

MARIELLA VARGAS DEGIOVANI

**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO HOSPITAL SÃO PAULO (HU –
UNIFESP): PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES SOBRE O PROCESSO DE
ENSINO EM SAÚDE E ATUAÇÃO EM EQUIPE INTERPROFISSIONAL**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção de
título de Mestre Profissional em Ensino
em Ciências da Saúde

SÃO PAULO

2017

MARIELLA VARGAS DEGIOVANI

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO HOSPITAL SÃO PAULO (HU – UNIFESP): PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES SOBRE O PROCESSO DE ENSINO EM SAÚDE E ATUAÇÃO EM EQUIPE INTERPROFISSIONAL

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção de título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Sylvia Helena Souza Da Silva Batista

Coorientadores:

Prof. Dr. Mario Alfredo De Marco

Profa. Dra. Ively Guimarães Abdalla

SÃO PAULO

2017

Vargas Degiovani, Mariella

A residência multiprofissional no Hospital São Paulo (HU – UNIFESP): percepção dos residentes sobre o processo de ensino em saúde e atuação em equipe interprofissional. Mariella Vargas Degiovani – São Paulo 2016

87p.

Tese (Mestrado Profissional) Universidade Federal de São Paulo – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS

Título em inglês - **Multiprofessional residence in Hospital São Paulo (HU - UNIFESP): perception of residents on the process of education in health and performance in team interprofessional**

Palavras-chave: Educação Continuada, Residência, Relações Interprofissionais.

Universidade Federal de São Paulo
Campus São Paulo
Escola Paulista de Enfermagem
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Prof Dr. Nildo Alves Batista

Coordenador do CEDESS

Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação

MARIELLA VARGAS DEGIOVANI

**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO HOSPITAL SÃO PAULO (HU –
UNIFESP): PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES SOBRE O PROCESSO DE ENSINO
EM SAÚDE E ATUAÇÃO EM EQUIPE INTERPROFISSIONAL**

30-06-2017

Banca Examinadora

Profa. Dra. Fabiana Coelho Fernandes

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Profa. Dra. Sonia Regina Pereira

Suplentes

Profa. Dra. Ieda Vargas

SÃO PAULO

2017

Dedicatória

Ao Mario, sempre...

*Às minhas filhas, Gabriella e Joanna, tesouros da minha vida,
que esse trabalho seja uma demonstração de que
nunca devemos desistir de nossos sonhos.*

Agradecimentos

*Precisamos aceitar a nossa existência,
Em todo seu alcance: tudo, mesmo o inaudito,
Tem de ser possível nela.
No fundo, esta é a única coragem que se exige de nós:
Sermos corajosos diante do que é
mais estranho, mais maravilhoso e mais inexplicável
Entre tudo o que nos deparamos.*
Rainer Maria Rilke

Acredito que, em nossa vida, sejam muitos – senão todos – os que passam por ela e que, de alguma forma, contribuem com nosso desenvolvimento.

Durante o processo de elaboração deste trabalho, refleti sobre o que somos capazes de realizar quando estamos em um grupo de pertinência, em uma equipe, em uma família. Com esse olhar, revivi a importância de todas as famílias às quais pertencemos ou criamos no decorrer de nossas vidas.

Nossa primeira família, de onde viemos. Meus avós, Nair e Alcides, que estão sempre comigo. Minha mãe, Cidalma, minha primeira professora. Meus irmãos, tios e tias, pertinentes e carinhosos. Meus primos e primas: juntos crescemos e nos complementamos em nossas diferenças e peculiaridades. Os sobrinhos que tanto acrescentam ao nosso caminho.

A família que nós mesmos criamos, o ser com quem decidimos partilhar a vida e os frutos que nascem desse encontro.

A família da UTI, colegas-irmãos de diversas origens e áreas, que formam conosco uma equipe coesa. Na minha experiência de equipe multiprofissional, tive também o grato prazer de dividir essa vivência com os médicos e residentes médicos. Formamos juntos uma família interprofissional, querida e suportiva, que jamais esquecerei.

Aos meus queridos residentes, que muito me enriqueceram, em especial, Jacqueline, Thiago, Tatiana, Isabela e Lia.

À família LIGA, profissionais de um antigo serviço de psicologia que hoje não mais existe, mas que motivou nosso feliz encontro e permeia nossas lembranças. Obrigada, Cintia, Lucia, Mariolga, Ronaldo e Tania.

À família CEDESS, que me acolheu nos piores e melhores momentos; aos professores e técnicos que muito me ensinaram e incentivaram e, em especial, à professora Marilena Rosalem, por seu exemplo; e ao professor Nildo, por toda a dadivosidade ao compartilhar seu tempo e conhecimento. À Sueli, sempre presente.

Aos meus colegas-irmãos de mestrado, pessoas queridas com quem dividi os momentos mais criativos e os dias de total incapacidade, em especial, Cristina, Miriam e Angela. Ao nosso GeBar: Poly, Andrea e Renato!

À minha orientadora, professora Sylvia, incentivadora firme e criativa, que nunca desistiu de nosso trabalho e que, no pior momento de minha vida, chorou junto e ficou ao meu lado. Não só uma mestra, mas uma amiga. Obrigada.

Agradeço, também, com muito afeto e reconhecimento, minha coorientadora, professora Ively, que, na difícil missão de substituir um colega querido, no meio de um trabalho, desdobrou-se com força e carinho em todas as horas.

À Eliana Spinelli Luciano e à Mônica Galati, pela dadivosidade do tempo, trabalho e afeto. Ao Rafael. Ele sabe o porquê.

Por último, mas não menos importante, agradeço ao meu coorientador, professor Mario, grande companheiro de ideais, de tantas lutas e conquistas, meu eterno agradecimento.

“Só é viva e real a resposta que gerar mais perguntas.”

Professor Doutor Mario Alfredo De Marco

Resumo

Introdução: As residências multiprofissionais em saúde (RMSs) no Brasil surgem como uma das estratégias utilizadas para fomentar o processo de aprendizado em serviço, visando a consolidação das propostas do SUS. Enquanto tal, as RMSs se inseriram em diversos cenários, desde o hospitalar até o nível de atenção básica, quando de sua implementação na Estratégia de Saúde da Família. Contudo, apesar de seu grande alcance, ainda são restritas às iniciativas que buscaram compreender, conhecer e avaliar tais residências e seu impacto na formação dos profissionais de saúde. **Objetivos:** analisar a percepção dos residentes multiprofissionais em saúde em relação às motivações e vivências no âmbito dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde desenvolvidas no Hospital São Paulo (HSP)/Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), assim como mapear suas motivações, apreender as concepções dos residentes sobre trabalho em equipe, discutir as dificuldades que os residentes identificam para o trabalho em equipe multiprofissional e mapear as contribuições da Residência Multiprofissional para o trabalho em equipe. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo-exploratório. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas. A população analisada foi composta por residentes do primeiro e do segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde do HSP-UNIFESP. As entrevistas foram gravadas e transcritas e os dados analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados e Discussão:** Um total de 17 residentes multiprofissionais foram entrevistados. As categorias temáticas relevantes para este estudo foram: motivação para a inserção da RMS, concepção sobre o trabalho em equipe na RMS, dificuldades do trabalho em equipe multiprofissional e contribuição da residência para a atuação em equipe multiprofissional. As percepções colhidas por meio deste trabalho apontam para uma heterogeneidade entre as experiências dos residentes multiprofissionais. As motivações que levaram à busca pela RMS foram, em sua maioria, pragmáticas e voltadas à obtenção de uma formação complementar após a graduação. Ainda que muitos dos sujeitos tivessem conhecimento prévio do conceito de trabalho em equipe multiprofissional, a experiência foi inédita para todos e foi apontado ganho significativo no que tange à prática da multiprofissionalidade. Os sujeitos apontam, contudo, dificuldades expressivas na condução de tal trabalho, notadamente uma dicotomia entre o projeto pedagógico elaborado e o implantado, evidenciando uma quebra de expectativas no processo de formação. Ainda assim, a experiência foi avaliada pela maioria como significativa enquanto preparo para a futura prática profissional fora do cenário acadêmico supervisionado. Ademais, muitos participantes salientaram o papel da experiência na RMS como catalisador de um processo de autoconhecimento. **Conclusão:** O estudo representa um aprofundamento sobre as atividades de ensino dentro das RMSs. As categorias analisadas representam pontos essenciais para o aperfeiçoamento do processo de formação dos residentes da área multiprofissional em saúde, além da necessidade de uma aproximação entre o projeto pedagógico elaborado e as práticas de ensino. Ações de integração ensino-serviço específicas poderão melhorar a avaliação da RMS por meio de estratégias de ensino. Dentre tais estratégias, emerge a criação de um grupo interprofissional de reflexão sobre as práticas na RMS, configurando-se o produto desta pesquisa. São necessários outros estudos que possam abordar a perspectiva do professor e do preceptor nas RMSs para ampliar e articular com os achados e as análises produzidas nesse estudo.

Palavras-chave: Educação Continuada, Residência, Relações Interprofissionais.

Abstract

Introduction: Multiprofessional residencies in the health field exist in Brazil merging as one of the strategies employed to increase the process of hands-on learning, seeking the consolidation of the propositions of the SUS (Brazilian Public Health System). As such, the multiprofessional residency programs have inserted themselves in many scenarios, from hospital-based to primary care, when they were implemented in the Family Health Strategy. However, despite its broad reach, there are few initiatives seeking to understand, know and evaluate said residencies and their impact in the shaping of health professionals. **Objectives:** This research sought to analyze the perception of multiprofessional residents regarding conceptions and experiences of interprofessional work within Multiprofessional Residencies in Health in HSP-UNIFESP. **Methodology:** This project consisted in a qualitative research, of descriptive-exploratory character. The data was collected through semi-structured interviews. The analyzed population were the first and second year residents of the Multiprofessional Health Residency program of the HSP-UNIFESP. Interviews were recorded and transcribed and data was analyzed through the content analysis technique, thematic modality. **Results:** A total of 17 multiprofessional residents were interviewed. Thematic categories relevant to this study were: motivation for the insertion in the Multiprofessional Health Residency program, conception of teamwork in the Multiprofessional Health Residency program and contribution of the Multiprofessional Health Residency program to working in a multiprofessional team. The perceptions captured by this study point towards a certain heterogeneity among the experiences of residents. The motivations that led to seeking a Multiprofessional Health Residency program were, for the most part, pragmatic and aimed towards the obtention of a complementary formation after completing a degree. Even though many subjects had previous knowledge of the concept of work in a multiprofessional team, the experience was new to all and pointed as a significant gain regarding Multiprofessional practice. Subjects pointed out, however, that there were expressive difficulties in the conduction of said work, notably a dichotomy between the elaborated pedagogical project and the one that was implemented, showing a break of expectations in the formation process. Furthermore, many participants highlighted the part that the Multiprofessional Health Residency program played as a catalyzer in a self-knowledge process. **Conclusion:** The study represents a deepening on the teaching activities within the Multiprofessional Health Residencies. The analyzed categories represent essential points towards perfecting the formation process of residents in the multiprofessional health field and also the need of an approximation between the formulated pedagogical project and the teaching practices. Specific actions in integration between teaching and practice can improve the evaluation of Multiprofessional Health Residency programs through teaching strategies. Among those strategies is the creation of an interprofessional group meant to rethink practices in the Multiprofessional Health Residency program, as well as other studies that can address the professor and preceptor perspectives in Multiprofessional Health Residency programs in order to complement the information obtained in the study.

Keywords: Education, Continuing Residency, Interprofessional Relations.

Lista de abreviatura e siglas

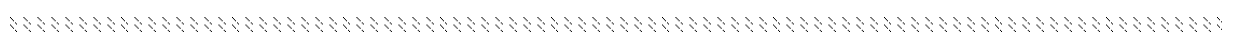
CAIPE	Center for the Advancement of Interprofessional Education (UK)
CEDESS	Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CF	Constituição Federal
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DNS	Departamento Nacional de Saúde
E	Entrevistado
EC	Educação Continuada
EID	Educação Interprofissional
EIP	Ensino Interprofissional
EP	Educação Permanente
EPM	Escola Paulista de Medicina
EUA	Estados Unidos da América
F	Feminino
GM	Gabinete Ministério
HSP	Hospital São Paulo
IES	Instituições de Ensino Superior
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
IFEs	Instituições Federais de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional
M	Masculino
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MP	Mestrado Profissional
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PIP	Prática Interprofissional

PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PPI	Projeto Político Institucional
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROGRAD	Pró-Reitoria de Graduação
Pro-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
REMU	Residência Multiprofissional
REUNI	Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RMSF	Residência Multiprofissional Saúde de Família
SP	São Paulo, SP
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIP	Trabalho Interprofissional
UBS	Unidade Básica e Saúde
UC	Unidade de Contexto
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UR	Unidade de Registro
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

APRESENTAÇÃO	14
I INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Residência Multiprofissional em Saúde: uma Incursão	18
1.2 Trabalho em Equipe: uma perspectiva interprofissional	22
1.3 Questões Orientadoras	27
II OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo Geral.....	30
2.2 Objetivos Específicos.....	30
III MÉTODOS.....	31
3.1 Tipo de Estudo.....	32
3.2 Cenário de Estudo	33
3.3 Sujeitos de Pesquisa	36
3.4 Processo de Produção de Dados.....	37
3.4.1 Instrumento.....	37
3.5 Processo de Análise de Dados	37
3.6 Procedimentos Éticos	39
IV RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
4.1 Núcleo temático 1: Motivação para inserção na residência multiprofissional... 41	41
4.2 Núcleo Temático 2: Concepção de trabalho em equipe	49
4.3 Núcleo Temático 3: Dificuldades do trabalho em equipe multiprofissional	53
4.4 Núcleo Temático 4: Contribuição da residência para a atuação em equipe multiprofissional	63
V CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS.....	78
APÊNDICES.....	81

APRESENTAÇÃO



Graduei-me em psicologia em 1984 e comecei a clinicar, atividade essa que exerço e mantenho nesses mais de 30 anos. Especializei-me em psicodrama e, a partir daí, interessei-me pelo aspecto dual professor-aluno e fui convidada a fazer parte do grupo de professores que ministrava aulas de psicologia médica aos alunos do primeiro ano da graduação em medicina da UNIFESP (2006). Em 2008, ingressei no grupo do laboratório de comunicação, ministrado aos alunos do segundo ano. Em 2010, tornei-me responsável pela psicologia na unidade de terapia intensiva, elaborando protocolos de psicologia intensiva da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) do HSP/UNIFESP. Fui a responsável pela elaboração do projeto pedagógico da psicologia em unidades de terapia intensiva para a Residência Multiprofissional em Saúde (REMUS), trabalho enviado ao Ministério de Educação e Cultura (MEC). Assumi a responsabilidade de preceptoria e tutoria da residência e fui representante da psicologia na Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) de 2012 a 2014.

Como professora convidada da disciplina de anesthesiologia e medicina intensiva, ministrei o curso de Comunicação em Saúde aos R3 de Medicina e grupo BALINT aos R4. Fui membro-fundadora do Grupo Interdisciplinar de Cuidados Paliativos – Terapia Intensiva (GICP-TI).

De acordo com essa trajetória, o interesse pelo tema foi se configurando e essa pesquisa surgiu como oportunidade de aprofundar, sistematizar e organizar minha própria experiência nesse campo e ajudar na construção de conhecimento sobre a experiência nas RMSs.

Quando da elaboração do projeto conjunto das RMSs em terapia intensiva, dei-me conta da dúvida que me perseguia sobre o aprendizado: será que somos capazes de ensinar o que não aprendemos? Isso também motivou esse trabalho em suas origens. E, nessa busca, cheguei ao CEDESS.

*“O conhecimento torna a alma jovem
e diminui a amargura da velhice.”*

Leonardo da Vinci

I INTRODUÇÃO

////////////////////////////////////

1.1 Residência Multiprofissional em Saúde: uma Incursão

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) surge como uma das estratégias utilizadas para fomentar o processo de aprendizado em serviço, com base na realidade socioeconômica e sanitária da população, buscando a mudança no processo de organização do sistema e das práticas de fazer saúde, visando a consolidação das propostas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, amplia-se a relação entre o ensino e os serviços num propósito comum: a formação profissional e a organização dos serviços que, de fato, consolidem os princípios e as diretrizes do SUS. Surge, então, a necessidade de formar profissionais com habilidades, conhecimentos e atitudes que gerem o processo de mudança do modelo hegemônico da assistência à saúde focado na doença, fragmentado e hospitalocêntrico, para o modelo da atenção integral desenvolvido na perspectiva da interprofissionalidade.

As residências multiprofissionais existem no Brasil desde 1970, sem normatização específica. Segundo Gil (2005), o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2000, uma convocatória nacional com o objetivo de implementar a oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu* nas modalidades de especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), mediante incentivos financeiros repassados às universidades e escolas de saúde pública das Secretarias Estaduais de Saúde.

A autora cita o fato de que, no Brasil, a implantação de cursos de especialização na área de saúde como estratégia de fortalecimento de políticas públicas tem sido uma prática habitualmente utilizada pelo MS.

(...) nessa mesma linha, os cursos de especialização e residência multiprofissional em saúde da família foram concebidos para dar suporte teórico-prático aos profissionais já inseridos nas equipes e oferecer, em especial aos recém-egressos dos cursos de medicina e enfermagem uma formação mais voltada às necessidades do PSF. Outro objetivo esperado era estimular no interior das Universidades e Escolas Estaduais de Saúde Pública a inserção desses temas nos Cursos de Pós-Graduação *Lato-Sensu* (...) (GIL, 2005, p.493).

Em 30 de junho de 2005, é promulgada a Lei nº 11.129 que institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Em 12 de janeiro de 2007, é lançada pelos Ministérios da Saúde e da Educação, a Portaria Interministerial nº 45, posteriormente substituída pela Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

Essa legislação versa sobre a modalidade de ensino em serviço nas áreas profissionais relacionadas à saúde, com exceção da medicina, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, contemplando os seguintes eixos norteadores:

- I. cenários de educação em serviços representativos da realidade socioepidemiológica do País;
- II. concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;
- III. política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;
- IV. abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;
- V. estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;
- VI. integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;
- VII. integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;

- VIII. integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde;
- IX. articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;
- X. descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;
- XI. estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS; e
- XII. integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema.

No ano de 2005, o Ministério da Saúde financiava 22 programas de RMSF em funcionamento no Brasil, num total de 1.558 residentes de diversas categorias. Esses programas estavam distribuídos em vários estados do país e possuíam configuração variada, as categorias profissionais incluídas e a ênfase de cada programa obedecem às demandas locais e aos projetos das instituições formadoras. A área de psicologia foi incluída em vários deles, em especialidades como: saúde pública e saúde da família (CLEMENTE et al., 2008).

A primeira RMSF, no período de 2005-2007, teve a participação de dez categorias profissionais distintas a saber: medicina, enfermagem, odontologia, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição, serviço social e farmácia. A média de residentes foi de 70 participantes e foi coordenada por um colegiado interinstitucional composto pela Casa de Saúde Santa Marcelina, o Núcleo de Capacitação e Saúde da Família e a Faculdade Santa Marcelina. Os residentes foram inseridos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Programa de Saúde da Família (PSF) na zona leste de São Paulo, que foram previamente selecionadas a partir do perfil e da disponibilidade dos tutores e aceitação por parte da gerência e dos profissionais do serviço.

Ocorreu, então, a divisão dos residentes em 16 grupos, formando equipes multiprofissionais que se atrelaram às equipes de saúde da família já existentes em 16 UBS. O grupo contou com um tutor médico e um enfermeiro (responsáveis pelo acompanhamento em serviço) e com a preceptoria específica de sua categoria profissional (responsável pela operacionalização teórica para aplicação em serviço).

Em 24 de abril de 2008, a Portaria Interministerial nº 506 altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde.

Em 11 de novembro de 2010, é publicada a Portaria Interministerial nº 1.320 que dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Essa Comissão passa a ser coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação. As Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde são criadas pela Resolução nº 1, de 30 de janeiro de 2012. Essas câmaras foram instituídas para funcionar como instâncias de assessoramento permanente da CNRMS e, também, foram estruturadas e organizadas segundo as áreas temáticas votadas e aprovadas em Plenária da CNRMS.

O governo passa, então, a fornecer bolsas de estudo para fomentar a relação educação para o trabalho, com carga horária de 60 horas semanais sob o regime de dedicação exclusiva. Assim, o estabelecimento de financiamento regular para os programas das REMU e o investimento na sua potencialidade pedagógica e política têm por objetivo possibilitar tanto a formação de profissionais quanto a contribuição com a mudança do desenho tecnoassistencial do SUS.

A RMS deve desenvolver estratégias que possibilitem que seus participantes envolvidos nesse processo de formação sejam mais críticos e reflexivos, com habilidades e conhecimentos para atuar de acordo com a proposta do SUS, focando a discussão e a vivência do trabalho multiprofissional, interdisciplinar, voltado à integralidade da atenção.

Segundo Schraiber et al. (1996), o cuidado primário em saúde, por parecer tratar-se de um serviço simples, usando geralmente poucos equipamentos, tem sido visto como assistência simplificada. No entanto, apresenta complexidade na articulação de diversos saberes e múltiplos profissionais, o que irá se refletir na

atuação do profissional que precisa, a partir dessa nova concepção, desenvolver uma adequada abordagem e efetiva transformação nesse nível de atendimento, uma sofisticada síntese de saberes e complexa interação de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas, buscando o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Nesse contexto, a modalidade de ensino denominada residência consolidou-se como uma especialização na área de saúde, com o intuito de promover mudanças na formação dos profissionais em relação ao modelo médico assistencial.

1.2 Trabalho em Equipe: uma perspectiva interprofissional

“(...) porque nenhuma profissão pode atender a todas as necessidades relacionadas com o processo saúde-doença (...)”
Aguilar da Silva, RH

As discussões sobre a conceituação da Educação Interprofissional (EIP) são recentes e grande parte da literatura adota a definição criada pelo *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE) no Reino Unido, que entende a educação interprofissional como a ocasião em que duas ou mais profissões aprendem com, de, e sobre cada uma para melhorar a colaboração e a qualidade no cuidado (CAIPE, 1997).

A educação interprofissional, segundo Peduzzi (2013), dentre a multiplicidade de conceitos de EIP e as concepções distintas de educação uniprofissional multiprofissional e interprofissional, apresenta-se como uma modalidade de formação em saúde que promove o trabalho em equipe integrado e colaborativo entre profissionais de diferentes áreas com foco nas necessidades de saúde dos usuários e da população com a finalidade de melhorar as respostas dos serviços a essas necessidades e a qualidade da atuação à saúde.

“Aprender junto para trabalhar junto” (*learning together for working together*): com esse lema, o centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE), do Reino Unido, criado em 1987, institui os requisitos para a educação interprofissional. Segundo o CAIPE, o conceito “educação interprofissional” abrange a educação

interdisciplinar e inclui todos os tipos de modelos de aprendizagem, tanto no plano acadêmico quanto no plano de trabalho, antes e após a qualificação com uma perspectiva inclusiva do termo “profissional”.

A propósito, cabe aqui ressaltar a diferenciação entre os termos “interdisciplinar” e “interprofissional”. Isso é necessário porque é comum encontrar na literatura trabalhos que mencionam indiscriminadamente os termos como sinônimos.

D’Amour e Oandasan (2004) utilizam o termo “disciplinar” quando se referem ao plano epistemológico ou ao campo dos saberes e “profissional” quando se referem ao plano prático, de conformação das equipes de saúde. Isso permite identificar uma experiência que congregue enfermeiras especialistas em cardiologia, terapia intensiva, obstetrícia, etc. como sendo exemplo de atividade interdisciplinar (apenas com profissionais de mesma formação, vindos de um único campo disciplinar, por exemplo, a enfermagem) e outra em que temos psicólogas, enfermeiras, fisioterapeutas, como exemplo de atividade interprofissional (com profissionais de diferentes formações e campos disciplinares).

Segundo Peduzzi e outros (2013), a fronteira entre EIP, multiprofissional e uniprofissional parece clara, por possibilitarem o aprendizado compartilhado, de forma interativa, entre estudantes ou profissionais de diferentes áreas. Contudo,

... sua operacionalização pode apresentar dificuldades e acarretar dúvidas e tensões. Isso ocorre pela tendência em reiterar o que é usual e tradicional e pelas resistências às mudanças, mas também porque é necessário que se mantenha o ensino uniprofissional para o aprendizado de conhecimentos e habilidades específicos de cada área profissional e seu respectivo conjunto de disciplinas (PEDUZZI, 2013, p. 979).

Em seu artigo, Aguilar da Silva cita Baptista (2002) que entende a identidade profissional como uma construção urdida na interação do EU com a sociedade. Sua ênfase recai naquilo que as pessoas têm em comum, enquanto grupo sociocultural, e as diferencia em relação àqueles que atuam em outros ramos de atividade. Assim, “o ensino interprofissional em saúde pode ser conceituado como uma proposta onde 2 ou mais profissões aprendem juntos sem o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, na melhora da qualidade do cuidado ao paciente” (BARR, 1998).

Segundo Batista (2002), é necessário ressignificarmos, antes de tudo, dois conceitos essenciais: educação e saúde. O autor conceitua “educação” como uma perspectiva dialógica e crítica, comprometida com a construção de conhecimentos, como instrumentos de transformação social, em que professor e aluno atuam em situações interativas de ensino e aprendizagem, enquanto “saúde” é entendida numa concepção sócio-histórico-cultural, enfatizando a integralidade do cuidado com a equipe de saúde atuando em uma perspectiva interdisciplinar.

No entanto, não basta reunir estudantes de formação diferentes em espaço e atividades em conjunto. Almeida Filho (1997) já discutia o quanto a interdisciplinaridade e a formação interprofissional não se efetivam por meio de princípios ou de intenções genéricas desenvolvidas em textos dos pesquisadores bem-intencionados. O autor pontua que a troca efetiva e a colaboração entre disciplinas e profissões só serão possíveis pela ação de agentes concretos que irão ou não consubstanciar práticas mais ou menos integradas.

É fato que a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais há 15 anos ainda representa um desafio para que elas se tornem uma realidade. Segundo Batista (2002), não só os desafios no tocante a mecanismos efetivos de integração curricular, diversificação de cenários de aprendizagem, articulação com o SUS, mas também o desafio do resgate da dimensão ética, humanista, crítica, reflexiva e cuidadora do exercício profissional, só assim podendo assumir uma concepção ampliada de saúde.

Batista (2002) também discute que na própria definição de EIP, criada por Barr (2005), há nessa prática uma inversão na lógica tradicional da formação em saúde – onde cada um aprende, pensa e discute entre si, abrindo espaços para a discussão do interprofissionalismo. A educação interprofissional foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como estratégia fundamental para o cuidado em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Essa estratégia de educação consiste na modificação de atitudes e de percepções dos profissionais, a fim de melhorar sua própria comunicação e construir relações mais dialógicas, integrando o profissional uni em uma perspectiva mais ampla do cuidado em saúde. Isso é alcançado por parte dos alunos com o aprendizado de três competências no trabalho em equipe: competência comum a todos os profissionais de saúde, competência específica de cada profissão e a competência colaborativa essencial para o trabalho em conjunto (BARR, 1998). O

autor descreve como essas competências colaborativas possibilitam estabelecer claramente o papel e a responsabilidade de cada profissão, respeitando suas competências e limitações.

No artigo de Souto et al. (2014), os autores deixam clara a crença de que, a partir do momento em que o aprendizado ocorre de maneira integrada, os alunos exercitam a prática permanente do diálogo interprofissional bem como o pensar em novas interações no trabalho em equipe. Com isso, os autores esperam que se desenvolvam posturas de respeito à diversidade e de cooperação a fim de efetivar práticas transformadoras e parcerias na construção de projetos.

Dessa maneira, ao se alterar a forma tradicional de formação em saúde com a inserção do diálogo entre os professores vindos de uma uniprofissionalidade, percebemos que estes são confrontados com desejos e desafios de aprenderem a ensinar de forma mais criativa e integrativa.

Batista (2012) cita como é nova também essa experiência para o professor que, ao colocar-se no diálogo com colegas de outros campos disciplinares, acaba revitalizando suas certezas e acreditando ser possível e necessário repensar as dinâmicas do saber fazer e ser em saúde.

Aguilar da Silva (2011) afirma que, a educação interprofissional possibilita integrar cuidado especializado com cuidado holístico opondo-se ao reducionismo e à fragmentação da visão especializada. No entanto, conforme o mesmo autor, a inserção comprometida de alunos e docentes em cenários reais, visa a integração teórico/prática, ensino/serviço e a EIP sendo o alicerce em torno do qual se tece a nova forma de ser fazer, conhecer e conviver. Portanto, quando esses mesmos alunos advindos de formação diferentes são levados a propor medidas de saúde individuais e coletivas, as quais ampliam o cuidado e, conseqüentemente, melhoram a qualidade de vida das pessoas, também aprendem a aprender juntos sobre si, sobre o outro e sobre as diferentes profissões.

Peduzzi e outros (2013) reconhecem a especificidade na concepção da transdisciplinaridade que se reflete na integração das áreas de conhecimento necessários para um trabalho em equipe, para uma formulação transdisciplinar reunindo diversos profissionais, aprendendo o trabalho em equipe para assegurar uma atuação interdisciplinar.

Torna-se necessário, assim, segundo a autora, distinguir entre interdisciplinaridade e interprofissionalidade. A primeira diz respeito às disciplinas, ciências ou áreas do conhecimento; a segunda diz respeito à esfera da prática profissional em que se desenvolve o trabalho em equipe de saúde.

E o trabalho em equipe pode se constituir em perspectiva multiprofissionais ou interprofissionais. Sobre as equipes multiprofissionais de saúde, Peduzzi (2001) propõe o seguinte conceito: estas consistiriam numa modalidade de trabalho coletivo que se configuram na relação recíproca entre múltiplas intervenções técnicas e na integração dos agentes de diferentes áreas profissionais, mediada pela comunicação, a partir da qual se dá a cooperação das ações multiprofissionais. Segundo esse enfoque, dois tipos principais de equipes podem ser determinados: a equipe “agrupamento” e a equipe “integração”.

A equipe agrupamento se caracteriza pela justaposição de ações, realizadas por um agrupamento de agentes e que privilegia a especificidade de cada um dos componentes que a constituem, enquanto que a equipe integração é caracterizada pela articulação das ações e interação dos agentes que apresentam maior flexibilidade na divisão do trabalho, implicando maior colaboração e interdependência técnica. Embora se encontrem presentes, as diferenças técnicas e a desigualdade da valorização dada a cada um dos trabalhos específicos, cabe aos pesquisadores e sujeitos que constroem a RMS ampliar os estudos sobre a EIP e o trabalho desenvolvido nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

1.3 Questões Orientadoras

A presente pesquisa assume como questões orientadoras:

- Quais as motivações para ingressarem em um Programa de Residência multiprofissional em saúde (RMS)?
- Quais as percepções dos residentes sobre o trabalho em equipe?
- Quais as dificuldades vividas pelos residentes para realizarem um trabalho em equipe multiprofissional?
- Na ótica dos residentes, quais as contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde para a aprendizagem do trabalho em equipe?

*“A única coisa que vale a pena
é fixar o olhar com mais atenção no presente;
o futuro chegará sozinho, inesperadamente.”*

Nikolai Gogol

II OBJETIVOS



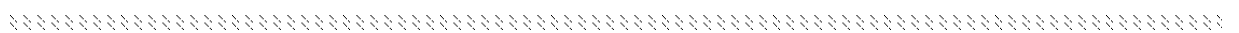
2.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção dos residentes multiprofissionais em saúde em relação às motivações e vivências no âmbito dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde desenvolvidas no Hospital São Paulo/UNIFESP.

2.2 Objetivos Específicos

- Mapear as motivações para a escolha da residência multiprofissional em saúde.
- Apreender as concepções dos residentes sobre trabalho em equipe.
- Discutir as dificuldades que os residentes identificam para o trabalho em equipe multiprofissional.
- Mapear as contribuições da Residência Multiprofissional para o trabalho em equipe.

III MÉTODOS



3.1 Tipo de Estudo

Realizou-se pesquisa qualitativa exploratória – estudo de caso. A utilização do método qualitativo se justifica tendo em vista que o presente estudo se propõe a mapear crenças, percepções, representações e suas mudanças a partir de vivências e experiências.

A abordagem qualitativa, adotada nesse trabalho, procura um aprofundamento no entendimento do objeto investigado. São considerados valores, hábitos, atitudes e opiniões.

“O material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais burocráticos e políticos.” (MINAYO e SANCHES, 1993, p.247).

Segundo Gil (1991), a pesquisa exploratória proporciona familiaridade com o fenômeno estudado para torná-lo explícito, conhecido. Pode envolver entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, análise de exemplos que estimulam a compreensão e revisão bibliográfica. Os estudos descritivos objetivam-se em analisar ou delinear características de fatos ou fenômenos, isolar variáveis ou analisar programas. Para os autores Marconi e Lakatos,

Estudos exploratórios são investigações que desenvolvem, esclarecem ou modificam conceitos, formulando problemas ou hipóteses, que abram espaço para pesquisas futuras (2006).

O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação quando o objetivo é compreender, explorar, analisar, descrever acontecimentos ou fenômenos principalmente na investigação em educação, permitindo avaliar os processos e resultados de propostas pedagógicas e administrativas relacionadas a situações complexas, dando conta de uma observação detalhada de todo o contexto (MINAYO, 2010).

O estudo de caso intrínseco constitui o próprio objeto da pesquisa. O que o pesquisador almeja é conhecê-lo em profundidade. Segundo Yin:

A preferência por estudo de caso deve ser dada quando é possível fazer observação direta sobre os fenômenos (2005, p. 32).

Minayo (1999) observa que, metodologicamente, os estudos de caso evidenciam ligações causais entre intervenções e situações da vida real. Segundo a autora, um dos objetivos do uso do estudo de caso é o esclarecimento dos “fatores que interferem em determinados processos” (p. 164-165).

Yin (2005) também destaca que o estudo de caso constitui uma estratégia de pesquisa que não pode ser classificada, a priori, como qualitativa ou quantitativa por excelência, mas que está interessada no fenômeno.

Segundo Turato (2010), o uso do estudo de caso é adequado quando se pretende investigar como e o porquê de um conjunto de eventos contemporâneos. É uma investigação empírica que permite o estudo desse fenômeno dentro do seu contexto de vida social. A riqueza das informações colhidas possibilita a apreensão da totalidade de uma situação e auxilia o pesquisador no maior conhecimento e possível resolução de problemas relacionados ao assunto estudado.

Conforme Gil (2009), o conceito de caso ampliou-se a ponto de poder ser entendido como uma família ou qualquer grupo social, uma organização ou conjunto de relações, uma comunidade ou nação ou cultura.

3.2 Cenário de Estudo

O cenário do presente estudo foram os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde desenvolvidos no Hospital São Paulo HU-UNIFESP, que configuram o campo de formação de residentes multiprofissionais em saúde do primeiro e do segundo ano.

Segundo Turato, o esperado é que, no atual contexto histórico, um pesquisador e seu projeto de pesquisa devam, normalmente, encontrar-se acolhidos sob o amplo guarda-chuva de um paradigma e situados mais especificamente numa linha de pesquisa que se desenvolva oficialmente na instituição onde realiza seu trabalho (p. 298).

Os referidos programas estão inseridos na Universidade Federal de São Paulo, a qual tem sua origem histórica na Escola Paulista de Medicina (EPM), fundada em

1933, inicialmente uma instituição particular de ensino superior, transforma-se em estabelecimento público em 1956. Em 1994, por força da Lei nº 8.957, a então EPM transforma-se na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sendo a primeira universidade especializada na área da saúde no Brasil.

Em 2004, com movimentos de expansão, transforma-se em uma universidade plena (BORGES, 2008). Além de desenvolver 56 cursos de graduação, tem grande expressividade na Pós-graduação *stricto sensu* – Mestrado Acadêmico e Profissional, Doutorado e Pós-Doutorado oferecendo, em 2017, 66 programas de Pós-Graduação credenciados pela Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e, também, mais de 250 cursos *lato sensu*. (UNIFESP, 2017)

O Hospital São Paulo (HU – UNIFESP), por sua vez, é um importante centro de referência em alta complexidade do país. É um hospital de grande porte que atende diariamente mais de 4.500 pacientes ambulatoriais e 1.200 em pronto-socorro/pronto-atendimento. É responsável, na grande SP, pela cobertura de uma área que abrange mais de 5 milhões de habitantes, além de atender pacientes oriundos de outros municípios e estados da federação. Contava, em 2015, com 743 leitos, sendo 651 destinados a pacientes adultos e 92 a pacientes pediátricos, subdivididos da seguinte forma: 121 leitos de UTI e semi-intensiva, 51 leitos de emergência, 510 leitos de unidade de internação e 61 leitos hospital-dia. Como hospital universitário, além da assistência, tem como missão favorecer a pesquisa e produção científica e ser campo de ensino e treinamento da UNIFESP, colaborando para a formação e capacitação de estudantes e profissionais de ensino.

No ano de 2010, teve início o programa de residência multiprofissional integrada de atenção Hospitalar no HSP, Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

O objetivo nuclear, quando da elaboração do projeto de Residência Multiprofissional Integrada de Atenção Hospitalar no HSP, abrangia formar profissionais de diferentes áreas da saúde, desenvolvendo perfil altamente qualificado no exercício de sua profissão, permeado por atitudes reflexivas, críticas, humanitárias e éticas, com responsabilidade e competência para atuar nos mais diferentes cenários do SUS. No âmbito dos objetivos específicos, situavam-se:

- Atuar com competência em sua área profissional específica, considerando a cadeia de cuidado progressivo.
- Planejar, gerir e executar atividades de assistência ao usuário no ambiente hospitalar, dentro de suas especificidades profissionais.
- Desenvolver atividades de Educação em Saúde em todos os ambientes de prática profissional.
- Desenvolver o processo de trabalho, considerando sua especificidade profissional de acordo com os pressupostos do SUS.
- Aplicar raciocínio crítico reflexivo na resolução de problemas dentro do ambiente de prática assistencial.
- Desenvolver estudos científicos que contemplem a melhoria do ambiente de prática.
- Atuar dentro de um contexto interdisciplinar para o atendimento das necessidades de cuidado e/ou educação dos usuários do serviço.

A construção do projeto de residência multiprofissional do *campus* Vila Clementino – SP teve seu primeiro processo seletivo em 2010, com financiamento do Ministério de Educação e Cultura (MEC). Nesse primeiro momento, participaram as seguintes profissões: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional, com dois programas: saúde da criança e do adolescente e saúde do adulto e idoso. Neste momento, havia 34 residentes.

No ano de 2011, foram inseridas mais duas profissões: nutrição e serviço social e a abertura de mais três programas: saúde mental, envelhecimento e transplante e captação de órgãos. Já em 2012, ocorreu a ampliação de programas e vagas de residentes para: terapia intensiva, urgência e emergência, cardiologia, saúde da mulher, oncologia e neurologia, com um total de 94 residentes (VARGAS, 2013). Em 2017, a UNIFESP desenvolve 17 programas de Residência Multiprofissional em Saúde, com aproximadamente 500 residentes, 66 programas *Stricto Sensu* e 56 cursos de graduação (UNIFESP, 2017).

3.3 Sujeitos de Pesquisa

No período de produção de dados, os Programas de RMS do Hospital São Paulo abrangiam 400 residentes.

Todos os residentes foram convidados para esta pesquisa e, a partir do critério de saturação de dados, delimitou-se como sujeitos deste estudo 17 residentes, regularmente matriculados nos referidos programas. Os participantes foram residentes integrantes do Programa de Residência multiprofissional em saúde do 1º e do 2º ano, de diferentes formações em área de saúde.

O número de sujeitos da pesquisa foi determinado em função dos dados qualitativos terem-se mostrado “suficientes para realizar aquilo a que nos propusemos” (BOGDAN & BIKLEN, 1994, p.200). Para Minayo (1999), nos pressupostos qualitativos, o número de entrevistas torna-se suficiente à medida que se observa uma reincidência das informações.

Geralmente, não adicionamos mais sujeitos à pesquisa quando alcançamos uma saturação teórica, ou seja, quando se responde satisfatoriamente às questões da pesquisa. Segundo Turato,

A amostragem por saturação é quando o pesquisador fecha o grupo, quando após as informações coletadas com certo número de sujeitos, novas entrevistas passam a apresentar uma quantidade de repetição em seu conteúdo (2010, p. 363).

A saturação teórica, definida como o conjunto que sustenta a análise e a interpretação dos dados a partir da experiência do pesquisador no campo da pesquisa, foi determinada pelos pesquisadores quando estes observaram que a coleta de dados por meio de novas entrevistas acrescentaria poucos elementos para a discussão.

Os depoimentos coletados nas entrevistas foram tratados e analisados segundo a metodologia da análise de conteúdo, cujo objetivo é compreender criticamente o sentido manifesto ou oculto das comunicações por meio da descrição, análise e interpretação das formas de discurso.

3.4 Processo de Produção de Dados

3.4.1 Instrumento

As entrevistas foram conduzidas utilizando-se os pressupostos de entrevista semiestruturada. Foi realizado um teste prévio à realização da coleta dos dados para a adequação das questões. Essas entrevistas foram gravadas por meio digital (aparelho celular) e os discursos obtidos foram posteriormente transcritos na íntegra.

O período de produção de dados compreendeu de abril a dezembro de 2013. Foram realizadas após apresentação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinatura do mesmo (Apêndice A), entrevistas semiestruturadas (Apêndice B) com os residentes.

Essas entrevistas foram gravadas e duravam em média 30 minutos. A trajetória para a produção de dados foi percorrida com a realização de entrevista semiestruturada com os residentes, a partir das seguintes questões:

- Motivação para entrar em equipe multiprofissional.
- Concepção de trabalho em equipe.
- Dificuldades para o trabalho em equipe no contexto da RMS.
- Contribuição da RMS para a aprendizagem do trabalho em equipe.

As entrevistas foram iniciadas com a apresentação por parte da pesquisadora e, após alguma conversa era perguntado sobre a motivação para cursar a RM e no decorrer das falas, se não aparecessem os tópicos apontados acima, a entrevistadora inseria os demais.

3.5 Processo de Análise de Dados

Optamos por analisar os dados utilizando uma das técnicas de Análise de Conteúdo, denominada Análise Temática, com o objetivo de atingir os significados

manifestos e latentes. Segundo Minayo (1999), essa abordagem metodológica possibilita que os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso sejam caracterizados pela presença de determinados temas.

Para a mesma autora,

Fazer análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso (MINAYO, 1999, p.209).

Segundo Turato, as técnicas de análise de conteúdo estão para as pesquisas qualitativas como as técnicas estatísticas estão para as pesquisas quantitativas (p.443).

Foram seguidas, na análise, as etapas sugeridas por Minayo (1999). Após leituras exaustivas e críticas do material, os temas emergentes foram cotejados com a problematização e os objetivos da pesquisa, tornando possível elaborar os núcleos temáticos.

Na primeira etapa, foi realizada a leitura minuciosa e exaustiva das entrevistas. Cada entrevista foi identificada por uma enumeração para manter o anonimato do entrevistado. Após a definição das unidades de análise, passamos para a etapa de definição de categorias. Minayo (1999) define que categorias são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

Estes originaram unidades de contexto que, por sua vez, geraram as unidades de registro. Com esses procedimentos, percebemos que emergiram categorias mais amplas que, segundo Franco (2012), são denominadas de molares e, depois, módulos de interpretação menos fragmentados que, ainda segundo a autora, constituem as categorias moleculares, tornando, desta forma, possível a discussão dos resultados encontrados.

Com estes procedimentos, percebemos que emergiram categorias mais amplas as quais geraram subcategorias.

3.6 Procedimentos Éticos

No presente estudo, todos os sujeitos que concordaram em participar dessa pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Anexo, que foi lido antes das entrevistas, recebendo cada entrevistado uma cópia desse documento. O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP, sendo aprovado pelo parecer número nº 238486/2013.

IV RESULTADOS E DISCUSSÃO



Após a transcrição e leitura minuciosa das entrevistas, foram construídos quatro núcleos temáticos:

- (1) Motivação para inserção na residência multiprofissional;
- (2) Concepção sobre o trabalho em equipe na residência;
- (3) Dificuldades do trabalho em equipe multiprofissional;
- (4) Contribuição da residência para a atuação em equipe multiprofissional.

4.1 Núcleo temático 1: Motivação para inserção na residência multiprofissional

Do latim, *movere* (mover), os motivos humanos são baseados em necessidades. Em outras palavras, é o impulso interno que leva à ação. Motivação é um termo largamente usado em diferentes contextos com diferentes significados. Para o presente trabalho, utilizou-se a definição de Krench e Crutchfield (1959, p.272) que diz: “Um motivo é uma necessidade ou desejo acoplado com a intenção de atingir um objetivo apropriado”.

No núcleo temático 1, “Motivação para inserção na residência multiprofissional”, foram encontradas dezessete (17) unidades de contexto, trinta e oito (38) unidades de registro que geraram cinco (5) categorias: *aprimoramento do currículo/formação*, *Preparo para o trabalho em equipe multiprofissional*, *Inserção no mercado de trabalho*; *Modelo curricular da RMS* e *Prestígio da universidade*.

→ **Categoria: Aprimoramento de currículo/formação**

A categoria *Aprimoramento de currículo/formação* gerou três subcategorias: *busca pela área acadêmica*, *busca de título de especialista*, *busca de maturidade para a prática profissional*.

“Gostaria de fazer mestrado, doutorado.” (E1)

“Eu acreditava que a residência podia acrescentar mais do que uma pós em sala de aula.” (E3)

“Eu queria me aprimorar, fazer uma especialização na área hospitalar.” (E8)

Os residentes trouxeram que uma das motivações para a inserção na RMS é o aprimoramento de currículo, o que nos indica que os participantes do estudo percebem a necessidade da continuidade da formação para o desenvolvimento de uma prática profissional de excelência.

Os dados também apontam que uma das motivações para a inserção na RMS é a busca pelo título de especialista.

“A princípio eu estava mais interessada no título de especialista.” (E7)

“Eu achei que a minha experiência no estágio pedia uma especialização na área específica para trabalhar.” (E17)

“Querida não ficar só na graduação, queria me especializar.” (E2)

Dessa forma, apreendeu-se que os profissionais entrevistados convergem na sua busca por esse tipo de formação. Pode-se discutir qual a concepção de formação presente nas falas dos residentes, dialogando com Batista e Rossit (2014, p.65):

Formação significa a construção de conhecimentos relativos a diferentes contextos: sociais, culturais, educacionais e profissionais. Desfaz-se a ideia do formar como algo pronto, que se completa ou que se finaliza, e assume-se uma compreensão de formação como processo permanente, com momentos provisórios de terminalidade (por exemplo, no que se refere a escolarização) e de que sempre são geradas novas oportunidades de desenvolvimento.

“Gostaria de fazer mestrado, doutorado.” (E1)

“Eu acreditava que a residência podia acrescentar mais do que uma pós em sala de aula.” (E3)

“Eu queria me aprimorar, fazer uma especialização na área hospitalar.” (E8)

“A princípio eu estava mais interessada no título de especialista.” (E7)

“Educar “no” e “para o” é o pressuposto da proposta de educação permanente em saúde. A EPS foi construída como instrumento para transformar o profissional de saúde em profundo conhecedor de sua realidade local” (BATISTA, SH *EPS metassíntese*).

Segundo as autoras, as concepções abrangeram a prática transformada e problematizadora, bem como a relação com a educação continuada e educação ao longo da vida. Dessa forma, compreende-se a EPS como construção compartilhada. Nesse trabalho, as autoras também encontraram um aspecto recorrente: a íntima relação entre EPS e trabalho em equipe multi ou interprofissional.

Para Zabala (2002, p.28), a graduação tem um “*papel importante no processo de formação, mas não o encerra*”. A formação universitária tradicional não é mais o único caminho de credenciamento profissional, pois o indivíduo, ao chegar na universidade, já vem com uma formação construída no seu desenvolvimento e, ao entrar para o ensino superior, essa formação continua dentro e extramuros. Neste sentido, mesmo após ter se tornado um graduado, ele continua sua formação pela educação permanente.

Com relação à subcategoria busca pela área acadêmica, os participantes da pesquisa afirmam que:

“Ir para a área acadêmica, não ser só uma professora teórica.” (E1)

“Quería ensinar, ficar na área acadêmica.” (E2)

A formação de professores universitários ainda hoje é constituída de muitos desafios: segundo Batista e Batista, 2002, o professor se constitui em um dos sujeitos nucleares para a transformação do processo ensino/aprendizagem em saúde, o que demanda discutir as orientações sobre práticas pedagógicas utilizadas até hoje.

Esse novo docente em saúde, atual e compromissado com sua própria formação, privilegia o diálogo, os saberes da experiência e os saberes científicos. Novamente, a importância de reconhecer, na área acadêmica, a demanda de ferramentas diferentes da profissão de origem para desenvolver a prática.

Outra das motivações para cursar a RMS é a de busca pela maturidade profissional, pois os participantes da pesquisa afirmam que:

“Escolhi a residência, acho que foi mais por conta de me sentir imatura. Sair de uma faculdade de enfermagem aos 22 anos e assumir um setor. Para ter este amadurecimento.” (E4)

Essa fala nos leva a pensar que a sensação de “imaturidade” descrita pelo entrevistado dificulta a formação do profissional e sua consequente inserção no mercado de trabalho, refletindo uma trajetória de vida desses residentes que, em sua maioria, chegam à universidade estressados, vindos de um vestibular que, às vezes, é feito em função de pressões familiares ou sociais e não de uma reflexão amadurecida sobre suas escolhas (DINI & BATISTA, 2004, p.163).

→ **Categoria: Preparo para o trabalho em equipe multiprofissional**

Nessa categoria, encontramos os seguintes relatos:

“Eu já tinha contato {...} e esperava encontrar essa participação dos outros profissionais na atenção ao paciente.” (E7)

“{...} e a questão multiprofissional também, eu achei bem interessante.” (E9)

Os residentes se referem ao sentido e interesse na prática multiprofissional. Relatam a possibilidade de novos conhecimentos que possibilitam o trabalho de profissionais de áreas diferentes poderem trabalhar juntos e se complementarem. Para isso, eles percebem que, apesar de o trabalho ser realizado em equipe, cada profissional tem sua individualidade preservada, não interferindo na atuação do outro.

Segundo Peduzzi (2001, p.103), o trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de um trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.

A tendência dos profissionais de cada área específica de trabalhar isolada e independente das demais expressa a longa e intensa formação que ocorre também isoladamente na sua própria área de atuação. No trabalho em equipe multi ou interprofissional, encontramos profissionais com diferentes formações em saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulando o próprio saber específico com o de outros profissionais na organização do trabalho.

→ **Categoria: Inserção no mercado de trabalho**

Os residentes afirmaram:

“Mais oportunidade aqui [SP] do que em Maceió.” (E2)

“Eu comecei a pesquisar sobre o que tinha, sobre residência e eu tenho o objetivo de vir para São Paulo também porque aqui acho que tenho melhores oportunidades de emprego.” (E10)

Para Maia (2014, p.102), as mudanças que ocorrem no mundo do trabalho se refletem nos processos de produção do conhecimento e formação profissional, pois na atual sociedade do conhecimento devemos rearticular educação e empregabilidade, no sentido de atender as demandas sociais por novos perfis de profissionais. Dessa maneira, essas transformações irão implicar a “necessidade de uma reformulação nos processos de formação”.

Ao partirmos desses princípios, teremos como desdobramento o assumir de uma postura reflexiva de questionamento permanente sobre o que a instituição nos proporciona, quem são nossos alunos, quais as características do contexto social em que estamos inseridos, como se dá o nosso fazer. Nesta direção, Perrenoud (1999, p.11) afirma que “a reflexão jamais é inteiramente solitária, ela se apoia em conversas informais e momentos organizados de profissionalização interativa”.

→ **Categoria: Modelo curricular da RMS**

Nessa categoria significativa, é a fala de um residente:

“É uma pós, mas com enfoque um pouco diferenciado não só pelo treinamento em serviço, mas também pela integração em equipe.” (E3)

O termo “currículo” vem do latim *curriculum* que significa um percurso, um caminho. O currículo viabiliza a execução do processo educacional, pois nele é onde encontramos os referenciais em termos de teoria, metodologia, objetivos, conteúdo, estratégias e avaliação.

Segundo Maia (2014), as mudanças no mundo do trabalho interferem nos processos de produção do conhecimento e formação profissional.

O mesmo autor discute sobre a articulação entre educação e empregabilidade e como isso determina novos perfis de profissionais e, conseqüentemente, impõe a necessidade de uma reformulação nos processos de formação.

Nessa categoria, apreendeu-se duas subcategorias:

– *Busca de preparo na área hospitalar*

“Durante minha graduação eu tive muita vivência na área de fono hospitalar e eu sempre quis muito.” (E5)

“O meu foco era ter uma formação na área hospitalar, acabei escolhendo a residência por conta disso.” (E6)

“Junto com isso, também essa área hospitalar que é o que me interessa e o que quero continuar estudando.” (E13)

“Quando eu vim para São Paulo {...} fiz o aprimoramento na AACD na área de saúde. Eu vim para cá para fazer hospitalar.” (E16)

Para Sonzogno (2014), publicações recentes sobre metodologia de ensino enfatizam técnicas de ensino como “procedimento didáticos”. No entanto, segundo a autora, essas metodologias não podem ser reduzidas a novas técnicas e/ou estratégias de ensino. A autora defende que a necessidade de um aporte teórico

consiste para formação e a necessária articulação entre teoria e prática. Ainda segundo a autora, é possível criar condições objetivas de ensino/aprendizagem na medida em que condições subjetivas estejam presentes, quais sejam: valores, opção ideológica, vontade política, compromisso, concepção do processo de conhecimento.

Segundo Batista (2014, p.57), a questão que se coloca é: “Como ser um profissional de saúde crítico, reflexivo, que sabe e valoriza trabalhar em equipe, se as situações de aprendizagem na graduação se pautam na transmissão e na repetição de conteúdos?”.

No entanto, na construção desse novo modo de aprendizagem, o professor também necessitará de uma nova forma de agir. Segundo a autora, é no transcórrer de práticas e é na troca que se faz com o aluno que o professor consegue se ver mais comprometido com o processo de aprendizagem do aluno e dele mesmo. Afinal, *“Ensinar não é transferir conhecimento, mas sim criar as possibilidades para a sua própria produção ou sua construção”* (FREIRE, 1992, p.45).

Na outra subcategoria, encontramos:

– *Busca de inserção na prática profissional*

“A residência é uma modalidade que coloca a gente de um modo mais privilegiado na situação prática.” (E12)

A busca desses residentes por uma formação teórico-prática força a necessidade de uma aproximação do professor a realidade sobre a qual atuará, conhecer as competências que serão esperadas deste profissional.

Sonzogno (2014) alerta sobre a necessidade de se atingir uma compreensão teórica suficiente e relacioná-la à prática. A atividade teórica é importante como mediação de novos conhecimentos ou interpretação dos fatos. Segundo a autora, a atividade teórica transforma nossa consciência. Uma depende da outra na medida em que a prática é fundamento da teoria já que determina o horizonte de desenvolvimento e progresso do conhecimento.

Categoria: Prestígio da universidade

Os residentes relataram:

“Eu já tinha ouvido falar na residência logo que eu tava acabando a faculdade, onde eu me formei também tem e o pessoal falava muito bem.” (E3)

“A residência {...} sendo da UNIFESP vai ser algo bem organizado, bem feito e bem estruturado, então acho que só o nome da residência em si, pensando na residência médica, já tem um caráter, um conteúdo interessante para minha formação.” (E8)

“Acho que é um bom certificado que a gente acaba ganhando no final.” (E15)

Por meio dos relatos dos residentes, visualiza-se a reflexão sobre a busca de qualidade de ensino universitário e de pós-graduação. Nesse processo, alguns citam especificamente a busca por meio de *sites* especializados e na própria *internet*. Ainda é uma busca por informações superficiais no sentido de algo não vivido, só visto de fora, mas já denota a capacidade crítica de autoconhecimento e vontade de aprender e se capacitar.

Nesse nosso mundo, em constante transformação (científica, tecnológica, social e ética), ensinar deve ser uma atividade tão dinâmica quanto as transformações que ocorrem na nossa atualidade. Precisamos considerar o processo de ensinar tão enriquecedor para quem aprende, mas também para quem ensina.

Maia (2004, p.9) afirma: “Na formação do professor, a pós-graduação se configura como um momento inicial que deve se perpetuar por meio de uma formação educacional permanente para que aprendizagem seja periodicamente atualizada.”

Segundo Haddad (2009, p.231),

A inovação foi mais rápida do que a capacidade humana de compreender seus benefícios e riscos, mas a necessidade urge: é preciso adaptabilidade para continuar a referenciar o caminho seguro do conhecimento na tutoria de orientandos agora mais conectados com enciclopédia com tamanho de cartão de visita e uma internet colorida, dinâmica e com uma infinidade de possibilidades.

Os residentes, inicialmente, manifestaram alta expectativas quanto à dimensão técnica do *campus* universitário e seus docentes, mas, no decorrer da residência, eles começam a buscar e esperar um ensino e um docente com maior comprometimento.

4.2 Núcleo Temático 2: Concepção de trabalho em equipe

Nesse núcleo temático, foram encontradas dezessete (17) unidades de contexto e quarenta e uma (41) unidades de registro que geraram três (3) categorias: *Possibilidade de integração*, *Atenção integral ao paciente* e *Trabalho em equipe multiprofissional*.

→ Categoria: Possibilidade de Integração

Na categoria *Possibilidade de integração*, encontramos o desejo de que a proposta de trabalho seja mais do que uma estratégia de ensino.

Segundo Peduzzi, a produção teórica sobre equipe permite observar que esta raramente tem sido explorada como realidade objetiva e subjetiva do trabalho em saúde, particularmente com base em pesquisas empíricas em serviço.

Essa categoria gerou duas subcategorias: *Integração das diferentes áreas de conhecimento* e *Integração dos profissionais de diferentes áreas*. Na primeira subcategoria, destacam-se os seguintes relatos:

– Integração das diferentes áreas de conhecimento

“Eu acho que aqui com a residência eu aprendi que dá para ir pros outros, pro trans, pro interdisciplinar que acho que é a integração mesmo do saber.” (E6)

“Eu almejava algo com mais integração que os profissionais conseguissem sentar e discutir.” (E8)

“As visitas, por exemplo, multiprofissionais é, ao meu entender, às vezes, uma visita multi/não médica, porque eles (médicos) passam primeiro a visita com a gente, mas o que eles vão resolver é entre eles.” (E1)

“Eu tenho, por exemplo, uma disciplina que a gente tá fazendo o PTS (Projeto Terapêutico Singular), eu acho muito bonita a teoria. Adoro, acho que tem que

ser assim mesmo. Eu só fico um pouco indignada quando a gente precisa montar um protocolo para que a assistência seja multi. Teoricamente, o paciente que tá ali, ele já tem demanda de fono, psico, enfermeira e médico, porque a gente acaba dividindo multiprofissional da médica. Mas... eu acho um absurdo ter que ter uma cartilha pra ensinar todo mundo como que todo mundo vai cuidar do paciente. Olha gente, não precisava ter uma disciplina pra gente aprender assim, teoricamente a gente já tinha que ser assim, já tinha que estar acontecendo assim.” (E4)

Encontramos, na literatura de trabalho em saúde, que a prática médica é a fundadora da técnica científica e moderna na área de saúde e, portanto, o núcleo de onde outros trabalhos especializados derivam.

No entanto, essas outras áreas que se agregam (ou se separam) do trabalho médico configuram-se como um núcleo diversificador de áreas profissionais, necessárias à implementação da totalidade de ações que viabilizam a atenção integral e saúde. No entanto, acabam sendo vistos como trabalhos diferentes tecnicamente, mas também desiguais quanto ao valor social.

As falas dos entrevistados revelaram a forma de um trabalho e um conhecimento “parcelado”, isto é, incipientes práticas interdisciplinares e sua base teórica no processo de assistência em saúde revelam também a necessidade de novos posicionamentos e relações interpessoais consolidados em práticas e teorias. Houve os seguintes relatos na segunda subcategoria:

– *Integração dos profissionais de diferentes áreas*

“Eu acho que dá para articular, tem muita coisa que eu posso fazer junto com o outro, tem coisa que é só do outro, e que não é meu mais, que é importante eu entender porque me favorece no meu trabalho e que dá, acho que dá pra gente ir integrando mesmo assim.” (E6)

“Um profissional conseguisse concursar com um outro profissional e de outra categoria.” (E8)

“É... eu acredito que em primeiro lugar é não ser um atendimento centralizado, que fará o método, né, de sempre ir no médico e/ou um pouco no enfermeiro.” (E1)

“Eu acho que é a colaboração de todos os profissionais... eu acho que é o pensamento mesmo de todos os profissionais pensarem como multi. Eu acho que se fosse assim... facilitaria.” (E5)

Os relatos expressados pelos residentes acima demonstram uma diferença entre o que se ensina e o que se é visto ou vivido com os profissionais responsáveis pelo atendimento. Segundo Peduzzi, os dois tipos de atividades, as específicas e as comuns, cumprem o projeto assistencial construído por uma equipe.

As residentes destacam a necessidade de preservar as especificidades de cada trabalho especializado, mas também expressam a necessidade de construir um trabalho em equipe. Cada profissional realiza suas intervenções próprias de sua área específicas, mas, também, realizaria ações comuns, nas quais estão integrados os diferentes campos profissionais.

O trabalho em equipe não pressupõe abolir especificidades dos trabalhos pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimorá-lo do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação. Bem como maior produção (PEDUZZI, 2001, p.108).

Segundo a autora, o trabalho em equipe consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as interações técnicas e a interação dos agentes. A autora, ainda, conforme já apontado anteriormente, faz a distinção entre dois tipos de equipe: equipe integral e equipe agrupada, e os critérios para reconhecimento.

Os profissionais das diferentes áreas médicas e não médicas tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação mesmo quando tecem discussão crítica acerca da divisão e de trabalho.

Todos partilham o valor comum atribuído ao médico biomédico, dedicado para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear – assistência médica individual (PEDUZZI, 2001, p.107).

→ **Categoria: Atenção integral ao paciente**

Na segunda categoria, *Atenção integral ao paciente*, encontramos duas subcategorias: *Desempenho de cada profissional na área do saber e Trabalho em equipe interprofissional*.

A ideia de “atenção integral **ao paciente**” baseia-se no conceito de uma assistência empregada de forma abrangente, tratando não só da doença, mas atendendo todas as necessidades. Os residentes percebem que, para trabalhar de forma multiprofissional, devem estar cientes do papel de cada um dos envolvidos na equipe.

“Acho que é importante que cada profissional saiba bem o seu papel, que o paciente receba atenção de todas as áreas, percebo que ainda se confunde como se o profissional de outra área pudesse fazer o papel de outra área.”
(E7)

“Cada um fazer a sua parte para dar melhor assistência ao paciente.” (E10)

“O paciente é uma pessoa integrada, ele não é só o doente, ele não é só doença, ele é uma pessoa que tem problemas sociais, emocionais, tem uma série de coisas que envolve tudo isso. Acho que o trabalho multiprofissional tem que agir de forma unida para proporcionar o maior cuidado pro paciente. Ele não é só um pé, ele é um todo.” (E14)

Para Ceccim (2006, p.3), “a residência multiprofissional, e não apenas médica {...}, não anula os saberes da profissão médica ou das demais profissões, antes os reconhece em unidade para a qualificação das práticas e expansão dos saberes”.

→ **Categoria: Trabalho em equipe multiprofissional**

O conceito de trabalho em equipe multiprofissional implica objetivos comuns, identidade de equipe compartilhada, compromisso compartilhado, funções da equipe e responsabilidades claras, interdependência entre os membros da equipe e integração entre os métodos de trabalho. Marco et al. (2012) mencionam a importância de os profissionais conquistarem a confiança dos usuários e seus familiares e do reconhecimento do profissional como participante de seu processo de tratamento.

Desse modo, o vínculo que se é estabelecido também é consequência da relação de proximidade da equipe com o paciente (e sua família) que acaba por estimular sua autonomia e sua própria participação em seu processo de cuidado.

O trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configuraria na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio dessa relação dialética entre trabalho e interação, os agentes poderiam construir um projeto de ação social comum e pertinente para atenção integral às necessidades de saúde dos usuários dos serviços (PEDUZZI, 1998).

Sabe-se que mudanças levam tempo, que os serviços de saúde são espaços sociais por natureza já conflituosos, nos quais solidariedade e coesão apresentam fragilidades encontradas em vários ambientes de interação social. E que diferentes pessoas e diferentes grupos possuem expectativas e objetivos distintos e que as estratégias que empregamos para alcançá-los produzem, às vezes, situação de conflito.

No entanto, é necessário ficar atento a esse profissional de saúde que ainda não se vê como parte do coletivo. Talvez ainda falte a ele (e aos preceptores e tutores) uma reflexão sobre as nossas representações do que é um trabalho multiprofissional.

4.3 Núcleo Temático 3: Dificuldades do trabalho em equipe multiprofissional

Nesse núcleo, foram apreendidas quarenta e sete (47) unidades de registro e quatro (4) categorias, sendo elas: *Falta de experiência no modelo de currículo, Dicotomia entre o projeto pedagógico elaborado e o implantado, Ausência de preparo para o trabalho em equipe multiprofissional e Fragilidade na discussão de casos clínicos.*

→ Categoria: Falta de experiência no modelo de currículo

“Acho que a gente tem dificuldade de traduzir nosso trabalho e mostrar que a gente tá aqui para somar e não para dividir.” (E11)

“Visão meio inadequada assim sabe, de alguma hierarquia entre os profissionais.” (E12)

“Dificuldade da equipe em enxergar como complementar e diferente ao mesmo tempo.” (E15)

“A dificuldade eu acho que é do saber o que o outro faz, a gente sente que muitos profissionais não sabem qual é o trabalho de cada profissão.” (E17)

É importante diferenciarmos trabalho multiprofissional de trabalho em equipe. No primeiro, existe uma interação entre os vários conhecimentos técnicos específicos com a produção de uma proposta de intervenção que não seria produzida por nenhum dos profissionais isoladamente. Já o trabalho em equipe implica compartilhar do planejamento, divisão de tarefas, cooperação e colaboração que deve acontecer entre os profissionais de uma mesma disciplina ou de uma mesma carreira e, também, dentro de uma equipe multiprofissional. No entanto, não implica necessariamente a construção de um novo saber ou de novas práticas, se assim fosse, todo conjunto de trabalhadores configuraria equipe e todo trabalho seria trabalho em equipe (PEDUZZI, 2001).

Portanto, para se articular ou organizar as ações de trabalho, é necessário, da parte de cada profissional envolvido, um dado conhecimento acerca do trabalho do outro e o reconhecimento de sua necessidade para atenção integral à saúde. O trabalho multiprofissional permite ao profissional de saúde analisar o paciente de forma integral e ampla, indo além de suas especificidades. É onde todos procuram alcançar metas conjuntas e onde há a aceitação da importância do outro nessa atuação.

→ **Categoria: Dicotomia entre o projeto pedagógico elaborado e o implantado**

“Acho que a forma como é implantado, eu acho que nem sempre favoreceu tanto essa articulação... não foram aulas pensadas para multiprofissão, acho que foi o que deu para fazer, o que tem de estrutura e os professores disponíveis, a maioria da escola de enfermagem.” (E6)

“Acho que, em relação às aulas, elas poderiam ser mais multiprofissionais, mesmo porque ainda fica muito concentrado na enfermagem.” (E7)

“Acho que a principal dificuldade é integrar todas as profissões e conseguir um diálogo.” (E7)

“A principal dificuldade era que um não conhecia o outro e a coordenação não trabalhava junto de todas as áreas.” (E10)

“Difícil perceber que não dá para comparar um trabalho, não dá para comparar se o outro faz mais ou menos ou melhor ou pior, que é diferente. Acho que ainda falta essa percepção de quanto é diferente o trabalho de um profissional para o outro.” (E1)

“Acho que é justamente a questão da visão sobre o que é equipe multiprofissional. Acho que muitos professores, muita gente ainda não tá preparada, muita gente ainda não conhece.” (E2)

Segundo Almeida Filho (1997), a interdisciplinaridade ou a formação interprofissional não se efetiva por meio de princípios ou de intenções genéricas colhidas em textos ou produzidas em projetos. A troca efetiva e a colaboração entre disciplinas e profissões serão possíveis somente pela ação de agentes concretos que irão ou não consubstanciar práticas mais ou menos integradas. Para que isso ocorra, é necessário mais do que reunir estudantes de cursos diferentes em atividades conjuntas.

Em termos de metodologia de ensino, é impossível não mencionar que esse modelo de ensino e trabalho tenta unir o que foi separado, isto é, as universidades formam separados profissionais que necessitarão trabalhar juntos. A educação interprofissional surge, então, como uma estratégia de ensino que visa a formação de profissionais mais críticos, reflexivos e capazes de trabalhar em equipe e aprender com o outro.

Não faz mais sentido pensar o conhecimento ou conceber um projeto pedagógico fora do mundo do trabalho, já que os profissionais não trabalham sozinhos nem somente com seus pares. Assim, toda atividade, ao incorporar uma intenção, ou seja, uma finalidade, tem que tornar essa ação consciente, relacionando de forma inseparável a teoria e a prática.

De acordo com Aguilar da Silva (2011), a inserção responsável e comprometida de estudantes e docentes nos cenários reais, desde o início dos cursos, visa a

integração teórico/prática, ensino/serviço e educação interprofissional, sendo o alicerce em torno do qual se tece uma nova forma de ser, fazer, conhecer e conviver.

Os residentes também se referiram à ausência de preceptoria: *“tinha profissional contratado que nem sabia da RMS, que nem procurava a gente como profissional e, então, a gente nem conseguia trabalhar junto.”* (E10)

“Falta mais comunicação, entender um ao outro e eu acho que as vezes os preceptores podem dar mais assistência.” (E16)

“Então, acho que ter uma preceptoria exclusiva para dar essa assistência ou então aumentar o número de funcionários do hospital, porque os profissionais que estão trabalhando já estão esgotados, né, de tantas atribuições e funções e muitas vezes eles não têm tempo para isso.” (E1)

“Eu tenho problema com a preceptoria. Eu acho que muitos preceptores não veem o residente como uma pessoa que acrescenta, eles veem o residente como uma pessoa que tá lá querendo roubar o lugar de alguém. Eu não sei se o preceptor se ele foi imposto para ser preceptor e por isso ele não abraçou a causa ou se as vezes dá impressão que você é o inimigo, entendeu? E isso me incomoda muito.” (E4)

“Eu acho que falta um pouquinho mais da carga teórica, tava meio desorganizado, sabe? Sei lá, talvez eu precise também de alguns momentos da preceptora do meu lado, para ver o meu atendimento e para ver a minha conduta de perto.” (E5)

Segundo Aguilar da Silva (2010), a necessidade de uma compreensão e definição clara dos papéis profissionais associados a uma determinada tarefa são indispensáveis já que a “indefinição ou ambiguidade relativa ao papel profissional pode gerar conflitos na equipe ao acumular expectativas inadequadas ou mal delimitadas entre seus membros”.

Segundo o mesmo autor, a diversificação de cenários de prática traz consigo um aspecto delicado e elemento essencial da parceria, que consiste na necessidade de articulação entre academia e o serviço de saúde, uma estratégia tão importante quanto difícil de implantar.

Ferreira et al. (2007) argumentam que os profissionais dessas diferentes áreas são orientados de maneiras diversas, cumprem funções diferentes, são remunerados

para ações específicas, o que, em última análise, pode tornar a formação de equipes e seu direcionamento mais complexa.

Articular esses distintos aspectos não é um empreendimento rápido e requer esforço contínuo para que em todos os espaços possíveis possamos construir a ideia de uma equipe integrada.

E os residentes também expressaram as limitações para o trabalho em equipe pela ausência do residente médico:

“Acho que a resistência principalmente da equipe médica às vezes dificultava um pouco.” (E9)

“Falta médicos na nossa multi, sinto falta que nem a gente faz discussão, mas eles, médicos, não podem ir, porque eles têm que passar plantão.” (E11)

“Visão meio inadequada de alguma hierarquia entre os profissionais, alguns com estereótipos e isso dificulta um pouco, mas, ao longo do trabalho, a gente vai mostrando a que veio, acho.” (E12)

“Mas o médico não está inserido nesse programa, né, então a dificuldade é essa visão do médico que não é a mesma que a nossa, e aí tem divergência de conduta em alguns casos e gera dúvidas, mas ele é o responsável maior pelo paciente, e a palavra final é sempre dele.” (E13)

“No meu programa, os médicos estão mais chegados, eles estão se aproximando, conhecendo nosso trabalho e nosso espaço, respeitando mais e ouvindo a nossa opinião.” (E10)

O trabalho multiprofissional proporciona a interação entre vários conhecimentos técnicos e específicos e, por meio dessa interação, surgem novas propostas de intervenção, que não poderiam ser concretizadas por nenhum profissional de forma isolada, sendo resultado da união de diferentes saberes. Assim, a prática multiprofissional difere do trabalho em equipe, por consistir na interação recíproca entre as diferentes áreas de atuação em saúde, a articulação dos saberes e a divisão de trabalho.

Segundo Rosa e Lopes (2010, p.487), foi estabelecido que a RMS deve constituir-se como um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção

qualificativa dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente, para a construção do SUS. Contudo, há discussões e enfrentamentos. As autoras citam como um deles a própria luta com a corporação médica.

Com seus discursos, quase exclusivos, contra a proposta da residência para outros profissionais não médicos e o “jogo” de interesses dos ministérios da saúde e da educação para formulação de políticas públicas (ROSA e LOPES, 2010, p.489).

As autoras ponderam:

Nesta análise não se pode desconsiderar as forças políticas que estão em jogo, ou seja, a questão corporativa tem que ser colocada em relevo: os processos históricos e culturais que permitiram a legitimação da medicina e, portanto, dos médicos, para determinar as políticas de intervenção no campo da saúde, a produção de conhecimento e de verdades sobre a saúde/doença, bem como o poder de ação do profissional médico sobre o sujeito doente (ROSA e LOPES, 2010, p.489).

No entanto, no cenário atual da saúde pública no Brasil, com grandes disparidades locais e regionais, políticas de contratação e capacitação-formação de pessoal, torna-se mais difícil instalar o diálogo entre todas as profissões de saúde. Esse panorama reforça a necessidade de reconstrução de um sistema nacional de saúde no contexto do SUS com a cogestão de vários profissionais de saúde.

As relações de importância culturalmente imputadas a algumas profissões como a medicina ainda aparecem refletidas nas falas dos residentes. O processo de trabalho é estruturado e comandado pelos saberes e atos do médico. Os relatos mostram que os profissionais não médicos não têm autonomia para o trabalho assistencial e nem mesmo para exercer o que lhes é facultado como competência profissional.

Segundo Aguilar (2011), é a colaboração de várias especialidades com seus conhecimentos e qualificações diferentes que também pode dificultar a compreensão mútua e a possibilidade de uma tarefa uniforme. O autor discute que a competência profissional, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento e das necessidades de saúde e que, portanto, torna-se necessário flexibilizar os limites das competências para proporcionar uma ação integral.

Tsuji e Aguilar da Silva (2010) descrevem a competência profissional como a capacidade circunstancial de utilizar recursos de diversas naturezas (cognitivos, afetivos, psicomotores) de maneira articulada para a resolução de uma situação problema.

Assim, entende-se que os profissionais não são competentes em 100% das abordagens.

Os profissionais das diferentes áreas, médicos e não médicos, tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação. Peduzzi (2011, p. 638) nos lembra que: “embora a política pública de saúde do SUS proponha um modelo de atenção integral, o processo de trabalho em saúde tende a reproduzir a racionalidade do processo hegemônico em saúde – o modelo biomédico”.

Segundo a autora, é necessário reconhecer a tensão entre o modelo médico e o de atenção integral quando nos propusermos em qualquer projeto institucional. Dallegrave e Luce (2009) afirmam que, na quase totalidade de artigos médicos analisados, eram veiculadas opiniões contrárias a RMS. Feuerwerker (2009, p.230) indaga:

Por que tanta resistência dos médicos (ou ao menos de suas entidades) à possibilidade da RMS? Muitas respostas possíveis, por um lado ao ser única propriedade de uma categoria, a residência médica viveu longos anos à margem das políticas públicas, orientada pelos interesses corporativos. A existência de uma outra residência, instituída por iniciativas de políticas públicas, abre claramente a possibilidade de regulação e de disputa de orientação. Há também disputa por recursos por esta nova modalidade deverá, em alguma medida, ser financiada por recursos públicos (antes exclusivamente destinados à residência médica). Há também a defesa de um espaço privilegiado de formação para uma profissão que historicamente se sobrepõe às demais, e contava com um mecanismo singular de reprodução, quem sabe agora, ameaçado.

→ **Categoria: Ausência de preparo para o trabalho em equipe multiprofissional**

Na categoria *Ausência de preparo para o trabalho em equipe multiprofissional*, emergiram:

“Acho que às vezes a gente quer que a nossa conduta seja completamente seguida e respeitada, e quando isso não acontece, a gente acaba se frustrando. A gente também tem os nossos protocolos que às vezes não se é respeitado.” (E1)

“Eu fiz curso de formação em uma faculdade que tinha também fisio, medicina, tinha tudo, mas não existia trabalhos em conjunto. E quando a gente vai pro campo de atuação, para o campo de trabalho, a gente vai precisar fazer isso e às vezes a gente não conhece, e por não conhecer, a gente se isola né, não fica aberto a esse tipo de atuação. Então eu acho que ainda dentro da própria RMS a gente encontra essa dificuldade dos profissionais.” (E2)

“Acho que ainda existe uma visão individualista de cada um faz uma coisa e a equipe não se conversa e cada um fica no seu quadrado, sabe? Porque eu já tenho a visão de que as coisas dão mais certo quando a gente trabalha em equipe, quando a gente trabalha junto e intervém junto.” (E3)

“O fato de já ter outros profissionais no hospital, não só médicos e enfermeiros, isso ajudou muito. Acho que as próprias demandas do paciente, que demandavam outras coisas que não só a cura vai abrindo outros espaços para outros profissionais.” (E14)

“Acho que sendo multi, essa integração do todo, mesmo do físico, porque um vai interferindo no outro, não tem como separar, isso é legal, isso é importante.” (E17)

Segundo Batista (2012, p.28):

Na medida em que se altera a lógica tradicional de formar em saúde, insere-se o diálogo com as práticas docentes. Os professores, com suas histórias de formação, pautadas na especialização disciplinar, veem-se confrontados com seus desejos e possibilidades de aprenderem a ensinar de um modo mais participativo, interativo, criativo. E estas possibilidades podem ser ampliadas por meio do envolvimento dos docentes na construção de um projeto pedagógico inovador, tornando-os corresponsáveis pelos rumos e rotas da proposta de formação em saúde.

Assim, reconhece-se saber trabalhar em equipe para o trabalho em equipe interdisciplinar. Tanto a literatura recente quanto a formação profissional em saúde assim como a dedicada ao trabalho em equipe trabalham com a ideia da necessidade de promover, para além do ensino, e da atuação interdisciplinar, fomentando a Prática

InterProfissional (PIP) colaborativa. A RMS seria um exemplo de PIP, mas, para que haja um trabalho interprofissional, não basta apenas ter uma equipe formada. A articulação das ações requer da parte de cada profissional um dado conhecimento acerca do trabalho do outro.

Peduzzi (2011, p.638) ressalta que *“os trabalhadores também precisam construir consensos em torno de um projeto assistencial comum a cada equipe”*. É nessa relação de complementariedade e de uma autonomia relativa que o trabalho de equipe é indispensável para o sucesso dos profissionais de saúde.

→ **Categoria: Fragilidade na discussão de casos clínicos**

“Se os casos pudessem ser discutidos com mais afinco, às vezes você fica num negócio de focar os serviços, atender todas demandas e não dá pra prestar atenção naquele paciente.” (E7)

“Dificuldade é entender que a gente tá fazendo uma residência para aprender, não só para apenas trabalhar, então a gente tem que discutir os casos, tem que falar o que está errado e o que está certo, onde a gente tem que melhorar para ir evoluindo, crescendo.” (E15)

“Entender melhor o caso, discutir mais, não ter só aquela versão da minha parte e sem ter todo o conjunto, todo o contexto que envolve o paciente.” (E13)

“Discutir casos é muito importante, porque a comunicação pode facilitar ou dificultar. Como a residência é complexa, o assistente da prática é vasto, falta mais comunicação, entender um ao outro, discutir.” (E16)

“Porque a faculdade é isso, né, de conversar e contar com a ajuda um do outro, que facilita o processo.” (E17)

Os residentes expressaram uma necessidade de comunicação entre os participantes. Peduzzi (2001, p.105) ressalta a importância de técnicas comunicativas *“caracterizadas pela busca de consensos, que os profissionais podem arguir mutuamente o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários”*.

A autora discute que essa comunicação pode ser de três formas diferentes:

“A comunicação externa ao trabalho, embora esperada, não é exercida, ou é exercida apenas como instrumentalização da técnica. (...)”

Outra forma é quando ocorre a comunicação estruturalmente de caráter pessoal. O destaque é dado a dimensão das relações pessoais ocorrendo uma sobreposição das dimensões pessoal e tecnológica. (...)”

A terceira forma é aquela em que a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe (elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou, mesmo, cultura comum”.

Segundo a autora, um agir comunicativo e técnico é aquele que o fim é definido e alcançado por um processo participativo de intervenção. De Marco et al. (2012) discutem como as habilidades em comunicação não só entre paciente-médico ou médico-família, mas entre colegas e profissionais de saúde ao se tornarem mais importantes aos olhos da comunidade científica poderão produzir um efeito significativo nos currículos.

A palavra comunicar vem do latim *communicare*, cujo significado se bifurca entre o ato de tornar comum ou repartir e reunir ou associar. Se por um lado a comunicação é vista como um instrumento de promoção do trabalho em equipe, o recurso para propiciá-la geralmente são as reuniões para discussão de casos. Em nosso trabalho, há muitos anos, incorporamos esse preparo no currículo, trabalhando com o aluno ao longo de sua formação com diversos recursos metodológicos (pequenos grupos de discussão, um laboratório de comunicação, etc.) (DE MARCO et al., 2012, p.63).

No entanto, existem dificuldades variadas para que isso se realize: ausência de espaço físico adequado, turnos de trabalho, distorção de comunicação. Isso expressa a dificuldade estrutural de comunicação entre os profissionais de saúde.

Segundo Medeiros Otenio et al. (2008, p.147):

A criação de espaços coletivos, em que equipes de saúde compartilhem a elaboração de planos gerenciais e de projetos comuns, depende ainda de uma ampla reformulação da mentalidade dos profissionais e gestores e da legislação do sistema de saúde.

Os autores discutem o fato de que, na área de saúde, a construção de unidades de gestão obedece a lógica corporativa das profissões que a organizam em departamentos, diretorias ou coordenações recortadas segundo profissões ou especialidades médicas.

Esse tipo de estrutura contribui para diluir a responsabilidade sanitária sobre os casos acompanhados, devido a dupla fragmentação do processo de trabalho e da unidade de gestão, bem como torna impossível uma integração comunicativa das abordagens diagnósticas e terapêuticas (MEDEIROS OTENIO et al., 2008, p.147).

4.4 Núcleo Temático 4: Contribuição da residência para a atuação em equipe multiprofissional

Foram encontradas dezessete (17) unidades de contexto e quarenta e cinco (45) unidades de registro que geraram duas (2) categorias.

→ Categoria: Contribuição para o trabalho interprofissional

“Acho que eu passei a conhecer mais as outras profissões. Eu acho que antes eu não tinha e não sabia direito o que cada um fazia, e agora eu sei a importância de cada um, o que cada um faz e como a gente pode interligar cada profissão e as suas especialidades. Achei isso importante, saber de casa profissão e também mostrar a minha profissão para os outros.” (E1)

“Eu acho que o que mais contribuiu pra gente foi conhecer uns aos outros, o que cada profissão pode fazer e o que a gente pode fazer em conjunto.” (E2)

“Eu fui descobrir o que faz um fisio, o trabalho mesmo, né, o psico, a fono depois que eu entrei na residência. Antes, eu nem fazia ideia do que eles faziam e nem tinha ideia de como era importante ter esse contato e o que isso podia mudar na minha prática.” (E3)

“Acho que entender o papel de cada um na equipe e suas possibilidades e limites na sua profissão.” (E6)

“Acho que a gente teve um preparo muito bom, mas eu acho que isso só foi possível porque tem unidades no hospital que já tem esse trabalho implementado, esse clima multiprofissional.” (E9)

“Acho que é isso, né, essa vivência, você saber o que o outro profissional faz, saber o que ele pode te ajudar e junto acrescentar para o paciente. Aqui no meu programa a gente tá tentando aprender a trabalhar junto e acho que posso contribuir e trabalhar desta forma.” (E10)

“Eu me sinto mais preparada, me sinto muito à vontade no trabalho multiprofissional.” (E12)

“A experiência é muito bacana do meu ponto de vista, excelente, contribuiu muito para eu ter conhecimento das outras áreas de saúde e embasar mais ainda a minha área. Consigo ter uma visão mais ampla das coisas.” (E13)

Segundo Peduzzi (2011), podemos observar que, no trabalho em equipe com integração, acontece a colaboração e a complementaridade no exercício da autonomia técnica e não há independência dos projetos de ação de cada agente envolvido.

Como os residentes relataram, eles se dão conta de que, para trabalhar de forma multiprofissional, eles devem estar cientes do papel de cada sujeito. Afirmam, também, a excelente oportunidade de aprendizado que isso representa, tanto na área de contato e troca de conhecimento como na própria observação do trabalho de outros profissionais. Nesse sentido, percebem que, apesar de o trabalho ser realizado em equipe, cada profissional tem sua prática e aprende a não interferir, mas sim contribuir com o colega.

Os residentes também narram sobre suas experiências em ações conjuntas com profissionais de áreas diferentes e com o fato de aprender a discernir quando devem fazer um encaminhamento para um colega de outra área. Os relatos evidenciam como a interprofissionalidade, com seus diferentes enfoques, também traz a mudança de atitudes e percepções na equipe, além de melhorar a integração e comunicação entre os profissionais e constrói relações mais abertas e partilhadas.

E o trabalho em equipe na RMS mobiliza o autoconhecimento:

“Quando a gente teve o curso de comunicação, o que eu observei é que era muito diferente da minha visão de antes: o que a gente carrega na nossa forma de falar, por exemplo, a gente consegue falar muito melhor para um

paciente do que para outro, acho que contribuiu para mim nisso, porque eu tive uma outra visão.” (E1)

“Acho que o maior aprendizado que eu tenho é a gente deixar de lado certas eu digo assim, “ vaidades” que a gente tem como profissional. Acho que a gente aprende muito com os outros também. Acho que hoje eu to aprendendo, por exemplo, com as psicólogas sobre algumas coisas e to aprendendo muito com a nutrição a com a própria fisio, que me explica como atuar. Acho que isso tá me acrescentando muito.” (E2)

“Eu vou sair daqui um profissional com um diferencial para concorrer no mercado de trabalho né. Acho que o mais efetivo é quando você cruza o teórico com o prático, quando você traz os exemplos da prática, senta, questiona e discute.” (E3)

“Acho que o que eu tirei de mais importante é aquele paciente que você olha e diz – puxa, desse daí eu não vou conseguir nada – e meses depois ele tá comendo, tá falando. Você vai lá, atende, tenta, você estimula e de repente ele vai.” (E5)

“Acho que com os profissionais que atuam naquela área que você tá passando e têm muito para passar.” (E7)

“Acho que o que mais me ensinou foi a prática. Acho que isso é o bom da residência, a gente tem muita carga prática, então pra quem está empenhado em ficar no campo atuando, acho que aprende muito.” (E8)

“A experiência da prática e a responsabilidade que a gente tem que ter diante da própria profissão, do paciente e de toda a equipe.” (E9)

“Acho que eu tenho muito a aprender, a conviver com meus colegas de áreas diferentes, mas eu acho que estou pronto.” (E11)

“Você vai conhecendo as pessoas, se aproximando, e às vezes ficando até amigo mesmo de alguns, por conta da angústia, por conta do paciente e da necessidade de prever alguma estratégia de cuidado.” (E12)

“Eu diria que o aprendizado...assim, no meu interior, porque os pacientes me ensinaram mais do que eu aprendi com outras coisas.” (E13)

“Para mim, o maior aprendizado é a prática clínica, essa capacidade de estar com os pacientes.” (E14)

“Contribuiu muito, muito, muito, atuar em equipe multiprofissional é gostoso pra mim e gratificante essa troca. Acho que me proporcionou entender mais o outro.” (E16)

“Eu me sinto pronta, me considero pronta.” (E17)

→ Categoria: Auto-conhecimento e maturidade profissional

Os programas da RMSs foram vistos por esses residentes como uma oportunidade significativa de aprendizado e contato com profissionais de diferentes áreas, possibilitando não só esse novo relacionamento, mas também uma nova conduta na prática profissional, onde a assistência passa a ter um caráter mais humanizado e abrangente por meio do compartilhamento efetivo dos conhecimentos específicos de cada área.

Aprender é, também, poder mudar, agregar, consolidar, romper, manter conceitos e comportamentos que vão sendo re(construídos) nas interações sociais. São nesses movimentos de transformação que as pessoas vão elaborando suas possibilidades de intervir no mundo, questionando o estabelecido, concordando ou não com as opções coletivas e contribuindo com alternativas de superação (BATISTA e ROSSIT, 2014, p.55).

E trabalhar em equipe, buscando a interprofissionalidade, parece favorecer a maturidade:

“Hoje eu garanto que se eu chegar lá fora, eu não vou passar vergonha. É, acho que você deixar um pouco mais do seu e aprender um pouco mais com os outros.” (E2)

“Eu acho que precisa mudar um pouco o sistema. Sabe, tudo é muito regrado. Primeiro você faz isso depois você vai pro passo número 2. E às vezes a gente segue as coisas meio no automático, você esquece que tá lidando com pessoas. Acho que foi mesmo lidar com as pessoas com o fato de que aqui é um hospital, aqui não é um lugar ... a gente não lida com pessoas saudas, muito pelo contrário né. E a gente também lida com emoções, com sentimentos e com mil coisas mil coisas ao mesmo tempo.” (E3)

“Tem que ter um tato muito bom, tem que perceber muito como era a demanda de cada ambiente, por mais que a proposta seja muito bonita, na prática é muito complicada.” (E8)

“A base que a residência me deu com certeza vai me ajudar muito, eu vou levar essa bagagem. Acho que principalmente a responsabilidade profissional.” (E9)

“Eu tô amadurecendo não só profissionalmente, mas pessoalmente também.” (E13)

“As reuniões multiprofissionais me ajudaram muito, eu tenho mais na visão de todo.” (E14)

“Acho que foi o relacionamento interprofissional, não só com os pacientes e a família, mas o mais complicado às vezes era com a equipe e me fez aprender muito.” (E15)

“Me surpreendeu do ponto de vista da resolução dos problemas. Quando a gente tá sozinha tem uma visão muito fechada.” (E17)

No relato dos residentes, fica claro o quanto a aquisição de conhecimentos fora do âmbito dos próprios currículos foi muito estimulante. O que o Maia (2014, p.110) chama de “currículo oculto”, isto é, “*campo repleto de fenômenos imprevisíveis em que ocorre, habitualmente, uma grande parte da formação*”. Conforme o autor, o currículo oculto nem sempre é reconhecido pelos educadores e demanda reflexão compartilhada para ter consciência sobre as práticas formativas.

Moscovici (1985, p.20) comentou que

terminar um curso, seja universitário ou técnico, não basta para uma carreira profissional produtiva. A pessoa necessita atualizar-se frequentemente ou permanentemente, porquanto as mudanças tecnológicas, econômicas e sociais são rápidas, exigindo adaptação contínua a novas condições de vida e de trabalho para a sobrevivência, crescimento e realização pessoal e profissional.

Silva (2009) afirma que é esperado que o docente dê significado ao que ensina, suscitando o interesse dos discentes pelo conteúdo. Para tal, é importante que tenha atitudes que viabilizem o diálogo entre docente e discente: e como pensam tutores? E os preceptores?

A vivência no programa de residência, na ótica dos residentes, representa uma mudança de paradigmas e tem potência para a construção de uma rede de cuidado na perspectiva da integralidade, levando em consideração as necessidades sociais, conhecer melhor o processo saúde-adoecer, as particularidades regionais e as diferenças entre os locais onde se exerce.

“Sim, também é novo para o professor sair da métrica disciplinar e colocar-se no diálogo com colegas oriundos de outros campos disciplinares, relativizando suas certezas e acreditando ser possível e necessário (re)conhecer as dinâmicas do saber, fazer e ser em saúde”.

Prof. Dr. Nildo Batista

V CONSIDERAÇÕES FINAIS

////////////////////////////////////

A prática multiprofissional exercida na RMS contribui, na ótica dos residentes, para a superação da fragmentação dos cuidados e dos esquemas tradicionais. Também foi vista como uma alternativa para preparar melhor os profissionais de saúde para atuarem no SUS, como forma de articulação entre os profissionais e inclusão das diferentes disciplinas e categorias profissionais.

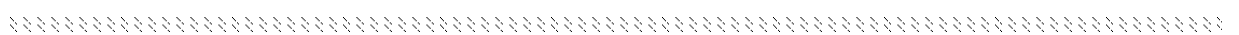
É possível observar que o trabalho em equipe foi fomentado durante o curso, sendo percebido e vivenciado pelos residentes. No entanto, observa-se, também, percepções de dificuldades, visto que a própria resistência ao trabalho em equipe está relacionada ao trabalho fragmentado de cada profissional, característica, também, do próprio processo de formação vivenciado. Mesmo na contemporaneidade, alguns profissionais não conseguem compreender a proposta do trabalho em equipe como forma de compartilhar o próprio conhecimento com o dos demais profissionais para então definir e propor coletivamente as melhores estratégias de atuação, visando a melhor qualidade de atendimento à população.

As dificuldades apontadas nessa pesquisa demonstram que há desafios a serem superados:

- a articulação do projeto com os serviços de saúde, assumindo a perspectiva da educação interprofissional, assim como a construção de projetos que contemplem o próprio exercício entre os tutores, preceptores e residentes;
- gestão acadêmica coletiva: o movimento de compartilhamento decisório, contando com a representação de todos os setores no conselho de residências na elaboração de programas e disciplinas é desafiador para a universidade para que a interdisciplinaridade se efetive; e
- a organização da gestão, construção e replanejamento permanente do projeto pedagógico e a superação de modelos formativos obsoletos e estigmatizantes, que possibilitem mudanças de atitudes entre residentes, docentes, tutores, preceptores e serviços.

Na perspectiva de contribuir para a superação desses desafios, é que emerge como produto desta dissertação a criação do Grupo Interprofissional de Reflexão sobre as Práticas na RMS (GIRReMuS), apresentado, no presente texto, como apêndice.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. AGUILAR DA SILVA, R. H. *Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema)*. Educar em Revista, Curitiba, Brasil, n. 39, p. 159-175, jan./abr. 2011. Editora UFPR.
2. AGUILAR DA SILVA, Rinaldo Henrique; Scapin, Luciana Teixeira; Batista, Nildo Alves. *Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe*. Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP, v.16, n.1, p.167-184, mar. 2011.
3. ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2 ½. p. 5-20, 1997.
4. BAPTISTA, M.T.D.S. O estudo de identidades individuais e coletivas na constituição da história da psicologia. *Memorandum. Belo Horizonte*, v. 2, p. 31-38. 2002
5. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Trad. Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.
6. BARR, H. *Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow*. A review. 1998. Disponível em <http://www.caipe.org.uk>.
7. BARR, H.; KOPPEL, I.; REEVES, S.; HAMMICK, M.; FREETH, D. *Evaluations of interprofessional education: a United Kingdom review for health and social care*. London: BCRA/CAIPE, 2000.
8. _____. *Effective interprofessional education arguments, assumption and evaluation*. Oxford: Blackwell. 2005.
9. BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. *Caderno FNEPAS*, v.2, jan 2012.
10. BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. *Docência em saúde: temas e experiências*. 2ª edição revisada e ampliada. Editora SENAC, SP, 2014.
11. _____. *A formação do professor universitário IN: Docência em saúde: temas e experiências*. 2ª edição revisada e ampliada. Editora SENAC, SP, 2014.
12. _____. *A formação do professor universitário em saúde: Desafios e perspectivas* in: FAZENDA, I. e SEVERINO, A.J. *Formação docente: Rupturas e possibilidades*, Campinas: Papirus, 2002.
13. BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. *Investigação qualitativa em educação – uma introdução a teoria e aos métodos*. Porto: Porto, 1994.
14. BRASIL. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. PRÓ-SAÚDE. Brasília, 2005, 80p. Disponível em

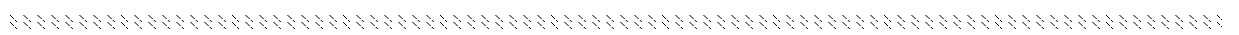
- <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848>.
Acesso em: 20 jan 2011.
15. BRASIL. Lei Nº 11.129 de 30 de junho de 2005 (Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde CNRMS).
 16. _____. Lei nº 11.180 – 23 de setembro de 2005 institui o Projeto Escola de Fábrica, autoriza concessão de bolsas para o PROUNI e institui o Programa de Educação Tutorial - PET.
 17. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, foi alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, Novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2007.
 18. CAIPE – U.K. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. Disponível em: <http://www.caipe.org.uk>.
 19. CECCIM, R.B. *Residência e Educação Permanente em Saúde no Cenário do Sistema Único de Saúde*. Brasil. In: Congresso Internacional de Saúde Mental e Direitos Humanos, 5. Fórum Social de Saúde Coletiva. Buenos Aires. 2006.
 20. CLEMENTE, Anselmo et al. Residência multiprofissional em saúde da família e a formação de psicólogos para a atuação na atenção básica. *Saúde Soc.* São Paulo, v.17, n.1, p.176-184, 2008.
 21. D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. A conceptual model of interdisciplinary education for collaborative patient-centred care. In: OANDASAN, I. et al. *Interdisciplinary Education for collaborative patient-centred practice*. Research and Findings Report. Canada: Health Canada, 2004.
 22. DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. Daniela Dallegrove, Maria Henriqueta Luce Kruse. *Interface*, v. 13, n. 28, p. 213-37, 2009.
 23. DE MARCO, M.A. *Psicologia Médica*. Abordagem integral do processo saúde-doença. São Paulo, SP: Artmed SP. 2012.
 24. DELORS, J. *Educação: um tesouro a descobrir: relatos para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI* 4. Ed SP: Cortez. 2000.
 25. DINI, P.S.; Batista N.A. Graduação e prática médica: Expectativas e concepções de estudantes de medicina do primeiro ao sexto ano IN: *Revista Brasileira de Educação Médica*, RJ vol 28 n 3 set/dez p. 198-203, 2004. p.163.
 26. FERREIRA, R.C.; SILVA R.F.; AGUERA, C.B. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p.52-59, 2007.

27. FEUERWERKER, L. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. *Interface* (Botucatu), v.13, n.28, p.229-230, 2009.
28. FRANCO, Maria Laura P. B. *Análise de conteúdo*, vol. 6. Série Pesquisa. 4ª ed. Brasília, DF 2012.
29. FREIRE, P. *A pedagogia da autonomia*. São Paulo. Cortez. 1992
30. GYAMARTI, G. The teaching of the professions: an interdisciplinary approach. *Higher Education Review*, v.18, n.2, p. 33-43, 1986.
31. GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª edição. São Paulo. Atlas. 2009
32. GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.490-498, mar-abr, 2005.
33. HADDAD, A.E. et al. *A trajetória dos cursos de graduação na área de saúde, 1991-2004*, Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. ISBN 85-86 260-12-6 (Obra completa).
34. HADDAD, A.E. Sobre a residência multiprofissional em saúde IN: *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n.28, p. 213-237, jan-mar, 2009.
35. KRENCH, D.; CRUTCHFIELD, R.S. *Elements of Psychology*. Alfred A. Knopf. NY p. 272. 1959
36. LIMA, Mônica; SANTOS, Livia. *Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental*. *Psicol. Cienc. Prof.* [online]. 2012, v.32, n.1 [cited 2015-05-29], pp.126-141. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100010&lng=en&nrm=iso.
37. MAIA, J.A. O currículo no ensino superior em saúde. In: Batista, S.H. *Docência em saúde: temas e experiência*. Senac. 2004
38. _____. *Docência em saúde: temas e experiências*. Senac. 2014.
39. MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Técnicas de pesquisa*. 6ª edição. São Paulo. Atlas. 2006.
40. MEDEIROS OTENIO, C.C., et al. Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. *Saúde Coletiva*. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 135-150, 2008.

41. MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Qualitativo-quantitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, v.9 n.3 p. 239-248, jul/set 1993.
42. MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec/Abrasco, 1999.
43. MOSCOVICI, F. *Desenvolvimento interpessoal*. 3ª edição. RJ: LTC, 1985.
44. NOVOA, A. Novas disposições dos professores. A escola como lugar de formação. *Correio da Educação*, no. 47, 2004.
45. [OMS] Organização Mundial de Saúde, Carta de Otawa. In: BUSS, P.M. *Promoção da Saúde e Saúde Pública: Contribuição para o debate entre as escolas de Saúde Pública na América Latina*. RJ. s.n. 1998.
46. PEDUZZI, Marina. *Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação*. Campinas 1998. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1998.
47. _____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Ver. Saúde Pública*, v.35, n.1, p.103-109, 2001.
48. PEDUZZI, Marina et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.629-646, 2011.
49. PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*; v.47, n.4, p.977-83. 2013. www.ee.usp.br/reeusp/.
50. PERRENOUD, P. Formar professores em contextos sociais de mudanças: *Revista Brasileira de Educação*, n.12, São Paulo: ANPED, 1999.
51. *Residência Multiprofissional em Saúde* – Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf.
52. ROECKER, S.; MARCON S. S. Educação em saúde: relatos das vivências de enfermeiros com a estratégia da saúde familiar. *Invest. Educ. Enferm*. v. 29, n. 3, p. 381-390, nov. 2011.
53. ROSA, Soraya Diniz; LOPES, Roseli Esquerdo. *Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos*. *Trab. educ. saúde* [online]. 2009, vol.7, n.3 [cited 2015-05-29], pp. 479-498. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462009000300006&lng=en&nrm=iso . ISSN 1981-7746. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462009000300006>.

54. SILVA, Jaqueline Callegari et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paulista de Enfermagem*. v. 28, n.2, p.132-138, 2015.
55. SCHRAIBER, L.B. *O médico e seu trabalho: Limites da Liberdade*. Hucitec, São Paulo, 1996.
56. Haddad, Ana Estela. Sobre a residência multiprofissional em saúde / About the multiprofessional residence in health / A propósito de la residencia multiprofesional en salud. *Interface* (Botucatu), v.13, n.28, p.227-228, 2009-03.
57. SOUTO, Thamires da Silva; BATISTA, Sylvia Helena; ALVES BATISTA, Nildo. A educação interprofissional na formação em Psicologia: olhares de estudantes. *Psicol. Cienc. Prof. Online*. 2014, vol.34, n.1 [cited 2015-05-29], pp. 32-45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000100004&lng=en&nrm=iso. ISSN 1414-9893.<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932014000100004>.
58. SONZOGNO, M.C. *Metodologias no Ensino Superior*. algumas reflexões, p. 69.
59. TURATO, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*.4ª edição. Petrópolis, RJ. Vozes. 2010.
60. TSUJI, H.; AGUILAR DA SILVA, R.H. *Aprender e ensinar na escola vestida de branco: do modelo biomédico ao humanístico*. São Paulo. Phorte, 2010.
61. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Campus Baixada Santista, *Projeto Político-Pedagógico do Campus Baixada Santista*. São Paulo 2007. Disponível em: <http://www.baixadasantista.unifesp.br/santos/download/2006/projetopedagogico.pdf>. Acesso em julho 2016.
62. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. *Programa de residência integrada multiprofissional em atenção à saúde: atenção à saúde do indivíduo, família e sua rede social*. São Paulo, s.n. 2010.
63. _____. *Residência Multiprofissional em Saúde*. Disponível em www.unifesp.br/reitoria/proec/residencias. Acessado em abril de 2017.
64. YIN, R.K. *Estudos de caso: planejamento e métodos* 3.Ed Porto Alegre: Bookman. 2005.
65. ZABALA, A. *Enfoque globalizador e pensamento complexo: uma proposta para o currículo escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas 2002, p. 28.

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A residencia multiprofissional no Hospital São Paulo(HU-UNIFESP): Visão dos residentes sobre o processo de ensino em saúde e atuação em equipe multidisciplinar

Pesquisador: Mariella vargas degiovani

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12763013.1.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 238.486

Data da Relatoria: 19/04/2013

Apresentação do Projeto:

O Hospital São Paulo (HSP) é um importante centro de referência em alta complexidade do país. É um hospital de grande porte, que atende diariamente mais de 4.500 pacientes ambulatoriais e 1.200 em Pronto-Socorro/Pronto-Atendimento. É responsável, na Grande São Paulo, pela cobertura de uma área que abrange mais de 5 milhões habitantes, além de atender pacientes oriundos de outros municípios e estados da federação. Conta com 743 leitos sendo 651 destinados a pacientes adultos e 92 a pacientes pediátricos, subdivididos da seguinte forma: 121 leitos de UTI e Semi Intensiva, 51 leitos de Emergência, 510 leitos de Unidades de Internação e 61 leitos Hospital-dia. Como hospital universitário, além da assistência tem como missão favorecer a pesquisa e produção científica e ser campo de ensino e treinamento da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), colaborando para a formação e capacitação de estudantes e profissionais de saúde.

O estudo presente visará avaliar a percepção dos residentes quanto ao processo de ensino-aprendizagem que ocorre em sua formação na residencia multiprofissional do HU/HSP.

Serão realizadas entrevistas em residentes multiprofissionais de primeiro e segundo ano do HU/UNIFESP, para atingir as seguintes propostas do estudo:

- Detectar o encontro/desencontro entre as expectativas e a experiência que está em curso em sua formação na residência multiprofissional.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



- Identificar qual a visão do residente a respeito de atuação multiprofissional e se houve mudanças nesta visão a partir da experiência.
- Verificar se o residente se percebe mais preparado para o trabalho multiprofissional.
- Identificar quais os obstáculos que percebe estarem presentes em seus campos de estágios para implementação efetiva de um trabalho multiprofissional.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a percepção dos residentes quanto ao processo de ensino-aprendizagem que ocorre em sua formação na residência multiprofissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem riscos, nenhum procedimento invasivo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa qualitativa exploratória-estudo de caso com análise de conteúdo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos obrigatórios apresentados (folha de rosto, projeto de pesquisa e TCLE)

Recomendações:

Nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SEM INADEQUAÇÕES.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer do relator.

SAO PAULO, 05 de Abril de 2013

Assinador por:
José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

APÊNDICES



Roteiro de Entrevista

1. Por que a opção pela RMS?
2. Quais suas expectativas em relação à RMS?
3. Qual sua concepção em relação a um trabalho multiprofissional?
4. A RMS contribuiu para seu entendimento do que é um trabalho multiprofissional?
5. Você se percebe mais preparado(a) e predisposto(a) a trabalhar numa perspectiva multiprofissional em sua futura vida profissional?
6. Qual sua percepção sobre o trabalho multiprofissional e a forma como esse se desenvolve nas atividades e cenários onde você está inserido(a)?
7. Quais as principais dificuldades encontradas na implantação da multiprofissionalidade?
8. Quais as contribuições da experiência da RMS e a sua crença nas vantagens e possibilidades de implementação de um trabalho multiprofissional?

"A educação em saúde é, essencialmente, uma educação para a liberdade, destinada a reforçar a consciência do indivíduo sobre si e sua realidade"

Roecker e Marcon (2011)

MARIELLA VARGAS DEGIOVANI

Grupo Interprofissional de Reflexão sobre as Práticas na RMS (GIRReMuS)

Proposta da Implantação

Produto apresentado como requisito parcial para obtenção de título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, a partir da Dissertação *A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO HOSPITAL SÃO PAULO (HU-UNIFESP): PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES SOBRE O PROCESSO DE ENSINO EM SAÚDE E ATUAÇÃO EM EQUIPE INTERPROFISSIONAL.*

SÃO PAULO
2017

INTRODUÇÃO

O produto em tela tem como proposta promover a ampliação de sentidos e significados da prática docente por meio de reflexões de um grupo de residentes, preceptores e tutores envolvidos em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

Essa ampliação pode acontecer por meio de processos de reflexão a partir da intervenção de mediador(es) a fim de promover, pela interação com os pares, significados e sentidos da prática docente, tornando-os mais claros, mais conscientes. O termo “ampliação”, nesse caso, está relacionado à expansão, à passagem por diferentes momentos de reflexão que fazem com que as concepções sobre prática docente se tornem mais elaboradas na relação com o outro.

A proposta desse grupo de reflexão exige do tutor e do preceptor uma abertura e responsabilidade que, ao refletir e compartilhar, constroem e aperfeiçoam a base epistemológica que dá suporte às suas práticas. Libaneo (2002, p.56) coloca a reflexividade enquanto autoanálise, “capacidade racional de indivíduos e grupos humanos de pensar sobre si próprios”. A figura do mediador sugere alguém que possa conduzir o grupo a fim de permitir que a análise e a reflexão sobre a prática constituam o elo condutor das reuniões que devem propiciar o contato de professores de diferentes áreas de conhecimento para que, em conjunto, possam aperfeiçoar o exercício profissional. A figura do grupo traz novas ideias, novos olhares e possibilidades de ouvir, falar, trocar e aprender.

De acordo com o estudo realizado, foram evidenciados aspectos positivos e negativos sob a percepção dos residentes na RMS. No campo das facilidades, evidenciou-se um prévio conhecimento de trabalho em equipe detido pelos residentes que, no processo, desenvolveram também maturidade profissional e autoconhecimento.

Dentre as fragilidades, encontramos resistência ao trabalho em equipe, discrepância entre currículo formal e prático e falta de integração entre as várias áreas de conhecimento. Precisamos observar que, tanto no campo dos problemas como no das facilidades, evidencia-se a relevância de fornecer espaço para a discussão do trabalho que vem sendo realizado.

Tanto as potencialidades como as dificuldades sinalizam para a relevância de fornecer um espaço de qualidade para a discussão, reflexão e ampliação do trabalho em RMS.

OBJETIVO

Objetivo Geral:

Refletir de forma compartilhada sobre as potencialidades e fragilidades das práticas formativas desenvolvidas em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

Objetivos Específicos:

- Constituir um espaço permanente de discussões sobre a formação em saúde e o espaço da RMS.
- Promover a troca de experiência e saberes entre tutores, preceptores e residentes.
- Apresentar aos participantes – residentes, tutores e preceptores – os resultados e análises produzidas na Dissertação *A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO HOSPITAL SÃO PAULO (HU – UNIFESP): PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES SOBRE O PROCESSO DE ENSINO EM SAÚDE E ATUAÇÃO EM EQUIPE INTERPROFISSIONAL*.

CAMINHO METODOLÓGICO

O Grupo de Reflexão abrangerá como participantes tutores, preceptores e residentes de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, buscando configurar encontros que sejam promotores da troca de experiências e saberes sobre as práticas formativas desenvolvidas no âmbito da RMS.

No âmbito dos *conteúdos*, o GIRReMuS partirá das situações vividas no cotidiano dos Programas da RMS e investir-se-á no planejamento participativo dos temas que serão objeto de reflexão coletiva.

O GIRReMuS demandará encontros mensais, de duas horas de duração, mobilizando dinâmicas e estratégias que privilegiam a reflexão compartilhada: narrativas, rodas de conversa, estudo de situações dilemáticas e incidentes críticos, discussão de texto, filmes e outros materiais que sejam de interesse do grupo.

A coordenação do GIRReMuS será feita no primeiro ciclo do grupo pela pesquisadora, a qual convidará, por meio da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), tutores, preceptores e residentes que tenham interesse na participação em um grupo de reflexão.

Durante todo o processo, serão empreendidas práticas avaliativas a partir da elaboração de portfólio do grupo.

BIBLIOGRAFIA

BATISTA, Nildo Alves. Desenvolvimento docente na área de saúde: Uma análise IN: Revista Trabalho Educação e Saúde, FIOCRUZ vol 3 N2, p. 283-294, set 2005.

BATISTA, Sylvia Helena e BATISTA, Nildo Alves. Docência universitária em saúde, formação e interdisciplinaridade IN: Batista, N., Batista, S.H., Abdalla, I.G. (Orgs) Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas p. 303-316, São Paulo, Arte e Ciência, 2005.

COLL, Salvador Cesar. Aprendizaje escolar y construccion del conocimiento 2ª ed. Barcelona. Paidós, 1992.

LIBANEO, José Carlos. Reflexividade e formação de professores; outra oscilação do pensamento pedagógico IN: PIMENTA, Selma Garrido e GHEDIN, Evandro (orgs.). Professor reflexivo no Brasil: Gênese e crítica de um conceito. São Paulo, SP: Cortez, 2002.

MASETTO, M. T. Docência universitária: repensando a aula IN: TEODORO, Antônio e VASCONCELOS, Maria Lucia (orgs.). Ensinar e aprender no ensino superior: por uma epistemologia da curiosidade na formação universitária 2ª edição. SP. Mackenzie/Cortez, 2005.

SACRISTAN, J. Gimeno. Consciência e ação sobre a prática como libertação profissional dos professores IN: NOVOA, Ant (org.) Profissão Professor. 2ª ed. Porto: Porto, 2003.