totalmente diferente da residência, então as pessoas acabaram mesmo sabendo né, que a residência tem outra proposta, mas acabaram pegando o que era o mais agradável, ficou nos atendimentos individuais, sem contato com ninguém... (RA4).

Essa falta de integração é percebida também nos momentos de planejamento e avaliação. Essa indisposição para o diálogo com a equipe de residentes dificulta bastante a realização de trabalhos conjuntos:

às vezes a gente quer envolver a médica, quer envolver a profissional que é a enfermeira né do município, mas aí não dá – ah não dá. O momento que a gente tem garantido às vezes e que a gente faz as avaliações final de mês e a gente sempre tem um membro do NASF pra acolher necessidade, aí às vezes a médica não participa, a dentista não participa e não sei quem não vem [...] É assim, aí fica difícil você garantir um trabalho interprofissional. RA5

Geralmente a questão do planejamento acontece mais entre os residentes, por que os profissionais aqui... a gente ainda não conseguiu marcar reunião com eles (RA6)

[a interação com profissionais do serviço acontece] às vezes sim às vezes não, é porque vai muito numa questão de comodidade. Quando é cômodo pra mim eu me encaixo e quando não eu já fico olhando de lado. RA5

A fala de RA5 traz à tona uma dimensão dessa falta de integração: a comodidade. De fato, desenvolver ações diferenciadas e trabalhar na perspectiva da

colaboração pressupõe sair de um lugar de conforto e aventurar-se na relação mais próxima com o colega de trabalho e na reconstrução do seu fazer. Muitas vezes, esse movimento de sair de uma rotina já estabelecida significa “mais trabalho” e, portanto, é indesejado.

Some-se a isso o fato de que tantas vezes espera-se do profissional do serviço essa mudança, mas esquece-se que ele, muitas vezes não teve acesso a uma EIP na graduação e, depois de ingressar no serviço, por não estar em formação, não tem o mesmo incentivo à transformação de suas práticas que o residente tem.

[...] Já vem também da graduação, quando a gente fala dos profissionais com graduação na saúde, que é muito nucleada. Então, eu estudo 5 anos enfermagem, você 5 anos fisioterapia. De repente, a vida real começa, aí joga, bota todo mundo pra trabalhar junto. Poucos são os profissionais que tiveram experiências multiprofissionais, muito menos interprofissionais na graduação. O serviço é tipo assim, eu faço o meu, você faz o seu, ele faz o dele. Quando chega uma equipe querendo juntar todo mundo, dizem que não tem tempo, porque tem que atender. Essa é uma das dificuldades. C1

Especificamente, não só na minha equipe, mas nas outras, o trabalho interprofissional ficou muito fragilizado ao longo da residência. Porque os profissionais ainda têm uma visão muito limitada [...] percebo que a maioria dos profissionais ainda tem muito a dimensão uniprofissional. RA1

Há até mesmo por uma herança da graduação, uma indisposição e desvalorização dos profissionais por esse modelo do trabalho interprofissional. A compreensão dessa situação como um desafio é importante. No entanto, ela não pode ser revestida apenas como culpabilização do profissional.

é não achar que a equipe que o residente está lotado não faz porque não quer, porque isso, porque aquilo, porque historicamente se produziu aquilo. Não é naturalizar a dificuldade, sim, é difícil, mas vamos ver como a gente faz. C1

mas como te disse, o espaço das rodas, em que a gente sentava pra discutir mesmo o processo de trabalho, era muito potente pra isso, sabe? Elas não frequentam frequêntam esses espaços, por conta disso. RA1

Entretanto, apesar das dificuldades aqui apontadas, há a perspectiva de que essa passagem da residência pelos cenários de prática impactem na forma como eles se organizam. Tal impacto acontece, primeiramente, porque a residência busca ativar competências dos profissionais do serviço ou pelo menos inspirá-los a reconstruírem seus processos de trabalho:

Pra começo, uma das coisas é saber onde está lotado. A equipe que vai interagir com ele [profissional do serviço]. A gente fala muito que a residência não é pra formar ou ativar competências só a não residente, porque ele está locado dentro de uma equipe que já existia naquele lugar, uma unidade de saúde que tem vários profissionais, técnicos, um sistema já instituído, um fluxo assistencial, processos burocráticos e tudo (C1).

Em Aracati, apesar dos desafios de formar um NASF misto já discutido aqui, percebe-se que a configuração mista do NASF obriga a interação e o compartilhamento das ações. Com isso, o modo de organização do processo de trabalho dos residentes acaba sendo conhecido pelos profissionais do NASF e atinge com mais facilidade seu objetivo de transformar as práticas ali instituídas. É no compartilhamento de práticas, ou nesse caso do NASF no simples ato de dividir o mesmo carro para visitas domiciliares, que o aprendizado e a influência da RIS-ESP/CE no cenário de práticas se dá.

as meninas [residentes da estratégia NASF] começaram a atuar com os profissionais do município né, do NASF. [...] Quando começou isto a ser misto, foi que elas [residentes] começaram a perceberem que eles [NASF municipal] faziam visita só individual, uns ficam no carro e o outro ia fazer visita, não ia todo mundo junto para ter aquele olhar diferenciando. Aí depois disto eles começaram a fazer iguais aos residentes (RA6).

por que a residência está deixando uma sementinha, acho que ela vai mostrar para o povo de Aracati e os profissionais a importância de se trabalhar em equipe e de que existe essas consultas compartilhadas (RA8)

Pelas falas de PN3 transcritas abaixo fica claro o quanto a preceptora sente que a residência e as atividades que os residentes desenvolvem passou a integrar a rotina da unidade de lotação. Além disso, ela ainda complementa com uma reflexão de que a residência disparou naquele cenário de práticas ações que eles, profissionais do serviço, sabiam que eram necessárias, mas acabavam deixando para depois. Vale ainda ressaltar que essa profissional já era da unidade onde os residentes foram lotados, então, ao mesmo tempo em que seu discurso representa os preceptores, representa também o coletivo de trabalhadores daquele dispositivo.

Eu creio que quando a residência for embora vai ficar um vazio muito grande, porque o povo já tem aquele vínculo tão grande que é da unidade, você tá entendendo? Eu vejo assim que o momento juntos é muito gratificante, é um ganho muito grande pro profissional e pro usuário também né. PN3

Que a gente fica naquele corre-corre de atingir meta, de atender, de tá noventa e cinco por cento na vacina e não sei quanto no pré-natal e acaba deixando a educação permanente pra depois, onde o saúde da

família é promoção da saúde né, só que aqui no Ceará e creio que em outros lugares o atendimento é primordial pro gestor, aí onde sempre a saúde, a educação permanente, não depois a gente forma o grupo, sempre você deixa pra ali porque tem aquele paciente ali que quer ser atendido e no entanto, a educação permanente pra o município seria muito mais válido porque tem mais qualidade de vida, porque ia entender melhor como é que deve cuidar da sua saúde e a gente ia ter um tempo voltado pra eles aprenderem como se cuidar né e não é só vim se cuidar e receber o remédio. PN3

É interessante ainda como PN3 vibra com o sucesso das ações implantadas pelos residentes:

Ah o grupo de saúde funcional eles adoram os idosos, adoram. PN1 com os dois fisioterapeutas tão fazendo várias unidades e funciona bem direitinho. Ontem teve o passeio dos idosos na Tabuba, eles amaram, foi muito bom. [...] Olha, o grupo Bem Viver ali no Novo Oriente não sei se você teve a oportunidade de participar com a RM6... é incrível como é bom, toda a equipe junta, todo mundo junto e cada um fazendo uma atividade, a equipe do posto também se integra, os residentes. É muito legal (PN3).

Para os profissionais do serviço, o impacto acontece pela convivência, pelo reconhecimento do trabalho que vai sendo desenvolvido no cotidiano. Já para os gestores, o impacto é percebido pelos resultados alcançados:

Quando a residência chegou aqui a gente ficou muito triste, porque assim o município não abraçou porque não tinha o profissional médico tanto como a gente esperava né, aí depois que eles começaram a ver os resultados aí foi que eles foram valorizar mais, eu digo o gestor e não a equipe né, que a equipe tá aqui disponível né. PN3

Essa fala de PN3 deixa claro que a expectativa inicial do gestor era atender à demanda de profissionais no município, principalmente de profissionais médicos. No entanto, é com a identificação dos resultados qualitativos que a residência interprofissional vai produzindo que o gestor passa a valorizar a iniciativa.

Não se pode esquecer também do impacto do processo de trabalho da residência sobre o usuários dos serviços. Apesar de no início ser um estranhamento, ele acaba revertendo-se em vínculo e em reconhecimento pelos usuários do potencial daquele prática. A EIP e a transformação das práticas preexistentes passa também pelo envolvimento do usuário do serviço nesse movimento.

Outra dificuldade que, talvez, não seja, não sei se é uma dificuldade, mas é um desafio, do paciente, do usuário mesmo. Quando digo que hoje vou atender com a psicóloga, nós duas vamos atender juntas, isso também causa um estranhamento, pelo menos causa uma novidade no processo e, talvez, uma desconfiança inicial. Por quê? Meu caso é tão complexo assim a ponto de ter duas pessoas me atendendo? Claro, quando a gente vai fazer isso, negocia, explica e tudo, mas depois que

é atendido, ele vê como é bom. Talvez, não seja uma dificuldade, mas um estranhamento, uma novidade e um desafio que precisa ser superado. C1

Ó ninguém queria os residentes no começo, foi uma complicação pra dividi a agenda e de repente as meninas criaram um vínculo que não fala mais nem no meu nome, a prevenção da RM1 bomba e no começo ninguém queria fazer e por quê? Ela teve essa afinidade, esse elo com a comunidade e com os ACS. PN3

É claro que fazer com que as transformações alcançadas permaneçam depois que a residência sair daquele cenário não é algo garantido: *“ai eu não sei se depois que a residência for embora, vai continuar acontecendo. Por que tenho as minhas dúvidas!”* RA6

No entanto, a oportunidade de exercitar as mudanças ali naquele cenário, mostrar para os profissionais, para o gestor e para os usuários a potência do trabalho colaborativo é o grande trunfo da residência. Nos municípios visitados, inclusive, em vários momentos comentou-se do interesse da gestão municipal em contratar os residentes para o quadro de trabalhadores efetivos daquele município. Trata-se de um reconhecimento do trabalho desenvolvido e um desejo de permanência do que está proposto.

#### **5.2.4 Coordenação do programa: o acompanhamento à distância e no cotidiano**

Outro ator desse processo de EIP que ocorre com a residência é a coordenação. As entrevistas pouco citaram especificamente o papel desses sujeitos. No entanto, eles mesmos se apresentaram: *“o meu papel tem o perfil pedagógico, tem dimensões pedagógicas, administrativas e uma dimensão política”* (C1).

A coordenação atua na gestão pedagógica e administrativa do programa. Uma especificidade apontada por eles é a atuação *“fazendo acompanhamento em loco a partir de visitas aos cenários de práticas da ênfase”* (C2). Apesar de lotados na ESP/CE, esses coordenadores demonstram grande proximidade dos cenários de prática, conhecendo a realidade de cada um, os desafios e as potências de cada lugar.

Nesse sentido, o que eles definem como dimensão política da atuação da coordenação, eles atuam *“negociando todas as questões e demandas que envolvem o cenário de prática da residência com os secretários de saúde, já que os cenários de*

*práticas são subordinados ao município e não a própria Escola de Saúde Pública” (C2).*

De acordo com C1, que complementa essa ideia, a negociação com os municípios versa sobre o cumprimento dos convênios interinstitucionais firmados entre a ESP/CE e os municípios que executam residência. Essas negociações perpassam as fragilidades apresentadas na relação entre preceptores e residentes, as condições dos cenários de prática, o apoio da gestão à realização das atividades da RIS-ESP/CE, a pauta de valorização e viabilização da permanência dos preceptores no processo formativo, bem como a remuneração desses docentes.

Além disso, também os coordenadores, acabam acumulando várias outras funções de docência propriamente dita

“como facilitação de momentos com os residentes, às vezes modelo mesmo de aula e por vezes usando, sendo facilitador de metodologias ativas de aprendizagem, fazendo a orientação de trabalhos de conclusão de curso ou de outros estudos equivalentes que nós esbarramos, acompanhando atividades de fórum de discussão virtual que é uma das estratégias aqui da residência” (C2).

Esse tipo de atividade também é desenvolvida junto aos preceptores. Com isso, percebe-se uma grande proximidade dos residentes e preceptores com a coordenação geral e com a coordenação de ênfase. Em vários momentos das entrevistas, eles remetem as conversas que tiveram com estes coordenadores, ou ainda remetem-se a ideias-força que são características de determinado coordenador.

Essa proximidade é muito importante uma vez que garante também a horizontalidade das relações nessa dimensão da RIS-ESP/CE.

### 5.3 Colaboração Interprofissional na residência: os relatos e os aspectos da prática cotidiana

A busca pela integralidade da atenção exige maior e mais efetiva interação entre os profissionais de saúde com o objetivo de promover um cuidado resolutivo e, de fato, centrado nas necessidades dos sujeitos demandantes deste cuidado. Essa necessidade de integração também se justifica diante da complexidade da saúde, tanto que as reformas no setor saúde e a implantação de sistemas universais, como o é o SUS, já tensionam para a colaboração interprofissional uma vez que exigem “*abordagem interdisciplinar que leve em consideração os determinantes sociais da saúde-doença, a integralidade da atenção, a resolubilidade e a interprofissionalidade, entre outros*” (MATUDA, AGUIAR, FRAZÃO, 2013, p. 178).

Como afirma D’Amour et al. (2005), para uma prática efetiva em saúde o trabalho em equipe é uma condição *sine qua non*. Esse movimento de reorientação do processo de saúde-doença-cuidado exige que, além da adoção da proposta da equipe multiprofissional, seja também operacionalizada uma reorganização das práticas, dos processos de trabalho, bem como seja também reconfigurado o processo decisório no cotidiano do trabalho (MATUDA, AGUIAR, FRAZÃO, 2013; D’AMOUR, OANDANSAN, 2005). Faz-se necessária, usando o conceito de Franco e Mehry (2007), outra micropolítica.

Resgatando-se os conceitos, pode-se aqui afirmar que a colaboração interprofissional, em suma, “*pode ser definida como o conjunto de relações e interações que acontecem entre profissionais que trabalham juntos, no âmbito de equipes de saúde*” (MATUDA, AGUIAR, FRAZÃO, 2013, p. 179). É um processo complexo, de múltiplos determinantes, voluntário, dinâmico, envolvente, interativo que tem como uma de suas principais ferramentas a negociação, cuja concretização, por sua vez, pressupõe o diálogo. (MATUDA, AGUIAR, FRAZÃO, 2013; D’AMOUR et al, 2005).

Tendo noção da complexidade da CIP, D’Amour et al (2008) propuseram uma tipologia para a colaboração entre profissionais. Esta tipologia apresenta quatro dimensões, a partir das quais os aspectos da colaboração podem ser analisados e avaliados. O quadro abaixo sistematiza as 4 dimensões:

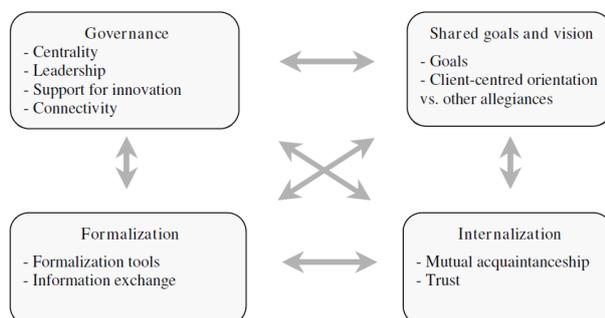


Figura 5 - O modelo de colaboração em quatro dimensões (D'AMOUR et al, 2008, p. 3).

Aprofundando a interpretação deste modelo, percebe-se que duas dimensões envolvem as relações entre os indivíduos em colaboração: “objetivos e visão compartilhados” e “internalização”. Enquanto que as outras duas dimensões dizem respeito às definições organizacionais: “governança” e “ferramentas de formalização”. Cada uma das quatro dimensões se expressa em alguns indicadores, os quais estão elencados dentro dos quadros (D'AMOUR et al, 2008). No total, são dez indicadores também definidos por D'Amour et al (2008):

Dimensão	Indicador	Descrição
Objetivos Comuns	Objetivos Compartilhados	Identifica valores e objetivos comuns, que se relacionam para a promoção de um cuidado centrado no paciente.
	Orientação centrada no cliente	Ajustes de interesses e da divergência de objetivos para a garantia de uma negociação compartilhada e convergente.
Internalização	Conhecimento Mutuo	Convivência social e profissional dos envolvidos para garantir o sentimento de pertencimento ao grupo e/ou equipe.
	Confiança	A colaboração se torna possível a partir da confiança um nos outros, reduzindo as incertezas e garantindo o aumento das competências e responsabilidades no ambiente de trabalho.
	Troca de informações	Refere-se a existência e uso apropriado de uma infraestrutura que permita coleta e troca de informações entre os profissionais. Reduzindo incertezas e favorecendo a ocorrência de retroalimentação dos envolvidos nos processos de trabalho coletivos.
Formalização	Acordos firmados	Acordos, regras, protocolos e sistemas de informação que esclarecem e formalizam responsabilidades, expectativas e papéis profissionais.

Governança	Centralidade	Envolvimento e importância do papel exercido por autoridades centrais e de um direcionamento claro, oferecido para o desenvolvimento de ações colaborativas.
	Liderança	Destaca o papel das lideranças locais e sua influência no processo colaborativo. A aceitação desta liderança e a possibilidade de tomar decisões de forma compartilhada.
	Práticas inovadoras	Envolve a educação permanente para o desenvolvimento de competências que possam favorecer os processos de inovação das práticas.
	Conectividade	Refere-se à conectividade entre os indivíduos e as oportunidades de diálogo e participação que favoreçam a resolução de problemas e possibilitem ajustes na prática profissional.

**Quadro 7:** Dimensões e indicadores da colaboração interprofissional (D'AMOUR et al, 2008).

É importante salientar que as quatro dimensões se influenciam mutuamente e que estão sujeitas à influência também de fatores externos e estruturais, como aspectos políticos, questões de financiamento, disponibilidade de recursos, etc. No entanto, as quatro dimensões juntas e as suas inter-relações conseguem capturar, segundo validado por D'Amour et al (2008), o processo inerente à CIP.

Aqui propusemo-nos a analisar, na perspectiva dessas quatro dimensões, a CIP no cotidiano dos residentes da RIS-ESP/CE ênfase SFC. A partir das falas capturadas nas entrevistas e da observação participante realizada quanto às atividades práticas dos residentes e preceptores, pretendeu-se compreender como a CIP se operacionaliza na prática.

### 5.3.1 Objetivos e Visões e compartilhadas

O compartilhamento de objetivos na perspectiva aqui observada envolve um processo de adoção de um objetivo que todos podem aderir. Geralmente, este objetivo está relacionado à atenção às reais necessidades dos clientes. Esta perspectiva é apontada por PN2 em seu discurso: *“Eu acho que seria mesmo um trabalho da equipe mesmo conjuntamente com a união dos saberes de cada profissional, de uma equipe de profissionais diferentes com um objetivo em comum né, que é a saúde do usuário”*.

Apesar de a definição ser conhecida, aderir a uma meta compartilhada nem sempre é simples. Esse movimento envolve os valores e a noção de atuação profissional de cada sujeito, como a motivação para o desenvolvimento deste trabalho citada por RM5: *“A motivação eu acho que é um desafio. Porque nem sempre os profissionais estão motivados aí acaba atrapalhando. O que está desmotivado fica ali no seu quadrado, levando as coisas ali do seu jeito. Então atrapalha”*.

Nas reflexões de RM5, ela aponta que a falta de motivação atrapalha. Isso deixa claro que é muito importante levar em consideração as questões pessoais nesse sentido da colaboração e compreender que a existência de objetivos comuns envolve um processo de natureza consensual e compreensiva, que implica radical transformação dos valores individuais e das práticas.

Na realidade da RIS-ESP/CE observada, percebe-se que no início do processo a colaboração é mais fácil pois os objetivos são comuns:

Eu acho que no começo a gente fez a territorialização todo mundo muito junto. Então era todo mundo aqui. Todo mundo vinha pra cá todos os dias. A gente se encontrava todos os dias e eu acho que pelo fato de a gente se concentrar mais aqui facilitava. Agora não... agora tá... dificilmente a gente se encontrar todo mundo aqui (RM1)

Mas é um ponto super positivo do início, era estar todo mundo junto, com a mesma sede de querer aprender junto, né? Eu acho que do meio pro fim isso deu uma quebrada (RM5)

Todos os residentes ingressam no programa a partir de um processo seletivo que foi bastante concorrido. Ou seja, pressupõe-se que todos se prepararam, se dedicaram e ficaram na expectativa de iniciar essa nova experiência. Essa perspectiva do novo traz à tona a implicação, o compartilhamento. No entanto, o que se percebe é que nesse momento a interação ainda acontece de uma forma superficial, pois os profissionais não se conhecem nem pessoal, nem profissionalmente. Eles estão ali como um grupo que interage para desbravar uma realidade desconhecida, ou seja, o objetivo compartilhado inicialmente é encontrar-se dentro do processo de residência.

Depois de um tempo, os objetivos compartilhados assumem mais a perspectiva do cuidado em saúde e da atenção às reais demandas do usuário. A motivação, nesse momento da formação na residência pressupõe uma outra natureza de implicação e interação. Trata-se de uma motivação para atender integralmente aquele sujeito:

A gente aprende a ser digamos profissional, profissional mesmo, porque tem caso que [...] quando vê um caso desse só faz chorar porque fica desesperado sem saber o que fazer, e a gente tem que demonstrar que é mais forte do que o paciente mesmo sem ser, mesmo sabendo que a gente não é e quando a gente chega em casa a gente sofre e fica pensando, às vezes a gente sonha com o paciente, o que eu posso fazer. Pronto, a senhorinha que a gente foi hoje eu já vou ali no computador ver o que eu posso acrescentar porque eu vi outras coisas além do que tava ali... RA3

Nesse segundo momento, percebe-se que o ideal de responder às reais necessidades de saúde da população promove a prática colaborativa. Ao mesmo tempo, esse processo é atravessado pelas relações interpessoais estabelecidas, pelos interesses paralelos existentes e pela capacidade de negociação e ajuste da equipe.

### 5.3.2 Orientação paciente-centrada e outros interesses/identidades

A complexidade dos casos que chegam aos residentes exige a solicitação do outro, ou nas palavras de RM1: “*diante das situações, a gente sempre acaba pedindo apoio a um e a outro*”. A complexidade das situações que são abordadas pelos residentes apontam a incapacidade do conjunto de saberes e práticas de apenas uma categoria profissional e apenas um setor das políticas públicas garantirem a resolução, como afirma a preceptora:

[alguns casos] fogem das suas competências e do seu poder de resolução né. Você precisa articular pessoas pra poder resolver isso, e com a residência eu me senti assim com um monte de braços, com um monte de pernas, com um monte de cabeça pra pensar pra tentar resolver seja qual for o problema, e não é porque você não pode, mas o colega vai, o colega tá lá, o colega se preocupa, o colega lembra né, ele faz parte da equipe e ele tá ali com você trabalhando junto (PN5).

RA9 complementa essa discussão refletindo ainda que a complexidade dos casos deve-se à existências de muitas questões sociais interferindo naquela condição de saúde-doença. Esse aspecto de vulnerabilidade social apresentado pelos casos reforça a necessidade de olhar além do biológico e buscar na equipe interprofissional suporte para a condução dessas situações:

Ah! eu aprendi que assim, primeiro que não adianta eu tratar só a boca, que tem tudo, toda a necessidade do paciente, ele é... como é que eu posso dizer? O paciente é muito muito carente em todos os sentidos, não adianta a gente achar que a nossa profissão vai resolver tudo, que não vai, não vai. Ele precisa realmente de ter esse contato, essa colaboração de outros profissionais. RA9

Em alguns casos narrados pelos entrevistados, observa-se que a solicitação de cuidado aconteceu por uma causa biológica e direcionada a uma categoria profissional específica, mas a presença da equipe multiprofissional identificou outras, e prioritárias, frentes de intervenção:

A gente foi visitar um senhor já bem sequelado de AVC [Acidente Vascular Cerebral], com a equipe nova. Fomos: a nutricionista, a assistente social e a psicóloga. O senhorzinho estava lá e a gente sabia que não dava conta dele, ele estava acamado há muito tempo. Lembro como se fosse hoje, quando a gente chegou pra fazer a visita, ele estava no quartinho e a esposa dele sentada no chão cortando um frango, também já era idosa. A fisioterapeuta ficou lá fazendo os exercícios nele e a psicóloga foi conversar com aquela senhora. Ela disse que tinha não sei quantos meses que ela não passava em frente a porta do quarto dele, porque não conseguia ver o companheiro dela daquele jeito. Então, ela não ia lá ver, passava, circulava a casa todinha, mas ela ficava, não entrava no quarto, nem conversava com ele. Naquele momento, ela não precisava da nutricionista, da fisioterapeuta, mas da psicóloga conversando. Eu achei muito bacana, porque ela conversou e conseguiu fazer, não no mesmo dia, mas um tempo depois, ele faleceu. A gente foi lá ver como é que estava. Foi um atendimento muito complexo, porque estava nutri, fisio, psicóloga – que talvez fosse a mais necessária naquele momento ali. Tem muitos outros casos que você percebe: ‘ah, é atendimento pra fisioterapeuta’. Sim, mas aquela família toda está no sofrimento. PC2

O caso relatado por PC2 traz à tona que a própria dimensão da integralidade da atenção muitas vezes só é alcançada com o olhar do outro. Por isso, mesmo que não seja demandada, a presença do outro pode enriquecer o cuidado ao ampliar o olhar da equipe sobre a situação e multiplicar as vias de intervenção:

Teve o caso de um senhor que ele é diabético, só que ele é muito resistente a uso de medicação e aí eu fiz a primeira visita e tudo que eu perguntava ele começava a dizer que fazia né, tipo alimentação? Não, é saudável, eu não como isso, eu não como aquilo, aí eu disse até então eu não estou. O senhor toma a sua medicação? Tomo. E até então eu não entendia o porquê que ele tava, até que um dia chegou o RA1 por causa da resistência ao uso da medicação que ele dizia que não ia usar porque aquilo tava matando ele. RA5

a agente de saúde já chegou dizendo que a mãe não queria amamentar a criança de jeito nenhum, não queira, não queria, não queria, de jeito nenhum, já tava tudo certo, ela já estava dando o leite já e que não tinha leite, e até o agente de saúde disse ‘eu vi que ela não tinha leite’. Aí a gente convocou a nutricionista residente, a fisioterapeuta residente também, a fonoaudióloga do NASF, e a gente realizou a visita, então a partir daquela visita começou, todos dando a orientação, como é a postura para amamentar, o que era o certo e o errado, e deu certo né, de uma hora para outra começou lá a sair leite, coisa que ela tava dizendo que não sai de jeito nenhum. A fono começou a ensinar uns exercícios já para ela e todo mundo lá naquela casa (risos) parecia todo mundo em cima da mãe lá tentando mesmo e deu certo, ela parou

de dar o leite artificial, a criança não tinha nem um mês, tinha dias, e ela parou de dá o leite artificial e hoje ela tem sete meses e hoje ainda tá no aleitamento materno, agora mista por que começou a introduzir alguns alimentos. Então assim, eu não sei se conseguia sozinha, se eu tivesse ido só eu não sei se conseguiria convencê-la e ensinar tudo diretinho e as dicas para que ela amamentasse direitinho e para mim ela é uma vitória, por que ela era bem complicada assim, bem resistente, não não e não e deu certo (risos). RA8

tanto a questão do atendimento [compartilhado] como os grupos. Sem comparação um grupo quando é feito quando tá só um enfermeiro ou quando tá um enfermeiro com a equipe multiprofissional. É completamente diferente, porque acaba que aborda várias visões, tem a visão de vários profissionais, então eu acredito que é bem mais importante e bem mais de contribuição para a população, para a comunidade. RA7

Outro aspecto da atuação, determinado pela complexidade dos casos e pela existência de uma organização do cuidado paciente-centrado, é seu caráter em rede e intersetorial. Muitas vezes a condução de um caso exige o diálogo com outros pontos da rede de saúde e até mesmo com outros setores, com outras políticas públicas. O relato dos residentes deixa isso claro:

Interprofissional a gente tem um caso que foi o da criancinha com hanseníase, que aí foi interprofissional e envolveu para além da residência, porque aí eu me vi na situação de ter que procurar outros profissionais pra me ajudar a conduzir o caso. Que aí eu contei com o profissional do NASF porque é fisioterapeuta pra me ajudar com a questão da prevenção das incapacidades, ensinar alguns exercícios a ele porque ele tava já ficando com garra né começando garra, mas aí com o exercício que ela ensinou ele melhorou tudo. Tive que entrar em contato direto com a vigilância epidemiológica e ela era o meu contato direto com a referência de Dona Libânia, então embora eu não tivesse referência formal, escrita e aquela coisa toda, mas a gente ligava, se falava por telefone pra saber como é que, ele tá assim e aí a gente faz o quê? E vão orientar pra gente buscar o profissional de referência do município pra ele começar a fazer isso. E aí foi uma coisa que instigou inclusive a gente... RA5

E a gente não ficou só nela, ficou no CRAS [Centro de Referência em Assistência Social], ficou na defensoria, ficou mexendo com um bocado de setor... acabou sendo intersetorial, né. [...] Primeiro a gente fez visita, aí depois fizemos reuniões com o CRAS pra tentar vê por que ele não tinha registro de nascimento. Com quarenta e sete anos ele não tinha registro, então foram várias reuniões com CRAS para tentar conseguir esse registro e várias visitas né. RA2

Teve uma situação que a gente teve de fazer visita, por exemplo, aqui na empresa do lado pela questão do ambiente né, território as crianças estavam adoecendo muito, crise alérgica, asma direto e aí a gente foi fazer visita, entramos pra fazer visita lá dentro, conversamos com o gerente, aí envolveu psicólogo, Cerest [Centro de Referência Especializada em Saúde do Trabalhador], a gente foi com o agente de saúde lá porque ele é presidente da associação também, então a gente

foi. Teve o caso das gestantes que trabalhavam noutra empresa, só que não tinha qualidade de trabalho e aí foi eu com outra enfermeira, foi o psicólogo residente, a psicóloga residentes R2 também foi, o agente de saúde que era pra gente ver a qualidade de trabalho lá. Teve surto de diarreia e que aí a gente teve que entrar com o aumento de distribuição de hipoclorito e teve que entrar em contato com o CAF [Centro de Abastecimento Farmacêutico] pra gente conseguir mais hipoclorito. Orientação e aí a gente entrou com a escola também que era pra orientar as crianças, pras crianças serem multiplicadoras e enfim, várias situações que a gente atuou... E tudo isso a gente envolveu todo mundo, porque como era do território como um todo a gente puxava o pessoal que ajudava também. RA5

Dessa forma, pode-se apontar que com a centralidade do cuidado estando nos usuários do serviço, a atuação ganha a dinamicidade e a interatividade necessárias para que as reais necessidades de saúde sejam atendidas. Entretanto, por mais que se afirme ter o mesmo objetivo, a CIP é um processo social, cuja implementação impõe muitos desafios. Um deles diz respeito à formação uniprofissional predominante na graduação em saúde. O modo como o ensino da graduação é estruturado cria uma identidade profissional nucleada e isolada das demais categorias.

Um fator também que acho que dificulta a colaboração interprofissional é a fragilidade acadêmica mesmo, a formação. Como o pessoal fala na Psicologia, a sua abordagem. Na faculdade, sua formação é só enfermagem, parece que as outras profissões não existem, então é só o que sei e aquilo mesmo, não preciso me comunicar com os demais (PC1).

Além disso, a formação tradicional muitas vezes negligencia a necessidade de interação em rede e articulação intersetorial. No entanto, a própria residência já tensiona para o estabelecimento de uma prática colaborativa. Os residentes já ingressam sabendo que irão trabalhar em equipe: *“então assim na residência a gente tem esse objetivo”* (RM6). Muitos residentes, como conta RA9, escolhe a residência por seu caráter interprofissional:

Eu sempre trabalhei em posto de saúde, posto de saúde e em consultório particular, só que assim eu fui sentindo na verdade uma insatisfação uma insatisfação tão grande por que via que o dentista trabalhava muito isolado, e o que mais me chamou atenção na residência foi isto a capacidade de trabalhar com outros profissionais, e também a flexibilidade da carga horária, por que eu não ficava satisfeita de ficar de segunda a sexta, de segunda a quinta atendendo, e uma sexta de manhã, por exemplo, fazendo educação em saúde. Eu queria diversificar isto e foi que me chamou a atenção (RA9).

Essa CIP tão almejada, quando acontece, promove a superação das fronteiras profissionais e construção de um conhecimento de campo de atuação (CAMPOS, 2011). A emergência (ou redescoberta) desse saber comum a todos

acontece a partir da adoção do objetivo do bem estar dos pacientes. Percebe-se que os residentes em saúde da família vão além de suas categorias profissionais e estabelecem modos de atuação na perspectiva do campo do saber em saúde, aventurando-se até nas dimensões sociais, artísticas, vivenciais, educativas e afetivas do cuidado:

Assim, a minha atuação foi muuuiiito... antes da residência, eu iria só pensar que a minha atuação seria só na úlcera que ele tava [relatando o caso de um paciente acamado e com úlcera de pressão], e na residência serviu para eu tentar vê ele como um todo, tentar resolver né, a parte social, reaproximar ele dos amigos, e tentar, tentar assim a gente levou livros, ele tinha parado um pouco por que tinha dito que tinha perdido a vontade de... não tinha animo, tipo não tinha fé que ia sair dali. Então, acho que a residência serviu para mim, para ir muito além do que de uma ferida em si, mas vê a pessoa integralmente. RA4

[no grupo de idosos] a gente sempre levava alguma coisa relacionada a memória, trabalhar o cognitivo, envolvendo as ações também de prevenção de doenças, prevenção de quedas... assuntos que são bem pertinentes à saúde do idoso e trabalhando sempre a memória. Sem eles perceberem, a gente começa: que dia é hoje do mês? Como foi o encontro passado? Sempre buscando a memória deles e sempre fazendo com que eles participem. Porque eles eram muito retraídos. A gente tem idosos que desde o início que vem... e era um grupo que a gente achava que não ia conseguir. RM1

O grupo bem viver, né? Esse tem o objetivo de que as pessoas vivam bem mesmo. Então o que é... foi de acordo com as nossas consultas individuais que a gente começou a perceber (eu e a psicóloga)... então eu comecei a perceber que as pessoas eram doentes mesmo era da alma... do corpo interno que você tem aqui dentro e que não era só a nutrição. Então, a obesidade delas é uma fuga, as vezes é um desequilíbrio hormonal... então se você faz com que aquela mulher esteja numa roda, onde ela pode falar muito mais que no meu atendimento individual, então ela vai melhorar bem mais, com muito mais qualidade. Então é um grupo mesmo de escuta... de escuta da dor... qual é a sua dor? Não interessa se é pequena, se é grande... e assim é fantástico (RM6).

Então toda segunda feira de manhã a gente ia fazer atividades lá [na escola]. Era muito proveitoso... a gente ia fazer as atividades aí fazia oficinas, nada de palestras, nada disso... eram oficinas que a gente trabalhou dst, educação sexual, ... trabalhou vários temas que eles ficaram encantados... os professores ficaram encantados com as dinâmicas. [...] Era a equipe toda. Um grupo de profissionais ia de manhã e o outro a tarde. E as atividades a gente bolava... as vezes junto, as vezes não [...] E era muito legal, muito. RM5

Os relatos acima transcritos apontam que muitas vezes os profissionais atuaram de maneiras que tradicionalmente não fazem parte do repertório de suas profissões. Prova esta que pelos relatos você nem consegue identificar a categoria profissional do residentes que está falando. Pode ser qualquer um, trata-se de um conhecimento do campo da saúde da família. Essa perspectiva de atuação também

reconhece que, além das práticas propriamente clínicas, uma importante ferramenta de atuação é o diálogo, o vínculo e a promoção da qualidade de vida. Há a necessidade de um olhar sensível a todo o contexto daquele usuário para definir as melhores iniciativas a serem tomadas.

Que foi uma mãe que estava com bastante dificuldade, se eu não me engano eram até gêmeos... faz tempo... e ela estava com bastante dificuldade com a amamentação porque eram prematuros e então foi a vez que estávamos eu, a nutricionista e a fisioterapeuta e as intervenções que a gente fez foi mesmo de conversar, de orientar, de acalmar, de tranquilizar e confortar aquela mulher que estava com tantas dificuldades e sem saber o que fazer, como fazer... e a gente entrevistou dessa forma mesmo... na conversa... porque tem muitas vezes que a gente consegue resolver na conversa, orientando... tomando mais simples uma coisa que pra ela era bem complicada. RA7

Um dia desses eu fui em um senhor que ele tinha câncer, depois veio até a óbito, e ele tinha 98 anos. Ai a minha preceptora dizia assim 'RM6, você vai lá e você tem que fazer a dieta dele'. Eu disse 'Criatura, eu não vou fazer dieta pra uma pessoa dessa. Eu não vou mudar hábito alimentar de uma pessoa de 98 anos...' o que eu posso fazer é na visita identificar assim... tá ali o copo da água, é um copo que tá descoberto, orientar que coloque a tampa, toda vida que beber não deixe resto de água. [...] Então foram intervenções para melhorar a qualidade de vida dele e não para estar mudando os hábitos de vida dele. RM6

Observa-se também que a maior flexibilização das fronteiras entre as profissões, bem como a construção e valorização de um saber do campo de atuação garantem essas inovações. A partir disso, as inovações surgem não só nas intervenções interprofissionais, mas também nas ações individuais. RA4 cita uma atividade realizada por ela que, na perspectiva tradicional da assistência foge totalmente do fazer da enfermagem, mas para a residente configurou-se como estratégia de cuidado importante:

Tem um grupo que é individual, não é uma atividade individual [risos], é uma atividade que eu realizo, que é realizada na casa dos pacientes, com pintura, com jogos, tem como tipo clube do livro, que aí eu vou na casa da pessoa uma vez no mês vamos supor, ou de quinze e quinze dias, e ai a gente fica realizando atividades, e algumas vivências da terapia comunitária eu também realizo (RA4).

No entanto, além da orientação centrada no paciente, os outros interesses, individuais e coletivos, interferem na configuração das práticas. Como afirma RA9:

Os desafios?! Bom eu acho assim, que tem muita coisa que parte da pessoa que, que quando você vem trabalhar na saúde você tem que pensar primeiro no paciente, e se realmente isto acontecesse, as coisas seriam mais fáceis de serem colocadas em prática, mas o que a gente

percebe que assim, infelizmente as vezes ainda é muito focada no interesse de cada um, né? RA9

Muitas vezes esse interesse pessoal não é algo que necessariamente pressuponha ação, mas que se configura como desinteresse em realizar as ações propostas pela equipe, ou para usar os termos trazidos nas falas recortadas, falta disponibilidade das pessoas para realizarem o trabalho compartilhado:

Todas elas [atividades] favorecem [a CIP], mas o que acontece é a disponibilidade das pessoas quererem fazer aquilo que é tão simples. [...] Porque existe aquelas que não querem fazer de jeito nenhum, assim... quanto menos fizer melhor. Eu já não acho isso. Acho que a gente sempre pode fazer um pouco mais do que o que a gente faz. Mas, vai convivendo... tem as diferença. RM6

Os desafios [da interprofissionalidade]... vão muito além de questão de organização, por que aqui as pessoas culpam muito transporte, não vejo como algo negativo, mas se você quiser você pode ir muito além do transporte (risos). [...] as pessoas não reconhecerem né, desconhecem a importância da interprofissionalidade, acho que diz que é importante, mas ao mesmo tempo, não faz que isto seja possível e eu acho que está muito na dificuldades das pessoas realmente colocarem, efetivarem, parte mesmo do ser humano, de cada profissional querer que aquilo seja possível, por que as vezes a gente tá com uma ideia tão legal, tão legal, mas a gente acaba sendo desestimulado, por que você vai contar, ai ela nãoooo, não tem interesse, vamos ver isto aqui, vamos planejar, quando for daqui a três meses vamos vê e ai a gente não consegue efetivar, e ai vai passando tempo, tempo , tempo e, num... (risos) se você não for lá e você não fizer sozinha, você passa o tempo todinho sem fazer nada, sem fazer nenhuma atividade, fica só no consultório. Então eu acho que parte muito das pessoas. Das pessoas verem que é muito importante. RA4

Hoje eu acho que a gente já consegue desenrolar com mais facilidade. Mas, no começo, eu acho que foi a questão de pensamentos diferentes, de um querer fazer de uma forma, do outro querer fazer de outra, de um não querer escutar o que o outro tem pra dizer. E agora não, hoje a gente já consegue se alinhar nos pensamentos. A gente já consegue ver que cada um tem sua posição, cada um tem sua maneira de trabalhar e a gente tem que respeitar dentro do limite de cada um. RA7

Com certeza, a disponibilidade dos sujeitos envolvidos é fator essencial para que as ações colaborativas se efetivem. A cooperação interprofissional é perpassada por fatores interacionais, como a receptividade aos ideais da CIP e o compromisso com a prática cooperada (MATUDA, AGUIAR, FRAZÃO, 2013). Os mesmos autores afirmam ainda que também as relações interpessoais interferem diretamente na operacionalização da colaboração. Os residentes e preceptores reconhecem isso:

as relações pessoais deixam sim e realmente sobressai, deixa se envolver, tomar a frente de todo o profissionalismo, a ética e essa interação de ser ao ponto, um exemplo: grupo eu só faço com profissional tal e tal, atividades eu só desenvolvo com profissional tal

e tal, eu só vou pra uma escola se fulano for, só vou realizar o PSE se fulano for comigo, então eu acho que ainda tem uma visão muito digamos assim colegial né, aquela coisa assim bem de colégio que vem com essa carga muito forte. Eu acho que as pessoas tem que ser bem independentes e colaborativas. PN1

eu acho que por conta dos indivíduos existe uma dificuldade pessoal de se trabalhar em equipe, então às vezes cá entre nós eu tenho a impressão que eles formam um conjunto de pessoas trabalhando no mesmo território, mas com falhas em comunicação e falhas graves por problemas pessoais, por motivos diversos e não por eles não saberem da importância ou por eles não terem aprendido como os resultados podem ser melhores se você trabalhar de uma forma interprofissional, mas por questão mesmo de relacionamentos interpessoais. PN2

Em alguns momentos a gente vê que por exemplo, tem coisas que poderiam ter sido feitas, mas por briguinha... porque aquela pessoa não gosta da outra, não se dá com a outra... aí não acontece. Às vezes eu acho que o pessoal se deixa levar mais pela questão da afetividade do que pensar no usuário. Às vezes eu acho que sim, e acaba atrapalhando. Mas acho que isso acontece em todo canto né? RM2

Profissionalmente falando é bom. Regular a bom. É mais nessa questãozinha aí... porque aqui tem muito problema... aqui em Maracanaú... [risos] Aqui é demais... tem muitos problemas interpessoais, então nessa parte aí eu acho que não é muito bom não aqui... [risos desconcertado] [...] e é porque eu já peguei o bonde andando... eu fui saber quem era intrigado com quem já no meio das confusões...eu ficava assim... até numa roda teve uma discussão grande... que eu até achava que era comigo e com a RM2... era uma pessoa falando de outra sem citar nomes... aí eu 'RM2 é com a gente que tá há uma semana aqui?' Mas aí depois a gente foi saber que eram duas pessoas que... porque assim... tem 3 duplas intrigadas aqui. E aí tem uns probleminhas principalmente na hora de a gente se juntar... RM4

Ser humano é muito complicado de se conviver. Você pensa diferente. Tem algumas ações tuas que eu não concordo, que eu não acho legal. Você falha em alguns momentos. E acaba interferindo, mas de certa forma a gente sempre tenta fazer com que aquilo não interfira no profissional. Eu não gosto muito de você, mas eu preciso trabalhar com você. Não estou aqui para gostar de você. Estou aqui para trabalhar com você em prol de alguma coisa. E a gente consegue fazer isso. Mesmo com dificuldade, mesmo que as vezes seja aos trancos e barrancos, mas a gente sempre consegue. Então a gente vai tentando fazer que aquilo não interfira. Mas dizer que todo mundo gosta de todo mundo... não. Tem os arranhões. RM1

O negativo, eu acho que é muito essa questão mesmo pessoal que, muitas vezes, claro, você está numa equipe e pode interferir no trabalho. Faz parte, então, às vezes, por um atrito ou alguma coisa que uma pessoa não gosta na outra. No início teve um pouco de problemas, mas depois, apesar disso, a gente conseguiu levar, mesmo tendo esse lado pessoal de alguns membros, a gente conseguiu levar de forma positiva. Não atrapalhou tanto quanto era de se esperar, mas esse é um ponto negativo que acho que existe em todo círculo de trabalho. RM3

Analisando mais detalhadamente essas falas, percebe-se que todas elas são de preceptores ou residentes de Maracanaú. Ou seja, a dificuldade nos relacionamentos interpessoais é uma realidade marcante desse cenário, chegando ao ponto de existirem alguns residentes que não se falam. No entanto, ao passo que o reconhecimento dessa dificuldade interacional existe, também há uma inabilidade em conduzir essa equipe e promover um melhor ajustamento das expectativas e dos interesses de cada um:

é aquela coisa... está acontecendo ali a discussão e o pessoal fica só assistindo... ninguém nem pra chegar e dizer 'vamos parar'... nem pra tentar resolver de outra forma... pessoal parece que faz é gostar, não é feito de outra forma. Parece que no início quando começaram essas coisas ai me disseram que C2 veio aqui tentar resolver essa situação, mas na hora ali em que está acontecendo, o pessoal não ajuda muito não RM4.

Nota-se que os residentes percebem a fragilidade das relações, mas não sabem como atuar, nem intervêm. Em alguns momentos observou-se que alguns residentes recorreram à preceptora de campo para relatar algum problema gerado por essa falta de afinidade da equipe e solicitar sua intervenção. Entretanto, nesses momentos, também a preceptora demonstrou dificuldade em tomar qualquer atitude. No entanto, fica evidente o quanto esses fatores interferem na qualidade do cuidado ofertado e do aprendizado adquirido pelos residentes.

A superação dessa barreira passa pelo desenvolvimento da capacidade de negociar, mediar conflitos e ouvir o outro, inclusive o que ele tem a dizer sobre você.

Eu acho que foi importante a residência, muito importante pra o meu amadurecimento, pra trabalhar enquanto equipe. [...] Agora não, como tem muita cabeça pensante, muita gente pensando diferente, pra minha primeira experiência profissional, encontrei algumas barreiras pessoais de aceitar opiniões que divergem da minha. A residência foi importante pra promover isso em mim, aprender a ouvir mais, eu amadureci muito meu processo de negociação. RA1

Eu acredito que o grande desafio é porque as pessoas não aceitam a opinião do outro, tem um pouco de vaidade. Eu acho que é isso RM4

Apesar dos desafios inerentes ao processo de CIP, pode-se afirmar, de acordo com as entrevistas e com as observações de campo, que a RIS favorece a troca, a flexibilidade e o fluxo entre profissões. Por mais difícil que seja, mesmo no cenário de Maracanaú, os residentes conseguem apreender essa dimensão da interprofissionalidade e avaliar positivamente o processo de cooperação:

Aqui na residência é interessante, porque eu trago meu saber, minha ciência e junto com a dos meus colegas, então fica mais fácil de a gente trabalhar. A gente escuta falar muito isso na teoria, mas na

prática é bem mais interessante de se viver mesmo, trabalhar com outras categorias. A gente acaba virando um psicólogo, um fisioterapeuta por tabela, porque a gente tem muito isso de estar trocando muito. Então, a gente faz uma visita domiciliar com a psicóloga e a fisioterapeuta, então a gente acaba compartilhando muito. É muito interessante essa troca, pra mim é isso. RM3

A equipe é boa. A gente não vê... claro que tem opiniões... distinções de personalidade e de opiniões, mas a gente sempre conseguiu chegar a uma conclusão, a um ponto em comum nas discussões... conversando... nunca foi muito difícil com a equipe porque eu acho que as gente se dá muito bem. Acho que isso é uma potencialidade do grupo, é um ponto positivo. RM1

Outro aspecto interessante observado foi o quanto a condução interprofissional dos casos gera vínculo entre o usuário dos serviços e o profissional/equipe, aumentando a confiança que ele tem no serviço de saúde:

E o que eu acho interessante quando você faz essa interação com todos os profissionais, é o elo que você consegue desenvolver com o paciente. O elo afetivo com a pessoa, tá certo? Que as vezes a gente nem atinge o que ele tá querendo fazer, mas ele se sente apoiado e confiante naquelas pessoas que estão ali com ele. RM6

Eu acho que quase todas as atividades contribuem [para a CIP]. Eu creio bastante nisso, que eu acho que é super valioso um atendimento em conjunto porque eu acho que tanto aprende a gente enquanto profissional, quanto é bom pro paciente que tá ali. Pra ele é de valiosa contribuição porque ele consegue assimilar muita informação quando tem 2 profissionais, ou 3 ou 4, independente. Ele consegue assimilar bem. A gente nota que eles aprendem e retornam e falam e dizem que estão fazendo realmente. Então eu acho que esse tipo de atendimento é muito bom para todas as pessoas que estão participando... RA7

A satisfação do usuário deve ser objetivo central do trabalho em equipe, por isso o fato de ele retornar e aderir à terapêutica proposta, como aponta RA7, é sinal da efetividade do cuidado ofertado e do vínculo estabelecido. Alguns casos relatados pelos residentes demonstraram este fenômeno.

### 5.3.3 Convivência Mútua

A convivência é um indicador essencial para que aconteça a CIP. É exatamente essa convivência que permite aos profissionais conhecerem-se mutuamente tanto pessoal, quanto profissionalmente. Também é por meio dessa convivência que se descobrem as afinidade entre os membros daquela equipe e, conseqüentemente, se desenvolve o sentimento de pertença àquele grupo (D'AMOUR et al, 2008).

Na RIS-ESP/CE, esta convivência mútua é garantida com a lotação dos residentes em equipe, com o momento inicial de imersão nos territórios (quando os residentes tem a tarefa compartilhada de conhecer aquela comunidade), e com a proposição de tarefas coletivas. Entretanto, a qualidade dessa convivência depende muito de como ela se operacionaliza no cotidiano. A estruturação da residência garante a multiprofissionalidade. Para que essa interação caracterize-se como interprofissional é preciso que a convivência gere aprendizado mútuo, transformação das práticas e desenvolvimento de competências comuns (FURTADO, 2007; D'AMOUR et al, 2005). Em que momentos acontece esse salto da multi para a interprofissionalidade?

De acordo com os próprios residentes, o planejamento e a condução dos grupos é uma oportunidade indispensável para se conhecer mais sobre o campo de conhecimento e sobre o fazer do outro:

A gente consegue atuar de forma conjunta e, ao mesmo tempo, específica, então, os grupos são bastante interessantes pra gente trabalhar em equipe. Acho que a gente já aprendeu a trabalhar em equipe, de certa forma, através dos grupos, porque a gente planeja junto, realiza atividades juntos, faz tudo mesmo em todas as categorias como uma só, vamos dizer assim. Então, os grupos é o que mais une a gente. RM3

Por que como o grupo não é da fono, é de todo mundo, mas quando é mesmo o tema dela, a gente também se mete, mas ela fala coisa que eu nem imaginava, coisa que são altamente ligadas a minha profissão também, muito ligada a minha profissão, ela ia falando uma coisa e eu ligava ah também pode se assim, ah bem lembrando eu não imaginava que podia ser assim, ai a gente fica só se trocando RA2

e isto [CIP] acontece [também] na execução, todo mundo ajuda todo mundo, a gente faz esta troca de experiência, as vezes eu pego ensinando algumas posturas e ai até falando de alguns modelos de hábito alimentar, de educação alimentar... RA8

Pelas falas transcritas percebe-se que os grupos são oportunidades extremamente potentes de enriquecer sua atuação profissional, uma vez que o saber de um profissional complementa o do outro. Ou, como várias vezes eles comentam, os grupos são oportunidade de eles tornarem-se “*profissionais multi*”.

Ainda sobre os grupos, pode-se afirmar que a maioria deles, descritos pelos residentes e observados durante o trabalho de campo, tem caráter prioritariamente educativo. Por isso, estar junto com outra categoria profissional nesses momentos permite um aprendizado importante sobre o campo de conhecimento do outro. Entretanto, nos grupos, além da troca de conhecimentos, a convivência proporciona um

aprendizado de caráter atitudinal. RM2 afirma que a convivência com outros profissionais no grupo lhe permitiu aprender mais sobre a condução de um grupo:

a gente acaba convivendo com equipe multiprofissional, então eu acho que só mais assim na questão de você aprender a conduzir o grupo de uma outra forma, alguma didática, mas na questão de... sei lá... de pegar alguma coisa da outra categoria nem tanto, mas na questão de você aprender uma outra forma de lidar com grupos, né? RM2

Na observação da condução dos grupos pelos residentes, foi possível perceber que o aprendizado gerado pela convivência não se restringe de maneira alguma ao componente teórico-conceitual de suas formações. Eles aprendem um com os outros desde a cozinhar até a realizar dinâmicas. Em um dos grupos que participei, enquanto os idosos assistiam a um filme, uma residente estava ensinando os demais a fazerem pipoca, uma vez que eles decidiram oferecer esse lanche aos idosos. Da mesma forma, eles trocam entre si ideias de dinâmicas, maneiras criativas de apresentar à população determinado conhecimento, habilidades tecnológicas para manejar equipamentos eletrônicos, domínio de conhecimentos do senso comum caros ao cotidiano, etc. Aprende-se de tudo na residência. A educação em ato passa por essas possibilidades. Essa característica do aprendizado não deve ser vista de forma pejorativa, mas como uma peculiaridade do aprendizado em serviço.

Para além dos grupos, a residência também promoveu a convivência entre as profissões na assistência compartilhada:

a gente faz atendimento multiprofissional, compartilhado com nutricionista, fisioterapeuta, e assim também, visita né, de puericultura. Nunca tinha realizado, se não fosse a residência, eu nunca realizei uma visita, ou de puericultura ou outras visitas com outros profissionais, não tinha esta oportunidade nos outros municípios. [...] eu aprendi muito, né, a questão da nutrição a gente trabalhou muito com a questão de hipertenso, diabético, criança, então pra mim foi de grande riqueza de aprendizado mesmo. RA8

Então, tem as consultas compartilhadas né que as meninas fazem mais do que eu porque elas mesmas se combinam entre elas, as residentes já combinam o dia da nutricionista ir, da fisioterapeuta ir e elas se consultam juntas, então acho assim muito importante e pra cada profissão é um aprendizado muito grande, você ver o outro profissional atendendo e a conduta, quando você se deparar com um caso parecido você vai saber o que fazer, não vai dar uma de nutricionista, claro, mas principalmente no Programa Saúde da Família né que a gente cuida desde a criança ao idoso e orientação é a base de tudo né e a prevenção. PN5

essa questão da consulta compartilhada é o que mais a gente faz mesmo, que fortaleceu com a residência porque eu nunca imaginei atender com ninguém na minha vida, a não ser que fosse com outra

nutricionista, mas com outra profissão jamais, e tanto eu aprendo né. Pronto, hoje como a gente já faz a bastante tempo, então hoje muitas vezes elas não precisam de mim ou quando precisam é uma coisa muito específica que elas não viram eu falando ainda (RA3)

ai eu e RA2 a gente faz as consulta, os pacientes são marcados pra mim, mas ela participa vendo questão de postura e várias outras relações e até falando coisas que não é da área da gente também (RA3).

As visitas e consultas compartilhadas, que acontecem com mais frequência em Aracati, também permitem o conhecimento sobre as possibilidades de intervenção de outra categoria profissional a cada residentes. No entanto, conhecer o fazer do outro profissional também enriquece o meu fazer. Essa experiência é tão intensa que em várias falas é possível perceber a vibração das pessoas quando afirmam ter expandido suas competências profissionais, sendo agora um pouco também da outra categoria. É a possibilidade de ser um “*profissional multi*”, como os residentes falam:

De prática, a prática pra mim foi a melhor experiência! Porque como lá na faculdade era só fisio, e quando a gente ia pra o hospital era só fisio, e quando a gente ia pra uma clínica era só fisio, por mais que tivesse o nutricionista, por mais que tivesse outro profissional, a gente não tinha contato. A gente fazia a nossa área e cada um no seu quadrado. Aqui não, aqui é totalmente diferente, a gente faz puericultura junto, coisa que eu não sabia nem o que era né, a gente faz junto, os grupos é maravilhoso por que, por que não é o grupo da fisio, não é o grupo da nutricionista, pode ser que o tema seja nutrição mas uma se meta fala também, além da gente aprender um pouquinho da área da outra RA2

porque, por exemplo, quando a gente vai para um deficiente físico, eu não vou mais só olhando para deficiência dele. A gente, por causa dessa colaboração de toda equipe, a gente começa a olhar um pouquinho para o psicológico dele, porque ele tá triste, por que ele não tá comendo, é por causa da comida? Não, é por que ele está triste. A visita é a que mais, apesar que o grupo também... O grupo é muito bom, mas eu acho que a visita é mais intenso (fala enfática). RA2

De todas eu acho que é a visita, a visita compartilhada é a que mais colabora [para a CIP] e fora que é um ganho muito grande pra gente enquanto profissional e pra o próprio usuário né, porque às vezes o que a gente aprendeu ali naquela hora pode ser aplicado futuramente numa visita que a gente tá fazendo aí e já consegue dar uma melhor orientação sobre aquele assunto, não dispensando o outro profissional, mas a gente acaba tendo uma melhor propriedade (RA5).

A convivência com a outra categoria profissional permite que se conheça mais sobre ela. Conhecer mais sobre ela amplia a compreensão sobre suas possibilidades de intervenção em cada caso. Dessa forma, a convivência favorece também a valorização do outro profissional e a qualificação no processo de demandar que ele contribua na assistência:

Se fortaleceu e até o respeito né entre as profissões, a valorização mesmo, valorizar o colega fisioterapeuta. A partir do momento que eu conheço mais sobre a profissão dele, reconheço a importância né consequentemente respeito mais, reconheço do quanto o paciente precisa não só de mim como enfermeira, mas das outras categorias, as amizades, os laços né, os diálogos são bem mais produtivos hoje. PN5

A convivência também gera uma maior aproximação de caráter pessoal entre os profissionais. Essa intimidade facilita a comunicação entre eles e favorece o acesso de um ao outro. Ou seja, facilita também que se convoque o outro profissional para atuar junto:

Geralmente, aqui como tem muita gestante, as visitas puerperais quando eu sei que determinado paciente, eu sei quando aquela puérpera necessita de uma atenção especial, aí eu convido a nutricionista, a fisio, aí até por que são os profissionais que estão mais perto da gente né?! E que atuam aqui frequentemente, que é a equipe do NASF né?! (RA6).

RA2 e RA3, por exemplo, são muito próximas da gente, aí quando tem um caso a gente discute com elas, fala, e elas sempre vem aqui. E aí faz o atendimento né, compartilhado, como a puericultura, RA3 sempre vem. RA2 sempre que eu tenho um paciente, um caso eu passo pra ela: “vamos marcar, fazer visita, ou então atendimento...”. Ou até conversa aqui mesmo, um dia desse ela tava aqui esperando o carro pra ir pra visita, tava com paciente aqui aí “RA2 vem cá”, aí conversamos e fizemos esse atendimento compartilhado, eu eu acho forte [a CIP]. RA6

E como eu tenho contato direto com as meninas a gente conversa muito. Então, toda vez que a gente senta, que eu tenho alguma dificuldade ou que elas trazem, a gente discute os casos que tem e termina que é bem proveitoso. RA7

a própria amizade, a própria relação pessoal da gente durante a residência, não deixa de proporcionar para gente, puxar um pouco para consulta, para troca de conhecimento, chamar aquela pessoa que você tem mais proximidade pra te ajudar, então eu acho que é dessa forma RA8

O fato de os residentes se identificarem por essa função de ‘residente’ faz com que eles sempre intensifiquem mais a convivência de um com o outro. Provavelmente por isso, sempre há essa maior identificação dos residentes entre si que com os outros profissionais do serviço. Mesmo os cirurgiões-dentistas, que tradicionalmente focam bastante no atendimento individual dentro do consultório, e acabam ficando mais isolados por conta da própria organização do trabalho na ESF, são sempre lembrado e convidados:

Ah dentista, os dentistas são sempre um pouquinho mais distantes, né (risos), mas a gente sempre convida, tem esse grupo de oração que eu comentei com você, eu sempre ‘RA9 vamos lá?’ A RA9 já foi uma ou duas três vezes, ela gosta é muito deles, já foi pro CRAS, já convidei

ela, vamos pra uma comunidade lá, vamos pra escola, sempre que a gente convida vai e, por isto que acontece, por que a gente tá bem mais próximo, por isto que tem essa dificuldades dos profissionais do serviço por que eles não estão tão próximos, como a gente tá, liga mais. RA6

Em Aracati, especialmente, vale ressaltar ainda que essa convivência tão citada aqui acontece não só no ambiente de trabalho, mas também horas de folga. Nesses momentos, mesmo que o foco seja o lazer, o trabalho e a residência sempre são os assuntos mais recorrentes:

Quando a gente se reúne pra conversar e às vem comer um cuscuz aqui em casa, aí não, vamos conversar, aí fica conversando dizendo justamente isso, falando de casos dos pacientes e graças a Deus a relação é muito boa, muito boa RA3

Como eu disse a demanda engole a gente, engole de uma forma que a gente é sugada literalmente, então esse tempo de fazer isso até porque a gente fala nisso quando vai num churrasquinho tipo coisa que a gente já tá fora do horário de trabalho, mas é o único momento que a gente tem pra falar alguma coisa, nem por telefone não dá tempo de falar e seria dessa forma. Às vezes as meninas dizem vem pra cá pra gente conversar, aí acaba entrando e não tem como não sair da educação. RA3

O vínculo que a gente consegue estabelecer, porque tem muita atividade que a gente desenvolve junto e aí você começa a, e você acaba, por exemplo, falando de caso quando você se encontra com todo mundo e sei lá pra conversar. Outras coisas é você acaba falando, tá só a equipe de residente aí você ah lembra daquele caso de não sei o que, então você consegue discutir casos fora do horário do serviço. A gente tava até brincando que teve um evento aqui do município que a gente foi e aí tinha muito residente, aí a gente tava falando com os meninos a gente gosta tanto de roda que até aqui a gente tá em roda, porque quando a gente olhou tava todo mundo assim de roda e aquela roda grande e eu sim, vamos fazer terapia comunitária aqui agora. A forma né de. Eu acho que o vínculo que a residência propicia e você ter essa fluidez... RA5

Em Aracati, o caso das três residentes que moram juntas fortalece ainda mais esse vínculo. A casa delas torna-se ponto de referência para toda a equipe. Esse vínculo para além do ambiente de trabalho favorece a colaboração:

Então a gente vive a residência vinte e quatro horas né pensando nos pacientes. Pronto como eu moro com as duas meninas né e cada uma é a profissão diferente, que aí a gente traz os casos pra cá aí fica discutindo aqui na sala, às vezes as meninas vem e a gente discute, então é questão de saber dizer pro paciente, saber passar de uma certa forma que convença ela a fazer o que é pra fazer mesmo e eu acho que a equipe toda assim. RA3

Toda vez que eu tenho algum caso eu passo para toda a equipe. Toda não! Termina que por eu morar com as duas meninas, aí termina que eu converso mais com elas. Com toda a equipe mesmo é mais nos

momentos de roda que a gente termina discutindo sobre os assuntos... e a gente tem esse alinhamento sim. A gente conversa, a gente discute sobre os casos, comenta sobre o que acha a respeito daquele caso e vice-versa. Cada um vai falando o que acha... e eu acho isso super enriquecedor, porque as vezes tem uma coisa que você nem sabe e aí naquele momento são vários pensamentos, várias pessoas comentando a respeito, então pra você é bem melhor. RA7

Outra coisa que favorece, é a gente morar junto (gargalhadas). Facilita de-mais! Uma convivência para além da residência né? RA2

Além disso, em Aracati, somando-se a essa perspectiva de compartilhar o local de moradia, outra peculiaridade observada é o fato de alguns residentes terem se mudado para a cidade para cursar a residência. O caráter de dedicação exclusiva à residência se efetiva em todos os sentidos:

Que eu acho que essa história da gente vim pro interior que a gente não conhece né, viver, é uma mudança radical na sua vida, que faz você entrar mais ainda no seu processo de residência. Por que como a RA3 tava comentando mais cedo, se a gente tivesse em fortaleza, talvez num né com família perto, com namorado, com todo mundo talvez, não sei podia ser até diferente, mas por exemplo, me mudei, me mudei completamente, não conhecia ninguém, o território, a territorialização foi o primeiro processo da gente, foi fundamental por que a gente foi conhecendo tudo, não só pra trabalhar, mas também pra se identificar, pra gostar, pra viver, morar durante dois anos, (pausa) oh oh to amando, pena que ta acabando (risos). RA2

Depois das rodas a gente sempre se reúne, depois né quando termina a roda a gente se reúne ou aqui em casa ou vai pra alguma lanchonete aí sempre... tudo é vinte e quatro horas falando de residência, do que acontece dentro da residência e nunca a gente fala a família não sei o que. Família a gente esquece e só quando chega em Fortaleza e aí esquece da residência um pouquinho. RA3

Esse fato implica efetivamente numa dedicação exclusiva e intensa à residência, o que fortalece a prática colaborativa uma vez que torna o grupo mais próximo. Em Maracanaú, por outro lado, por ser região metropolitana, foi observado que esse tipo de vínculo é mais difícil de se efetivar. A maioria dos residente mora na capital indo diariamente à Maracanaú apenas nos horários da residência. A distância e a necessidade de deslocamento diário reduzem a convivência antes e depois do horário de trabalho. Esse distanciamento aumenta no segundo ano da residência. Observou-se que muitos residentes de Maracanaú programaram-se para realizar os estágios em rede em Fortaleza e também, nos turnos liberados para elaboração do trabalho de conclusão da residência, eles permaneciam na capital. Essa redução da presença não foi apenas no cenário de práticas, mas no município propriamente dito, daí acredita-se que originou

esse maior distanciamento e enfraquecimento dos laços de colaboração como citado pelos próprios residentes.

Em suma, a convivência entre os residentes já é bastante ampla. Pelo fato de serem residentes, eles vivenciam várias atividades juntos e muitas vezes compartilham também diversos aspectos pessoais. Há uma identificação entre eles que fortalece o grupo. Para além disso, em Aracati, o fato de ser uma cidade de médio porte, de alguns residentes morarem juntos e de terem se mudado para a cidade para cursar a residência fortalece ainda mais os vínculos, o que favorece a CIP de forma especial nesse município. Entretanto, em ambos os cenários, os profissionais conseguem desenvolver a capacidade de serem “profissionais multi”, ou seja, profissionais que conhecem o fazer das outras categorias e sentem-se empoderados para atuar e intervir nas situações para além do saber específico de seus núcleos profissionais, ou seja, ampliam seu escopo de práticas.

#### 5.3.4 Confiança

No que tange ao compartilhamento de práticas, D’Amour et al (2008) afirmam que a colaboração efetiva só é possível quando há confiança nas competências do colega. Quando não há esse sentimento, o profissional tende a manter o paciente unicamente sob seu cuidado e evita ao máximo que ele seja direcionado aos cuidados de outro membro da equipe. No entanto, em uma equipe onde há interação e mútua confiança, ao contrário disso, a presença de outros profissionais gera inclusive segurança:

Você se sente muito bem acompanhada, muito bem protegida digamos assim, fortalecida, porque o fato da aproximação com vários profissionais você consegue ter uma condução de caso, uma melhor linha de cuidado, uma melhor linearidade... RA5

Nas entrevistas e observações, percebeu-se que essa confiança é fortalecida principalmente quando se sabe o que o outro faz e os resultados de sua intervenção são observáveis. Como afirma RM6:

até o médico, quando nós chegamos lá ele era bem fechadão. Hoje ele já vê o resultado das mulheres que tem hipertensão e diabetes, umas com as taxas controladas, outras que nem mais tomando medicação estão, melhorou a glicemia... então hoje ele dá maior credibilidade e a gente tem uma relação de ele viajar pra França e trazer um perfumezinho pra mim (RM6).

RM6 fala do quanto os resultados de sua intervenção conquistaram a confiança do profissional médico do município. Entretanto, esse tipo de amadurecimento das relações interprofissionais também é percebido entre os residentes, de forma, inclusive, muito mais intensa.

Um dos impactos que essa confiança tem sobre o processo de trabalho é a qualificação do cuidado. Ou seja, quando se confia nos demais membros da equipe, nem sempre precisam estar todos juntos. Por confiar no outro, sabe-se que ele procederá da melhor forma possível e, caso necessário, fará as articulações interprofissionais. É o que C1 afirma ser o “não patotismo”:

Quando a gente fala em equipe multi não está falando da patotinha, pra onde um vai todo mundo vai atrás, mas que isso seja de forma planejada: hoje estou com fulano, não preciso estar com seis, estamos nós dois; na próxima atividade, pode ser que estejamos nós seis, na outra não precisa, estou só eu e a enfermeira' (C1).

Os residentes confirmam isso quando comentam várias vezes que o aprendizado que tiveram com o colega de outra categoria profissional já lhe permite analisar a situação de saúde do sujeito e de sua família de forma ampliada, contemplando os múltiplos aspectos do processo saúde-doença.

A RIS-ESP/CE, ênfase em SFC, fortalece isso primeiramente por favorecer o trabalho em equipe desde a estruturação das equipes até os direcionamentos pedagógicos que estimulam a troca. Em segundo plano, essa confiança também é fortalecida pelo modelo de atuação da estratégia NASF. Esta pressupõe a tecnologia do apoio matricial, que operacionaliza-se em duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. Em suma, o apoio matricial potencializa que as ações clínicas e institucionais tenham sempre a perspectiva da troca e da educação ampliando o escopo de intervenção de todos os membros da equipe. Ou seja, esse modelo visa que o fazer compartilhado gere redução das fronteiras entre as profissões, capacitação do outro e confiança em detrimento da disputa de mercado. É preciso afirmar que a adoção desta metodologia de trabalho também atinge as categorias que atuam na equipe de referência, uma vez que elas são alvo dessa ação dos profissionais do NASF (BRASIL, 2014; CAMPOS, DOMITTI, 2007). Desta feita, tanto os aspectos pedagógicos como laborais do programa em estudo favorecem esse indicador da CIP.

### 5.3.5 Centralidade

Na perspectiva da governança, a existência de um direcionamento claro e explícito vindo da liderança central é um dos aspectos que interfere na CIP (D'AMOUR et al, 2008). No caso da residência aqui analisada, existem duas instâncias de liderança central cuja forma de atuação determinam o processo de trabalho na Residência Integrada em Saúde da ESP com Ênfase em Saúde da Família em Maracanaú e Aracati: a instituição formadora – ESP/CE – e as instituições executoras, respectivamente, as Secretarias Municipais de Saúde de cada um dos dois municípios.

A interferência da ESP/CE promovendo a CIP foi bastante comentada no que diz respeito a proposição de tarefas obrigatórias que deveriam ser realizadas em equipe:

Era a enfermagem, a psicóloga, a nutricionista, todo mundo. Foi no início todo mundo porque tinha os trabalhos da escola né que tinha que ter esse momento e a gente fazia juntos e depois foi que foi desmembrando e foi ficando com a agenda e aquela coisa e querendo ou não a gente acaba na assistência né. PN3

Aquele do início que a gente se encontrava pra fazer atividades foi muito importante, eu vejo hoje que... todas as atividades, principalmente aquelas que valiam pontos de produção, que você tinha que produzir aqueles textos, por que realmente, por exemplo, é olha, faz tanto tempo que a gente não faz. Se as minha colegas me virem falando isso, vão me matar! (RA9)

Eu acho que precisava ter espaços mais de roda mesmo, em campo, que proporcionasse construção de projetos terapêuticos singulares. A gente só construiu quando era atividade da escola. Pra mim, esse é um espaço muito forte de troca, que não acontece por uma série de questões (RA1).

porque pelo próprio desenho da residência que cobra quando lança os manuais, que vem aqueles momentos que eles trabalham um pouco mais extenso e que requer todas as categorias, isso passa uma semana, duas semanas eles tendo que se planejarem, eu noto esses planejamentos com mais frequência, essas reuniões com mais frequência PN1

Ou seja, a cobrança da instituição formadora gera mais encontros e mais momentos de troca entre os residentes. No segundo ano, essas tarefas ficam bem mais escassas, pois a formação teórico-conceitual fica mais voltada para a construção do conhecimento científico por meio da elaboração do trabalho de conclusão de curso. A redução das tarefas é também associada a um enfraquecimento na cooperação e nos momentos de encontro. Seria essa menor ênfase que a liderança central estaria dando para a CIP que determina a diminuição do nível de colaboração? Ou, com o momento

do trabalho de conclusão da residência (TCR), há um distanciamento da liderança central ESP/CE?

RM6 aponta que há a necessidade de maior acompanhamento da instituição formadora, afirmando que a ESP/CE mais presente tem o potencial de gerenciar inclusive as relações e a disponibilidade dos sujeitos para o trabalho em equipe:

Eu acho assim que nós precisaríamos ter um acompanhamento maior do órgão gestor. Porque como nós somos residentes, somos alunos... tem gente que tem cabeça e tem gente que falta cabeça. Então precisaria ser mais acompanhado... porque quando um quer e o outro não quer. O outro contamina. Um não faz... aí é difícil o outro olhar e dizer 'Não me interessa se ela está fazendo ou não, eu vou fazer'. Pensa é assim 'se ela não tá fazendo, também não vou fazer'. Por exemplo... isso é muito comum (RM6)

PC2, com o mesmo pensamento de RM6, chega inclusive a sugerir que a CIP só acontece com mais intensidade diante de uma “*pressãozinha*” da liderança central:

Talvez, se fosse cobrado mais vezes, eles tivessem mais cuidado, ânimo, porque nada como uma *pressãozinha* né? Talvez, eles tivessem uma participação maior, colaborassem mais e fortalecessem isso aí, porque envolveria outras pessoas na construção do cuidado. Se a ESP cobrasse mais de outra forma, porque tem a questão dos produtos que são feitos. Não sei se tivesse uma penalidade maior pra que o produto fosse diferente, alguma coisa do tipo. PC1

Ou seja, retorna-se ao pensamento tradicional de que é necessária a cobrança para que a CIP se operacionalize? Até que ponto os resultados alcançados com a colaboração são suficientes para garantir a integração da equipe? Até que ponto essa cooperação repercute nos profissionais do serviço que não tem, de forma direta, essa cobrança pela integração interprofissional?

Apesar de poucos terem se colocado sobre essa dimensão, percebe-se a importância de reavaliar a centralidade da ESP-CE, seja na tentativa de tornar os impulsos para a CIP permanentes durante os dois anos, seja criando mecanismos de direcionamento da CIP sem a existência necessária de tarefas específicas, mas promovendo que o cotidiano demandasse a colaboração e que os resultados dessa prática compartilhada determinassem sua perenidade.

Ou será que a exigência de um TCR - Trabalho de Conclusão da Residência individual ao final da RIS também não estaria contribuindo para a redução do trabalho em equipe entre os residentes? E se o trabalho de conclusão de curso fosse realizado em

equipe? Sabemos que mudanças e incorporação de novas práticas levam tempo. Talvez a proposição de um TCR em equipe fosse mais uma oportunidade para internalizar entre os residentes o trabalho em equipe interprofissional.

Retomando o papel de liderança, nota-se que a tal cobrança pela cooperação também pode ser e, em alguns momentos é, oriunda da instituição executora. Ao longo da estadia junto às equipes de residentes, percebeu-se que várias vezes havia direcionamento da secretaria municipal de saúde para o desenvolvimento de determinada ação. Normalmente, tratam-se de ações de educação em saúde organizadas em semanas temáticas ou grandes eventos: outubro rosa, novembro azul, semana da tuberculose, semana de prevenção da hanseníase, semana da criança, etc. Os residentes, por também serem trabalhadores daqueles municípios, realizam essas atividades. Essas determinações da gestão local da saúde conseguem de fato reconfigurar, mesmo que temporariamente, a agenda dos residentes e estimulam inclusive a existência de turnos de planejamento. Como afirma RA8: *“as ações tipo, Outubro Rosa, Novembro Azul, acho que a gente percebe muito essa colaboração entre profissional, todo mundo se reúne, agente de saúde, a gente convoca todo mundo para isto”*.

Entretanto, no que tange às ações no âmbito municipal, observou-se em Maracanaú, uma disposição dos residentes e preceptores a desenvolverem semanas temáticas independente do direcionamento do município.

semana passada uma vez que não foi programado nada com secretaria nada, nós programamos a semana da saúde e todos foram envolvidos e em relação aos residentes muitos participaram, alguns eu notei que não deram muita atenção, mas muitos participaram PN1

Em contrapartida da liderança central, mesmo que essa semana da saúde seja uma ação pontual, ela aponta que houve certa internalização das práticas colaborativas entre os residentes.

Com tudo isso, percebe-se que a liderança central tem papel fundamental no incentivo à prática colaborativa. Para tanto, utiliza-se da determinação de tarefas a serem executadas. Entretanto, acredita-se que para a real efetividade da CIP, ainda mais quando se concebe que a transformação das práticas precisa ser duradoura e não apenas momentânea, essas tarefas precisam ser um pontapé para disparar a colaboração e não fator determinante. Se a CIP só acontecer por tarefa, obrigação ou pressão, onde ficam todas as outras motivações teóricas e vivenciais para esse tipo de compartilhamento? Ou

seja, o que se pode observar é que a forma como a liderança central tem se colocado não tem sido efetiva para introduzir a CIP de forma efetiva e longitudinal.

### 5.3.6 Liderança Local

Apesar de a liderança central ser um aspecto importante para a governança, para que a CIP aconteça de forma efetiva também é necessária uma liderança descentralizada, uma liderança local, que surja de dentro da equipe. Essa modalidade de liderança pode ser emergente do grupo de forma espontânea ou atribuída a algum dos integrantes a partir da função ou cargo que ele exerce (D'AMOUR et al, 2008).

Era de se esperar que os preceptores assumissem essa liderança, e eles assumem em determinados momentos, mas via de regra eles são mais considerados pelos residentes como mediadores e não necessariamente como líderes propriamente ditos. Percebe-se que, no cotidiano das práticas, qualquer residente pode assumir essa liderança local:

a partir no momento que alguém tem a iniciativa, quando eu ou alguma das meninas tem iniciativa de uma determinada ação, então, então como já é de costume, a gente já convoca todo mundo para o planejamento, aí a gente já chega todo mundo planejando o quê que cada um vai executar RA8

Alguém diz 'vamos trabalhar com PSE [Programa Saúde na Escola]?' Então vamos. Monta-se uma escala e tal. RM5

eu acho assim... a maioria das nossas coisas são feito junto... a maioria mesmo... tudo o que vai fazer tem sempre mais do que uma categoria, sempre tem... é muito difícil você encontrar uma coisa que só a fisioterapia levantou a bandeira. Então, eu acho que na verdade, praticamente todas as nossas ações são. Desde campanha de vacinação que a gente fez, nunca foi levantado por um só profissional. Eu acho que a gente sempre teve a ideia de jogar no grupão e ver quem ia comprar. Quem comprar a ideia, aí bota pra frente... quem não comprou, aí pronto. RM5

Ou seja, há um movimento das equipes, tanto em Maracanaú quanto em Aracati, de lançar uma ideia ao grupo e esperar a resposta, seja aderindo e levando em frente a execução da ação ou mesmo ignorando a ideia. Observa-se que, apesar do cargo ocupado pelo preceptor lhe colocar nesse papel de proposição e liderança, muitas vezes não é dele que partem as iniciativas. Ao contrário são os residentes que tomam a iniciativa e participam também da gestão do grupo. E, na concepção de grupo aqui adotada, todos tem a mesma responsabilidade por esse processo: *“então é uma equipe, um passo errado de um pode ser consertado e a coisa se transformar tudo direitinho,*

*mas um passo errado de um sem tá nem aí pra que a equipe fique sabendo o negócio desanda mesmo” (PN1).*

No entanto, dentro de uma equipe, é fundamental que as características pessoais de um integrante não se sobressaiam a ponto de intimidar a participação dos outros. RM6 afirma que é extrovertida, já tem bastante experiência em serviço público e em trabalhos com educação, por isso não encontra nenhuma dificuldade em conduzir atividades coletivas e acredita que pode muito contribuir com a equipe. No entanto, muitas vezes a medida desta sua extroversão acaba por impedir o desenvolvimento destas competências nos outros residentes da equipe:

Por exemplo, eu a psicóloga residente. Aí, as vezes, eu tô falando, mas aí eu digo ‘oh, a psicóloga residente entende muito mais disso que eu. Ela vai falar’. Aí às vezes ela não fala (e eu a amo de paixão), aí eu falo. E ela fica dizendo: ‘é isso mesmo’. Mesmo ela estando junto. Porque o que acontece... as vezes a pessoa não gosta de falar, mesmo ela sabendo e estando junto ela não gosta. Gosta mais daquela coisa do atendimento individual e eu gosto é de ensinar pra todo mundo.  
RM6

Porque assim... às vezes você deixa de contribuir... para não incomodar também tanto, aí você fica mais na retaguarda. Um exemplo: vamos apresentar um trabalho. Eu não me coloco. Porque antes eu me oferecia e aí diziam ‘RM6, deixa as outras pessoas, porque você já tem facilidade de falar, deixa as outras pessoas...’. Ai eu dizia ‘tá bom’. Ai quando é na hora ‘RM6, ninguém vai falar, você vai?’ Ai eu vou. Também não tenho esse problema comigo. E assim... em qualquer outra situação... vamos fazer uma visita domiciliar, se me chamar eu vou com qualquer uma. Então assim... eu sei que eu recuei mais de poder passar até aquilo que eu sabia que podia colaborar com elas. RM6

Essas falas de RM6 são importantes para ilustrar como o excesso de proatividade pode atrapalhar o relacionamento da equipe e até mesmo dificultar que os outros profissionais desenvolvam as competências previstas no currículo. Também os estudantes de uma EIP, no caso aqui residentes, devem ser agentes de formação para os colegas sabendo a medida de colocar-se e a medida de recuar, favorecendo que o outro também se desafie a participar. Para que isto ocorra é fundamental que o preceptor de campo atue mediando as relações e tentando equilibrar a equipe de forma a que todos tenham oportunidade de participar.

Na perspectiva da liderança local, é importante que todos os integrantes da equipe se sintam ouvidos e participantes da tomada de decisão. Todos os residentes, exceto RM6, afirmaram que se sentem ouvidos dentro de sua equipe, transcreve-se aqui duas falas para exemplificar:

*tem características pessoais também que também eu acho que influencia, eu sou meio na minha, sou meio tímida, mas eu acho que sim [sou ouvida dentro da equipe]. RA9*

*Eu sinto uma abertura muito grande aqui, para poder falar o que eu penso, o que precisa mudar, então me sinto ouvida aqui. RA8*

Mesmo os mais tímidos ou os mais extrovertidos, seja da equipe de referência ou da equipe NASF, é importante que todos tenham direito a falar e a ser ouvido dentro de sua equipe. Isso gera a sensação de pertença. E é exatamente quando o residente consegue se sentir parte da equipe, que ele se compromete com as ações a serem desenvolvidas e com a manutenção do grupo.

O ponto positivo, eu poderia dizer que a equipe, de forma pessoal, cada integrante eu vejo como muito comprometido com o trabalho. A gente de certa forma vai fazer uma atividade em um grupo, então, cada um se dedica, vai atrás, faz. Uma coisa de artesanato, a gente aprende, vai pra internet [risos] e faz pra poder levar pra eles. Todos são mesmo muito comprometidos com o que está ali pra fazer. RM3

Mas nem sempre isso acontece, nem acontece de forma instantânea. Durante as entrevistas com residentes e preceptores de Maracanaú, foram ouvidas diversas queixas sobre o quanto a falta de responsabilidade compartilhada (que tem relação direta com a compreensão de uma liderança compartilhada), gera sobrecarga para alguns. Uma vez que a responsabilização pelas ações diz respeito também ao quanto o sujeito assume a condução do grupo. Os residentes e preceptores falam de certa indisponibilidade para ajudar o outro quando esta colaboração não está prevista previamente e formalmente pelas lideranças centrais:

Por muitos trabalhos serem em equipe, ficam nas mãos de algumas duas, três pessoas e outras pessoas ficam levando a vida mansa e ganhando as notas... sem ter feito o trabalho como deveriam ter feito, como deveriam ter colaborado, isso tanto os trabalhos teóricos quanto trabalhos práticos. [...] de você ver outro profissional, entre aspas, se escorando no outro e quando era pra tá atuando em equipe na condução de um grupo, por exemplo, foi destinado que tantos profissionais seriam responsáveis por aquele grupo, aí você vê que acaba só um dando condução, organizando tudo. Durante o convívio fica muito fácil, você depois de um tempo claro né, fica muito fácil de você identificar quem tá com aquela postura proativa, quem quer botar a mão na massa, quem tem aquela postura de líder e identificar aquele que é mais tímido, aquele é que mais passivo, mas que faz a sua parte, e aquele que fica só na aba dos outros pra assim dizer. PN2

você sabe que grupos sempre têm dificuldades, tem aquele que é mais né assim banho-maria – ah eu não preparei nada, ah eu não li

nada, tá entendendo? Mas assim, mas quando se une a gente faz bem direitinho, eu vejo que elas têm muito interesse. PN3

Eles desenvolvem uma atividade nas escolas, então é toda a equipe de residência, e teve um momento que eu tive presente e eu observei uns bem aflito exatamente com essa falta de se ‘co-responsabilizar’ mesmo. Naquele dia tinha que ir dois ou três profissionais né, um bem aflito porque tava faltando isso, tava faltando aquilo, o outro no dia seguinte nem ligou pra mandar o restinho que tava faltando como foi combinado, acordado da temática, uns tava faltando preparar o cartaz que tinha prometido, então o que foi planejado ficou quebrado naquele dia, tudo que foi planejado não tava tudo ali pra poder desenvolver a atividade. E que quando estavam todos no momento antes de ir pra atividade extramuros eu vi uns que: ‘ah não deu pra trazer não deu, paciência’; e outros realmente preocupados qual o resultado dessa atividade de hoje (PN1)

uma palavra muito importante: disponibilidade da pessoa. Eu acho que infelizmente a gente sofre aqui de uma grande falha de comunicação. [...] ao ponto de dois profissionais ter ficado responsável por uma atividade, pelo desenvolvimento de uma atividade e um dos profissionais foi chamado pra participar de uma outra coisa e não combinou nada com o outro profissional do que deveria ser feito naquele dia. Na minha consideração a falha é grave de comunicação e por problemas pessoais. PN2

[A CIP] eu avalio como boa, mas poderia ser melhor. Porque as vezes as pessoas acabam se omitindo e sobra sempre pra alguém... sobrecarrega mais um aqui... empurra com a barriga ali, espera mais pelo outro aqui... RM5

Vale ressaltar que, ao mesmo tempo que existem essas situações de desresponsabilização que enfraquecem a CIP, este desencontro entre os residentes é matéria prima para a atuação do preceptor. E, como afirma PN1, uma situação assim pode ser usada para problematizar com os residentes quanto às suas práticas:

Eu como também tava envolvido nessa atividade eu nesse primeiro momento né disse: ‘Gente, a situação tá sendo essa, estamos com o material pra ser produzido e não foi, então vamos tentar adaptar essa realidade. Mas, quando a gente voltar eu queria ter um momento pra conversar com vocês’. Porque eu queria ver [...] como é que seria essa adaptação nessa situação. Então, a gente foi, alguns conseguiram conduzir sem esse material [...], outros ficaram completamente travados, travados mesmo e parecia que tem que ter esse material e acabou-se, senão não consigo repassar a informação. Aí quando retornou eu falei né, também fui mais uma vez direto. [...] [conversei] mesmo com os que não eram meus residentes. Então, eu falei que tem que ter, quando se tem esse planejamento estratégico, esse planejamento antes é exatamente pra ter essa responsabilização né. Se ficou pactuado que um vai ficar responsável por isso e por aquilo, então isso tem que se comprometer, mas no decorrer da semana vocês viram ‘ah tá acontecendo isso, tô com a agenda muito lotada’, falasse pro outro e o outro poderia pegar a sua atividade e realizar a construção daquele material por você tranquilamente. Porque isso ficou pra mim e eventualidades acontecem, coisas acontecem, então

tem que saber se articular que é uma equipe e como eu falei, uma equipe ela só funciona se todos andarem harmonicamente. PN1

No entanto, apenas PN1 comenta sobre experiências e possibilidades de intervenções em situações como essas. Em Aracati, corroborando com essa ausência de liderança local nos preceptores, um dos residentes até mesmo apontou que o distanciamento da figura do preceptor de campo, ao passo que o impede de tomar uma atitude de liderança, como citado por PN1, também atrapalha a organização do trabalho da equipe:

Eu acho que se houvesse a figura do campo mais presente e tivesse esses outros espaços, poderia fortalecer mais a nossa prática. Eu acho que na medida em que não acontece o trabalho interprofissional, a gente precisa problematizar sobre a nossa realidade, sobre o que a gente está construindo. Se não tem esses espaços, não tem como seguir em frente e desenvolver mais, não. RA1

Outra peculiaridade importante observada nas equipes de residência diz respeito ao papel da enfermagem na CIP. Apesar de as falas afirmarem a igualdade entre as categorias na prática colaborativa, a enfermagem ainda acaba assumindo um papel mais forte na mediação da condução dos casos e na construção do vínculo dentro da equipe e com os usuários dos serviços.

eu acho que essa ligação sem a enfermagem teria sido bem mais difícil. Porque a enfermagem está sempre mediando: ‘doutor, num sei o que...’ porque para o médico o agente de saúde chegar trazendo o problema ou ele mesmo tendo identificado o problema, talvez ele não tivesse (não é querendo puxar a sardinha pro meu lado não...) mas talvez ele não tivesse essa preocupação nem a dedicação a esse caso, pelo tempo, pelas demais atividades dele... eu acho que essa mediação ‘pois vamos falar com a psicologia, vamos falar com o serviço social, doutor falei com fulana, não a gente vai fazer isso em vez de aquilo, vamos sentar aqui’ então eu acho que a enfermagem estava sempre mediando... se torna referência até para a paciente. RM1

Porque embora os meninos tenham estado nos casos, eles venham aqui no território com frequência, mas quem tá aqui todo dia sou eu né, então como era caminho e ele era da família do agente de saúde, eu comecei a ter um maior vínculo, um maior contato com ele, então ele chegava pra mim e falava coisas que ele antes não falava [...] então eu ficava assim tipo como mediadora de muita coisa e a gente ficava puxando e fazendo mesmo os laços entre os diversos profissionais. RA5

[a enfermagem contribuiu nos casos] na articulação né, para não voltar somente para as coisas da enfermagem, assim no atendimento, mas assim com a articulação no serviço (RA6).

Essa compreensão do papel da enfermagem é comum tanto à realidade de Aracati quanto de Maracanaú. De fato, observa-se que a atuação generalista da

enfermagem, tendo a tarefa de atender integralmente a todas as demandas de saúde daquele território, proporciona que as enfermeiras residentes tenham participação em todos os casos. Além disso, como ela é a categoria que assume efetivamente a responsabilidade sanitária por uma população específica e constrói vínculo com o ACS e com a comunidade, há uma demanda mais frequente da comunidade por estes profissionais, os quais acabam tornando-se importantes mediadores da relação entre a equipe, os pacientes e suas famílias.

Desta forma, percebe-se que a liderança local é um papel que não é assumido por uma categoria profissional especificamente e nem instituído pela nomeação para um cargo. No entanto, ela é fundamental e, ao emergir do próprio grupo, sofre interferência de todos esses fatores envolvidos, como implicação dos sujeitos com o projeto da residência, sentimento de pertença que cada um desenvolveu em relação ao grupo e papel da categoria profissional no trabalho na ESF.

#### 5.3.7 Suporte para inovação

A implementação de uma estratégia de CIP determina, por certo, a implantação também de inovações nas práticas realizadas, nas relações instituídas e, até mesmo na instituição como um todo (D'AMOUR et al, 2005). Por isso, na compreensão de D'Amour et al (2008) ao construir a tipologia da colaboração entre profissionais de diversas profissões, há a necessidade de estruturas pedagógicas, sejam de gestão ou organizacionais, que favoreçam essa inovação. Sem esse suporte para inovação, a CIP não se operacionaliza em toda a sua potência. Desta forma, analisar a presença desse suporte e o quanto ele é reconhecido pelos envolvidos na equipe é importante para analisar a CIP desenvolvida pelos residentes.

Inicialmente, cabe apontar que o próprio desenho da RIS-ESP/CE, garantindo a EIP e a integração dos residentes, já se configura como um dispositivo de suporte para inovação:

O que favorece é a própria residência conter uma equipe multiprofissional, com vários profissionais né, então a gente acaba interagindo, as próprias rodas proporcionam interação, essa troca de experiência, ideias surgirem lá na hora através de textos, através das datas da saúde, tudo isto proporciona esta interação. RA8

Eu só penso que temos o mesmo processo de formação, e acontece esses encontros né, a questão das rodas, esse nosso planejamento, que

a gente definiu que todo mês tem aquele turno que a gente vai fazer planejamento, a gente tá reunido, eu acredito que seja por isso. RA6

As rodas enquanto momentos teórico-práticos, a lotação em equipes multiprofissionais e as reuniões de equipe: tudo isso é citado como suporte à CIP e consequentemente às inovações que ela provoca. Assim como já discutido, na ênfase de SFC, o modelo de trabalho da ESF e os seus princípios, se tomados enquanto guias e referências para a prática, também tensionam para a CIP. Desta forma, existe toda uma legislação federal que suporta essas inovações (BRASIL, 2011A; BRASIL, 2014).

No entanto, nem só dos direcionamentos pedagógicos da equipe da ESP/CE, nem da legislação por si mesma se faz a residência. Sua execução é influenciada constantemente pelas características de gestão e infraestrutura existente nos municípios.

Em Maracanaú, o que mais se destaca como fator que não suporta as inovações é o modelo de assistência à saúde. Neste município, os profissionais recebem incentivos por produtividade e tendem a restringir sua atuação aquilo que é contabilizado para essa produção: os atendimentos individuais. Desta forma, o modelo tradicionalmente adotado nas unidades e até já instituído no imaginário dos usuários, contradiz a perspectiva das inovações propostas pela CIP.

Na fala abaixo, percebe-se que houve a tentativa de implantar o atendimento conjunto. Mas esse tipo de prática não está dado. Por isso, surgem desafios e oposições para que ele realmente aconteça. E, muitas vezes, diante dos desafios, a solução adotada ainda é retrógrada:

A gente também atendeu no início as puericulturas todo mundo junto, aí vou fazer a parte da enfermagem, a outra a parte da fisio e tudo dentro da puericultura. [...] era todo mundo junto, aí cada um fazia aquela parte. Eu fiz a anamnese e os outros fora fazendo a parte prática. [...] Essa experiência só não foi melhor porque o nosso espaço é muito pequeno e assim todo mundo queria falar ao mesmo tempo né, aí ficou assim um pouco complicado, aí depois a gente pensou assim: a PN3 vê a enfermagem depois a gente passa pra nutricionista e depois se houver necessidade uma avaliação com o fisioterapeuta. A gente foi desmembrando... (RM1).

Ou seja, apesar da proposta inovadora de realização da puericultura em consultas compartilhadas, a atuação conjunta de vários profissionais ao mesmo tempo causou estranhamento. Questiona-se: esse estranhamento surgiu por parte dos usuários ou da equipe? Será que o modelo do atendimento individual tradicional foi apenas transferido para a assistência multiprofissional? Por que, em vez de buscarem um ajuste que harmonizasse a presença de muitos profissionais concomitantemente, eles mudaram

o local do atendimento? Como acontece a seleção dos casos que serão assistidos pelo atendimento conjunto? Todos os casos devem ser direcionados a esse turno?

Observou-se que não há um fluxo, nem um protocolo de seleção de quais casos devem ser direcionados ao atendimento conjunto. De fato, pela demanda e pela logística, é bastante difícil que todos os atendimentos de crianças sejam compartilhados. Isso demonstra uma certa imaturidade da proposta e até mesmo a dificuldade de refletir sobre a organização do processo de trabalho.

No entanto, essas questões, para além da capacidade de organização do trabalho dos residentes, trazem à tona que as perspectivas individuais, somadas à falta de apoio da gestão, desencadeiam ações retrógradas que favorecem a permanência de um modelo ultrapassado de assistência e não estimulam a mudança. PN4 cita, inclusive, o quanto o modo de acompanhamento e controle da gestão municipal da saúde chocam com os princípios da CIP e não dão suporte para as inovações almejadas. O que faz da situação de Aracati semelhante a de Maracanaú:

Todo PSF aqui em todo lugar é meta – ah tem que atender tantas gestantes, tem que fazer tantos pré-natais, tem que fazer tantas vacinas e isso atrapalha, atrapalha muito porque é números né, aí você fazer saúde pública e ao mesmo tempo procurar números, bater metas, atingir metas acaba sendo uma coisa qualidade ou quantidade? Choca muito [com o trabalho em equipe]. PN4

Em Aracati, outra questão que não dá suporte às inovações é a grande amplitude de territórios sob responsabilidade sanitária da RIS-ESP/CE. Como já discutido antes, a distância entre os locais de lotação e as dificuldades logísticas de transporte desfavorecem o trabalho colaborativo uma vez que dificultam a operacionalização da tecnologia do encontro:

A gente foi locado na zona rural, o município não oferece uma estrutura mínima de deslocamento. A gente, às vezes, não tem carro pra trabalhar, tem dificuldade na comunicação com as equipes, a ausência de aparelhos pra trabalhar. RA1

O desafio é tentar (silêncio) é sempre tá em equipe. Acho que esse desafio no começo foi grande, por causa do problema do carro, né. Como a gente não tinha carro, a gente pegava sempre o carro da equipe que ia por posto, aí só cabia um profissional ou dois, aí tava meio difícil. RA2

Ainda os desafios também infraestrutura que não tem né. [...] Não tem carro, então assim, a equipe toda tem que ir e são cinco pessoas e tem que ir lá pra praia tal, mas o carro tem que levar a enfermeira, tem que levar a técnica, aí não pode ir, aí quebra a equipe e a equipe fica fazendo o trabalho aqui ou vai pra outra unidade na própria cidade,

mas aí ela tinha preparado aquilo pra fazer o grupo todo, aí quebrou. Eu acho que a infraestrutura ainda é muito importante. PN4

[falta] o apoio das prefeituras né a compreensão do gestor principal e não só do secretário, porque pra acontecer precisa de recurso né, não pode tá só limitado e só receber não, não tem carro, não tem isso, não tem aquilo e às vezes nem sala pra atender né, deixar de ir por não ter carro, não ter vaga. PN5

Aqui poderia ser bem melhor, mas eu até entendo.... existe uma gama de outros território... Por exemplo, só aqui no distrito da gente oito localidades, então só no nosso, aí tem, por exemplo, Canoa, Canoa já tem mais seis ou é sete, então eles tem também que, Cacimba Funda que além de ser distante tem mais não sei quantas, então a gente entende também que eles precisam ir pros outros territórios, aí às vezes o pessoal até fala porque os meninos muita coisa conseguem desenvolver no bairro de Fátima porque quando não tem transporte pra onde é que eles vão? Pra sede, então como acontece muito o problema de não ter transporte, então lá é tipo plano B, tá com atividade marcada aqui e não tem carro vamos pra onde? Pro Bairro de Fátima. RA5

Reconhece-se que isso é um desafio, no entanto, como afirma RM4, nem só de infraestrutura se faz CIP. Ela, que iniciou sua residência em Jaguaruana e, com o fim do programa nessa cidade foi remanejada para Maracanaú reflete que, em Jaguaruana, por mais que houvesse infraestrutura, faltava o principal: o clima de formação e de busca da inovação.

Lá em Jaguaruana... de estrutura é melhor do que aqui. Eles ofereciam estrutura, mas colaboração ou o corpo de profissionais... eles não colaboravam em nada. Era paralisado lá. A gente não fazia porque os outros não deixavam. E aqui já é o contrário, né? O pessoal quer fazer, mas não tem estrutura nenhuma. Mas só o pessoal querendo fazer já flui né? A coisa já anda... RM4

Ou seja, a disposição dos profissionais para o trabalho interprofissional é o ponto de partida. E a formação, que fomenta essas práticas apesar dos desafios existentes, funciona como o grande suporte à inovação. Entenda-se aqui formação não só como o momento mensal presencial na ESP/CE, mas as rodas de campo, rodas de núcleo, tendas invertidas, educação à distância, etc.

Em suma, analisando as duas realidades que são objeto deste trabalho, observa-se que em ambos, por conta da residência enquanto estratégia pedagógica, há suporte para a inovação. Entretanto, pela lógica de organização da assistência em saúde e falta de logística, erguem-se, na realidade da instituição executora, importantes barreiras à essas inovações. No entanto, pelas experiências relatadas e pelo otimismo dos residentes, esses desafios não são suficientes para impedir que a criatividade e a inventividade desses sujeitos profissionais e estudantes se concretize em novas ações.

### 5.3.8 Conectividade

Conectividade, segundo a tipologia da CIP aqui adotada, é o oposto de isolamento (D'AMOUR et al, 2008). Quais os espaços de discussão do processo de trabalho que existem no cotidiano dos cenários observados? Quais são os momentos propícios para a criação e aprofundamento dos vínculos entre os membros da equipe? Como indivíduos e a instituição se interconectam? Enfim, que características da organização do trabalho e da educação na RIS-ESP/CE garantem a integração e livram os residentes do isolamento?

As reuniões de equipe, espaços importantes para a conectividade, são propostas pela coordenação da RIS-ESP/CE enquanto estratégia obrigatória. No entanto, o que se observou na realidade foi a não concretização desse direcionamento. Em Maracanaú, na agenda constavam um turno fixo semanal dedicado a essas reuniões, mas na prática elas não estavam se operacionalizando. Muitos residentes agendavam seus turnos de liberação para elaboração do TCR ou de estágio em rede para o mesmo turno da reunião. Mesmo com esses choques não houve remarcação da data. Ainda em Maracanaú, visualizou-se que, na ausência da preceptora de campo, as reuniões não aconteciam. Como o período de observação coincidiu algumas semanas com o período de férias da preceptora, essa variação ficou bem clara.

Já em Aracati, essa roda de equipe não estava nem prevista na agenda. As reuniões de planejamento que acontecem são as típicas de cada unidade de saúde ou a reunião do NASF, incluindo os profissionais do município e da residência. Também a ausência de turnos fixos da preceptora de campo fazendo a tenda invertida fragilizavam ainda mais essas reuniões.

É por esse cenário que se justificam as seguintes falas dos residentes e preceptores:

Era pra ter a questão das reuniões de equipe. É um fator que favorece os profissionais se encontrarem, porém ela não é fortalecida, não é estimulada, não é motivada. Talvez, se os profissionais tivessem mais momentos de encontro, seja na reunião do enfermeiro com ACS, seja na própria reunião de equipe ou da AVISA... eu acho que a RIS orienta, tem que ter um momento de discussão dos residentes, mas é difícil. Eu tiro pela prática aqui da reunião de equipe. A gente começou bem, depois parecia mais como se fosse uma obrigação. Nós

tínhamos pautas a serem discutidas, mas parece que banalizava. Se a gente não estivesse ficado em cima... PC1

Eu acho que um ponto muito positivo no começo... era que as rodas de planejamento aconteciam efetivamente. Todos estavam, todos participavam, tudo era planejado em conjunto e eu acho que facilitava. Eu acho que hoje, no final, a gente já não com tanta frequência, porque tem as folgas do povo, tem isso, tem aquilo... ai eu acho que desencontra. RM5

é a importância que eu acho de ter essas reuniões frequentes né, por que as vezes a gente acaba perdendo também, por que são momentos de sentar, discutir, por exemplo, nem me lembro qual foi as últimas que tivemos... RA9

Mas eu acho que se tivessem encontros mais das equipes pra discutir processo de trabalho, que fosse um espaço fortalecido, não só um espaço pra não ir pra o campo. Sei lá. Às vezes, o pessoal encara isso muito como 'que bom, vou pra lá e não vou pra o sol, vou ficar no ar-condicionado'. Que fosse reconhecido e legitimado o espaço de discussão. RA1

[precisa] exatamente acontecer de fato e não dizer que deixou aquele horário [da reunião de planejamento em equipe] na tua agenda e quando você vê o pessoal não tá se reunindo, tá todo mundo utilizando aquele horário pra resolver alguma outra coisa, aproveitou aquele horário livre pra resolver alguma outra demanda. Garantir mesmo que de fato e é difícil, mas tentar sensibilizar as pessoas envolvidas da importância desse horário, da importância dessas reuniões. PN2

O que se pode concluir é que em Maracanaú essas reuniões aconteciam com bastante efetividade no começo, entretanto, no segundo ano houve uma enfraquecida nesse aspecto da conectividade, como aponta RM1:

No R2 a gente tá um pouquinho mais cada um por si. Eu sempre reclamo com as meninas que a gente tá deixando de fazer as coisas junto... tá muito dividido: o grupo da fulana, a atividade da fulana... e eu acho que não deve ser assim. Mesmo com outras atividades a gente precisa tá sentando junto e fazendo atividades juntas. O que eu notei que está um pouco complicado agora é... a gente até planeja... as reuniões de sexta feira vinha todo mundo, a gente sentava mesmo e planejava bem direitinho, construía junto. E agora não tá dando mais certo... não sei porque... (RM1).

Em Aracati, essas reuniões nunca se efetivaram satisfatoriamente e o espaço que acabou por assumir essa função foram as rodas de campo, mas no segundo ano também as rodas tornaram-se mais escassas ou voltadas para outras complexas temáticas, inviabilizando que as questões do processo de trabalho e das relações travadas no território propriamente dito fossem discutidas nesses momentos.

No entanto, apesar das dificuldades em realizá-las, as reuniões de planejamento são reconhecidas como importantes na concepção pedagógica da RIS-

ESP/CE e na qualificação do cuidado ofertado, chegando inclusive a interferir na percepção que os usuários tem das intervenções:

Ação concreta eu acho que a própria disposição da equipe de algum modo é uma ação colaborativa, uma colaboração. Mas, eu tenho impressão que as discussões de caso, as elaborações de projeto terapêutico singular em um dado modo quando nós disparamos ainda mais ênfase a necessidade de organização das atuações de saúde mental e atenção primária em interface com outros serviços [...], eu percebo que é essa ação que tem garantido com maior ênfase algumas equipes despontarem na qualidade da prática (C2).

[quando não há planejamento] um exemplo que eu já havia citado né que realmente refletiu tanto pro próprio profissional (refletiu ruim), como também a informação que era pra ser passada não foi absorvida muito bem. Os próprios receptores da informação, os usuários que tavam recebendo a informação, também identificaram, conseguiram perceber que [a ação] não tava muito bem planejado. PN1

Além das reuniões de planejamento, outras perspectiva de encontros são aqueles destinados para a discussão de casos, que também não acontece rotineiramente:

A gente sentiu isso e justamente foi uma demanda que a gente até repassou pra PC2 de que tivesse algum momento que a gente fosse fazer discussão de caso, de ter esse momento de troca e de levar um caso clínico e fazer isso e a gente sentiu muito isso, aí a gente disse pra ela isso que a gente sentia falta disso porque a residência não é só a gente fazer, a saúde da família não é só você fazer todo aquele negócio os programas e aquele negócio não, eu acho que vai muito além disso, a questão de casos clínicos mesmo que envolvem coisas clinicas e não coisa de territorialização sei lá essas coisas que a Escola ensina, vai muito mais além. Eu acho que isso a gente sente falta e a gente ainda cobrou da Escola. RA3

O compartilhamento de casos até acontece, mas na informalidade ou quando se refere a um caso específico que é mais complexo. O que se questiona aqui é que não existe um espaço reservado na agenda e, conseqüentemente, na rotina dos profissionais residentes para esse encontro voltado para a construção de PTS e discussão sobre as possibilidades de intervenção nos casos sob seu cuidado.

Um dos fatores apontados como justificativa para essa ausência de reuniões de reconhecida importância são, mais uma vez, os desencontros de agenda. Principalmente com o início do segundo ano, que cada residente passou a assumir atividades específicas e localizadas em outros cenários, houve uma maior dificuldade de encontrar o que Coelho (2013) denomina áreas verdes na agenda:

O fato de a gente estar muitas vezes separado. Muitas vezes está cada um em um canto. Por exemplo, dia de quinta feira estamos só eu e a RM1 aqui, aí não tem mais ninguém aqui... tá todo mundo no R2 [estágio de rede]. Só o meu e o dela que é na segunda. E acho que o da

RM5 também. Ai no outro dia tá todo mundo em outro lugar... aí por exemplo, as vezes eu preciso falar com a RM3, aí eu tenho que ligar pra ela. Se eu precisar combinar com ela eu preciso ligar, porque às vezes ela não está aqui, está no novo oriente ou no Acaracuzinho... aí é ruim... é complicado. RM2

Então, eu acho que a agenda atrapalha um pouco nessa colaboração interprofissional, ela atrapalha às vezes. A gente mudou a agenda algumas vezes durante esse período pra estar adequando mesmo, pra poder se encontrar, porque às vezes eu chegava e não tinha visto a RM6, na semana, aí a gente ia ver alguma atividade, trocava o turno pra poder estar no grupo e trocar. Acho que a agenda é um grande empecilho. [...] Ter turnos pra que a gente possa, realmente, não só atender, mas que possa ter também uma troca. RM3

Essa é uma atividade que eu sinto falta. Tava até falando com o PN1, que a nossa agenda hoje não permite mais encaixar... tanto por conta do estágio, ano que vem tem esse negócio do turno do TCR aí não dá mais pra encaixar. RM5

outra dificuldade foi a gente conseguir um turno né, na nossa agenda, no nosso cronograma, um turno tirado pra discussão de caso, pra repassar. RA2

Na verdade, o que se observa é que, no segundo ano de residência, a estruturação das atividades cobradas aos residentes acaba por dificultar a CIP uma vez que dificulta os encontros:

Até conversando com os preceptores, eu acho que começou até bem, mas é uma cobrança e tanta coisa que eles têm no segundo ano que, por um lado favoreceu no estágio em rede, por fortalecer mais o intersetorial, mas em compensação, o interprofissional mesmo foi bem difícil [...] [no segundo ano] Eu acho que a saída mais do território dificultou. A agenda mudou muito e houve uma dificuldade de todo mundo se encontrar (PC1).

A equipe está mais dispersa por conta de estágios, outros projetos e outras coisas... atividades que a gente acabou se inserindo e a gente não consegue mais sentar para planejar, ou se a gente senta para planejar, alguém fura. E aí acontece de a gente chegar no dia: 'e aí? Cadê fulana?' 'Não sei cadê fulana.' 'E aí o que a gente vai fazer?' 'Não sei...' Então eu acho que a gente tem falhado muito nisso. Eu fico muito preocupada. Teve a semana da saúde agora e tiveram alguns coisinhas que aconteceram e que foi um pouco chato. Faltou comunicação entre a gente, mesmo entre as categorias profissionais. Então eu acho que essa comunicação está deixando muito a desejar e eu não sei o motivo. Não sei o que fazer. [...] A gente está um pouco fragilizado nisso. No começo, era bem legal a interação. Hoje em dia está difícil. Não sei porque... RM1

Ou seja, o segundo ano de residência, por eles denominado de R2, ao passo em que busca promover a atuação em rede e a produção de conhecimentos, termina por promover o isolamento dos residentes. De forma bem objetiva o que se observou na realidade dos dois municípios foi que dos dez turnos de carga horária prática previstos

por semana: um (a tarde da sexta-feira) já não tem atividades em nenhuma unidade nem na secretaria de saúde; dois ou três turnos eram dedicados aos estágios em rede; dois eram dedicados à elaboração do TCR; e apenas os cinco ou quatro restantes eram destinados às atividades. Entretanto, um agravante nesse processo é que os estágios em rede e liberação para o TCR aconteciam em turnos a escolha do residentes e, não necessariamente, nos mesmos turnos. Ou seja, mesmo nos turnos que eles estavam presentes no território, dificilmente estavam todos.

Essa dificuldade de coincidir as agendas também se expressa pela grande quantidade de territórios e pela pulverização dos residentes em várias atividades distintas, dificultando o encontro:

[A CIP na equipe de residentes] é um pouco de difícil, seria necessário né, que nós executássemos mais ações né, que nós tivéssemos mais próximos... infelizmente, como cada um, como por exemplo, o NASF que abrange vários, várias, várias localidades né, e aqui as vezes a gente se pega um pouco presa no serviço né, meio sufocada, pelo serviço né, hoje a gente se encontra sem a enfermeira ta de licença, assim fica difícil da gente programar ações extras, e até por conta do nosso cronograma de residência, tem o TCR agora, têm nossos estágios, então isto impede um pouco a gente esta se relacionando melhor, de ta trocando idéias, mas no geral, eu avalio como muito bom. RA8

o desafio que eu vejo é isto delas terem outros territórios, as agendas de cada uma que é difícil de reunir todo mundo, e o próprio serviço sufoca a gente, e a gente não tem como a gente fazer tantas ações como a gente gostaria RA8

Mas, quem constrói essa agenda? Se o encontro é reconhecido como um fator essencial para que a CIP aconteça, por que ele não é priorizado? Se existem cinco turnos disponíveis como organizá-los de modo a potencializar o tempo em que estão juntos e os momentos em que estão separados?

O que se pode inferir é que a agenda construída no início do processo de residência muitas vezes não é alterada. Ela era adequada para aquela ocasião. Com o início de inúmeras outras atividades, seria necessário reformular a agenda. Sugere-se, pois, que na transição do primeiro para o segundo ano, principalmente no último semestre quando se iniciam as liberações de turnos para elaboração do TCR, seja feita uma reavaliação da agenda ou que, se possível, os residentes ausentem-se dos territórios em um turno comum, o que evitaria esse desencontro que implica inclusive na comunicação entre eles.

PN1 associa essa ausência de reuniões com a postura de desvalorização que os residentes tem para com esses espaços de encontro. Ele afirma que é necessário “*usar realmente o momento, que nós temos uma carga horária, um momento de se planejar, de se organizar pra que isso entre uma rotina, vire um hábito. Lógico, muitas vezes não vai tá todos os profissionais, mas aquele profissional pode ser informado*”. A partir dessa noção ele sugere que a obrigatoriedade de participação nesses momentos “*deveria partir da preceptoria e da Escola cobrar mais com uma justificativa mais relevante, com punições de casos que isso não aconteça*” (PN1). Ou seja, ele propõe uma atuação das lideranças central e local com caráter punitivo de forma a garantir a participação dos residentes neste momento.

Com base na filosofia pedagógica adotada na RIS-ESP/CE, acredita-se que essa não seria a metodologia adequada. Mas, de fato, uma reavaliação periódica da agenda, principalmente na transição do primeiro para o segundo ano de residência, seria fundamental para apontar os entraves e estimular que os residentes, por meio de uma avaliação, tornem-se conscientes do impacto da ausência dessas reuniões. A partir disso, a decisão tomada seria coletiva e participativa em vez de pautada na punição.

### 5.3.9 Ferramentas de Formalização

Para D’Amour et al (2008), formalização diz respeito às questões de registro, alinhamento de linguagem, utilização de protocolos e divisão de tarefas que permeiam a prática interprofissional em saúde. As ferramentas de formalização são exatamente as metodologias e instrumentos que garantem essa clarificação das responsabilidades de cada participante.

Nesse sentido, o PTS surge como grande ferramenta de formalização uma vez que ele tensiona para a CIP ao mesmo tempo em que propõe a clara divisão de tarefas, bem como a sistematização das ações a serem desenvolvidas e dos prazos a serem cumpridos. O PTS é uma metodologia de condução dos casos prevista na proposta da clínica ampliada (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014), apresentada nos momentos de formação teórico-conceitual na ESP/CE, e estimulada nas atividades e produtos elaborados pelos residentes. De acordo com PN2, o PTS contribui na formalização das relações na condução de casos interprofissionais:

Teve um caso de paciente daqui [...] que foi o primeiro projeto terapêutico singular que as meninas desenvolveram, que foi bastante interessante. Que era um caso bem complicado e que realmente demandava diversas profissões, então a gente realmente teve a oportunidade de fazer visitas domiciliares compartilhadas, a gente fez reuniões de equipe para discutir o caso, a gente estipulou as metas, os prazos pra tá dando uma resolutividade a esse caso (PN2).

O PTS é reconhecido pelos residentes e preceptores como uma estratégia de promoção da CIP. RM4, quando perguntado se no caso relatado por ele mesmo acontecia alguma integração, respondeu: *“Não. É por isso que o PNI queria criar um PTS pra ela... porque ela é acompanhada por muitos profissionais, multiprofissionalmente, mas não tem essa integração”* (RM4). Da mesma forma, RA8 reforça a importância do PTS para o trabalho colaborativo ao afirmar que o adequado uso desta ferramenta é considerado competência adquirida na RIS-ESP/CE: *“Eu aprendei muito, aprendi a fazer um PTS (risos) que eu sentia muita dificuldade e também de aplicar isto na realidade.... não que na realidade era só mesmo no papel”* (RA8).

O PTS é uma interessante e importante ferramenta de formalização. Mas, como ele é uma estratégia mais utilizada para casos complexos, a divisão de tarefas e a formalização das relações interprofissionais fica mais frouxa no planejamento e condução de ações programáticas e/ou de atividades coletivas:

Quando são casos complexos, essa colaboração acontece com mais força, de chegar e conversar sobre o caso, quando é um caso mais complexo. Mas nas ações, nos grupos... é... nas ações mesmo programáticas de hipertensão e tudo mais, é mais fraca. Na parte clínica é mais forte. É, mas quando você chega com um caso, que você fala ‘eu acho que você entra nisso daqui, eu vou fazer o encaminhamento por conta disso, disso e daquilo outro’, aí eu acho que é mais próximo, mas eu acho que nas ações é mais falho. Essa é minha visão. RM5

Aqui cabe uma reflexão se esta frouxidão não se deve a um conhecimento menos sistematizado sobre como realizar ações coletivas: Que métodos e ferramentas são mais adequadas? Como se comunicar adequadamente com um grupo? Que regras devem ser utilizadas para a convivência e o crescimento coletivo de um grupo de interesses? Este campo de conhecimento, pouco desenvolvido nas graduações em saúde, deve ser aprofundado na RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família.

Há também a divisão de tarefas nas reuniões mensais de planejamento do NASF e da equipe de referência que acontecem em Aracati:

Outra coisa é essas reuniões de PSF, o que a gente - o NASF - sempre se divide porque as reuniões são sempre no mesmo dia, maioria das vezes, aí a gente sempre vai, a psicologia vai pra território, a fisioterapia... a gente é referência de cada território, cada um fica responsável, já sabe, final do mês já sabe para onde e que reunião que vai. Isso ajuda por que antes da reunião deles, a gente tem a reunião do NASF, aí já diz, que grupo quer formar, quem vai repassar as informações e, como vai ser, que visita vai ser, olha se tiver demanda bota pra este dia, beleza. RA2

Geralmente primeiro a gente faz uma reunião com cada pessoa da equipe, uma reunião do PSF e a gente define o que vai ser feito no mês de acordo com o que o agente de saúde repassa e com o que o enfermeiro repassa, menos o médico que eles nunca participam da reunião. Aí a gente faz aí vê, às vezes é visita às vezes é algum grupo que a gente vai fazer, alguma palestra, alguma sensibilização. RA3

Mas, mesmo acontecendo esses momentos de planejamento, não são citados métodos e protocolos de formalização utilizados. Os residentes, retomando a fala de RM5 sentem-se desinstrumentalizados para a programação e divisão de tarefas em ações coletivas. Os planejamentos conjuntos acabam ficando apenas na etapa de sinalização da demanda e das necessidades de cada território. Fica a cargo apenas do responsável direto pela ação pensar a estruturação das atividades propriamente ditas. Pode ser, inclusive, esse modo de planejar e dividir funções que desencadeie a desresponsabilização já comentada na dimensão do compartilhamento de objetivos e interesses.

Ou seja, outras ferramentas de formalização, além do PTS, não foram identificadas, nem puderam ter seu uso observado. Percebe-se, pois, que a o registro e consolidação das informações e das decisões tomadas no planejamento daquele serviço, da equipe e de cada profissional é um aspecto que ainda precisa ser fortalecido. É preciso que na programação teórico-prática da RIS tutores, preceptores e residentes aprofundem seu conhecimento sobre instrumentos de planejamento estratégico e programação de ações. Ao passo que estas atividades ainda são frágeis, fragilizam também a CIP.

### 5.3.10 Troca de informação / Comunicação

*The exchange of information refers to the existence and appropriate use of an information infrastructure to allow for rapid and complete exchanges of information between professionals. [...] This is an important aspect of establishing relationships of trust (D'AMOUR et al, 2008, p. 6).*

Essa troca de informações na condução dos casos é muito importante para que os profissionais ampliem a abrangência de seu cuidado e para que o usuário do serviço também receba uma atenção mais integral:

a gente trocava informações sobre como a gente tinha percebido o caso e o que era importante quando a gente construiu a linha de cuidado, o que era importante ser trabalhado nisso. Cada profissional acabou colocando sua visão a partir do seu saber, da sua prática. A partir de algumas questões como a necessidade de ter uma escuta mais sensível e de estabelecer uma relação mais, como posso dizer? De perceber questões além do biológico, porque as meninas têm uma formação mais biológica e eu já parto de uma prática mais psicossocial. Na medida em que a gente trocou essas informações, eu pude compreender mais sobre a dimensão biológica que cerceava aquele caso e elas puderam perceber mais essa dimensão que eu trago.  
RA1

Assim como afirma RA1, observa-se que essa perspectiva da troca de informações é ponto chave para que aconteça a colaboração e também a EIP. Essas trocas, como também já foi discutido anteriormente, geram inclusive a possibilidade de construção de um saber de campo e de desenvolvimento de competências atitudinais, relacionais.

Tomando como base esse indicador da comunicação, das realidades observadas, em Aracati, há uma boa relação entre os profissionais residentes e com os membros da equipe de trabalhadores do serviço.

a gente sempre procura estar se relacionando com o médico, a gente tem abertura de estar trocando ideias, ter uma dúvida, de consultar junto com ele, que eu acho muito difícil em outras realidades, então quando a gente tem uma dificuldade numa ausculta, o médico vem pra cá, olha isto é assim, assim, dá uns toques, trocas umas ideias. As agentes de saúde, nós temos umas agentes de saúde que estão se formando, na graduação de enfermagem, então a gente tem essa troca com elas de conhecimento, a gente procura puxar um pouco delas, um pouquinho essa parte delas (RA8).

Ai com as enfermeiras nem se fala! Por que tem tanto a questão do pré-natal, quanto da puerpera... Elas tiram o dia, e eu só mais do que privilegiada, por que eu tenho três enfermeiras e cada uma com seu horário (risos), ai eu me adapto um pouquinho aos horários delas.  
RA9

Entretanto, como já discutido na abrangência do indicador de conectividade, não acontecem, rotineiramente, espaços de encontro com o objetivo de promover essa troca informações. Por isso, diante da ausência e/ou não efetividade dos espaços instituídos para essa colaboração, ela acaba acontecendo informalmente pelos corredores das unidades de saúde:

hoje mesmo eu falei com a psicóloga residente dizendo que ela [paciente X] não está bem. Psicologicamente, ela não está bem. Teve um problema no cartão [de crédito] dela, foi clonado e ela não está bem... você nota quando a pessoa não está bem, ela estava um pouco perturbada. E ela me disse que ia lhe procurar, porque estava querendo voltar aos atendimentos... aí ela [psicóloga] me disse que tinha conversado com ela por telefone e que ela [paciente X] ia na unidade. A gente vai sempre puxando um do outro... RM5

então é um trabalho que foi conjunto, passou por todas as categorias e a gente muitas vezes trocava informações: - como está Dona Fulana? Ela melhorou? Amanhã vou com ela para tal canto. Então, a gente tinha essa discussão entre os profissionais, por ser uma paciente que passou por todo o grupo e hoje ela está bem melhor, a gente comenta, conversa sobre ela. É bem interessante, um caso que se destacou. RM3

Em Aracati, essa comunicação interprofissional também se efetiva por um dispositivo inusitado: a porta da interconsulta. Durante as observações de campo, percebeu-se que existe uma porta que gera comunicação entre a sala do médico e a sala da enfermagem. E ela funciona como ferramenta da CIP, conforme explica RA6:

Esta porta, a gente conseguiu um segredo, que tem acesso a sala do médico [risos], porque aqui tem no meio, no meio destas duas, tem um banheiro que é um banheiro para os dois consultórios, quando a gente faz prevenção, as mulheres vêm aqui pra se trocar né. E, do outro lado, já é um consultório, do médico. Ai, geralmente, como aqui a demanda é muito grande pra ele também, porque todo turno tem dezessete, vinte pessoas - ele não atende dezesseis ou doze como tem gente por ai, ele atende vinte e às vezes passa de vinte, por que aqui é demais! Ai quando vem uma demanda pra gente, que a gente não tem autonomia pra prescrever - por exemplo, determinados antibióticos a gente não pode, que não tem na portaria do enfermeiro permitindo - ai a gente pega 'Doutor, o paciente está assim, assim, assim, vem aqui dá uma olhadinha?!' Assim, às vezes ele vem aqui no nosso consultório, dá uma olhadinha no paciente, a gente conversa sobre o paciente, aí ele diz 'vamos fazer isto aqui, isto aqui...'. Ele é um médico para nós excelente, porque não são todos que aceitam isto, né? Ele é demais! Quando a gente precisa, eu chego lá 'Doutor, o paciente está assim'... Uma criança, levo, mostro a criança pra ele, troco informações como ele, e digo 'isto aqui resolve?' Resolve. 'Faça assim, assim, assim, e pronto'. A gente sempre troca como ele, ele atende os pacientes dele e ainda ajuda com os pacientes da gente, a gente não tem autonomia para prescrever. Ai assim que funciona, essa porta é ótima [risos]. RA6

A grande vantagem trazida por essa porta é a grande agilidade da comunicação: ela acontece em ato, no momento do atendimento. Por isso, pode-se considerar essa porta como uma infraestrutura de comunicação que permite o rápido e completo intercâmbio de informações entre os profissionais. Na perspectiva de uma prática colaborativa, essa possibilidade de ágil interação aumenta o suporte com o qual os profissionais contam para desenvolver suas ações e geram maior segurança para os

profissionais (D'AMOUR et al, 2008). Esta adaptação arquitetônica de unidades de saúde, permitindo a comunicação espacial entre consultórios de forma reservada, é um mecanismo simples que poderia ser estimulado para facilitar a CIP.

Que outros dispositivos de comunicação ágil poderiam ser adotados?

Apesar de sua potência colaborativa, essa porta é uma realidade de Aracati e, ainda mais específica, de um determinado consultório. O que se observa pelas falas dos participantes é que ainda prevalece uma comunicação frágil e lenta, afetando diretamente a colaboração:

Eu acho bem falha [a CIP]. Principalmente, porque um dos fatores que dificulta é a comunicação. As pessoas parecem não ter o hábito de multiplicar a informação que acabaram de discutir ali naquele momento. O outro acaba não sabendo ou, então, se concentra em apenas duas ou três pessoas e não se dissemina para os demais. PC1

às vezes, a questão de comunicação também, eu acho que prejudica um pouquinho. Ai juntando a falta de comunicação às vezes com essa grande demanda tem vez que não consigo falar com as meninas. Na hora que eu tô precisando aqui, tem um paciente aqui comigo que eu tô querendo marcar uma coisa, ai demora um pouco porque ai a gente para ir lá fazer a visita de um paciente, ou fazer o grupo, ou alguma coisa, por causa dessas questões. A grande demanda influencia muito. RA6

[quanto à comunicação] eu tento ligar elas estão no interior, ai não dá certo, eu só vejo na roda, ai eu tenho que esperar, por exemplo, eu estou no início da semana, ou no final, ai eu só vou ver na quarta-feira que é dia de roda, ai eu vou esperar essa semana toda para eu conversar com as meninas, as vezes eu mandava um recado por uma delas que mora lá com elas, e assim a gente ia se virando [risos], mas, é também não só com elas, elas são mais próximos, mas os outros profissionais era um pouquinho mais difícil. RA6

Não é que a gente não consiga [se comunicar]... mas quando as informações chegam para os outros não chegam completo, não chegam a tempo... RM4

A partir das falas acima, percebe-se que a comunicação acontece, mas nem sempre ela consegue ser efetiva. Há entraves na multiplicação das informações e na agilidade com que elas chegam aos outros. Essa falta de comunicação impacta inclusive quando se dividem as tarefas e determinada dupla de residentes fica com a mesma tarefa. Mesmo assim, em duplas, ainda há desafios para a comunicação. Como comenta RM5:

Por exemplo, vai ter a semana da tuberculose. Eu vou falar sobre tuberculose, sinais e sintomas.... Eu vou fazer isso com determinada pessoa. A pessoa não senta comigo para conversar o que a gente vai fazer, nem me liga, ou propõe como fazer... não... É meio cada um por

si. Quando chega na hora é que decide. Só que na verdade todo mundo participa da reunião onde é decidido o que cada um vai fazer, mas assim... eu vou fazer, mas tá bom... eu faço no meu caderninho e acabou... é meio complexo de explicar... RM5

Outra dificuldade apontada por PN1 é que muitas vezes optam-se por meios de comunicação que não garantem a troca completa de informações, como as mensagens de texto e ligações telefônicas:

Aí às vezes se requer uma comunicação, lógico os meios de comunicação são pra facilitar, mas acho que planejar uma atividade a longo prazo não tem como se estruturar por telefone, por via *WhatsApp*. Alguns requisitos sim, mas estruturar tudo isso é melhor planejamento tradicional mesmo. PN1

Como fala PN1, esses meios de comunicação são alternativas interessantes, mas nunca devem excluir a necessidade e a efetividade de um diálogo presencial, do encontro, do estar com o outro. Muitas vezes, pela tecnologização das relações, as pessoas acabam por escolher vias que acabam gerando uma comunicação truncada.

Por fim, acredita-se que esse intercâmbio de informações não pode ser mais fortalecido na dimensão da informalidade. É preciso sim, afirmando isso mais uma vez, instituir espaços de encontro, de troca e registro de decisões coletivas, de forma a institucionalizar também o processo de CIP e não deixá-lo unicamente à mercê da vontade e interesse individuais dos profissionais envolvidos.

### 5.3.11 A colaboração interprofissional na visão da equipe

A análise aprofundada de cada indicador da CIP permite concluir que acontece sim a cooperação interprofissional nas equipes da residência em Maracanaú e em Aracati. Entretanto, em nenhum dos dois cenários, ela acontece em toda sua potência. Ou seja, ainda existem aspectos que são fragilizados e que impedem que a efetividade da colaboração atinja seu nível máximo.

Os residentes e preceptores tem visões diferentes sobre a CIP em suas equipes, algumas colocações aqui copiadas podem exemplificar:

Eu acho bem falha [a CIP] (PC1).

Hoje? Hoje tá um pouquinho complicado. Assim, é boa... mas acho que poderia melhorar muito. A gente tem profissionais muito bons e se a gente estivesse mais unido, mais próximo, mais junto, talvez a gente conseguisse fazer bem mais do que o que a gente consegue fazer. Mas existe, a gente puxando 'ei vem cá', buscando, acontece (RM1).

O trabalho em equipe eu acho fraco, porque não é só essa questão... eu comparo muito o trabalho em equipe com... assim... eu sempre fui atleta né? E trabalhava no esporte e eu comparo muito que você é equipe quando você ganha e quando você perde. E na residência, quando tá ganhando, que tá dando certo, todo mundo é de um time só. E quando tá perdendo, tá dando errado, aí todo mundo se divide. Por isso que eu digo que o pessoal fala muito 'ah! O trabalho em equipe...' mas eu não consigo achar isso trabalho em equipe. Quando tem alguns problemas pessoais, que graças a Deus eu ainda não tive nenhum, mas eu vejo que tem... as pessoas se afastam, não tentam dar um jeito de resolver esse problema... e eu acho que isso aí não é equipe (RM4).

A gente planeja uma ação junto, consegue pensar junto, a nutrição consegue sentar com a psicologia e pensar num PTS daquela pessoa. Hoje, a gente entende melhor o que é trabalhar e planejar junto, com o mesmo objetivo (PC2)

Eu avalio [a CIP como] muito muito bom (silencio) perfeito (RA2)

Eu acho [a CIP] muito fraca [...] devido não ter esta conversa no nosso planejamento [...] Mesmo entre os residentes (RA4).

Percebe-se que residentes e preceptores tem um olhar bastante crítico sobre a realidade, apontando sempre a possibilidade de que a CIP aconteça com mais intensidade e efetividade. Apenas uma residente afirma que a colaboração é perfeita. Vale ressaltar que essa enfermeira foi remanejada de Jaguaruana para Aracati. Em Jaguaruana, a residência encerrou suas atividades pois não aconteciam nem o básico das ações e os residentes lá, de fato, não conseguiam ir além da prática individual. Talvez, por essa comparação de realidades, ela julgue a colaboração perfeita, diferenciando-se dos seus colegas de equipe.

É interessante perceber que esse olhar crítico diz respeito a uma importante diferenciação que os residentes conseguem fazer entre o trabalho multi e o trabalho interprofissional: *“o trabalho em equipe é desafiador. As vezes a gente tem um bom trabalho em equipe, mas a colaboração interprofissional não acontece. A gente já desenvolveu ações aqui que o trabalho foi bom, mas foi assim cada um no seu canto”* (RM5).

Diante dessa perspectiva de um trabalho realmente interprofissional, pode-se apontar que cada realidade tem suas peculiaridades e, portanto, suas potências e suas fragilidades. Tomando as duas realidades investigadas nesse estudo de caso, pode-se perceber que há significativa diferença entre a forma como a CIP se operacionaliza em Aracati e em Maracanaú.

Em Aracati, a CIP é bem mais fortalecida nos espaços de assistência. Lá são poucos os grupos terapêuticos formados e atuantes. No entanto, os profissionais

realmente interagem para atender às necessidades de saúde da população e desenvolvem práticas de assistência compartilhadas. Em alguns momentos, pode-se perceber até mesmo que estes residentes atuam sobre situações do território que afetam a situação de saúde dos usuários do serviço.

Já em Maracanaú, as práticas clínicas colaborativas praticamente não existem, como afirma RM2:

Mas, assim, eu vejo que as meninas elas fazem muitas coisas mais parecidas com o que o NASF realmente preconiza... de ter grupo, de ter visita conjunta, né? Interconsulta eu nunca vi em canto nenhum. Nem aqui, nem em Jaguaruana, nem quando eu trabalhava no NASF. Em nenhum canto. E essa questão do matriciamento do NASF eu também não consigo perceber. Eu sei que não é você chegar e dizer o que você sabe e o resto do pessoal acatar não. É você sentar e contribuir com alguma coisa. RM2

Como a fala transcrita acima deixa claro, em Maracanaú, os residentes conseguem desenvolver várias atividades de grupo e ações educativas. Estas tem natureza interprofissional, mas não reverberam na prática clínica propriamente dita. Apenas nas ações feitas para além da agenda tradicional e/ou fora da unidade de saúde é que a interprofissionalidade emerge como fator determinante.

Ou seja, em cada realidade, observa-se que a CIP destaca-se no âmbito em que ela consegue mais facilmente se desenvolver.

Em Maracanaú, o processo de cuidado clínico é mais controlado pela gestão local e, por isso, o modelo de atendimento acaba permanecendo o tradicional. Em contrapartida, a grande mudança que os residentes levaram à realidade do serviço foi a organização de vários grupos terapêuticos, bem como a priorização das atividades coletivas de educação e promoção da saúde.

Em Aracati, o modo com que os residentes estão lotados nas unidades de saúde, concedem-lhes total autonomia sobre o processo de trabalho, favorecendo o redesenho da agenda clínica, de modo a garantir as visitas e os atendimentos compartilhados. Em contrapartida, a logística do município desestimula a realização de grupos e ações coletivas nos territórios. Os residentes até desenvolvem ações de educação em saúde, mas na perspectiva do município como um todo e não localizadas no território sob responsabilidade sanitária da equipe ou voltada para questões de saúde específicas identificadas ao longo do trabalho no local.

Essa polaridade da CIP, apesar de ser compreendida com a leitura da conjuntura de cada instituição executora, revela uma fragilidade e incompletude do processo. Por ser um processo formativo, espera-se que a CIP seja desenvolvida em todas as suas dimensões. No entanto, como afirma PC2 (que acompanha residentes da primeira e da segunda turma), essas lacunas fazem parte da implementação de um processo em construção:

Eu acho que tudo o que é piloto traz esses desafios, desacertos, aparando as arestas. Eu acho que hoje a condução dessa turma é totalmente diferente. A escola também deve sentir isso, porque a formação dos preceptores emparelhada é fundamental pra gente, porque tinha vezes em que a gente ficava com cara de tacho. O residente vinha saber o que a gente não sabia. Talvez, pela experiência de um ano já a gente consegue se aproximar mais e entender o processo da própria residência, que é muito complexo. Ele também está em construção, mas eu acho que houve um salto. Da primeira turma pra segunda turma, houve um salto enorme, tanto dentro da condição pedagógica, quanto dentro dos municípios. Porque hoje os profissionais entendem e respeitam a residência, talvez pelo impacto que a turma conseguiu causar (PC2).

Por isso, apesar dos limites existentes, pode-se dizer que a CIP acontece de forma efetiva na RIS-ESP/CE. Ela ainda não acontece de maneira totalmente satisfatória, mas esse direcionamento de uma prática interprofissional guia a construção da agenda e a adoção de posturas contra hegemônicas pelos residentes, favorecendo a transformação da realidade dos serviços de saúde onde estão lotados e a implementação da EIP. Acredita-se ainda, como afirma PC2, que com o amadurecimento da estratégia de residência na instituição formadora e na instituição executora, a qualidade desse processo de colaboração irá aumentar. Por outro lado, é fundamental que seja garantido o fortalecimento da equipe de coordenação e tutoria da RIS-ESP/CE, dado que esta equipe é que promove o processo de educação permanente dos preceptores, que em última análise, são os motores da CIP nos territórios onde os residentes atuam.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a detalhada apresentação das principais reflexões extraídas da análise do resultados obtidos com este estudo, nesta seção tem-se a intenção de resgatar os objetivos adotados nesta empreitada de construção do conhecimento, as reflexões produzidas pelo estudo empírico, e, a partir deles, tecer-se as considerações finais e apontar os limites deste estudo, bem como as inquietações científicas que ele dispara.

Analisar o processo de implementação da educação interprofissional e da prática colaborativa no cotidiano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará fez-nos concluir, de forma clara, que a opção pedagógica da instituição formadora é interprofissional. Esta dimensão da formação no programa de residência evidencia-se pela adoção de um currículo baseado em competências; por um sistema de avaliação por competências e em processo; pela organização de um processo educativo baseado no trabalho; pelo fomento à prática colaborativa por meio da lotação das equipes e das atividades pedagógicas propostas; pelo incentivo à permanente articulação teórico-prática e construção de uma práxis em saúde da família; e pela orientação de todo o processo formativo na perspectiva da educação de adultos.

Apesar de a concepção da RIS-ESP/CE ter sido anterior à elaboração do documento do CAIPE sobre a implantação de estratégias de EIP (BARR, LOW, 2013), em tudo, as diretrizes desse modelo formativo coadunam com a proposta dos autores deste renomado centro. Desta interpretação da RIS-ESP/CE à luz das propostas de EIP do CAIPE, emergem não só as potencialidades deste programa de residência, mas também os desafios que ele ainda tem por superar, quais sejam: a necessidade de um maior fortalecimento do currículo por núcleo profissional e a maior integração dos residentes e preceptores na construção do currículo e das estratégias pedagógicas. Outra fragilidade observada diz respeito ainda a não institucionalização do currículo desta residência na instituição formadora. Essa “informalidade” torna a proposta instável e dependente da vontade dos atores políticos e acadêmicos que estejam conduzindo o processo. Diante do fato de a proposta de EIP em serviço ser um modelo contra hegemônico e em disputa, a institucionalização se faz urgente de forma a garantir a permanência dos avanços já alcançados.

Além disso, ainda no que tange à opção pedagógica da RIS-ESP/CE pela interprofissionalidade, cabe aqui ressaltar o potencial e o diferencial das ferramentas utilizadas nesse processo: a tenda invertida, o dispositivo das rodas e a figura do preceptor de campo. A metodologia da tenda invertida, enquanto estratégia de acompanhamento em ato e supervisão de uma educação pelo trabalho, possibilita que a aquisição de competências e o processo avaliativo seja realmente baseado na realidade do cenário de práticas. Já as rodas favorecem um distanciamento dessa realidade para a reflexão, construção de conhecimento e planejamento de intervenções. O grande diferencial no caso da RIS-ESP/CE, inspirada na construção das residências multiprofissionais em Sobral/CE, é a tendência que o método da roda tem de promover a horizontalidade das relações e a participação de todos os sujeitos na construção do conhecimento. Por fim, a existência do preceptor de campo como ator chave na articulação da equipe, de sua colaboração, e do processo educativo que daí emerge é também via de garantia da interprofissionalidade. É certo que esse preceptor ainda tem suas limitações, mas ter um sujeito docente cujo objeto de trabalho é o trabalho em equipe interprofissional já fortalece, por si só, a gestão micropolítica deste processo. Desta feita, esses três pontos - tenda invertida, dispositivo da roda e preceptor de campo – emergem, inclusive como sugestão de modelo a ser adotado em outros programas de residência multiprofissional em saúde e, a partir de uma avaliação mais aprofundada, serem até mesmo adotadas pela CNRMS como modelo pedagógico nas RMS.

Outra potência da RIS-ESP/CE que merece destaque é a organização da formação de preceptores. Esta, ao mesmo tempo que qualifica a formação dos residentes, amplia o potencial de educação permanente interiorizada desta instituição, bem como enriquece as possibilidades de atuação da tutoria, aproximando o corpo docente estruturante da preceptoria.

A interiorização também surge constantemente como uma peculiaridade da RIS-ESP/CE que ora configura-se como limite, ora como fortaleza. A possibilidade de ter uma formação descentralizada em vinte e duas cidades do estado do Ceará, por si só, já aponta a ousadia e o poder de disseminação deste programa. Ao mesmo tempo, por ser uma formação em serviço, a qualidade do processo pedagógico, em última análise, fica dependente da gestão municipal, da infra-estrutura e logística dos serviços de saúde e da condução docente local exercida pelos preceptores. A observação de duas realidades já apontou que cada município tem suas peculiaridades e, portanto, sua

maneira particular de produzir a residência. Da mesma forma, os preceptores ainda estão em formação e muitas vezes são os primeiros a terem dificuldades na condução de uma EIP. No entanto, acredita-se que o potencial da RIS-ESP/CE em formar e promover a transformação da realidade local tende a aumentar cada vez mais, ao passo em que a dificuldade de condução dos preceptores tende a ser menor a cada nova turma e com o amadurecimento desse papel docente. Também com a continuidade do programa em alguns municípios, acredita-se que a tendência é o amadurecimento da relação entre instituição executora e instituição formadora em prol de um fortalecimento da educação permanente interiorizada por meio da residência multiprofissional em saúde.

Apesar dos desafios existentes nos cenários de prática, ao longo da análise das duas realidades aqui tomadas como cenário do estudo, observou-se que todas as características do projeto de ensino-aprendizagem do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família o aproximam da lógica da EIP. Entretanto, buscou-se ainda entender como acontece essa educação interprofissional no cotidiano. Para tanto, aventuramo-nos no desafio de caracterizar todos os atores envolvidos nesse processo.

O aprendizado na RIS-ESP/CE deve-se, em parte, ao próprio contexto da ESF que, por si só, pressupõe o trabalho em equipe e o compartilhamento de saberes e práticas. Entretanto, estando nesse contexto da ESF, o residente está submetido também aos desafios da organização do processo de trabalho nessa estratégia. A residência, no entanto, em seu papel pedagógico, confere ao residente um lugar blindado de quem está em serviço, mas ainda está em formação. Este lugar é o que garante ao residente autonomia para desenvolver suas tarefas com toda a inventividade possível, bem como o suporte de um processo formativo que está sempre a problematizar a efetividade e o impacto das ações realizadas. Esse suporte é oferecido pelos colegas residentes e também pelo preceptor. O aprendizado aqui citado também emerge daquilo que é construído junto e mesmo do compartilhamento de competências prévias que cada um trouxe para a experiência da residência. Com essa imersão na realidade da RIS-ESP/CE, acredita-se que uma das melhores maneiras de identificar o quanto a formação atinge os residentes é pela auto avaliação que eles fazem do processo. O que se ouviu e viu foi um sentimento de grande identificação com a proposta pedagógica e gratidão pela experiência de ser residente.

Assim como o lugar do residente, o lugar do preceptor também se apresenta conflituoso e desafiador: a falta de valorização, a sobrecarga de trabalho, a necessidade de formação, a pressão da gestão e o convite à recriação de suas práticas. Conduzir um processo formativo como este implica inúmeros desafios, porém acredita-se que o maior deles é a mudança de paradigmas que a RIS-ESP/CE tensiona nos preceptores. Estes precisam estruturar um processo educativo horizontal, participativo, pautado na corresponsabilização, no diálogo, e não na transmissão de conhecimentos, na punição e na fiscalização. Essa forma de condução docente, principalmente diante da formação tradicional que esses profissionais tiveram, apresenta-se como grande desafio e, em vários momentos, percebe-se o desalinhamento existente entre as opiniões dos preceptores e a proposta da RIS-ESP/CE. Por isso, a formação da preceptoria e sua capacitação para conduzir um processo de educação pelo trabalho *in loco* é uma das grandes necessidades diante da proposta de interiorização. Todavia, no contato que se teve com os momentos de formação percebe-se que o foco do corpo docente estruturante está prioritariamente na formação dos residentes. É preciso ainda que a formação dos preceptores assuma a densidade e a estruturação curricular e metodológica que tem a dos residentes.

Outro aspecto extremamente relevante observado nessa relação pedagógica travada é a grande proximidade do corpo docente estruturante com os estudantes. Apesar da interiorização, o caráter de distância que havia de ser esperado para essa formação não é observado. As falas, as opiniões, as filosofias, as expressões de linguagem e muitos aspectos característicos dos coordenadores e tutores encontram-se expressos nas falas, nas ações e atitudes dos residentes e preceptores. Até mesmo as intervenções que estes docentes fazem quando visitam o cotidiano dos cenários de práticas são sempre lembrados e comentados. A sensação é de proximidade e em nenhum momento de distância. Tanto que as atividades EaD nem são citadas. O que parece é que elas funcionam como complementação de carga horária, mas o que gera aprendizado, envolvimento e implicação são os encontros presenciais.

O encontro é abordado pela equipe RIS-ESP/CE como uma tecnologia de gestão, organização do processo de trabalho e educação. Desta feita, a condução de qualquer atividade nesta residência, desde os processos deliberativos até os momentos de aula, devem ser pautados no diálogo e na negociação. As metodologias ativas de aprendizagem, o consenso e a roda são dispositivos bastante rotineiros no cotidiano dos residentes, determinando um caráter de educação dialógica e libertadora a essa

iniciativa. Um modelo formativo que carrega esses pressupostos e na dimensão da RIS-ESP/CE exige corpo docente amplo qualificado e dedicado. Entretanto, a sustentabilidade financeira deste programa, como citado pelos coordenadores, é um desafio que permeia toda a discussão sobre residência. Não há a garantia de financiamento para o corpo docente estruturante e, sem coordenadores e tutores, a organização do processo de formação pelo trabalho fica comprometida.

Ressalta-se ainda que tal caracterização dos sujeitos foi importante para que se olhasse a residência a partir das várias perspectivas. Entretanto, ela já aponta um dos limites deste estudo: não se conseguiu ouvir a avaliação que os usuários dos serviços fizeram do trabalho dos residentes. Em algumas observações de campo, as opiniões dos homens e mulheres cuidados pelos residentes surgiram. Diga-se de passagem sempre em formato de elogios e reconhecimento do diferencial existente na prática desses profissionais. Entretanto, não se pode afirmar que esse estudo promove a identificação desta avaliação dos usuários. Não se usaram estratégias para garantir que eles falassem e elaborassem suas opiniões. Entretanto, por ser um processo participativo e horizontal, a efetividade desse tipo de prática precisa ser mensurada mais que pela observação de quem está dentro, mas pelo olhar de quem observa o processo de equipe de fora ou mesmo dos usuários sob os cuidados daquela equipe. Portanto, para um próximo estudo nesta perspectiva é imprescindível que se escute a comunidade que recebe os serviços e até mesmos os profissionais dos serviços onde os residentes estão lotados, principalmente aqueles indivíduos que não são preceptores.

Quanto à concretização da CIP na realidade dos cenários de práticas, percebe-se que a cooperação interprofissional de fato acontece. Os profissionais conseguem desenvolver suas ações de forma compartilhada e aprender um com o outro, com o saber e com o fazer do outro. É certo que esse processo tem muitos entraves. Entraves que despontam da organização dos serviços de saúde nos municípios, da organização do processo de ensino-aprendizagem-trabalho na RIS-ESP/CE, e das próprias relações estabelecidas entre os membros da equipe. O que se pode concluir é que esse processo de CIP nunca será perfeito pois constantemente é atravessado por essas interferências externas e/ou inerentes à equipe. Além disso, a colaboração só se efetiva por um processo de auto-crítica e reflexão. A auto-crítica sempre identificará limites e portanto julgará imperfeito esse processo de atuação interprofissional.

[IB1] Comentário: Não entendi

A RIS-ESP/CE funciona como um verdadeiro suporte às inovações trazidas com a prática colaborativa. Entretanto, a colaboração acontece de variadas formas, a depender do município de lotação, do ano da residência, da intensidade da dedicação que os residentes tem ao programa, das afinidades desenvolvidas na equipe, das relações interpessoais, dos mecanismos de comunicação utilizados no cotidiano, etc. Por exemplo, em Maracanaú a CIP se efetiva prioritariamente nos grupos terapêuticos e nas ações de educação em saúde. Em contrapartida, em Aracati, a prática da assistência individual interprofissional é bem mais fortalecida que a colaboração na condução de grupos. Cada realidade é uma realidade específica, entretanto o processo formativo precisa acessar o engendramento de cada realidade para daí disparar as mudanças necessárias. Quanto à organização dessa formação pela RIS-ESP/CE, a observação dessas duas realidades permite sugerirmos que o segundo ano de formação sejam organizados de outra forma os turnos de liberação para elaboração do trabalho de conclusão da residência e os turnos dedicados ao estágio em rede. Por serem muitas atividades individuais distintas no segundo ano, elas geram um isolamento dos residentes, o que dificulta a cooperação e o encontro.

A partir dessa percepção do isolamento existente no segundo ano, uma proposta que surgiu com as reflexões advindas deste trabalho foi a realização do TCR em equipe. Assim como todas as outras atividades são interprofissionais, sugere-se que na RIS-ESP/CE também o trabalho de conclusão seja feito em grupos interprofissionais de forma a amadurecer a EIP também na produção de conhecimento científico e também evitar o isolamento já discutido. Acredita-se que a elaboração do TCR em grupos de três ou quatro residentes de diferentes profissões amadurece a capacidade de diálogo, negociação e troca de conhecimentos.

Ao mesmo tempo, há a necessidade de se pensar estratégias duradouras de promoção da interprofissionalidade de maneira que ela não aconteça com intensidade apenas na execução de tarefas obrigatórias. As tarefas obrigatórias devem ser apenas o mote para que a prática se reconfigure de forma a garantir a operacionalização da clínica ampliada. Sugere-se, ainda, que sejam pensados e estruturados protocolos de atuação interprofissional mais concretos, de forma a garantir a sistematização e a formalização das ações compartilhadas de cuidado e planejamento em saúde.

Nesse sentido, retomando a uma reflexão sobre o estudo, outro limitante diz respeito ao período de observação. De fato, o que limitou o potencial da observação de

campo foi o fato de a ida a campo pela pesquisadora ter acontecido no último semestre da residência. Como comentado na análise dos indicadores da CIP, nesse período final, os residentes estão com a agenda bastante comprometida com atividades fora da unidade de saúde o que dificulta inclusive que eles se encontrem. Por isso, a observação de ações colaborativas foi restrita. Entretanto, este mesmo fator que foi limitante permitiu avaliar o quanto esse modo de organização da carga horária da RIS-ESP/CE prejudica um de seus objetivos centrais: a interprofissionalidade. Além disso, por estarem em processo de finalização das atividades, os próprios residentes arriscaram-se na avaliação do processo de residência, o que enriqueceu a visão que o estudo poder ter sobre o programa em si.

Apesar disso, acredita-se que este estudo respondeu aos seus objetivo de analisar o processo de implementação da educação interprofissional e da prática colaborativa no cotidiano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Todavia, essa iniciativa de estudar a EIP na pós-graduação em saúde é apenas o início de muitos e necessários estudos sobre o assunto. Como lacunas a serem ainda respondidas permanecem: qual a avaliação que os usuários e os profissionais dos serviços de lotação tem desse processo colaborativo? Como se desenvolve longitudinalmente a prática colaborativa da residência? Como acontece na prática a CIP no processo de condução dos casos complexos? Qual o potencial da residência em transformar as práticas futuras destes residentes? Como a passagem da RIS-ESP/CE por um cenário de práticas transforma sua forma de organização e de oferta do cuidado? Estas questões já representam objetos para próximos estudos sobre o assunto.

## REFERÊNCIAS

- AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação*, v. 16, n. 1, p. 167-184, 2011.
- ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P.; REZENDE, C. H. A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R. M. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.
- ALBUQUERQUE, V. S.; TANJI, S.; SILVA, C. M. S. L. M. D.; MOÇO, E. T. M.; FELIPPE, K. C.; MIRANDA, J. F. A. Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. *Rev. Bras. de Educação Médica*, v. 31, n. 3, p. 296-303, 2007.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da Atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.
- ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p. 783-836.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D.; HARZHEIM, E. A. Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIULIANI, E. R. J. *Medicina Ambulatorial*. Porto Alegre: Artmed, p. 88-100, 2004.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; MARTINS JUNIOR, T.; AMARAL, M. I. V.; PARREIRAS, P. C. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: três anos construindo a tenda invertida e a educação permanente no SUS. *SANARE*, Sobral, n. 1, p. 33-39, 2004.
- ARACATI. Prefeitura Municipal de Aracati. *Dados Gerais*. 2014a. Disponível em: <http://www.aracati.ce.gov.br/aracati/dados-gerais/> Acesso em: 18.07.2014

ARACATI. Prefeitura Municipal de Aracati. *Guia Turístico*. 2014b. Disponível em: <http://www.aracati.ce.gov.br/aracati/guia-turistico/> Acesso em: 18.07.2014

ARACATI. Prefeitura Municipal de Aracati. *História*. 2014c. Disponível em: <http://www.aracati.ce.gov.br/aracati/historia/> Acesso em: 18.07.2014

ARAÚJO, D. Noção de competência e organização curricular. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, v. 31, supl. 1, p. 32-43, 2007.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação dos profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana da Saúde Pública*, v. 31, supl. 1, p. 20-31, jun: 2007.

BATISTA, N. A.; Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. *Caderno FNEPAS*, v. 2, p. 25-28, 2012.

BARBIERI, F. B. *A Rede Unida e o Movimento de Mudança na Formação de Profissionais de Saúde*. Londrina, 2006. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, 2006.

BARR, H. Interprofessional Education: Today, Yesterday and Tomorrow – A review. Occasional paper nº 1. *The learning and teaching support network for health sciences and practice*, London, 2002.

BARR, H. Unpacking interprofessional education. In: *Interprofessional Collaboration: from policy to practice in health and social care*. Edited by Leathard, A. Routledge: London and New York, 2009.

BARR, H.; KOPPEL, I.; REEVES, S.; HAMMICK, M.; FREETH, D. *Effective interprofessional education: assumption, argument and evidence*. Blackwell Publishing, CAIPE: 2005.

BARR, H.; LOW, H. *Principles of Interprofessional Education*. 2013. In: <http://www.caipe.org.uk/resources/principles-of-interprofessional-education/> Acesso em: 05/07/2012

BARR, H.; LOW, H. *Introducing Interprofessional Education*. CAIPE, 2013.

BARRETO, I.C.H.C; ANDRADE, L.O.M; ELLERY, A.E.L; SILVA, M.R.F; LOIOLA, F. Estratégias e ferramentas pedagógicas para a qualificação das equipes de saúde da família. *Tempus – Actas de Saude Coletiva*, v.1, n.1, 2007.

BARRETO, I. C. H. C.; ANDRADE, L. O. M.; LOIOLA, F.; PAULA, J. B.; MIRANDA, A. S.; GOYA, N. Educação Permanente e a Construção de Sistemas Municipais de Saúde Escola: o caso de Fortaleza, Ceará, Brasil. In: *Divulgação em Saúde para Debate – Série Cebes/Conasems: Saberes e Práticas da Gestão Municipal*, n.34, Jun. Rio de Janeiro: 2006.

BARRETO, I. C. H. C.; LOIOLA, F. A.; ANDRADE, L. O. M.; MOREIRA, A. E. M. M.; CAVALCANTI, C. G. C. S.; ARRUDA, C. A. M.; SILVA, A. L. F. O desenvolvimento da prática de colaboração interprofissional na graduação em saúde: estudo de caso da Liga de Saúde da Família em Fortaleza (Ceará, Brasil). *Interface – Comunic. Saúde Educ.*, v. 15, n. 36, p. 199-211, jan./mar.: 2011.

BARROS, M. E. B.; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R., BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. 208p.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.

BISPO JUNIOR, J. P. Formação em Fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 655-668, 2009.

BONALDI, C.; GOMES, R. S.; LOUZADA, A. P. F.; PINHEIRO, R. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R., BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. 208p.

BRASIL, Presidência da República. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Brasília, DF: 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004*. Brasília, DF: 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: equipe de referência e apoio matricial. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial nº 2118 de 3 de novembro de 2005*. Diário Oficial da União, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007*. Brasília, DF: 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008*. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Brasília, DF: 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Edital nº 18, de 16 de Setembro de 2009*. Brasília, DF: 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077 de 12 de novembro de 2009*. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 2009c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

\_\_\_\_\_. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2 e nº 3, de 2 de maio de 2010. Brasília, DF: 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Brasília (Brasil): Gabinete do Ministro, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *PET-Saúde*. 2011b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/319-sgtes/gestao-da-educacao/9618-pet-saude> Acesso em: 15.07.2014

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012*. Diário Oficial da União, Brasília, DF: 2012a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.248, de 24 de junho de 2013*. Brasília, DF: 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Portaria Conjunta nº 11, de 18 de dezembro de 2013*. Brasília, DF: 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica nº 39*. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Evolução do credenciamento e da implantação da Saúde da Família*. 2014b. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php) Acesso em: 22/07/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. *Perguntas e respostas sobre residência multiprofissional e em área profissional da saúde*. [on-line] Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=18168&Itemid=813](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=18168&Itemid=813) Acesso em: 13.07.2014

BURING, S. M.; BHUSHAN, A.; BROESEKER, A.; CONWAY, S.; HEWWITT, W. D.; HANSEN, L.; WESTBERG, S. Interprofessional education: definitions, student competencies, and guidelines for implementation. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 73, n. 4, art. 59, 2009.

CAIPE. *Interprofessional Education: The definiton*. 2002. Disponível em: <http://www.caipe.org.uk/resources/defining-ipe/> Acesso em: 05/07/2012

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISARIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella, L. (org.) *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

CAMPOS, F. E.; FERREIRA, J. R.; FEUERWERKER, L.; SENA, R. R.; CAMPOS, J. J. B.; CORDEIRO, H.; CORDONI JUNIOR, L. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. *Rev. Bras. de Educação Médica*, v 25, n. 2, p. 53-59, 2001.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2011.

CAMPOS, G. W. L. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p. 41-80.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p. 137-170.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. *Edital nº 01/2014*. Fortaleza-CE: 2014a.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. *Edital nº 63/2014*. Escola de Saúde Pública: 2014b.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Residência Integrada em Saúde. *Regimento RIS-ESP/CE*. Fortaleza-CE: 2013a.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública. Residência Integrada em Saúde. *Sistema de Avaliação RIS-ESP/CE*. [on-line] 2013b. Disponível em:

[http://cedes.esp.ce.gov.br/ead/mod/resource/view.php?id=6632&subdir=/SISTEMA\\_D E\\_AVALIACAO](http://cedes.esp.ce.gov.br/ead/mod/resource/view.php?id=6632&subdir=/SISTEMA_D E_AVALIACAO) Acesso em: 21.12.2014

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; OLIVEIRA, D. L. L. C.; BILIBIO, L. F.; MORAES, M.; SANTOS, N. D. Imaginário da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1567-1578, 2008.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41-65, Rio de Janeiro, 2004.

CECCIM, R. B.; PINTO, L. F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Rev. bras. educ. med.*, v. 31, n. 3, Rio de Janeiro: 2007.

COELHO, L. C. A. *Educação Interprofissional na Formação Superior em Saúde: análise do Programa pelo Trabalho (PET-Saúde/Saúde da Família)*. Sobral, 2013. 146f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Família). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Faculdade de Medicina de Sobral, Universidade Federal do Ceará, Sobral-CE, 2013.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Residência Multiprofissional e Pró-Residência*. 2013. Disponível em: [http://www.conass.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2897:residencia-multiprofissional-e-pro-residencia&catid=3:noticias&Itemid=12](http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2897:residencia-multiprofissional-e-pro-residencia&catid=3:noticias&Itemid=12) Acesso em: 14.07.2014

COREMU RIS-ESP/CE. Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. *Regimento*. COREMU RIS-ESP/CE: 2013.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? *Interface* (Botucatu), v. 17, n. 47, p. 759-776, 2013.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. *Interface - comunicação saúde educação*, v. 13, n. 28, p. 213-237, 2009.

D'AMOUR, D.; GOULET, L.; LABADIE, J.; MARTÍN-RODRIGUEZ, L. S.; PINEAULT, R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, Bio Med Central Open Access, 2008. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/188> Acesso em: 30/10/2012.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, n. 1, p. 8-20, 2005.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa em serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO, F. J. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 99-120.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 22, n. 1, p. 187-198, 2013.

FAUSTINO, R. L. H. *Saberes e competências na formação da enfermeira em saúde coletiva*. Ribeirão Preto, 2014. 187f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

FERRI, S. M. N.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; CACCIA-BAVA, M. C. G.; ALMEIDA, M. C. P. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 11, n. 23, p. 515-529, 2007.

FEUERWERKER, L. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. *Caderno de Currículo e Ensino*, Rio de Janeiro, v. 2, n.º 4, 2001.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexão a partir de conceitos do processo grupal e de grupo operativos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, n. 2, v. 13, p. 262-268, 2005

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124.

FREETH, D.; HAMMICK, M.; REEVES, S.; KOPPEL, I.; BARR, H. *Effective Interprofessional Education: development, delivery & evaluation*. Blackwell Publishing: CAIPE, London, 2005.

FREETH, D.; REEVES, S. Learning to work together: using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities. *Journal of Interprofessional Care*, v. 18, n. 1, 2004.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FRENK, J. CHEN, L.; BHUTTA, Z. A.; COHEN, J.; CRISP, N.; EVANS, T.; FINEBERG, H.; GARCIA, P.; KE, Y.; KELLEY, P.; KISTNASAMY, B.; MELEIS, A.; NAYLOR, D.; PABLOS-MENDEZ, A.; REDDY, S.; SCRIMSHAW, S.; SEPULVEDA, J.; SERWADDA, D.; ZURAYK, H. Health Professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, v. 376, p. 1923-1958, 2010.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.

FURTADO, J. P. Arranjo Institucional e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e da Interprofissionalidade. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v. 1, n. 1, jan-abr: 2009 (CD-ROM).

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GILBERT, J.; BAINBRIDGE, L. Interprofessional education and collaboration: theoretical challenges, practical and solutions. In: *Interprofessional Collaboration: from policy to practice in health and social care*. Edited by Leathard, A. Routledge: London and New York, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, I. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p. 575-625.

GOMES, R.; SILVA, F. H.; PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R., BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. 208p.

GONZÁLEZ, A.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C.; PIERANTONI, C. R.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T.; CAMPOS, F. E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista Saúde Pública*, v. 44, n. 3, 2010.

HOLANDA, I. C. L. C.; ALMEIDA, M. M.; HERMETO, E. M. C. Indutores de Mudança na formação dos profissionais de saúde: Pró-Saúde e PET-Saúde. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, v. 25, n. 4, p. 389-392, 2012.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n. 17, p. 369-379, 2005.

LOUZADA, A. P. F.; BONALDI, C.; BARROS, M. E. B. Integralidade de trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R., BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. 208p.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 138-154, 1991.

LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Soc.*, v. 18, n. 2, p. 304-311, São Paulo, 2009.

MARACANAÚ. Prefeitura Municipal de Maracanaú. *Nossa História*. 2013a. Disponível em: <http://www.maracanau.ce.gov.br/maracanau> Acesso em: 18.07.2014

MARACANAÚ. Prefeitura Municipal de Maracanaú. Secretaria Municipal de Saúde. *Programas – Secretaria de Saúde*. 2013b. Disponível em: <http://www.maracanau.ce.gov.br/programas-saude> Acesso em: 18.07.2014

MARACANAÚ. Prefeitura Municipal de Maracanaú. *Estatísticas*. 2010. Disponível em: <http://www.maracanau.ce.gov.br/estatisticas> Acesso em: 18.07.2014

MARTINS JUNIOR, T.; PARENTE, J. R. F.; SOUSA, F. L.; SOUSA, M. S. T. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral-Ceará. *SANARE*, Sobral, v. 7, n. 2, p. 23-30, 2008.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saúde Sociedade*, v. 22, n. 1, p. 173-186, 2013.

MELLO, A. L. S. F.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Interface: comunicação saúde educação*, v. 14, n. 34, p. 683-692, 2010.

MERCADO-MARTÍNEZ, F.; BOSI, M. L. M. Introdução: Notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. de S. Técnicas de análise de material qualitativo. In: MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 303-360.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

OLIVEIRA, P. R. S.; PEQUENO, M. L.; RIBEIRO, F. Psicologia e a Estratégia Saúde da Família: o Apoio como ferramenta de reformulação das Práticas de Cuidado em Saúde. In: BARBOSA, Rubenilda Maria Rosinha. (Org.). *Pesquisas e intervenções psicossociais*. 1 ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2012, v. 1, p. 100-115.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Trabalhando juntos pela saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo de caso de Sobral, CE. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 94-106, 2012.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. D.; O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, n. 35, v. 1, p. 103-109, 2001.

PAIM, J; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, p. 11 -31, 2011.

PARANHOS, V. D.; MENDES, M. M. R. Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 18, n. 1, [7 telas], 2010. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) Acesso em: 03.03.2015.

PARENTE, J. R. F. Preceptoria e Tutoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *SANARE*, Sobral, v. 7, n. 2, p. 47-53, 2008.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R., BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. 208p.

PEDUZZI, M.; NORMAN, I. J.; GERMANI, A. C. C. G.; SILVA, J. A. M. S.; SOUZA, G. C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco no usuário. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Educação Profissional em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/eduprosau.html> Acesso em: 20.06.2014

REEVES, S.; ZWARENSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; BARR, H.; FREETH, D.; HAMMICK, M.; KOPPEL, I. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, v. 1.

RIBEIRO, F. *Aprendizagem Social no interior da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza-CE sob a perspectiva da Teoria de Comunidades de Prática*. Fortaleza, 2013. 170f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2013.

ROSA, W. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo assistencial. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v. 6, n. 13, p. 1027-1034, 2005.

ROZANI, T. M. A Reforma Curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças? *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 31, n. 1, p. 38-43, 2007.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; CARNEIRO, C.; GARCIA FILHO, C. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011.

SANTOS, W. S. Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e Territorialização: Incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 387-406, 2010.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a interação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA, P. C. *Bolsas do Pró-Residência crescem 129% em um ano*. Portal da Saúde, 2013. Disponível em:

[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/8793/162/bolsas-do-pro\\_residencia-crescem-129-em-um-ano.html](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/8793/162/bolsas-do-pro_residencia-crescem-129-em-um-ano.html) Acesso em: 02/04/2013.

SILVA, A. L. F.; SOUSA, R. M. A. A roda como espaço de co-gestão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do município de Sobral-CE. *SANARE*, Sobral, v. 9, n. 2, p. 7-13, 2010.

SILVEIRA, J. L. G. C.; HELENA, E. T. S.; RODRIGUES, K. F.; ARCOVERDE, T. L. A Formação na área da saúde para além da profissionalização. IN: ANDRADE, M. R. S.; SILVA, C. R. L. D.; SILVA, A.; FINCO, M. *Formação em Saúde: experiências e pesquisas nos cenários de prática, orientação teórica e pedagógica*. Blumenau: Edifurb, 2011.

SOARES, C. H. A.; PINTO, V. P. T.; DIAS, M. S. A.; PARENTE, J. R. F.; CHAGAS, M. I. O. Sistema Saúde Escola de Sobral-CE. *Sanare*, v. 7, n. 2, p. 7-13, 2008.

SOARES, G. M. M. *Trabalho em equipe multidisciplinar: concepções e práticas dos profissionais dos núcleos de apoio à saúde da família*. Fortaleza, 2012. 113f. Monografia (Especialização em Saúde Pública). Curso de Especialização em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE, 2012.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco-Ministério da Saúde, 2002.

WHO. World Health Organization. *Learning together to work together for health*. Geneva: WHO, 1998.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A

Entrevista nº: \_\_\_\_\_  
Início: \_\_\_\_\_  
Término: \_\_\_\_\_

### ROTEIRO DE ENTREVISTA (Coordenadores)

#### 1. Caracterização do(a) entrevistado(a):

##### 1.1 Perfil sócio-demográfico

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Função na RIS: \_\_\_\_\_

Se profissional da instituição executora, qual o papel: \_\_\_\_\_

Ano de Graduação: \_\_\_\_\_ Tempo de experiência profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na RIS(ano/mês): \_\_\_\_\_

Experiência(s) anterior(es) em Saúde Pública: \_\_\_\_\_

##### 1.2 Perfil educacional

- Apenas graduação
- Especialização – área: \_\_\_\_\_
- Residência – área: \_\_\_\_\_
- Outra Pós-Graduação – tipo/área: \_\_\_\_\_

#### 2. Questionamentos

##### 2.1 Sobre a RIS

- Fale sobre seu trabalho na RIS.

##### 2.2. Concepções sobre a interprofissionalidade na RIS

- Como você identifica a colaboração e a educação interprofissional na RIS?
- Fale sobre a implementação da colaboração e da educação interprofissional na RIS a partir de sua experiência.
- Existem fatores institucionais favorecem ou não a colaboração e a educação interprofissional na RIS? Comente.
- Existem fatores educacionais fomentam e dificultam a interprofissionalidade na RIS? Se sim, como isso acontece?
- Existem fatores relacionais que afetam positiva e/ou negativamente a interprofissionalidade na RIS? Quais?
- Qual(is) características da organização da RIS você identifica enquanto avanços na implantação da interprofissionalidade na pós-graduação em Saúde?
- E quais são os desafios para a implementação da interprofissionalidade no contexto da RIS?

## APÊNDICE B

Município: \_\_\_\_\_  
Entrevista nº: \_\_\_\_\_  
Início: \_\_\_\_\_  
Término: \_\_\_\_\_

### ROTEIRO DE ENTREVISTA (Residentes)

#### 1. Caracterização do(a) participante:

##### 1.1. Perfil sócio-demográfico

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Ano de Graduação: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência profissional: \_\_\_\_\_

Experiência(s) anterior(es) em Saúde Pública: \_\_\_\_\_

---

##### 1.2. Perfil educacional

- Apenas graduação
- Outra graduação – Qual? \_\_\_\_\_
- Especialização – área: \_\_\_\_\_
- Residência – área: \_\_\_\_\_
- Outra Pós-Graduação – tipo/área: \_\_\_\_\_

#### 2. Questionamentos

##### 2.1 Atividades dos residentes na RIS

- Fale sobre as atividades da Residência que você participa.
- Que atividades teóricas e práticas da residência contribuem para o trabalho em sua equipe favorecendo a colaboração entre os diversos profissionais?

##### 2.2 Experiências vivenciadas no cotidiano

- Você poderia narrar um caso ou uma situação vivida na RIS em que a colaboração interprofissional foi uma dimensão importante?
- Como sua participação colaborou neste caso?
- Como você se sente trabalhando em uma equipe de residentes?
- Como você avalia a colaboração interprofissional em sua equipe de residentes?
- Como acontece a educação interprofissional na sua formação de residente?
- Como a atuação do preceptor fomenta a interprofissionalidade em sua equipe?

##### 2.3 Limites e Potencialidades

- Quais os desafios enfrentados no cotidiano de seu trabalho para efetivação da colaboração e da educação interprofissional?
- O que favorece a atuação e do aprendizado interprofissional na RIS?
- O que você sugere para aperfeiçoar o processo de educação e colaboração interprofissional na RIS?

## APÊNDICE C

Município: \_\_\_\_\_  
Entrevista nº: \_\_\_\_\_  
Início: \_\_\_\_\_  
Término: \_\_\_\_\_

### ROTEIRO DE ENTREVISTA (Preceptores)

#### 1. Caracterização do(a) participante:

##### 1.1. Perfil sócio-demográfico

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Função na RIS: \_\_\_\_\_

Se profissional da instituição executora, qual o papel: \_\_\_\_\_

Ano de Graduação: \_\_\_\_\_ Carga horária dedicada à RIS: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na RIS(ano/mês): \_\_\_\_\_

Experiência(s) anterior(es) em Saúde Pública: \_\_\_\_\_

---

##### 1.2. Perfil educacional

- Apenas graduação
- Outra graduação – Qual? \_\_\_\_\_
- Especialização – área: \_\_\_\_\_
- Residência – área: \_\_\_\_\_
- Outra Pós-Graduação – tipo/área: \_\_\_\_\_

#### 2. Questionamentos

##### 2.1 Concepções dos preceptores

- Fale sobre seu trabalho na RIS.
- Como você compreende o conceito de colaboração interprofissional?
- O que você entende por educação interprofissional?

##### 2.2 Experiências vivenciadas no cotidiano

- Por favor, fale sobre um caso ou situação vivenciada por você em que sua atuação (como preceptor) foi importante para estimular e promover a interprofissionalidade.
- Como sua participação interferiu para o encaminhamento do caso e estímulo a uma postura colaborativa nesse caso?
- Hoje, refletindo sobre essa situação relatada, você acha que poderia ter agido de outra maneira. Qual?
- Qual o papel do preceptor na promoção da Colaboração Interprofissional nos cenários de prática da RIS?
- Qual o papel do preceptor na condução de uma EIP?

### **2.3 Limites e Potencialidades do trabalho do docente em serviço**

- Que fatores da organização da RIS, no seu ponto de vista, favorecem a colaboração interprofissional?
- E quais fatores dificultam a implementação da interprofissionalidade?
- O que você sugere para aperfeiçoar o processo de educação e colaboração interprofissional na RIS?

## APÊNDICE D

Município: \_\_\_\_\_  
Equipe: \_\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
Início: \_\_\_\_\_  
Término: \_\_\_\_\_

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

#### 1. Caracterização da Equipe de Residência e do Serviço

- N° de componentes da equipe: \_\_\_\_\_
- N° de categorias profissionais: \_\_\_\_\_
- Tempo de atuação conjunta: \_\_\_\_\_
- Lotação dos residentes: \_\_\_\_\_
- Organização dos serviços onde os residentes estão inseridos (n° de equipes, composição das equipes, divisão de responsabilidade sanitária): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Características sociais e epidemiológicas mais importantes do território de atuação dos residentes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- N° de preceptores de campo e núcleo (por categoria): \_\_\_\_\_
- Rotina dos preceptores e residentes no território e nas atividades teórico-práticas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 2. Colaboração Interprofissional

- Rotina de encontros
- Instrumentos de trabalho
- Tipo e foco das atividades desenvolvidas (individuais, coletivas, compartilhamento de ações)
- Situações de atuação interprofissional
- Divisão e convergência das ações (Núcleo e Campo)
- Integração em equipe
- Objetivos comuns
- Decisão sobre ações que envolvem todos os membros da equipe
- Comunicação
- Formalização da comunicação
- Repertório compartilhado
- Compartilhamento de práticas e conhecimentos
- Compartilhamento de responsabilidades

- Liderança / Autonomia
- Hierarquias
- Atuação centrada no usuário/cliente/família
- Relação/Vínculo com os usuários dos serviços
- Confiança entre os membros da equipe
- Relação com os profissionais do serviço
- Resolução de conflitos
- Condução de casos complexos
- Aspectos da interprofissionalidade na conduta individual de cada profissional
- Dificuldades em operacionalizar a interprofissionalidade

### **3. Educação Interprofissional**

- Interface entre colaboração e educação interprofissional
- Espaços de troca de conhecimentos
- Metodologias que possibilitam intercâmbio de saberes
- Caracterização dos momentos em companhia do preceptor
- Comunicação entre residente-preceptor
- Papel do preceptor
- Influência do preceptor nas práticas desenvolvidas pelos residentes
- Influência da presença da residência para o cenário de práticas
- Percepção dos preceptores e residentes sobre o processo de ensino-aprendizagem em serviço
- Influência de experiências prévias dos preceptores e residentes na condução do processo de ensino aprendizagem
- Satisfação dos residentes e preceptores com o trabalho

## APÊNDICE E



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **COLABORAÇÃO E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**, coordenada pela mestranda do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UFC, Gisele Maria Melo Soares, que tem como objetivo geral analisar o processo de implantação da prática colaborativa e da educação interprofissional no cotidiano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará e seus fatores de evolução.

Como instrumentos de coleta de dados serão utilizados: a entrevista semiestruturada e a observação participante. Dessa forma, **CONVIDAMOS** o(a) senhor(a) a participar da pesquisa respondendo a entrevista e durante a observação participante. Caso você permita, as entrevistas serão gravadas.

Informamos que a pesquisa não trará nenhum risco, prejuízo, dano ou transtorno direto à saúde daqueles que dela participarem. Entretanto o(a) senhor(a) poderá se sentir constrangido ao responder algumas das perguntas que serão realizadas nas entrevistas, ou por estar sendo observado, mas garantimos que todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar ainda que sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano.

A sua participação contribuirá para a compreensão da dimensão prática da colaboração e da educação interprofissional e a identificação dos fatores que podem favorecer e ou dificultar a implementação desse tipo de prática nos cenários de atuação e educação interprofissional em saúde.

Você não terá nenhum ônus financeiro por participar do estudo, nem será remunerado, porém será ressarcido por custos decorrentes da sua participação no estudo.

Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando o sigilo do seu nome. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente.

Para quaisquer esclarecimentos o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora Gisele Soares (contato: 85-9948.8296), ou com sua orientadora Prof. Ivana Barreto (contato: 85-3101.1401). Também o(a) sr(a) poderá obter informações sobre o desenvolvimento da pesquisa no Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, telefone 3101.1406. Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora.

#### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:

Eu, \_\_\_\_\_, após tomar conhecimento dos objetivos da pesquisa, a forma como será realizada a pesquisa, e tendo garantido o sigilo da minha identidade, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura Pesquisadora