



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ – UVA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANA CLÁUDIA BARROSO CAVALCANTE PAIVA

**PRÁTICA COLABORATIVA NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM
SAÚDE**

SOBRAL - CEARÁ

2019

ANA CLÁUDIA BARROSO CAVALCANTE PAIVA

**PRÁTICA COLABORATIVA NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM
SAÚDE**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – Renasf. Área de Concentração: Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Educação na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias

SOBRAL - CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Paiva, Ana Cláudia Barroso Cavalcante

Prática colaborativa nas residências multiprofissionais em saúde [recurso eletrônico] / Ana Cláudia Barroso Cavalcante Paiva. -- Sobral, 2019.

1 CD-ROM: il. ; 4 ³/₄ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 87 folhas.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Maria Socorro de Araújo Dias.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

1. Relações interprofissionais. 2. Equipe multiprofissional . 3. Comportamento cooperativo. I. Título.

AGRADECIMENTOS

A minha gratidão:

Agradeço Aquele que é o Princípio de todas as coisas, a Ele dou mais que minha gratidão, entrego minha adoração, pois sem Ele não existiria nada do que hoje há. A Ele por me conceder a graça da concretização de mais um sonho e grande desafio superado!

À Universidade Estadual Vale do Acaraú, à coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família professora Dr^a Maristela Inês Osawa Vasconcelos e a todos que compõe a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, pela dedicação e empenho de superação dos limites para êxito do Curso, nos inspirando “RESILIÊNCIA”.

Aos competentes integrantes da banca examinadora por aceitarem o convite, pelas contribuições na construção deste estudo. Professores, Dr^a Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, pessoa talentosa, admirável por quem, tenho profundo carinho e Professor Dr. Igor Iuco Castro, por suas sugestões sábias e valiosas.

A jornada foi feita com muitas pessoas especiais, a mais importante, minha inesquecível orientadora, Professora Dr^a Socorro Dias, da “graduação para a vida”, com quem reafirmo aliança de amizade e compartilho mais uma etapa marcante da minha vida acadêmica. Obrigado por ter permitido ser instrumento de Deus na realização desse grande sonho, sem você teria sido mais difícil, você com dons peculiares, soube conduzir com “MAESTRIA” essa construção compartilhada de aprendizagem.

Ao Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva – LABSUS, a Ms. Lielma Silva e Andrezza Carvalho, por toda atenção dispensada, a doutoranda Maria Conceição Coelho Brito e Paloma Vasconcelos pelo apoio no desenvolvimento deste estudo.

À Turma III do Mestrado Profissional, minha memorável turma, em particular, a amiga e irmã Otávia Cassimiro Aragão, com quem compartilhei mais próximo as “dores e delícias”, pela construção de laços fraternos de amizade, convivência prazerosa e alegre; companheiros na realização deste sonho.

Às minhas colegas de trabalho Roberta Farias e Liliana Cavalcante por toda disponibilidade sempre que busquei ajuda.

Aos meus pais, Francisco José Vasconcelos Cavalcante e Alfa Barroso Cavalcante. Reconheço que eles, sem dúvida, foram exemplos de amor, dedicação e família, os primeiros a me ensinarem fundamentos essenciais, princípios e valores que carregou para a vida.

Ao meu cônjuge, Rilson Paiva, que me motivou a realizar esse grande projeto de

vida profissional. Aos meus filhos, Ryan Salatiel e Ana Rízia, presentes de Deus na minha vida. Vocês me permitem continuar sonhando! Amo vocês.

À minha igreja e irmãs em Cristo, que oraram por mim e me apoiaram, em especial Andréia Almeida Paiva, por muitas vezes, me ouvir, aconselhar e discipular.

Aos Residentes, por terem aceitado o convite e colaborado com suas opiniões e depoimentos valiosos para pesquisa!

E a todos que compartilharam comigo momentos dessa experiência de inexplicável valor. Meu profundo e sincero reconhecimento. Deus abençoe a todos!

Chegar até aqui somente foi possível porque literalmente Deus me sustentou por sua graça e misericórdia, por meio de Jesus que me alcançou. Ele me amou quando eu nem ao menos O conhecia. Obrigado por ser hoje o guia do meu coração. Diante de Ti me rendo, pois conquistaste minha confiança pela maior de todas as forças: Seu amor!

ANA CLÁUDIA BARROSO CAVALCANTE PAIVA

**PRÁTICA COLABORATIVA NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM
SAÚDE**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – Renasf.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias – Orientadora
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dr. Prof. Dr. Igor Iuco Castro da Silva - Examinador Externo
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas – Examinadora interna
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente – Examinador suplente
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

“Porque sou Eu que conheço os planos que tenho para vocês, diz o Senhor, planos de fazê-los prosperar e não de causar dano, planos de dar a vocês esperança e um futuro.” (Jeremias 29:11)

RESUMO

A complexidade do trabalho em saúde requer intervenção de diversas categorias profissionais, que atuam num campo comum onde se estabelece relações sociais e pessoais que refletem nos resultados do cuidado em saúde e na efetividade dos processos interprofissionais de trabalho. As Residências Multiprofissionais em Saúde tendem a ser terreno fértil no campo da formação em saúde como resposta a esta necessidade, pois oferecem uma formação contextualizada no serviço, a partir da problematização das práticas e da atuação em equipe, considerando a complementariedade de posturas e condutas sob múltiplos olhares. Este estudo objetiva analisar as contribuições dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde ofertados pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia para uma prática colaborativa no trabalho em saúde. Trata-se de um estudo de *epistem* qualitativa, cujo referencial teórico-metodológico foi o Modelo de Colaboração Interprofissional de D'Amour (2008). O estudo foi desenvolvido no ano de 2019, sendo a coleta de informações realizada nos meses de junho e julho. Participaram da pesquisa as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e Saúde Mental localizadas no município de Sobral, Ceará. A coleta se deu mediante análise dos documentos institucionais dos cursos de residências e grupos focais com os residentes do segundo ano. A análise de informações ocorreu através da sistematização da matriz de prática colaborativa, concernente ao referencial. Estudo realizado após aprovação do comitê de ética, salvaguardando a autonomia dos participantes. Os resultados evidenciaram nas duas Residências um nível máximo de colaboração no indicador suporte para inovação e nível em desenvolvimento para objetivos e orientação centrada no usuário versus outras orientações. Houve diferenças entre os dois programas, sendo que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família exibiu nível máximo de colaboração e a de Saúde Mental nível em desenvolvimento para os indicadores orientação centrada no usuário, convivência mútua, confiança, ferramentas de formalização, troca de informação, liderança e conectividade. Esses resultados declaram que os programas de Residências se encontram em níveis diferentes de colaboração interprofissional. Os resultados indicam ser possível alcançar, o nível máximo (ativo) de colaboração interprofissional, nas residências estudadas. Outrossim, ainda há barreiras de cunho estrutural e pedagógico a serem suplantados para a melhoria do trabalho em equipe.

Palavras-chave: Relações interprofissionais; Equipe Multiprofissional; Comportamento cooperativo.

ABSTRACT

The complexity of health work requires the intervention of several professional categories, who work in a common field where social and personal relationships are established that reflect on health care results and the effectiveness of interprofessional work processes. Multiprofessional Health Residencies tend to be fertile ground in the field of health education as an answer to this need, as they offer contextualized training in the service, based on the problematization of practices and team work, considering the complementarity of attitudes and behaviors under multiple looks. This study aims to analyze the contributions of the Multiprofessional Health Residency Programs offered by the Visconde de Saboia School of Public Health to a collaborative practice in health work. This is a qualitative epistemic study, whose theoretical-methodological framework was the D'Amour (2008) Interprofessional Collaboration Model. The study was developed in the year 2019, with the collection of information carried out in the months of June and July. Multiprofessional Residencies in Family Health and Mental Health located in the city of Sobral, Ceará, participated in the research. The collection took place by analyzing the institutional documents of the residency and focus groups courses with second-year residents. The analysis of information occurred through the systematization of the collaborative practice matrix, collaborative practice matrix, concerning the referential. Study carried out after approval by the ethics committee, safeguarding the autonomy of the participants. The results showed in both Residences a maximum level of collaboration in the indicator support for innovation and level in development for objectives and guidance centered on the user versus other orientations. There were differences between the two programs, with the Multiprofessional Residence in Family Health exhibiting maximum level of collaboration and the Mental Health level being developed for the indicators user-centered guidance, mutual coexistence, trust, formalization tools, information exchange, leadership and connectivity. These results declare that the Residency programs are at different levels of interprofessional collaboration. The results indicate that it is possible to reach the maximum (active) level of interprofessional collaboration in the studied homes. Furthermore, there are still structural and pedagogical barriers to be overcome to improve teamwork.

Keywords: Interprofessional Relations; Multiprofessional Team; Cooperative Behavior

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

Quadro 1- Caracterização das dimensões do Modelo de Colaboração Interprofissional com seus respectivos indicadores. Sobral-CE, 2019	27
Quadro 2 - Indicadores de Colaboração Interprofissional, de acordo com a tipologia. Sobral-CE, 2019	31
Tabela 1 – Quantitativos de ações compartilhadas pelos residentes no Programa de Resiliência Multiprofissional em Saúde da Família com os profissionais dos serviços. Sobral-CE, 2019	46
Gráfico 1- Níveis de colaboração interprofissional da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Sobral, CE, 2019	53
Gráfico 2- Níveis de colaboração interprofissional da Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Sobral, CE, 2019	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -Representação do gráfico de Kiviat com seus níveis de colaboração em cada indicador das duas dimensões da colaboração profissional. Sobral-CE, 2019	32
Figura 2 - Localização geográfica o município de Sobral. Sobral-CE, 2019	35
Figura 3 - Distribuição das ações de matriciamento realizadas pelos residentes. Sobral, CE, 2019	44
Figura 4 - Competências descritas pelos residentes em saúde da família e saúde mental. Sobral, CE, 2019	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

CAPS – Centros de Apoio Psicossocial

Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNRMS – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

EIP - Educação Interprofissional

ESF- Estratégia Saúde da Família

ESP-VS – Escola de Saúde Pública Visconde deSaboia

FUNCAP - Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico eTecnológico

LabSUS - Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva

MPSF - Mestrado Profissional em Saúde da Família

NASF – Núcleos de Atenção à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PC – Prática Colaborativa

PPC – Projeto Pedagógico de Curso

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

ProUni – Programa Universidade para Todos

PPSUS – Programa de Pesquisa para o SUS

PTS –Projeto Terapêutico Singular

RAISM - Rede de Atenção Integral à Saúde Mental

RMS- Residência Multiprofissional em Saúde

RMSF - Residência Multiprofissional Saúde da Família

RMSM - Residência Multiprofissional em Saúde Mental

R2 - Residentes do segundo ano

SIREMU - Sistema de Informação da Residência Multiprofissional

SUS - Sistema Único de Saúde

UVA - Universidade Estadual Vale do Acaraú

Unifesp - Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Encontro com o objeto	14
1.2 Contextualização e problematização do objeto	14
1.3 Justificativa e relevância	17
2 OBJETIVOS	19
2.1 Geral	19
2.2 Específicos	19
3 REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1 Saúde Coletiva: campo teórico e prático	20
3.2 Prática Colaborativa em Saúde	22
3.3 Formação profissional e Residência Multiprofissional em Saúde	24
4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: Modelo de Colaboração Interprofissional	26
5 METODOLOGIA	33
5.1 Tipo e abordagem da pesquisa	36
5.2 Período da pesquisa	34
5.3 Cenário da pesquisa	34
5.4 Unidades de análise	35
5.5 Coleta das informações	36
<i>5.5.1 Análise documental</i>	<i>36</i>
<i>5.5.2 Grupo Focal</i>	<i>37</i>
5.6 Análise das informações	38
5.7 Aspectos éticos do estudo	38
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
6.1 Diretrizes Pedagógicas que orientam a formação dos residentes.....	39
6.2 Evidências objetivas da atuação interprofissional dos residentes	43
<i>6.2.1 Das ações de matriciamento.....</i>	<i>44</i>
<i>6.2.2 Das ações de compartilhamento.....</i>	<i>46</i>
6.3 Formação para a Prática Colaborativa nas Residências Multiprofissionais: aproximações e vazios expressos nos discursos	49

6.4 Nível de Colaboração Interprofissional nas Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e Saúde Mental	55
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	72
APÊNDICE 1 – Roteiro para extração de informações dos documentos	72
APÊNDICE 2 – Roteiro para grupo focal	73
APÊNDICE 3 – Matriz de sistematização da colaboração interprofissional	74
APÊNDICE 4 – Matriz de sistematização do nível de colaboração interprofissional.....	75
APÊNDICE 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	76
ANEXOS	78
ANEXO 1 – Parecer da Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral	78
ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	80
ANEXO 3 Termo de Compromisso para Utilização de Dados em Documentos	84

1 INTRODUÇÃO

1.1 Encontro com o objeto

Sou uma profissional de saúde egressa da segunda turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Escola de Formação em Saúde pública Visconde de Saboia (ESP-VS), reconhecadora do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública inclusiva e da educação permanente em saúde como estratégia qualificadora das práticas de cuidado e potencializadora do desenvolvimento profissional.

Em minha trajetória como profissional da saúde, dez anos foram dedicados à Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual coletivos foram construídos a partir da interação e integração com os demais membros da equipe de saúde. Pude vivenciar diversos desafios nos processos de trabalho como algo a ser pensado e operacionalizado em equipe, de forma colaborativa.

O Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) provocou reflexões durante as teorizações, fizeram-me relembrar essas vivências, que se tornaram pulsantes em busca de problematizações do processo de aprendizagem do trabalho em equipe, essa experiência enquanto mestranda, oportunizou ainda, minha integração ao Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva (LabSUS), um cenário de constantes problematizações em Saúde Coletiva. Esse grupo de pesquisa é vinculado à Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e tem como uma de suas linhas “Educação, Formação e Colaboração Interprofissional na Saúde”, na qual estou inserida.

O compartilhar teórico e a construção coletiva de saberes, despertou para a necessidade de uma imersão analítica nos contextos de trabalho em saúde, de modo a perceber como a Prática Colaborativa se anuncia no campo da Saúde e como ela é expressa na formação das Residências Multiprofissionais em Saúde, em particular daquelas pertencentes ao campo da saúde coletiva, as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e Saúde Mental de Sobral(CE).

1.2 Contextualização e problematização do objeto

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem experimentado desafios para efetivação do direito à saúde e, conseqüentemente, para a efetivação de seus princípios e diretrizes.

Mudanças como o aumento da expectativa de vida e das condições crônicas de saúde que requerem acompanhamento prolongado, repercutem na necessidade de uma abordagem integral para contemplar as múltiplas dimensões da saúde da população (FRENK et al., 2010). Isso torna a colaboração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado fundamental para a resolubilidade dos serviços e a efetividade da atenção à saúde (ZWAREBSTEIN; GOLDMAN; REEVES, 2009). Contrapondo-se a uma realidade de práticas profissionais ainda orientadas por formação disciplinar, de base biomédica e com pouco impacto nas respostas aos anseios e necessidades das pessoas, famílias e comunidades.

Assim, é cada vez mais necessário pensar que transformações significativas na realidade dos serviços de saúde, capazes de provocar maiores impactos nas condições gerais de vida e saúde das pessoas, somente serão possíveis frente a um processo de reforma do modelo de formação e de trabalho em saúde (DEMARZO, 2011; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A história de construção e consolidação de sistemas de saúde é marcada pelo debate sobre integralidade, necessidades sociais e de saúde, com relevantes contribuições teóricas em torno da compreensão do trabalho em saúde, eminentemente coletivo. Situação que faz com que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) reconheça o trabalho colaborativo em equipe necessário para assegurar a qualidade da atenção à saúde.

Ademais, a OMS evidencia que conforme os profissionais de saúde percorrem o sistema, surgem oportunidades para eles adquirirem experiência interprofissional. Isso influencia na aquisição de competências necessárias para se tornarem parte da força de trabalho de saúde colaborativa preparada para a prática e capaz de prestar serviços para problemas de saúde cada vez mais complexos (OMS, 2010).

É, nesse contexto, que a colaboração interprofissional expressa a natureza da interação entre diferentes profissionais, proporcionando uma atenção à saúde mais qualificada. Conecta-se a premissa do cuidado integral, alinha-se a práticas participativas com forte potencial de integração da equipe, superando modelo de relações tradicionais hierarquizadas. Envolve, portanto, processos comunicacionais e de tomada de decisões por diferentes profissionais que atuam de forma sinérgica com o usuário e a comunidade (MATUDA, 2015).

Nos serviços de saúde, a prática colaborativa deve permitir a problematização e, por consequência, um possível deslocamento da reconhecida fragmentação para a articulação e a integração das ações de saúde. Este movimento, por sua vez, tende a aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, pois possibilita evitar omissões

ou duplicações de cuidados, evitar esperas e adiamentos desnecessários, ampliar e melhorar a comunicação entre os profissionais, bem como o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais (PEDUZZI et al., 2013).

Nesse movimento, todos os indivíduos, no ambiente de cuidados de saúde, precisam ser capazes de trabalhar efetivamente como parte de uma equipe funcional. Para isso, deve-se atentar para a necessidade de evoluir para um novo perfil profissional que é exigido, capaz de produzir cuidados com excelência na qualidade e resolução (LISTON; WAGNER, MILLER, 2013), por meio de um processo de trabalho colaborativo que potencialize resultados e amplie a satisfação dos usuários, considerando as necessidades do contexto onde estão inseridos (OMS, 2010).

É considerando essa intencionalidade do desenvolvimento de uma Prática Colaborativa que se propõe a realizar uma análise da formação, a partir das Residências Multiprofissionais em Saúde. Isso porque estas se constituem em uma formação contextualizada no serviço, a partir da problematização das práticas e da atuação em equipe, considerando a complementariedade de posturas e condutas sob múltiplos olhares.

Casa Nova et al. (2018) esclarecem que a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) tem por propósito o fortalecimento da formação e da qualificação do profissional na saúde, de modo a promover mudanças no modelo técnico-assistencial, mediante produção de novos saberes que se comprometam com a integralidade do cuidado. O que se agrega a essa modalidade de formação resulta em ações educativas centradas nas necessidades de saúde da população, na equipe multiprofissional e na institucionalização da Reforma Sanitária brasileira, o que vem ao encontro do que preconiza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

Reconhecer a potencialidade das RMS para o desenvolvimento de competências necessárias para a Prática Colaborativa dialoga com o conceito ampliado de saúde que a considera em suas múltiplas dimensões e determinações. Em razão disso, tecem-se os questionamentos que orientarão esta investigação: 1) Quais as evidências teóricas e metodológicas orientam a formação multiprofissional de residentes em saúde, sustentados para uma prática colaborativa? 2) Quais competências desenvolvidas nos Programas de Residências coadunam com práticas colaborativas? 3) Como a prática colaborativa se manifesta nas residências multiprofissionais, a partir das percepções dos residentes?

Considerando que o estudo da prática colaborativa em contextos do trabalho no

campo da saúde reveste-se de importância, proponho-me a explorá-lo a partir do exame de um caso concreto, as residências multiprofissionais; estratégia que interconecta ensino-aprendizagem-trabalho.

1.3 Justificativa e relevância

Este estudo surge da necessidade permanente de coadunar a formação de profissionais de saúde com a realidade do sistema de saúde, considerando a defesa da vida e uma prática emancipatória (BATISTA, 2016). Isso advém de que, apesar dos avanços na formação em saúde, ainda há resistência para o rompimento do modelo que reverbera na legitimação de um modelo de atenção à saúde, pautado na forte divisão do trabalho. É necessário fortalecer a compreensão de que as especificidades são complementares e que o trabalho colaborativo se apresenta como mais efetivo nas respostas as complexas e dinâmicas necessidades sociais e de saúde, atribuindo-lhes centralidade (COSTA, 2016).

Ademais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ao propor uma ampla reforma do modelo de atenção à saúde, defende a Prática Colaborativa enquanto tema emergente nesta busca e reconhece que (OMS, 2010):

- A colaboração interprofissional em saúde é uma estratégia inovadora na redução da crise mundial na força de trabalho em saúde;
- O desenvolvimento de uma prática colaborativa favorece a articulação de experiências e o trabalho compartilhado para uma assistência da mais alta qualidade;
- Uma prática colaborativa eficaz fortalece os sistemas de saúde e promove a melhoria dos resultados na saúde;
- Políticas de educação e de saúde integradas podem promover a efetiva prática colaborativa.

Na ótica da Prática Colaborativa, profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulam seu saber específico com o de outros, na organização do trabalho, o que possibilita tanto compartilhar as ações como delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma Prática Colaborativa. Essa flexibilidade permite otimizar os recursos e ampliar o reconhecimento e a atenção às necessidades de saúde próprias de usuários e população de cada território e serviço, visto que as necessidades são heterogêneas e complexas, e requerem ser apreendidas de forma integral e não apenas focadas na demanda espontânea (OMS, 2010).

Estudar a educação na saúde, com foco na formação multiprofissional e prática

colaborativa entre as diferentes categorias, respalda o debate sobre a lacuna do cuidado integral em saúde e a necessidade de intervenção na formação acadêmica uniprofissional dos diversos núcleos de saberes. Do exposto, elucida-se a conexão deste tema com o programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família que tem como área de concentração a Saúde Coletiva. Entende-se que os substratos aqui produzidos constituirá fonte de saberes teórico-metodológicos para prática profissional colaborativa.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as contribuições dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde ofertados pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia para uma prática colaborativa no trabalho em saúde.

2.2 Específicos

- Examinar se nos marcos teórico-metodológicos que sustentam a formação de residentes multiprofissionais em Saúde Mental e Saúde da Família há elementos indutores para o desenvolvimento de Prática Colaborativa.
- Identificar nas competências esperadas no processo de formação de residentes aquelas que coadunam com a Prática Colaborativa.
- Descrever como a Prática Colaborativa se manifesta nas residências, a partir das percepções dos residentes.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Considerando a expressividade de conteúdos inerentes ao objeto em estudo, é que se delineiam os capítulos dessa Revisão de Literatura com o intuito de fornecer substrato teórico que contribua para o entendimento das nuances que permeiam o desenvolvimento da Prática Colaborativa como competência para atuação no campo da Saúde Coletiva a partir da formação em Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde.

3.1 Saúde Coletiva: campo teórico e prático

As origens do campo da Saúde Coletiva são situadas por Nunes (1994) na década de 1950. Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014) reforçam o final da década de 1970 como marco temporal do surgimento do termo Saúde Coletiva no Brasil e a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). A Saúde Coletiva estabeleceu-se, então, com esse nome e com suas especificidades no Brasil. Apesar de o nome não ter sido adotado em outros países, muitos autores veem a Saúde Coletiva como parte de um movimento mais amplo da América Latina.

Nesse contexto, o papel do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) destaca-se como estruturantes do conceito de saúde coletiva no Brasil, espaço de debates histórico-político, sobre o modo que era aplicada a saúde na busca de avançar para um novo modelo. Estes movimentos de mudanças no processo do perfil de formação de atores e instituições, vistas como radicais no sistema de saúde então vigente, iniciaram com a implantação do curso de medicina preventiva na década de 1950, contrapondo ao regime autoritário que tinha seu fim dando lugar, a construção de um sistema de saúde eficiente e democrático (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A Saúde Coletiva, tal como a Medicina Social, nasce dos movimentos e lutas sociais e não a partir do Estado ou dos interesses das classes dominantes. Na América Latina, confunde-se com as lutas pela redemocratização dos países que viveram sob ditaduras. A saúde teve sua democratização concebida e teorizada pela Saúde Coletiva, implicando na democratização do Estado e dos seus aparelhos, além da sociedade. Comprometia-se com a democracia substantiva e progressiva, com ideais libertários e com emancipação dos sujeitos na conquista de modos de vida mais saudáveis. Assim, a Saúde Coletiva é, simultaneamente, um campo científico e um âmbito de práticas, contribuindo com as reformas e movimentos

dos sistemas de saúde mediante produção de conhecimentos e sua socialização junto aos movimentos sociais. Como campo científico, distancia-se da saúde pública institucionalizada e, como práxis, tem a possibilidade de radicalizar seus compromissos históricos com o povo, com as pessoas, com as classes dominadas (PAIM, 2007).

A “crise da saúde pública” proporcionou a emergência deste campo, com a possibilidade de incorporar o complexo “promoção-saúde-doença-cuidado” em uma nova perspectiva paradigmática e como “assunto de sanitaristas”. Nesse sentido, no Brasil, o termo Saúde Coletiva passou a ser utilizado quando um grupo de profissionais oriundos da Saúde Pública e da Medicina Preventiva e Social, buscando estabelecer um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social como categoria analítica (FERREIRA; CUNHA; BASTOS, 2015).

Segundo Schraiber (2015), a Saúde Coletiva perpassa o campo científico, adentra no campo político de lutas históricas por democracia e a saúde para todos (SILVA, 2017). Desse modo, a Saúde Coletiva demarca uma compreensão mais abrangente do que saúde pública. Esta última deveria estar pautada numa perspectiva de Saúde Coletiva, que se traduz como um movimento, um processo de institucionalização, que permite ver o ser humano na sua multidimensionalidade, só passível de ser compreendido interdisciplinarmente, e cuja ação sobre ele deva ser interprofissional (VELLOSO et al., 2016).

Assim, a complexidade do campo da Saúde Coletiva se deve ao fato de que os cuidados direcionados ao processo saúde-doença são complexos, têm facetas e ângulos distintos e exigem múltiplos olhares para atingir os diferentes ângulos (LUZ, 2011).

O campo da Saúde Coletiva fundou-se diante de duas premissas reformadoras: de um lado, na sua crítica às necessidades de saúde culturalmente dadas e ao modelo assistencial vigente em satisfazê-las “na assistência médica (modelo biomédico, liberal e privatizante da produção dos serviços e elitista no acesso) e na saúde pública (modelo da educação sanitária, de cunho liberal-individualizante no que concerne às práticas de prevenção)”; de outro lado, na sua crítica à alienação da face tecnocientífica do campo (SCHRAIBER, 2008, p.13).

Baptista et al. (2015) complementam que a Saúde Coletiva surge como contraponto ao modelo médico tradicional, mostrando a necessidade de articulação entre diferentes saberes para analisar o fenômeno saúde-doença. Com isso, vem buscando construir saberes e práticas ativamente interessados nos determinantes socioculturais e econômicos dos processos de saúde-doença-cuidado, articulando suas construções científicas e proposições técnicas em saúde aos compromissos com a emancipação política dos sujeitos, a democracia e a justiça social (AYRES, 2016).

Os pontos de discussão sobre o campo da Saúde Coletiva fomentam a incorporação da interprofissionalidade na formação em saúde para permitir, segundo Luz (2009), uma abordagem às complexidades práticas e às formas de intervenção que inerentes à Saúde Coletiva.

3.2 Prática Colaborativa em Saúde

A complexidade das necessidades de saúde atuais aponta para a urgência de fortalecer as mudanças na dinâmica de atuação dos serviços de saúde com vistas ao trabalho colaborativo nos diversos cenários, aperfeiçoando o efetivo trabalho em equipe e melhorando a qualidade da atenção à saúde das populações (CRISP; CHEN, 2014).

Para Costa (2017), a intencionalidade em desenvolver a colaboração é um aspecto central nas iniciativas de Educação Interprofissional (EIP) considerando que a colaboração é quando dois ou mais profissionais de saúde atuam de forma interativa, compartilhando objetivos, reconhecendo o papel e a importância do outro na complementariedade dos atos em saúde (REEVES, 2010).

Ademais, o trabalho colaborativo “ocorre quando vários profissionais de saúde fornecem serviços integrais, trabalhando em conjunto, de forma articulada, juntamente com os pacientes, suas famílias e comunidades, para proporcionar a mais alta qualidade de atendimento” (OMS, 2010, p. 7).

Para compreender o fenômeno da colaboração, é válido destacar a publicação do professor Hugh Barr, que define três importantes grupos de competências a serem desenvolvidas nas iniciativas de EIP: competências específicas ou complementares, competências comuns e competências colaborativas (BARR, 1998).

As competências específicas ou complementares são aquelas que asseguram as identidades das profissões, subsidiadas pelos marcos teóricos, conceituais e metodológicos que fundamentam as práticas profissionais. As competências comuns são aquelas que marcam a interseção entre todas as profissões. São competências em que as diferentes categorias profissionais podem desenvolver sem interferências nos próprios limites profissionais e dos demais. As competências colaborativas, por sua vez, são aquelas que melhoram as relações entre as diferentes categorias profissionais na dinâmica do trabalho em saúde (BARR, 1998).

Nesse sentido, o desafio imposto é o de alcançar as competências colaborativas no processo de trabalho dos profissionais de saúde. Para isso, é necessário investir em iniciativas de aprendizagem compartilhada na formação em saúde. E sobre isso, D’Amour et al. (2005)

trazem importantes contribuições teóricas para essa consecução, afirmando que a colaboração se sustenta em quatro pilares: compartilhamento, parceria, interdependência e poder.

O compartilhamento é a base para a colaboração, ao passo que estudantes ou trabalhadores da saúde dividem objetivos, metas ou conceitos no processo de formação ou no ambiente de trabalho. É esse processo que coloca o usuário no centro do cuidado, uma vez que o compartilhamento de propósitos gira em torno da prestação de um cuidado mais integral e resolutivo (BUSARI; MOLL; DUTTS, 2017).

A parceria representa a união dos atores numa participação/atuação colaborativa. Esse conceito tem uma relação mais forte com a atuação propriamente dita, indicando uma comunicação efetiva, confiança e respeito mútuo. Nessa parceria, um profissional sempre valoriza e reconhece a importância do outro (D'AMOUR et al., 2005; HAGGMAN-LAITILA; REKOLA, 2014).

Na interdependência, os profissionais reconhecem suas limitações e assumem a necessidade do outro na complementaridade para as ações em saúde (SCAGER et al., 2016; D'AMOUR et al., 2005).

Por fim, os pilares anteriores somente são possíveis quando há um equilíbrio nas relações de poder, uma vez que o reconhecimento de padrões diferenciados de reconhecimento e valorização profissionais estão associados com as barreiras de comunicação e dificuldades nas relações interpessoais e interprofissionais. Equalizar poderes é um importante caminho para que haja o empoderamento de cada membro da equipe ou estudante de diferentes profissões na tomada de decisões, na aprendizagem colaborativa e para a efetiva comunicação (BAKER et al., 2011; PARADIS et al., 2017).

Outros dois elementos-chave na construção do trabalho em equipe e práticas colaborativas são a atenção centrada no usuário e a definição de objetivos comuns compartilhados e centrados nos usuários, famílias e comunidade dos territórios. Cada equipe de trabalho terá sua própria dinâmica e autonomia no planejamento de suas ações, mas é fundamental que os fluxos de trabalho, de atendimentos e outros estejam associados às características da população atendida (PEDUZZI, 2017).

Compreendendo como necessária para o alcance da Prática Colaborativa, a Educação Interprofissional (EIP) tem se tornado uma importante iniciativa mundial para o fazer junto, desde a formação acadêmica profissional. Rossit, Batista e Batista, (2014) trazem uma experiência brasileira sobre EIP, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), os cursos de graduação são integrados em um currículo interprofissional. O projeto pedagógico orienta a formação de profissionais de saúde para o trabalho de equipe interprofissional, com

ênfase na integralidade do cuidado. Os estudantes compartilham momentos em comum de aprendizagem, o que promove habilidades de interação colaborativa e de corresponsabilidade entre os membros dentro da equipe.

Nessa perspectiva do aprender junto para atuarem colaborativamente, é que se necessita reconhecer estratégias que fomentem uma formação crítica, reflexiva e interprofissional. Aqui, deseja-se explorar a Residência Multiprofissional em Saúde.

3.3 Formação profissional e Residência Multiprofissional em Saúde

Historicamente, o processo formativo em saúde no Brasil traz marcas do modelo fragmentado do conhecimento, com visão biomédica centrada, com fluxos tradicionalmente hierárquico ressaltando a formação por especialidade e alta tecnologia dos procedimentos, desconsiderando a análise e discussão do problema em conjunto que fundamente respostas adequadas a cada situação e contexto (MORAES; COSTA, 2016).

A partir da década de 80, iniciaram-se movimentos de mudanças no processo de formação dos profissionais em saúde. O Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de saúde: União a Comunidade) foi patrocinado pela Fundação Kellogg com a proposta de envolver serviços de saúde, instituições formadoras e comunidade na construção do aprendizado a partir de reflexões com base nos problemas locais de saúde. Para isso, orientava-se na atuação interdisciplinar e no compartilhamento de responsabilidades com os envolvidos no cuidado (PEDUZZI et al., 2013).

Com a criação do SUS, na Constituição de 1988, mudanças no modo de fazer saúde impulsionaram para um perfil profissional diferente daquele que, até então, apresentava-se como ideal. Isso reverberou em reflexões maiores, culminando em alterações nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (MOREIRA; DIAS, 2015).

Esse movimento baseou reformas nas políticas de formação para saúde, orientando grandes transformações com objetivo de atenderem aos aspectos humanos, éticos, políticos e de competência técnica. Assim, o perfil profissional se tornaria mais coerente para integrar ao novo modelo do SUS, com padrões crítico e reflexivo, com olhar integral e ampliado diante das situações de saúde, e valorizando todas as profissões e níveis de atenção (COSTA, 2014).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS), como ordenador da formação em saúde, tem implementado iniciativas para mudanças na formação profissional que interfiram nas práticas de saúde e pedagógicas, articulando SUS, governo e as instituições formadoras

como: VER-SUS, AprenderSUS e EnsinaSUS de 2003 a 2005, e o Pró-Saúde I, Pró-Saúde II e o PET- Saúde posteriormente, com intuito de apoiar práticas colaborativa (BRASIL,2005).

Esses esforços denotam a necessidade de potencializar a força do trabalho em saúde nos dias atuais, transpondo os fazeres isolados de cada formação profissional, requerendo interligações colaborativas entre os saberes (CASA NOVA et al., 2018). Perceber a interdependência entre o conhecimento individual é um destaque importante na construção do novo olhar entre os pares para uma abordagem diferenciada com mais qualidade e integralidade na atenção.

Nesse íterim, as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) são reconhecidas como campo comum de aprendizado conjunto entre diferentes profissionais de saúde, com práticas orientadas pelos princípios do SUS (BRASIL, 2012). Esse movimento tem se consolidado mesmo em meio a um cenário brasileiro recente de formação profissional que incentive a aproximação e construção de vínculos a partir da interprofissionalidade (COSTA, 2014).

O desejo pela atuação interprofissional existe desde a própria regulamentação e consolidação do SUS, traz à tona a importância da interligação entre os saberes, discutidos pela interdisciplinaridade, trabalhando em conjunto por meio da interprofissionalidade dentro das equipes de saúde, que formam as redes de atenção (BATISTA; BATISTA, 2016). Isso tem estimulado a implementação de programas de formação profissional que articulam a educação e a saúde como sustento frente a preparação da força de trabalho requerida para essa nova abordagem de assistência à saúde (BAPTISTA et al.,2015).

A RMS é tida, então, como uma articuladora da proposta de integralidade, agregando núcleos de saberes específicos, buscando qualificar e promover a atenção em saúde. Promulgada a partir da Lei nº 11.129 de 2005, surgiu com a proposta de reorientar os serviços e os atendimentos a partir da valorização as necessidades de saúde da população, com foco no território da Atenção Básica (PEDUZZI et al.,2013).

Tendo como meta fortalecer a integração do ensino e serviço, a RMS busca potencializar habilidades profissionais para atendimento integral e articulação dos saberes, colaborativo qualificando a formação profissional e atenção do serviço prestada. O vínculo entre as Instituições de Ensino Superior e o serviço de saúde traduz-se em respostas positivas as demandas dos serviços, pois pautam-se na vivência dos profissionais nos serviços (BRASIL, 2005).

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: Modelo de Colaboração Interprofissional

O Modelo de Colaboração Interprofissional desenvolvido por Danielle D'Amour em seu estudo sobre a ação coletiva e colaboração interprofissional no contexto da Atenção Primária à Saúde parte da análise de dois estudos derivados da teoria organizacional, sendo um apoiado na sociologia organizacional e outro na teoria da troca social (D'AMOUR et al., 2005).

No estudo apoiado na sociologia organizacional (D'AMOUR et al., 2008), o processo de colaboração é conceituado em quatro dimensões: finalização (objetivos compartilhados), que se refere à existência de objetivos comuns, reconhecimento de motivações divergentes, múltiplos compromissos e sua apropriação pela equipe; interiorização (senso de pertencimento), dada pela consciência dos profissionais de sua interdependência; formalização (estruturação do cuidado clínico), por meio de protocolos que regulam a ação; e governança, que diz respeito às lideranças em níveis central e local, às expertises e ao grau de conexão entre elas.

Já aquele embasado na teoria da troca social partiu da suposição de que as estruturas sociais podem ser entendidas pela análise das transações interpessoais, ou seja, a compreensão das interações seria a chave para o entendimento dos comportamentos sociais complexos entre os grupos (D'AMOUR et al., 2005).

O Modelo de Colaboração Interprofissional desenvolvido por D'Amour (1997) pode ser utilizado para analisar níveis de colaboração em sistemas complexos com modos heterogêneos de interação entre seus vários atores, além de sugerir que a ação coletiva ou colaboração interprofissional pode ser analisada com base em quatro dimensões, operacionalizadas a partir de 10 indicadores (D'AMOUR et al., 2008).

Dessas quatro dimensões, duas envolvem relações entre os indivíduos e duas envolvem o ambiente organizacional. Ressalta-se que as quatro dimensões são interdependentes e se influenciam mutuamente. O Quadro 1 descreve as características dessas dimensões com seus indicadores.

Quadro 1. Caracterização das dimensões do Modelo de Colaboração Interprofissional com seus respectivos indicadores. Sobral-CE, 2019.

	Dimensão	Característica	Indicador
Dimensão Relacional	Objetivos compartilhados e Visão	Refere-se à existência de objetivos comuns e sua apropriação pela equipe, o reconhecimento de motivos divergentes e lealdades múltiplas, e a diversidade de definições e expectativas em relação colaboração.	Objetivos
			Orientação centrada no usuário versus outras orientações
	Internalização	Refere-se à tomada de consciência pelos profissionais de suas interdependências e da importância de gerenciá-los, e que se traduz num sentimento de pertença, o conhecimento de cada um dos outros valores e disciplina e confiança mútua.	Convivência mútua
			Confiança
Dimensão Organizacional	Formalização	Refere-se a estruturação do atendimento clínico, à medida que os procedimentos documentados se comunicam com os resultados desejados e comportamentos. Formalização esclarece sobre as expectativas e responsabilidades.	Ferramentas de formalização
			Troca de informações
	Governança	A governança dá direção e apoia os profissionais como implementar inovações relacionadas com interprofissionais e interorganizacionais práticas colaborativas.	Centralização
			Liderança
			Suporte para inovação
			Conectividade

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de D'Amour 2008.

As interações entre os indicadores das quatro dimensões capturam os processos inerentes à colaboração. Estando eles sujeitos à influência de fatores externos e estruturais, tais como recursos, restrições financeiras e políticas e devem ser tomados em consideração como determinantes de processos colaborativos.

Permitindo maior visibilidade e compreensão sobre os indicadores do MCI (D'AMOUR, 2005; D'AMOUR et al. 2008; VIEIRA; DIAS, 2013), descrevemos a seguir sobre os indicadores de cada dimensão já explicitada, representando uma síntese orientadora

do referencial.

Dimensão Relacional - Objetivos Compartilhados e Visão

- **Indicador - Objetivos:** Este indicador está relacionado com os valores profissionais e os objetivos comuns. Identificação e partilha de objetivos comuns é um ponto de partida essencial para uma empresa colaborativa. Os dados sugerem que o objetivo mais susceptível de conseguir partes interessadas é o da promoção da assistência centrada no cliente, portanto, responder às necessidades destes torna-se um objetivo central com o qual todos poderiam concordar. A questão é que esse objetivo implica numa transformação radical de valores e práticas e a sua concretização seria realmente uma inovação.
- **Indicador - Orientação centrada no usuário versus outras orientações:** Há geralmente uma estrutura complexa de interesses envolvendo uma variedade de tipos de lealdade: à clientela, à profissão, à organização, ao interesse privado etc. O resultado é, portanto, uma assimetria de interesses entre os parceiros ou parcial convergência de interesses. Ajustes mútuos são necessários diante da necessidade de negociação mais importante. Em alguns casos, é possível negociar. Em outros, não há nenhum processo de negociação. Quando objetivos comuns não são compartilhados, o risco é que os interesses privados venham a surgir, resultando num comportamento oportunista e numa concomitante perda de foco da colaboração cliente-centrada.

Dimensão Relacional – Internalização

- **Indicador - Convivência Mútua:** Os dados evidenciam que os profissionais devem conhecer-se pessoalmente e profissionalmente, uma vez que, eles estão a desenvolver um sentimento de pertença a um grupo e pretendem obter sucesso na formulação de objetivos comuns. Conhecer-se pessoalmente significa conhecer os valores dos outros e de seu nível de competência, ao passo que conhecer-se profissionalmente implica conhecer sobre o quadro disciplinar de referência, a abordagem aos cuidados e âmbito da prática do outro. E o processo de familiarização destes sujeitos ocorre em ocasiões sociais, atividades de formação e troca de informações formais e informais; portanto, se faz necessária a viabilização de condições sociais que venham a promover a colaboração, especialmente por meio da interação social.
- **Indicador – Confiança:** Segundo os profissionais, a colaboração só é possível quando se tem confiança nas competências e capacidade de assumir responsabilidades dos outros.

Confiança reduz a incerteza. Profissionais que não sabem bem uns sobre os outros, devem constantemente avaliar os riscos e permitirem-se a se colocarem em posição vulnerável. Quando há muita incerteza, dados mostram que os profissionais de saúde tendem a monopolizar responsabilidades a seus clientes o maior tempo possível, para evitar colaborar. Tais ações vão contra a meta de construção de redes. Profissionais devem usar os resultados da colaboração para avaliar os outros e construir a confiança.

Dimensão Organizacional – Formalização

- **Indicador - Ferramentas de Formalização:** A formalização é um importante meio de clarificar as responsabilidades dos diversos parceiros e negociar como as responsabilidades são compartilhadas. Existem muitos tipos de ferramentas de formalização: acordos interorganizacionais, protocolos, sistemas de informação, etc. Para profissionais, é importante saber o que se espera deles e o que eles podem esperar dos outros.
- **Indicador – Troca de Informações:** A troca de informações refere-se à existência e ao uso adequado de uma infraestrutura de informações para permitir a troca rápida e completa da informação entre os profissionais envolvidos. Os resultados sugerem que os profissionais se utilizem de sistemas de informação para reduzirem a incerteza em suas relações com parceiros que não conhecem bem. O feedback faz com que os profissionais forneçam e recebam informações das quais precisam para darem seguimento ao tratamento de seus clientes, bem como para avaliar os seus parceiros, com base na qualidade das trocas de informações. Este é um aspecto importante para o estabelecimento de relações de confiança.

Dimensão Organizacional - Governança

- **Indicador - Centralidade:** Centralidade refere-se à existência de uma direção clara e explícita que se destina a orientar a ação, neste caso, para a colaboração. Os dados revelam a importância do envolvimento de algumas autoridades centrais em fornecer uma direção clara e estabelecer um papel estratégico e político para promover a implementação de estruturas e processos colaborativos. Os gestores podem exercer influência significativa sobre colaboração interorganizacional, formalizada através de acordos para oficializar a colaboração.

- **Indicador - Liderança:** Liderança local é necessária para o desenvolvimento de colaboração interprofissional e interorganizacional. Liderança pode tomar uma variedade de formas e pode ser categorizada como emergente ou estar relacionada à posição. No que se refere à colaboração, a liderança pode ser exercida pelos gerentes que impõe fazê-la ou por profissionais que tomam a iniciativa. Neste último caso, liderança é compartilhada por diversos parceiros e está sujeita a um amplo acordo. Quando a liderança está relacionada com uma posição de alimentação, não deve ficar concentrada nas mãos de um único parceiro, todos os parceiros devem ser capazes de ouvir as outras opiniões e participar na tomada de decisão.
- **Indicador - Suporte para Inovação:** A colaboração leva ao desenvolvimento de novas atividades e divide responsabilidade de forma diferente entre os profissionais e entre instituições. Necessariamente implica mudanças nas práticas clínicas e na partilha de responsabilidades entre parceiros. Estas mudanças representam inovações reais que devem ser desenvolvidas e implementadas. Colaboração não se pode fazer sem uma aprendizagem complementar e sem a presença de um expertise no desenho ou externo para apoiar este processo de aprendizagem.
- **Indicador - Conectividade:** refere-se ao fato de que indivíduos e organizações estão interligados, e que deve haver lugares para a discussão e a construção de vínculos entre eles. Conectividade é o oposto do isolamento e torna possível fazer ajustes nas práticas do cuidado.

D'amour et al. (2008) sinalizam, a partir das dimensões e dos seus indicadores, a classificação do nível de colaboração existente; ou seja, se o nível de colaboração é ativo (nível 3), em desenvolvimento (nível 2), potencial ou latente (nível 1), conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2 – Indicadores de Colaboração Interprofissional, de acordo com a tipologia. Sobral-CE, 2019.

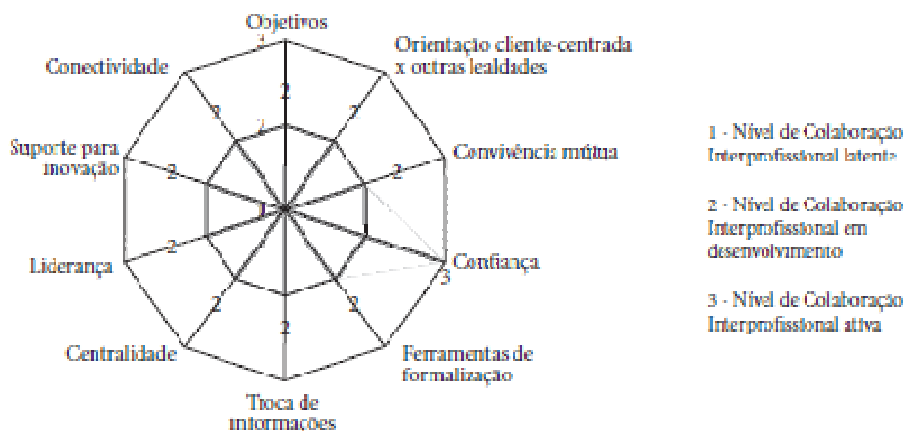
Indicadores	Colaboração Ativa – Nível 3	Colaboração em desenvolvimento – Nível 2	Colaboração potencial ou latente – Nível 1
Objetivos	Objetivos consensuais e abrangentes	Alguns objetivos compartilhados	Objetivos conflitantes ou ausência de objetivos comuns (compartilhados)
Orientação centrada no usuário versus outras Orientações	Orientação cliente-centrada	Orientações dirigidas por interesses profissionais ou organizacionais	Tendência às orientações dirigidas aos interesses privados
Convivência mútua	Oportunidades frequentes de convivência, realização de atividades regulares conjuntas	Pouca oportunidade de interação entre a equipe, poucas atividades conjuntas realizadas	Sem oportunidades para interação da equipe, sem atividades conjuntas realizadas
Confiança	Confiança fundamentada	Confiança é condicional está tomando forma	Falta de confiança
Ferramentas de formalização	Acordos consensuais, regras definidas em conjunto	Acordos não consensuais, em processo de negociação ou construção	Sem acordo ou acordo não respeitado, uma fonte de conflito
Troca de informação	Infraestrutura comum para coleta e troca de informação	Infraestrutura de troca de informação incompleta, que não atende ou é usada inadequadamente	Relativa ausência de qualquer infraestrutura comum ou mecanismo para coleta ou troca de informação
Centralidade	Corpo forte, ativo e central que promove consenso	Corpo central com um papel político mal definido, papel estratégico e político ambíguos	Ausência de um corpo central, quase ausência de um papel político
Liderança	Liderança compartilhada e consensual	Sem foco, liderança fragmentada, pouco impactante	Não-consensual, liderança monopolista
Suporte para inovação	Especialistas promovem colaboração e inovação	Especialistas com práticas fragmentadas e esporádicas	Poucos ou sem especialistas acessíveis para o suporte de colaboração e inovação
Conectividade	Muitos espaços para discussão e participação	Espaços de discussão relacionados a questões específicas	Quase ausência de espaços para discussão

Fonte: D'Amour et al. (2008).

Ao final, tendo analisado as dimensões e seus indicadores, passa-se para elaboração do gráfico de Kiviat, que representa a função de estabelecer uma visão esquemática do nível de colaboração interprofissional no contexto do processo de trabalho. Posteriormente, é elaborado o gráfico de Kiviat (Figura 1), que apresenta a visão esquemática do nível de colaboração desenvolvido.

Os resultados do nível de colaboração entre os profissionais de cada residência serão representados através do gráfico como sendo Nível 3 – Colaboração Ativa, – Nível 2 – Colaboração em desenvolvimento, Nível 1– Colaboração potencial ou latente.

Figura 1 – Representação do gráfico de Kiviat com seus níveis de colaboração em cada indicador das duas dimensões da colaboração profissional. Sobral-CE, 2019.



Fonte: D'Amour, 2008.

Os resultados do nível de colaboração entre os profissionais de cada equipe de residência será representada por meio de um gráfico em formato de radar (gráfico de Kiviat), facilitando a visualização dos níveis de colaboração, de acordo com o grupo analisado, quanto mais evidente for a colaboração entre os membros melhor será sua classificação, assim sendo Nível 3 – Colaboração Ativa, – Nível 2 – Colaboração em desenvolvimento, Nível 1– Colaboração potencial ou latente.

5 METODOLOGIA

A pesquisa investiga o mundo em que o homem vive e o próprio homem (CHIZZOTTI, 1995, p. 11). De modo que ela só existe com o apoio de procedimentos metodológicos adequados que permitam a aproximação com o objeto de estudo. Neste estudo, utilizou-se do percurso metodológico orientado pelo Estudo de Caso.

5.1 Tipo e abordagem da pesquisa

Tratou-se de um estudo de *epistem* qualitativa, delineado sob a estrutura metodológica do estudo de caso múltiplo, de base documental e empírico. Por pesquisa qualitativa, Denzin e Lincoln (2006) expressam que ela parte de uma abordagem interpretativa do mundo, ou seja, a partir do estudo de fatos em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem.

O ambiente natural é a fonte direta de dados e o pesquisador, o principal instrumento, sendo que os dados coletados são predominantemente descritivos. Além disso, o autor destaca que a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto, ou seja, o interesse do pesquisador ao estudar um determinado problema é verificar "como" ele se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas (CRESWEL, 2007, p. 186).

Seguindo essa linha de raciocínio, Vieira e Zouain (2005) afirmam que a pesquisa qualitativa atribui importância fundamental aos depoimentos dos atores sociais envolvidos, aos discursos e aos significados transmitidos por eles. Nesse sentido, esse tipo de pesquisa preza pela descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que o envolvem.

Richardson (1999, p. 102) destaca, ainda, que o objetivo essencial da pesquisa qualitativa não se limita na produção de opiniões representativas e objetivamente mensuráveis de um grupo, mas sim no aprofundamento da compreensão de um fenômeno social mediante entrevistas em profundidade e análises qualitativas da consciência articulada dos atores envolvidos no fenômeno. Assim, a validade da pesquisa não se dá pelo tamanho da amostra, como na pesquisa quantitativa, mas, sim, pela profundidade com que o estudo é realizado.

Para tanto, reconheceu-se o estudo de caso como alternativa de condução metodológica adequada para o desenvolvimento deste estudo. Usado em muitas situações para contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionais, o estudo de caso refere-se à escolha de um determinado objeto a ser

estudado, e não apenas a uma escolha procedimental. Podendo o objeto ser uma pessoa, um programa, uma instituição, uma empresa ou um determinado grupo de pessoas que compartilham o mesmo ambiente e a mesma experiência (STAKE, 1994). Yin (2015) determina este tipo de estudo como uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, sendo que os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

Os estudos de caso representam a estratégia de pesquisa ideal ao se colocar questões do tipo "como" e "por que", quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco da pesquisa se concentra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real (YIN, 2015).

5.2 Período da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no ano de 2019 e a coleta de informações realizada nos meses de junho e julho deste ano.

5.3 Cenário da pesquisa

O Cenário de pesquisa foi a Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESPVS) no município de Sobral. A escolha justificou-se por esta ofertar formação em residências multiprofissionais, condição necessária para o alinhamento metodológico selecionado, estudo de caso. Ademais, esta instituição e experiência formativa reveste-se de pioneirismo ao desenvolver um programa de formação em serviço, ainda anterior ao reconhecimento nacional desta modalidade de pós-graduação multiprofissional para profissionais pertencentes às diversas categorias da área da saúde. Esta singularidade faz reconhecer este cenário como um caso a ser analisado.

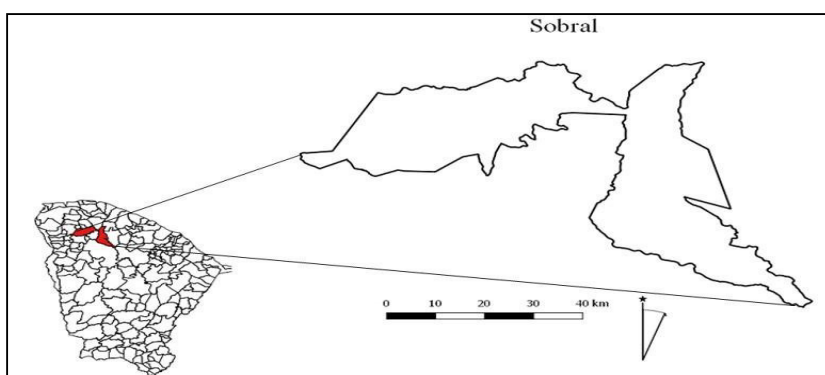
A Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia é uma entidade pública, vinculada a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Sobral, que tem como público da sua atuação os profissionais do SUS que atuam na região norte do estado do Ceará, com destaque para os do Sistema de Saúde de Sobral.

A sua contribuição tem ocorrido no campo da produção de tecnologias para a consolidação da ESF e para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como, tem como referenciais pedagógicos a Educação Popular como pedagogia da libertação, a percepção da necessidade de um processo de Educação Permanente enquanto estratégia de

gestão dos processos de trabalho e na Educação por Competência como forma de garantir um diálogo entre os processos formativos e o mundo do trabalho.

O município de Sobral, está localizado na Mesorregião Noroeste do Estado do Ceará, com área de 2.122,897 km², uma população de 188.233 habitantes e uma estimativa populacional de 206.644 habitantes. O município de Sobral é considerado a quinta cidade mais povoada do Estado do Ceará, sendo a segunda maior do interior do Estado, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Figura 2 – Localização geográfica o município de Sobral. Sobral-CE, 2019



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Sobral (2017).

5.4 Unidades de análise

Para reconhecer o status da Prática Colaborativa nos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde, foram consideradas como unidades de análise os documentos institucionais e os residentes dos Programas de Residência em Saúde Mental e Saúde da Família da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia.

5.4.1 Documentos institucionais

Os documentos incluídos para explorar o objeto em estudo envolveram os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs) e consolidados da produção de cuidado dos residentes. Esses documentos forneceram um retrato do processo de formação no decorrer dos Programas.

5.4.2 Residentes

Foram selecionados residentes do segundo ano de cada curso de residência multiprofissional. A opção por serem residentes do segundo ano parte da inferência que esses já devem apresentar substratos teórico e prático que possibilitam problematizar a Prática Colaborativa no processo de trabalho em saúde. Dessa forma, participaram 19 residentes no estudo, sendo 14 da RMSF e 5 da RMSM.

5.5 Coleta das informações

Considerando o aprofundamento da análise que conduziu esse estudo para o entendimento do fenômeno em questão, foram adotadas duas técnicas de coleta de informações com vistas a melhor explorar o objeto, a análise documental e o grupo focal, sobre os quais se tecem detalhamentos específicos.

5.5.1 Análise documental

Inicialmente, esclarece-se o substrato de uma análise documental. O documento é qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade, que possa servir para consulta, estudo ou prova. Incluem impressos, manuscritos, registros audiovisuais e sonoros, imagens, entre outros (APOLINÁRIO, 2011).

Considerando isso, na análise documental o pesquisador vale-se de documentos em sua forma inicial, sem terem recebido qualquer tratamento analítico. O uso dessa técnica em abordagens qualitativas tem relevância, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (PIRES, 2008).

A análise dos PPC foi conduzida por um roteiro elaborado para apreensão de informações presentes nos documentos institucionais relacionadas aos indicadores/dimensões da Prática Colaborativa induzidos pela formação nos Programas de Residência em análise (APÊNDICE 1).

Realizou-se, ainda, uma análise da produção de cuidados dos residentes. Para isso, utilizou-se os dados registrados no Sistema de Informação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (SIREMU). Registra-se que a RMSM não dispõe de sistema informatizado de registros da produção dos residentes. Dado que justifica o uso desta base documental apenas para a RMSF. Foram incluídos registros referentes ao ano de 2018 e ao período de

janeiro a junho de 2019; importante que esse período está associado a eleição das turmas de residentes que foram selecionadas para esse estudo.

5.5.2 Grupo Focal

Na abordagem junto aos residentes utilizou-se a técnica do Grupo Focal. Este se trata de uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre uma temática específica (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca colher informações que proporcionem a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre o tema, produto ou serviços (KITZINGER, 2000).

Para sua operacionalização, utilizou-se um roteiro elaborado pelas pesquisadoras com base nas quatro dimensões do referencial teórico-metodológico orientador do estudo (APÊNDICE 2), não foi solicitada ou disponibilizada para os residentes nenhuma leitura anterior do referido material. Considerando a estimativa de participantes, foram realizados três grupos focais para garantia da efetividade da técnica, em que dois grupos foram realizados com residentes em Saúde da Família (14 participantes) e um grupo com residentes em saúde mental (cinco participantes). O quantitativo de participantes por grupo se justifica pela orientação teórica de não composição de grupo focal com número superior a 12. Desta forma, considerando que no momento da coleta de dados havia 24R2 na RMSF, dividiu-se o coletivo em dois grupos de 12 e cada residente foi convidado a participar de um grupo focal. Dos 24 convidados 14 compareceram, sendo 08 em um grupo focal e 06 no outro. No que se refere a RMSM, esta tem um número menor de R2, somavam-se 08, destes 05 atenderam o convite e participaram do grupo focal. Os grupos foram conduzidos pela pesquisadora com apoio de uma bolsista. O objetivo e estratégia metodológica foram apresentados aos participantes. Em seguida foi apresentado o termo de consentimento para aqueles que concordassem em participar da pesquisa e assinassem. Não houve negativa entre os presentes. Ademais foi estimulada a participação ativa de todos. Registra-se que para cada pergunta norteadora foi concedido um tempo médio de 25 minutos para que os participantes expressassem suas ideias. O grupo focal foi gravado e, posteriormente, degrevado para subsidiar a análise. Ressalta-se que todos os grupos foram submetidos às mesmas perguntas e duração, com uma variação entre 90 (tempo mínimo) e 110 minutos (tempo máximo), considerada adequada para um bom emprego da técnica (TRAD, 2009).

5.6 Análise das informações

As informações foram analisadas, inicialmente, de forma descritiva buscando expressar evidências coletadas do PPC, do SIREMU e dos residentes que forneçam um panorama das práticas de formação vivenciadas e da coerência para o desenvolvimento da Prática Colaborativa. Para isso, buscou-se sustentar as inferências no referencial de D'Amour (2008) e em literaturas que versavam sobre Prática Colaborativa coerentes com os conceitos previstos pelo referencial.

Ademais, as informações foram, ainda, sistematizadas e registradas sob quatro dimensões, conforme o referencial: Objetivos compartilhados e visão, Internalização, Governança e Formalização e dos dez indicadores a elas relacionadas proposto no Modelo e Tipologia de Colaboração Interprofissional. Com isso, intentou-se averiguar a formação dos residentes à luz dessas dimensões e se alcançam os indicadores estabelecidos para uma Prática Colaborativa, ponderando qual o nível de colaboração interprofissional. O processo de sistematização das informações foi registrado em quadros sínteses orientadas pelos instrumentos apresentados nos Apêndices 3 e 4, classificados pela pesquisadora.

5.7 Aspectos éticos do estudo

Reconhecendo que se trata de uma pesquisa envolvendo seres humanos, respeitou-se a Resolução Nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O estudo apresentou a Carta de Anuência (ANEXO 1) junto à instituição que oferta os Programas de Residências, considerando o cenário definido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com o Parecer Nº 3.392.484/2019 (ANEXO 2).

Por oportuno, registra-se que os participantes do estudo foram consultados quanto ao interesse e disponibilidade para participação na pesquisa, e os casos afirmativos registraram anuência mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 5). Para os documentos, utilizou-se o Termo de Compromisso para Utilização de Dados em Documentos (ANEXO 3), específico do cenário de estudo, que garantiu o compromisso da confidencialidade dos pesquisadores na análise dos documentos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados de um estudo expressam a leitura de uma realidade sob a interpretação do pesquisador. Guiando-se pelo exposto, este capítulo, está estruturado em quatro sessões que visam responder os objetivos delineados a partir de lentes sobre os dados coletados, a saber:

- Diretrizes Pedagógicas que orientam a formação dos residentes, a partir da análise dos projetos pedagógicos das RMSF e RMSM, com foco na indução para o trabalho colaborativo em equipe;
- Evidências objetivas da atuação interprofissional dos residentes, desenvolvido a partir do sistema de registros das ações desenvolvidas pelos residentes, como expressão da tradução do processo de trabalho das equipes nos territórios de atuação;
- Formação para a Prática Colaborativa nas Residências Multiprofissionais: aproximações e vazios expressos nos discursos que retrata a percepção dos residentes sobre a Prática colaborativa nas Residências, suas potencialidades e desafios e
- Nível de colaboração Interprofissional nas Residências que sumariza o nível de Colaboração Interprofissional nas Residências multiprofissional de Saúde da Família e Saúde Mental da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia do município de Sobral, segundo o referencial de D'Amour (2008).

6.1 Diretrizes Pedagógicas que orientam a formação dos residentes

Na condução da análise dessa categoria foram considerados os Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) que regimentam os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e em Saúde Mental (RMSM). Importante esclarecer que o PPC se configura como um plano político pedagógico de programas, pensado e traçado de modo coletivo, com base em princípios e valores políticos educativos que acreditam e adotam como proposta para alcançar os objetivos na formação (PÜSCHEL, 2011).

Os PPCs apresentam normatizações específicas, conforme os contextos de inserção dos cursos. Considerando isso, frisa-se que as residências multiprofissionais em saúde são regidas pelas diretrizes da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS); essas norteiam os projetos pedagógicos dos cursos de residências multiprofissionais em saúde desenvolvidos pelos programas de pós-graduação (BRASIL,

2012 b).

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Saúde Mental apresentam PPCs que orientam quanto aos objetivos, ações, estratégias educacionais, curriculares e gerenciais para a operacionalização das residências. Sobre os objetivos da RMSF destaca-se:

“Desenvolver, junto às categorias profissionais, uma atuação em equipe de forma cooperativa, interdisciplinar e ética, interagindo com a cultura da comunidade na qual estão inseridas e de forma articulada com os outros profissionais que atuam no Sistema de Saúde, bem como, nas outras políticas públicas locais” (PPC – Saúde da Família).

A RMSF apresenta, claramente em seu objetivo, a indução para uma Prática Colaborativa (PC), pois traz o interesse em explorar uma atuação profissional que respeita o valor do outro e a potência de cooperar significativamente na resolução de problemas que afetam a saúde de pessoas e coletividades; tudo isso instigado pelo desenvolvimento de um trabalho em equipe efetivo.

A necessidade que demanda uma formação para o desenvolvimento da PC repousa na complexidade do sistema de saúde e na importância do trabalho articulado em todos os níveis de atenção, para trazer melhores respostas e maior qualidade para pessoas e serviços. Tal questão, denota o respeito aos princípios legais da política do SUS na produção da saúde e uma ruptura com o modelo biomédico (SCAGER et al., 2016).

Além da intencionalidade de uma formação alicerçada pelos princípios do SUS, a RMSM fomenta movimentos transformadores da Atenção Psicossocial por meio do fortalecimento das premissas da Reforma Psiquiátrica. Contudo, há que se ressaltar a expressão disso em objetivos claros e metas específicas para a formação.

“A principal motivação é a contribuição para a formação de diferentes categorias profissionais [...] com vistas à apropriação de saberes e desenvolvimento de práticas que condizem com princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da atenção psicossocial” (PPC – Saúde Mental).

Os objetivos condizem com a construção de um modelo da assistência articulado com uma rede de apoio e cuidado as pessoas com sofrimento mental, levando em consideração as preconizações da reforma psiquiátrica brasileira pautadas em novos saberes, práticas e socialização, desconstruindo e resignificando valores culturalmente adquiridos que proporcionem melhor qualidade de vida ao indivíduo que está em sofrimento psíquico (MUNIZ et al., 2014).

O processo de formação das Residências propõe que ela ocorra em serviço, considerando as peculiaridades do contexto, estimulando uma formação articulada com a realidade. A partir da análise dos PPCs, verificou-se que os dois programas estão alinhados a essa premissa, conforme sinalizam os trechos destacados a seguir.

“A proposta pedagógica fundamenta-se nos princípios básicos do Interacionismo (Modelo Sócio-Cultural), que reconhece o indivíduo como sujeito ativo de seu próprio conhecimento, construindo significados e definindo sentidos e representação da realidade de acordo com suas experiências e vivências” (PPC – Saúde da Família)

“A metodologia utilizada está centrada na problematização que considera como premissa da educação a realidade circundante do indivíduo, suas vivências e experiências, seus saberes e conhecimentos anteriores” (PPC – Saúde Mental)

Os PPCs trazem importantes incitações para uma prática de atenção à saúde implicada com a realidade, mediante estímulo da formação de um sujeito ativo, reflexivo e problematizador. Essas questões influenciam no desenvolvimento de posturas colaborativas, pois reconhecem e valorizam o envolvimento de todos os atores para resultados adequados, as diversas realidades encontradas no processo saúde-doença dentro dos territórios, desenvolvendo assim, trabalho político e pedagógico que tragam respostas as essas problemáticas. Compreende cuidado colaborativo em saúde, quando se processa a interação dos diversos saberes dos núcleos profissionais, com o objetivo comum de trazer respostas as necessidades de saúde dos usuários (MULVALE et al., 2016).

Coadunando com as propostas pedagógicas e incitando a formação ativa e contextualizada, os PPCs anunciam as estratégias educacionais a serem incorporadas no cotidiano do ensino das Residências.

“Oficinas, grupos de estudo, estudo dirigido, seminários, e discussões em roda de equipe multiprofissional e em Rodas de Categoria” (PPC - Saúde da Família).

“Por objetivar o desenvolvimento cognitivo, crítico, reflexivo e autônomo dos educandos, utilizando-se como estratégias: dinâmicas, trabalhos em grupo, aplicação de jogos, estudos de caso, dramatização, entre outros” (PPC – Saúde Mental).

O evidenciado nos trechos se articula com as proposituras previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Isso porque essas demonstram a importância de reorientar a formação dos profissionais de saúde, com competências não apenas teóricas e técnicas, mas também sócio, político, ético e humano comprometido com a consolidação do SUS; desenvolvendo, ainda, capacidades crítica e reflexiva, centradas nas necessidades de saúde do usuário, tomando a melhor conduta, respeitando todas as categorias na integralidade do

cuidado, refletindo aspectos individuais e da formação pedagógica (COSTA; BORGES, 2015).

Assim, reconhece-se que as habilidades docentes no desenvolvimento de uma formação implicada e articulada com o SUS, e sustentada na interação são importantes. Pois, as escolhas metodológicas de condução da aprendizagem traduzem uma ação docente, segundo Freire (2011), que se torna a base de uma boa formação, contribuindo, desse modo, para a construção de uma sociedade pensante.

Faz-se necessária, então, uma proposta de aprendizagem construída participativamente com o aluno, que eduque para autonomia com metodologias inovadoras e motivadoras, utilizando-se da pesquisa, trabalhos em grupos como meio de aprofundar, trocar e resignificar conhecimento, descobrindo novas práticas e saberes (BORGES; ALENCAR, 2014).

A adoção dessas estratégias educacionais fomenta o desenvolvimento de uma consciência e de competências colaborativas, pois promove, desde a formação, uma atuação dialogada, integrada e fortalecida pela interação. A esse movimento, soma-se a aproximação entre as categorias e a inserção no processo de trabalho dos serviços de saúde, previstas nos PPCs.

“Outras possibilidades de integração multiprofissional residirão no âmbito da atenção prestada nos CAPS, nos Centros de Saúde da Família e na Rede Socioassistencial. Os residentes de saúde mental também se incorporarão ao cotidiano da Estratégia Saúde da Família, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade de Sobral e dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), mediante a vivência de matriciamento em saúde mental” (PPC – Saúde Mental).

“Metodologias criadas na perspectiva de garantir o aprimoramento do fazer do residente dando-lhe a oportunidade de interagir com experiências de trabalho em unidades de saúde tanto da Atenção Primária, como Secundária e até a Terciária” (PPC – Saúde da Família).

“Residência Multiprofissional de Saúde Mental, ancorada na RAISM [Rede de Atenção Integral à Saúde Mental], a qual apresenta características peculiares e caráter inovador, vai ao encontro da necessidade de formar profissionais com o perfil necessário para atuar no SUS” (PPC – Saúde Mental).

O exposto incita resgatar D’Amour et al. (2008) e suas contribuições sobre trabalho colaborativo. Tem-se, então, como colaboração situações em que profissionais de diferentes áreas trabalham juntos somando conhecimentos, para prover a melhor atenção à saúde dos usuários, com um sentimento de pertencimento de grupo, sendo as responsabilidades compartilhadas, reduzindo as competições ou disputas de saber e/ou poder, proporcionando um ambiente harmônico de complementaridade nas relações pessoais e profissionais.

Com isso, permite-se refletir a PC vai além das questões interprofissionais. Planejar o cuidado priorizando as pessoas e suas necessidades de saúde, sem interesses profissionais ou dos serviços envolvidos se mostra como potente mudança para um modelo de atenção, com maior qualidade e racionalidade nos custos para o sistema de saúde (PEDUZZI,2016).

Todas as questões apresentadas requerem o desenvolvimento de competências. Em razão disso, estratégias capazes de averiguar a formação com vistas ao estímulo da PC precisam ser adotadas, as avaliações do processo de aprendizagem.

“A proposta de avaliação da RMSF é coerente com o modelo do currículo integrado e traz em seu contexto a abordagem por competência dentro de uma concepção dialógica que possibilita a reflexão sobre as práticas profissionais e uma construção dialogada entre os mundos da escola e do trabalho com a sociedade, a partir da explicitação de diferentes interesses, valores e saberes, social e historicamente constituídos” (PPC – Saúde da Família).

“A avaliação está alinhada à metodologia problematizadora, que prima por aspectos da formação pessoal e profissional do residente, para além do nível de classificação por notas” (PPC – Saúde Mental).

Desse modo, infere-se que a avaliação do residente deve valorizar a aprendizagem com base nas trocas de experiências, fortalecendo reflexão crítica e apontando para construção de novos saberes e práticas. Nesse modo pedagógico e avaliativo inovador, o desenvolvimento qualitativo e crescimento profissional está para além de notas, tendo caráter diferenciado, no momento avaliativo do residente. Atentando para as necessidades de mudanças na formação, a avaliação deve compreender as dimensões científica, teórica, técnicas, práticas como destreza e habilidades manuais, com capacidade reflexiva, arguição e poder de decisão (MELO; QUELUZI; GOUVEIA, 2014).

Considerando as diretrizes pedagógicas expressas nos PPC, passa-se a examinar as evidências expressas no sistema de registro das ações desenvolvidas pelos residentes em seu processo de formação-trabalho.

6.2 Evidências objetivas da atuação interprofissional dos residentes

As análises dos registros de monitoramento foram referentes ao período de maio 2018 a junho de 2019. Importante salientar que essa análise se restringiu à Residência Multiprofissional em Saúde da Família, visto à inexistência de registros das atividades desenvolvidas pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Isso está associado ao fato

que esse monitoramento foi proposto, inicialmente, para a RMSF.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família utiliza o Sistema de Informação da Residência Multiprofissional (SIREMU) para registro de suas atividades. Esse sistema foi desenvolvido em 2010 a partir de uma pesquisa financiada pelo Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), via Ministério da Saúde/CNPq/FUNCAP, com o apoio da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. (BRASIL, 2017).

O Sistema de Informação da RMSF de Sobral consolida as ações desenvolvidas pelos os Residentes, no seu campo de atuação por meio de eixos fundamentais como: perfil dos usuários, visitas domiciliares, compartilhamentos de situações de saúde, tipos de atendimento individuais e articulação com outras redes do SUS, sendo utilizada como ferramenta de monitoramento, avaliação e planejamento das ações, além de fortalecer e orientar a política de educação permanente em saúde no modelo de RMSF como estratégia na construção de novas práticas de saúde no SUS (RIBEIRO et al., 2015).

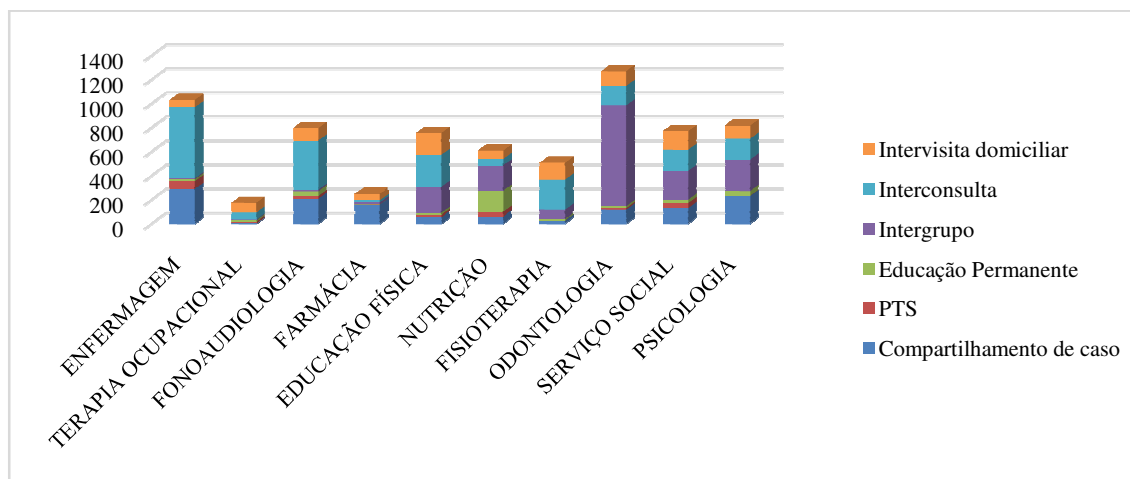
Considerando a especificidade desse estudo, foram analisadas junto ao SIREMU as atividades que se alinhavam ou anunciavam a interprofissionalidade, o trabalho colaborativo. Assim, foram explorados os eixos referentes às ações de matriciamento e de compartilhamento.

6.2.1 Das ações de matriciamento

No período analisado, as ações de matriciamento desenvolvidas pela RMSF contabilizaram 6.980 atividades que envolvem: a) intervisita domiciliar – atendimento domiciliar realizado por mais de uma categoria profissional; b) interconsulta – consulta realizada de forma interprofissional; c) intergrupo - atividades de educação em saúde para os usuários com participação de diversos profissionais; d) educação permanente – formação de profissionais e trabalhadores dos serviços de saúde; e) Projeto Terapêutico Singular (PTS) – condutas terapêuticas planejadas e articuladas interprofissionalmente; f) compartilhamento de caso – partilha de informações entre diversos profissionais.

Na Figura 3, analisa-se a distribuição dos registros dessas ações entre as categorias profissionais dos residentes em maio de 2018 a junho de 2019, destaca-se a interconsulta (2.160, 30,9%), intergrupo (1.890, 27,1%) e o compartilhamento de caso (1.275, 18,3%).

Figura 3– Distribuição das ações de matriciamento realizadas pelos residentes. Sobral, Ceará, 2019.



Fonte: Elaborada pela autora.

Os achados permitem identificar evidências práticas do desenvolvimento, ainda que inicial, de atividades interprofissionais pelos residentes, especialmente quando se considera o trabalho interprofissional realizado por meio da construção coletiva com base no diálogo, reflexão das práticas, respeitando a diversidade e singularidade, dos papéis profissionais e da tomada de decisão compartilhada. Mesmo reconhecendo a importância do trabalho sob essa perspectiva, reitera-se o desafio de formar profissionais para trabalharem juntos em uma realidade que institui uma formação separada (ARAÚJO et al., 2017).

Na Figura 3, verifica-se a realização de ações intergrupos, dimensionadas nas práticas promotoras de saúde. Os residentes que mais desenvolvem momentos de intergrupos são os odontólogos (838 ações, 44,34%), psicólogos (263 ações, 13,9%), assistentes sociais (240 ações, 12,7%), educadores físicos (217 ações, 11,5%) e nutricionistas (211 ações, 11,2%). Ressalta-se a expressiva inserção da odontologia nessas atividades, denotando uma atuação para além da prática clínica comumente associada à categoria.

O exposto dialoga com Silva (2014) quando menciona que a educação em saúde tem sido uma estratégia de promoção de saúde utilizada pelos profissionais nos espaços coletivos de grupos, dialogando saberes e trabalhando autonomia e corresponsabilidade das pessoas. Isso reforça a necessidade do desenvolvimento de competências profissionais que valorizem essas práticas e as potencializem como importantes para a efetividade do processo de trabalho em saúde; esse aspecto coaduna com a proposta das Residências Multiprofissionais em Saúde constituem-se como uma possibilidade de desenvolver um processo formativo de ensino e serviço que objetiva inovar e renovar as práticas em saúde, para efetiva integralidade da assistência (TORRES, 2019).

A análise das atividades desenvolvidas ainda permite explorar o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este tem expressividade maior nas categorias de enfermagem (66; 29,7%), nutrição (40; 18%) e serviço social (43; 19,4%), inferindo-se serem essas as categorias que mais promovem o diálogo interprofissional na RMSF.

Ceccim (2017) esclarece que o PTS se configura como um conjunto de condutas terapêuticas e cuidadoras articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, no qual se busca entender o sujeito em sua singularidade e em um contexto assistencial sustentado pelo vínculo. Trata-se, então, de uma tecnologia para a gestão do cuidado. Com isso, carrega na expressão da sua nomenclatura significados específicos daquilo que representa: a) Projeto, pois se trata de uma construção inacabada, aberta a provisoriedade e reconfigurações. b) Terapêutico, uma vez que experimenta o cuidado como uma construção de sentidos de práticas de saúde. c) Singular, porque se refere ao sujeito/família na produção do cuidado de si. Essa tríade possibilita uma prática colaborativa, participativa, formativa e compartilhada (GRIGOLO et al., 2015).

A inclusão do PTS como prática importante no processo de formação dos residentes incita reconhecer um modelo de educação que estimule a construção de uma consciência crítica, criativa e indagadora, de modo que os profissionais reconheçam a realidade como mutável e que necessita de transformação. Articulado a isso, ter-se o trabalho em saúde como, essencialmente, relacional faz com que a formação seja pensada e problematizada a partir da necessidade de visão do mundo, dos valores, da postura ético-política e dos afetos profissionais (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2014).

6.2.2 Das ações de compartilhamento

Foram realizadas 23.776 ações de compartilhamento no período analisado, o que representa a participação de mais de uma categoria profissional na articulação de saberes sobre um determinado caso. Na Tabela 1, constam os quantitativos de compartilhamentos de ações dos residentes com as demais categorias das equipes na Estratégia Saúde da Família.

Tabela 1- Quantitativos de ações compartilhadas pelos residentes no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com os profissionais dos serviços. Sobral, Ceará, 2019.

Categorias profissionais dos serviços de saúde	Residentes Enfermagem		Residentes Terapia Ocupacional		Residentes Fonoaudiologia		Residentes Farmácia		Residentes Educação Física		Residentes Nutrição		Residentes Fisioterapia		Residentes Odontologia		Residentes Serviço Social		Residentes Psicologia		Total de ações compartilhadas por categorias profissionais dos serviços	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Terapia Ocupacional	21	1,29	127	13,57	55	2,99	0	0,00	126	3,66	210	5,52	2	0,14	86	1,50	115	7,32	113	3,87	855	3,60
Educação Física	59	3,62	98	10,47	70	3,81	124	24,65	1222	35,46	324	8,52	142	10,21	706	12,31	170	10,82	512	17,54	3427	14,41
Fisioterapia	96	5,88	26	2,78	32	1,74	192	38,17	147	4,27	595	15,64	14	1,01	606	10,57	82	5,22	138	4,73	1928	8,11
Serviço Social	90	5,51	90	9,62	81	4,41	31	6,16	201	5,83	91	2,39	105	7,55	62	1,08	219	13,94	248	8,50	1218	5,12
Nutrição	32	1,96	165	17,63	106	5,77	0	0,00	158	4,59	104	2,73	25	1,80	1222	21,31	82	5,22	61	2,09	1955	8,22
Enfermagem	198	12,13	65	6,94	445	24,21	43	8,55	201	5,83	218	5,73	204	14,67	368	6,42	191	12,16	223	7,64	2156	9,07
Psicologia	99	6,07	2	0,21	136	7,40	1	0,20	82	2,38	179	4,70	156	11,21	516	9,00	26	1,65	21	0,72	1218	5,12
Farmácia	3	0,18	9	0,96	5	0,27	4	0,80	82	2,38	2	0,05	73	5,25	284	4,95	24	1,53	28	0,96	514	2,16
Médico especialista	11	0,67	1	0,11	18	0,98	0	0,00	6	0,17	1	0,03	2	0,14	5	0,09	3	0,19	7	0,24	54	0,23
Médico Saúde da Família	476	29,17	1	0,11	38	2,07	0	0,00	17	0,49	31	0,81	37	2,66	77	1,34	35	2,23	120	4,11	832	3,50
Odontologia	35	2,14	2	0,21	92	5,01	0	0,00	99	2,87	1203	31,62	12	0,86	424	7,39	11	0,70	476	16,31	2354	9,90
Fonoaudiologia	196	12,01	68	7,26	75	4,08	0	0,00	66	1,92	55	1,45	113	8,12	49	0,85	39	2,48	93	3,19	754	3,17
ACS	190	11,64	233	24,89	473	25,73	70	13,92	932	27,05	757	19,89	430	30,91	1330	23,19	529	33,67	656	22,47	5600	23,55
Gerente	47	2,88	21	2,24	79	4,30	19	3,78	25	0,73	10	0,26	23	1,65	0	0,00	10	0,64	60	2,06	294	1,24
Preceptoria de Núcleo	13	0,80	2	0,21	38	2,07	7	1,39	14	0,41	0	0,00	5	0,36	0	0,00	10	0,64	12	0,41	101	0,42
Tutoria	66	4,04	26	2,78	95	5,17	12	2,39	68	1,97	25	0,66	48	3,45	0	0,00	25	1,59	151	5,17	516	2,17
Total de ações compartilhadas por categoria de residentes	1632	6,86	936	3,94	1838	7,73	503	2,12	3446	14,49	3805	16	1391	5,85	5735	24,12	1571	6,61	2919	12,28	23776	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Os dados na Tabela 1 mostram que o maior quantitativo de compartilhamento de ações dos residentes é com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com 5.600 (23,55%) casos compartilhados. As categorias terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia, odontologia, serviço social e psicologia são as tiveram maiores compartilhamento de caso com os ACS.

O ACS é um importante profissional dentro da equipe, para sensibilizar, articular e mobilizar as ações de saúde no território, facilitando a imersão de novos atores nessa construção. Gomes et al. (2016) destacam a importância do ACS como agenciador do vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, articulando os saberes técnicos dos profissionais e o saber popular da comunidade em que está inserida, promovendo um equilíbrio com potencialidade emancipatória das práticas de saúde.

Os residentes que mais realizaram compartilhamento de casos foram os odontólogos (compartilhando 5.735 casos, 24,12%), os nutricionistas (com 3.805 casos, 16%) e os educadores físicos (com 3.446 casos, 14,49%). Esse fato representa um estreitamento de relações e ampliação de saberes entre diversas categorias.

Sobre isso, faz-se necessário resgatar Campos (2000) e sua proposição para a definição de campo e núcleo. “Núcleo” representa atuação específica e demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional. Já “campo” é tido como um espaço com limites imprecisos, em que cada disciplina e profissão busca apoio para responder às demandas que se apresentam no seu cotidiano profissional.

Os dados revelam, ainda, que os residentes enfermeiros compartilharam mais casos com os médicos do Saúde da Família, com 476 (29,1%) casos compartilhados. Isso denota uma aproximação e maior diálogo entre enfermeiro e médico, buscando romper com hierarquias históricas que distanciam os profissionais e aproximando os residentes aos profissionais da equipe mínima.

Nesse ínterim, resgata-se a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) como implicada na formação de profissionais com competências para o trabalho no SUS, fortalecendo a construção de um saber interdisciplinar dos profissionais da equipe mediante a educação permanente no serviço, reorientando e ampliando o olhar para as práticas tecnoassistenciais, valorizando as necessidades e os condicionantes de saúde (SILVA, 2016).

Apesar da interação dos residentes que compõem a residência em saúde da família com diversas categorias, verifica-se que os residentes da educação física possuem mais compartilhamento de caso com profissionais da mesma categoria (com 1.222 casos, 35,46%). Esse fato revela que, embora participem de muitas ações interprofissionais como está exposto

na Tabela 1, ainda existe a carência do compartilhamento de casos e saberes.

Faz-se importante propor e incorporar estratégias que potencializem o compartilhamento de casos dos residentes de Educação Física, pois sua não realização foge aos preceitos que institucionalizam as residências multiprofissionais em saúde. Essas estruturam-se em uma prática de compartilhamento e que consideram relevante a colaboração entre os profissionais, produzidas por uma educação interprofissional, ressignificando as práticas e potencializando o trabalho e as respostas das equipes diante das complexas necessidades do cuidado em saúde (ARRUDA, 2016).

A análise do SIREMU permite reconhecer a residência como um cenário inovador para consolidação de práticas colaborativas interprofissionalmente, compatível com o compartilhamento e acolhimento dos saberes com foco na integralidade da atenção, de modo a alcançar melhores condições para o trabalho em equipe e maior proveito nas ações entre as diversas categorias (CECCIM, 2018).

A apreensão de uma realidade se dá por aproximações. Tendo dirigido lentes para os resultados da prática colaborativa vivenciadas pelos residentes por meio das ações desenvolvidas, segue-se, na próxima sessão a traduzir as percepções dos residentes sobre estas vivências.

6.3 Formação para a Prática Colaborativa nas Residências Multiprofissionais: aproximações e vazios expressos nos discursos

Com vistas a reconhecer os sentidos da Prática Colaborativa para os residentes em Saúde da Família e Saúde Mental, foram conduzidos grupos focais que instigassem a reflexão sobre as contribuições, competências, contratualizações e governança das RMSF e RMSM para a Prática Colaborativa.

Depreende-se que as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) têm como objetivo comum o desenvolvimento de práticas interprofissionais, de modo a implementar o cuidado integral na assistência de saúde (CASANOVA, 2015). São, portanto, comprometidas com a formação de prática multiprofissional e com os princípios do SUS, tem o foco no ensino e aprendizagem no ambiente de atuação profissional e contribuem com reflexões e transformações das práticas (ARRUDA, 2016). Coadunando, os residentes em Saúde da Família apresentam contribuições da Residência para a Prática Colaborativa e suas repercussões para o processo de trabalho.

“O papel da residência é que a gente esteja se apropriando dos espaços para além da nossa categoria profissional” (R4 - RMSF).

“O ponto central da prática colaborativa é onde eu possa colaborar e construir em conjunto com as demais pessoas ali, inclusive os usuários, e assim eu acho que o ponto principal de colaboração da residência para desenvolver isso dentro do serviço é a composição de uma equipe que tem que resolver as coisas juntos no dia a dia do território” (R7- RMSF)

O exposto incita reconhecer como a Prática Colaborativa se manifesta concretamente na realidade de formação em serviço dos residentes. São sinalizadas algumas atividades consideradas como coerentes com a Prática Colaborativa pelos residentes em Saúde Mental; entretanto, são referidas tímidas discussões sobre o trabalho interprofissional e a Prática Colaborativa como subsídio teórico para a condução de processos de trabalho em saúde.

“[...] teoricamente, a gente não tem mesmo essa fundamentação forte sobre trabalho interprofissional. A gente tem algumas dificuldades nos momentos teóricos mesmo, algumas fundamentações ficaram muito frouxas, não foi o suficiente” (R2- RMSM).

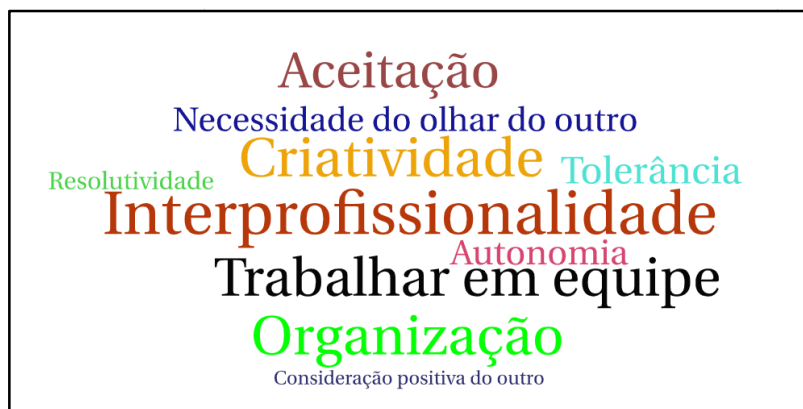
“Eu consigo perceber a quantidade de tecnologia leve que a gente consegue desenvolver diariamente nos grupos, nas visitas, nas atividades, nos atendimentos, nas rodas, nas educações permanentes, então eu consigo perceber que essa prática colaborativa, puxando pro lado interprofissional a quantidade de tecnologias leves que a gente desenvolve” (R5 – RMSM).

As falas dimensionam a Prática Colaborativa como associada ao desenvolvimento de atividades mediadas por tecnologias leves. Cabe ponderar que a Prática Colaborativa deve permear todo o processo de trabalho em saúde, não se restringindo ao exposto; situação que denota um entendimento limitado sobre o conceito e práticas.

Ademais, reconhece-se que as Práticas Colaborativas e interprofissionais requerem maior interação entre as categorias, incentivo ao compartilhamento e reconstrução de saberes nos espaços de atuação. Percebem-se, nas falas, intencionalidades provocadas pela aprendizagem significativa, princípio fundamental das RMS, que propõe ao residente um papel mais ativo no processo de trabalho, ressignificando sua prática profissional a partir do raciocínio, da crítica e da transformação (TORRES, 2019).

Esse processo de ressignificação induz ao desenvolvimento de competências necessárias ao desenvolvimento do trabalho em equipe. Quando questionados sobre as competências adquiridas por meio das residências, os residentes trouxeram, em suas falas, expressões que traduziam essas competências.

Figura 4 – Nuvens de palavras com competências mais citadas pelos residentes em saúde da família e saúde mental. Sobral, CE, 2019



Fonte: Dados da pesquisa.

As competências, por vezes, foram sinalizadas de forma coincidente entre os residentes. Reflete-se, com isso, o desenvolvimento de competências que transcendem aquelas previstas nos PPCs dos cursos, revelando currículos ocultos e vivos responsáveis pela formação profissional direcionada para a Prática Colaborativa. Isso coaduna com as diretrizes internacionais para as políticas de saúde e de formação em saúde que indicam a necessidade de um novo modo de produzir saúde, com um olhar ampliado de equipe multiprofissional e interdisciplinar em continua construção, de modo a promover a criticidade e autonomia para tomada de decisões. (COSTA, 2017).

“Eu penso numa palavra de competência a autonomia, autonomia tanto do sujeito quanto do profissional, a partir do momento que o profissional ele arca com o compromisso, se responsabiliza por um processo, ele também tem, digamos, potencial de empoderar o usuário e facilitar esse trabalho em equipe” (R5 – RMSF)

No cenário atual convive-se com a mudança do perfil epidemiológico e demográfico da população, o retorno de doenças antes controladas e uma conjuntura social e econômica com grandes implicações no aumento das desigualdades sociais, além da crescente complexidade das necessidades e dos problemas de saúde das pessoas (COSTA et al., 2018). Isso requer práticas em saúde que ultrapassem a dimensão técnica, havendo um direcionamento para o olhar humano e social (TORRES, 2019). Por isso, a autonomia no processo de produção da saúde é tida como transformadora nas relações humanas, sociais e interprofissionais, especialmente ao reconhecer o território como um espaço vivo e dinâmico.

Além da mutabilidade imposta pela realidade do território, e das pessoas e

coletividades, o próprio trabalho em saúde apresenta tensões na sua concretude. Os residentes em Saúde Mental mencionam fatores (competitividade e não reconhecimento do papel do residente) que interferem no potencial de contribuição destes na Atenção à Saúde e para o efetivo trabalho em equipe.

“As relações interpessoais, às vezes, ficam muito prejudicadas [...] uma sensação de competitividade que acaba atrapalhando [...] justamente por a gente recebe uma bolsa que é um valor maior geralmente do que os salários” (R2 – RMSM)

Os residentes em Saúde Mental ainda refletem que a existência de dificuldades na colaboração entre os membros da equipe se dá em razão da existência de relações conflituosas e distantes. Isso reverbera nas práticas dos residentes, pois produzem sentimentos de desmotivação e prejudicam a qualidade da assistência e o relacionamento com os residentes.

Com vistas a minimizar essas questões, uma importante estratégia é a contratualização entre residente, apoiador pedagógico, preceptor de núcleo, gerência do serviço de saúde e usuário, por meio da qual a inserção do residente no território e as ações desenvolvidas são pactuadas. Destaca-se que os mediadores fundamentais para a contratualização e pactuação do processo ensino-aprendizagem-trabalho dos residentes e equipes dos territórios são os docentes, nas funções de tutoria e preceptoria de núcleo (categoria).

“Vale ressaltar a importância da figura do Tutor e do Preceptor de categoria [...] eu acho que essas duas figuras fazem total diferença, se não existissem seria uma extensão da equipe mínima do jeito que é atualmente no território e a gente enquanto residente faz diferente” (R7 – RMSF)

“Às vezes, o tutor meio que se perde nessa relação, de ao mesmo tempo que ele está ali numa relação mais pessoal com o residente, às vezes ele também tem que estar ali com o gerente e às vezes isso traz um pouco de conflito” (R4-RMSM)

A mediação dos processos formativos em serviço apresenta implicações, aspecto que ressalta a importância da inserção do tutor e do preceptor para potencializar os processos de aprendizagem. Estes, Ceccim et al. (2018), facilitam o diálogo entre o ensino e aprendizagem e o desenvolvimento de competências profissionais para o trabalho no SUS. Desse modo, o profissional de saúde, no exercício da preceptoria e tutoria, deve articular os conhecimentos e práticas nos âmbitos da atenção, gestão e educação na saúde, a fim de colaborar com a organização dos serviços e o compartilhamento de saberes. Somado a isso, têm-se atividades para a gestão desses processos.

“A gente procura fazer esse trabalho também em conjunto, escutar os usuários, escutar os participantes para ver quais os desejos, quais as vontades deles, os lugares que eles desejam conhecer” (R1 – RMSF).

“A Roda multiprofissional que a gente faz no território tinha o objetivo de planejar e deixar amarrado esses compromissos de trabalho que a gente vai fazer durante aquele período da semana [...] Ela é um espaço onde a gente vai se organizar nessas demandas e pensar o que fazer” (R7 – RMSF)

“Essa questão da organização do compromisso, desses planejamentos que são feitos junto com a equipe, se necessário ser por setor, a gente faz também esse planejamento por setor, ou então através de GDs [Gerenciamentos Diários]” (R9 – RMSF).

Os residentes apresentam rotinas de planejamento das atividades, de modo a otimizar suas práticas na formação em serviço e colaborar com a atenção à população. Nessa afirmativa, resgatam-se Silva e Natal (2019) ao esclarecerem que a atuação do residente vinculada ao cotidiano de trabalho objetiva a transformação do processo e da organização de trabalho e das práticas profissionais. Com isso, possibilita mudanças nas relações, nos processos e nas respostas às necessidades de saúde da população.

Reconhecendo as especificidades dos dois Programas de Residências analisados, os residentes em Saúde Mental trazem reflexões sobre as agendas de atividades e as rodas multiprofissionais, tencionando potencialidades e desafios destas, especialmente na realidade dos serviços.

“Eu acho que um espaço que a gente precisa lutar mesmo de fato para que permaneça, não só no serviço como também nas atividades da própria residência são as rodas, que além de ser esse espaço de reflexão é um momento mais coletivo dentro do serviço, um espaço que eu considero um dos mais potentes nessa questão de fechar esses compromissos” (R1 – RMSM).

“São várias [...] atividades que a gente tem que fazer [...] Com os usuários é diretamente, e com a gerência do serviço ... fica muito mediado pelo tutor que está ali nos acompanhando” (R5 – RMSM).

Outro importante ponto no processo formativo dos residentes refere-se à governança no trabalho em saúde e sua implicação para o desenvolvimento de Práticas Colaborativas. Sobre isso, questionou-se junto aos residentes sobre desafios enfrentados pela governança para a colaboratividade.

“Eu vejo a liderança mais rígida e ela vai se flexibilizando até chegar lá no posto de saúde [...] a da Escola ela é dialogada, fora da Escola ela não é tão dialogada, aqui a gente trabalha, mais essa horizontalidade, corresponsabilidade” (R7 – RMSF).

“Dá pra perceber que a escola abraça muito mais a causa da saúde da família [...], como desafio também a gente tem que tentar criar um espaço da saúde mental para

os residentes, [...] porque se tem pessoas desistindo ou optando por outras coisas é porque existe alguma falha” (R1- RMSM)

É possível analisar que os residentes em saúde da família sentem-se mais acolhidos pelas instituições responsáveis pela governança do programa. Os residentes em saúde mental, em contrapartida, se consideram pouco apoiados e entendem que os desafios enfrentados prejudicam e limitam o processo de trabalho do residente em saúde mental. Questiona-se se a histórica de duas décadas da RMSF tem conferido a esta maior maturação do processo de trabalho-aprendizagem e reconhecimento social com conquista de espaços.

Quando requeridos a refletir sobre os desafios vividos pelos residentes, foi referida a inserção no mercado de trabalho, especialmente reconhecendo a residência multiprofissional como um diferencial a ser analisado e valorizado.

“Como desafio sempre vai ficar a questão de absorver esse profissional quando terminar a residência” (R2 – RMSF)

“Eu acredito ainda que falta a gente lutar e ser reconhecido nos processos seletivos também como diferencial, o residente por ter passado pelo serviço, por ter refletido, por ter trabalhado formação, política (R4 – RMSM)

Em todos os momentos de diálogo com os residentes, percebeu-se a residência multiprofissional como importante para a efetivação da prática interprofissional no SUS, especialmente em razão de uma potência na força de trabalho em saúde e no aumento da capacidade resolutiva da equipe de saúde. Há, obviamente, desafios no processo que demandam análises contínuas e olhar sensíveis para a busca de melhorias da formação dos residentes para que consigam atuar de maneira colaborativa, compreendendo a importância do trabalho em equipe.

Outrossim, observou-se, por uma curiosidade científica que os processos seletivos internos da Secretaria de Saúde do município, contemplam, em seus processos de avaliação curricular, a formação em residências, atribuindo a estes valores diferenciados. Situação similar foi identificada nos editais de seleção de mestrado das universidades locais.

Após esta análise discursiva das percepções dos residentes, adentrar-se-á, na próxima sessão na narrativa sintética da PC nos Programas de Residências ofertados pela Escola de Saúde Pública Visconde Saboia, que expressem o nível de colaboratividade existente, a partir da articulação dos resultados apreendidos pelas diferentes fontes de dados, aqui já registradas.

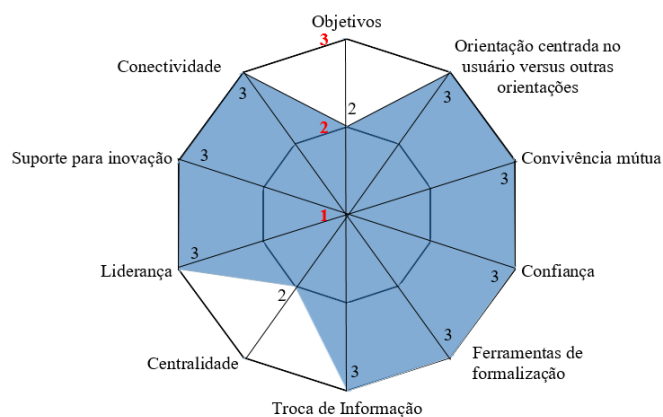
6.4 Nível de Colaboração Interprofissional nas Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e Saúde Mental

Nesta sessão, apresentam-se os resultados que buscam reconhecer a colaboração interprofissional, como competência desenvolvida pelos residentes, a partir das dimensões e indicadores propostos por D'Amour (2008), traduzidos em níveis de colaboração interprofissional.

O modelo de colaboração interprofissional analisa quatro dimensões - objetivos compartilhados e visão, internalização, formalização e governança - e dez indicadores - correspondentes a objetivos, orientação centrada no usuário versus outras orientações, convivência mútua, confiança, ferramentas de formalização, troca de informações, centralidade, liderança, suporte para inovação e conectividade. Os indicadores são analisados em um *continuum* de 1 a 3, dependendo dos níveis de realização de colaboração apresentados.

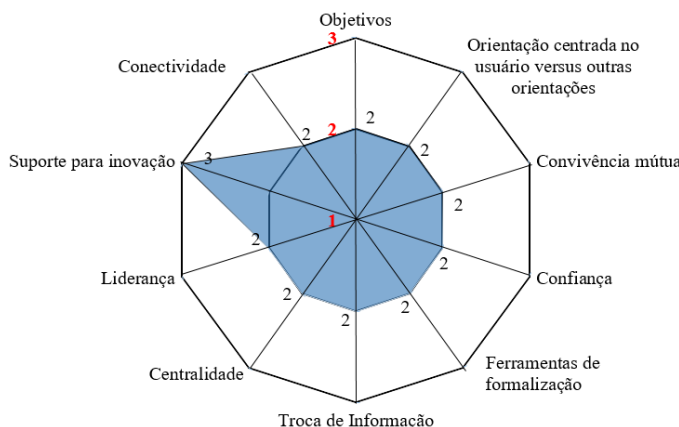
Compreendendo o exposto, e a partir dos resultados identificados nos PPCs, nos registros das atividades e nos grupos focais, foi possível dimensionar os níveis de colaboração interprofissional nas RMSF e RMSM e representá-los a partir dos Gráficos de Kiviat 1 e 2, respectivamente.

Gráfico 1- Níveis de colaboração interprofissional da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Sobral, CE, 2019.



Fonte: Própria da autora.

Gráfico 2- Níveis de colaboração interprofissional da Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Sobral, CE, 2019.



Fonte: Própria da autora.

A dimensão relacionada aos Objetivos compartilhados e visão permite analisar os objetivos comuns e sua apropriação pela equipe e se subdivide em dois indicadores: objetivos e orientação centrada no usuário versus outras orientações. A análise do indicador Objetivos permitiu inferir que as RMSF e RMSM possuem níveis equivalentes de colaboração, correspondentes ao nível 2, representando uma colaboração ainda em desenvolvimento.

Os objetivos propostos nos Projetos Pedagógicos dos cursos das RMSF e RMSM estão orientados para uma prática compartilhada que promove a interação entre as disciplinas e troca de saberes, favorecendo a interprofissionalidade, articulando os profissionais da rede, de modo a envolver os usuários, estimulando a reflexão e ressignificação das práticas, buscando respeitar os preceitos éticos profissionais e das políticas de saúde.

O indicador Orientação centrada no usuário versus outras orientações sugere a análise da existência de um posicionamento profissional horizontalizado e centrado no usuário ou em interesses privados (D'AMOUR, 2008). Assim, a RMSF obteve nível 3, representando uma colaboração ativa. Já a RMSM obteve nível 2, colaboração em desenvolvimento.

Os PPCs dos cursos de residências analisados trazem descritos a importância de valorizar os interesses dos usuários, bem como suas necessidades nas realidades dos territórios. Contudo, os residentes elucidam, nos grupos focais, que esta diretriz não é excludente, e que, por vezes, há necessidades de priorização de agendas demandas pela gestão, apesar de serem alinhadas à proposta pedagógica da instituição de ensino. Entende-se que a auscultas as necessidades dos usuários não é restrita a escuta destes e que é possível um equilíbrio entre as práticas indutoras de cuidados expressas pelos usuários, pelos gestores e pelos trabalhadores, desde que não reduzam a priorização do cuidado centrado no usuário.

Uma das estratégias que potencializam o processo de trabalho centralizado no usuário é a realização de PTS. O SIREMU permite, entre suas variáveis de registro, a identificação do PTS como atividade realizada; no caso, foi possível reconhecer, objetivamente, a realização deste na RMSF, principalmente pelas categorias de enfermagem, nutrição e serviço social. Assim, percebe-se um favorecimento a maior oportunidade de diálogo com outras categorias profissionais, de modo a centralizar o cuidado integral nos usuários.

Ainda, por meio da análise das práticas promotoras de saúde registradas no SIREMU, foi possível identificar maior participação dos residentes odontólogos nas atividades intergrupos. Tal fato incita inferir um avanço nas práticas coletivas e interprofissionais de uma categoria considerada, essencialmente, clínica. Isso ressalta o papel da residência na ampliação de novas formas de cuidado e práticas inovadoras, implementando o cuidado com autonomia do profissional, colaboração entre pares e centrada nos usuários.

No que se refere à RMSM, sinalizações subjetivas foram expressadas durante o grupo focal sobre as atividades centradas no usuário, mediante ações no grupo, visitas domiciliares e atendimentos. Esclarece-se, porém, que não há uma representação quantitativa dessas ações, o que impede a expressão de sua magnitude, em razão da ausência de registros sistematizados como o SIREMU presente na RMSF.

A dimensão Internalização, em sua essência, relaciona-se ao sentimento de pertencimento, conhecimento de valores, disciplina e conhecimento mútuo entre os profissionais (D'AMOUR, 2008). Esta dimensão possui dois indicadores: convivência mútua e confiança.

O indicador convivência mútua analisa a interação social e o sentimento de pertencimento dos profissionais a equipe (D'AMOUR, 2008). Sob o prisma desse quesito, reconhece-se que a RMSF possui nível de colaboração ativa, com nível 3, e RMSM apresenta nível de colaboração ainda em desenvolvimento (nível 2).

O modelo pedagógico organizativo dos projetos das Residências, desde sua seleção, com turmas formadas por diversas categorias para vivenciarem momentos teóricos e práticos coletivamente, potencializa uma aproximação pessoal e profissional, oferecendo oportunidades aos participantes de estarem em processo contínuo de definição e redefinição das práticas. Este fato favorece o desenvolvimento de um sentimento de pertencimento ao grupo. Foi possível apreender este sentimento presente nos residentes durante a vivência dos grupos focais.

As provocações do grupo focal também evidenciam reflexões sobre a interação

entre os profissionais. Os residentes expressam a importância de desenvolver a interprofissionalidade, a necessidade de complementariedade do outro para o cuidado integral, valorizando o saber individual de cada núcleo, e rompendo com uma formação individualizada e fragmentada estimulada, por vezes, pela formação universitária. Isso denota o reconhecimento do trabalho em equipe como essencial para a qualificação da atenção à saúde prestada.

O seu desenvolvimento representa um processo dinâmico de construção do conhecimento e reconhecimento pessoal e profissional, para uma atuação coletiva, integrada e interdependente, planejando e realizando o cuidado em saúde, compartilhando responsabilidades, a partir de objetivos comuns, com foco nos usuários e famílias. Em suma, o trabalho em equipe é tido como potente resposta às amplas necessidades vivenciadas no território, contudo é um processo em construção e transformação contínua, que envolve interação pessoal e ocupacional dos diversos profissionais (PEDUZZI, 2018; VALADÃO, LINS, CARVALHO, 2017).

Contudo, um processo de trabalho conduzido/sustentado no trabalho em equipe requer o estabelecimento da confiança. Esse se refere a outro domínio do Modelo de Colaboração Interprofissional proposto por (D'AMOUR, 2008). Nesse critério, a RMSF obteve nível 3 de colaboração, compreendendo uma colaboração ativa, e a RMSM obteve nível de colaboração em desenvolvimento, com nível 2.

Isso se confirma quando se analisa a política pedagógica dos cursos, a qual conduz que o processo de ensino-aprendizagem seja pautado na construção de relações interpessoais dialogadas e horizontais, com o estabelecimento do respeito com vistas à formação de parcerias e alianças. Cabe ressaltar, entretanto, que a concretização pedagógica da confiança e sua manifestação nas práticas do processo de trabalho dos residentes é mais evidente na RMSF quando comparada à RMSM, conforme relatos dos residentes nos grupos focais.

Esclarece-se, portanto, que o componente interacional não depende apenas em se ter oportunidades que promovam a confiança, mas envolve aspectos individuais de vida das pessoas. Diante disto, percebe-se que a interação do grupo dos Residentes em Saúde Mental com os serviços demonstra situações de conflitos. Os residentes não sentem total confiança em encaminhar casos para as unidades de referência, o que demonstra incerteza, favorecendo centralidade no cuidado e aumento da demanda no serviço especializados; isso representa uma característica que contradiz as práticas colaborativas propostas por (D'AMOUR, 2008).

Sobre a dimensão Formalização, faz-se uma reflexão sobre a eficiência e eficácia

das ferramentas e os protocolos que apoiam a organização do processo de trabalho (D'AMOUR, 2008). Esta dimensão relaciona-se a dois indicadores: ferramentas de formalização e troca de informações.

Considerando o indicador ferramentas de formalização, foi possível analisar que a RMSF possui um nível de colaboração ativo, com nível 3, enquanto que a RMSM ainda se encontra em desenvolvimento, com nível 2.

Os PPCs, além dos protocolos e fluxos estabelecidos, são vistos como um instrumento oficial para contratualização entre a instituição e os residentes. Os residentes colocam os PPCs como ponto de partida, havendo negociações com os serviços e com os usuários por meio dos grupos, consultas e visitas. Os residentes de saúde mental argumentam que a categoria médica é mais difícil para formalizar os contratos.

Entende-se que os PPCs expressam diretrizes, caminhos. Não se constituem e nem devem se constituírem como camisa de força. Desta feita, é importante que haja a flexibilidade pedagógica para processos de negociação e pactuações entre os serviços e a formação. Estes movimentos são indicadores de organicidade entre estes dois campos de conhecimentos e práticas.

Aqui, reforça-se a importância da figura dos docentes que realizam apoio institucional e pedagógico como mediadores em todos os processos de formalização de contratos, preservando o interesse pedagógico do ensino-aprendizagem no serviço, sendo como uma espécie de ponte e filtro, entre a gestão, os programas de residências e os residentes. Isso porque, segundo Dias et al. (2016), a residência propicia o estabelecimento de ações questionadoras e de ressignificação, provocadas em um contexto de aprendizagem, imbuindo um exercício contínuo de análise do sentido das práticas. Nesse sentido, a função apoio inscreve-se na perspectiva de fortalecer a formação de residentes em saúde alinhada aos princípios do SUS.

Na formalização de contratos, as rodas multiprofissionais e o compartilhamento de casos aparecem em destaque, especialmente por atuarem como espaço para o diálogo, apoiadas na perspectiva de gestão colegiada que é um prerrogativo no projeto pedagógico das residências. Há que mencionar, entretanto, que os residentes de saúde mental relatam desafios nesse processo de cogestão interprofissional. Retoma-se aqui o desafio expresso pelos residentes de estabelecimento de contratos com a categoria médica. É importante reconhecer que seguindo as definições nacionais normativas para os programas de residências no Brasil; as residências médicas só podem ser desenvolvidas uniprofissionalmente. É possível que este fato seja um fator contributivo para o desafio de contratualização e prática colaborativa entre

toda a equipe. Outrossim, registra-se que a mesma instituição de ensino que oferta a RMSM, oferta Residência Médica em Psiquiatria, podendo ser uma janela de oportunidade para avançar no trabalho em equipe e melhorar o nível de colaboratividade no campo da Saúde Mental.

Nesse contexto, faz-se importante reiterar a cogestão como uma iniciativa que preconiza a participação dos trabalhadores de saúde na gestão dos serviços e a valorização profissional, para o desenvolvimento de uma gestão democrática e que fortaleça as relações de trabalho (BRASIL,2006); aspectos que coadunam intimamente com a proposta da interprofissionalidade.

Considerando o indicador Troca de informações, obteve-se na RMSF nível 3 de colaboração, representando uma colaboração ativa, e a RMSM obteve nível 2, colaboração em processo de desenvolvimento.

Nos PPCs, há a indução para a troca de informações, estas mediadas pelas diversas vivências de aprendizagem provocadoras de contatos entre profissionais, residentes e usuários, destacando-as: Vivências de Território, Vivências Teóricas, Vivências de Extensão e Vivência de Produção Científica. Outra evidência importante é verificada pelo compartilhamento de casos realizados entre os residentes e a equipe de saúde, como é possível identificar pelos registros do SIREMU.

A última dimensão, governança, traz reflexões sobre o caráter organizacional e diz respeito à centralidade, liderança, suporte para inovação e conectividade. Ao analisar o indicador Centralidade nas residências multiprofissionais em Saúde da Família e Saúde Mental, foi possível obter pontuações correspondentes a um nível de colaboratividade em desenvolvimento (nível 2) em ambas.

Os residentes em Saúde da Família expõem a existência de atividades demandadas pela gestão municipal que se sobrepõem as atividades da Residência. Tal aspecto é reforçado pelos residentes de Saúde Mental quando argumentam o desafio de lidar com as relações hierárquicas que ainda existem, o que limita o fazer e está em desacordo das proposições previstas nos PPCs.

Este desafio de alinhamento entre o trabalho e a formação é ao mesmo tempo a potencial da formação em residência, visto que esta modalidade formativa se concretiza no e para o trabalho. Situação ainda não muito bem entendida e incorporada por todos os sujeitos envolvidos neste processo. Para Franco e Merhy (2013), há, portanto, a necessidade de investir em estratégias que reconhecem o trabalhador da saúde como um ator ativo no processo do cuidado, de modo a desempenhar papéis para além de cumprir normas e

protocolos. Assim, é atributo dos gestores favorecer e estimular o bem-estar nas relações nos ambientes de trabalho, que se reverterá em bons resultados aos usuários.

Ao se analisar o indicador Liderança nas residências, foi possível concluir que a RMSF possui nível de colaboração ativa, representado pelo nível 3, e a RMSM encontra-se ainda com uma colaboração em desenvolvimento, com nível 2.

Durante o grupo focal, os residentes em Saúde da Família evidenciam, por suas falas, que há um poder que vem se descentralizando desde a gestão central até chegar na instituição de ensino. A liderança na instituição formadora adota estratégias mais dialogada, trabalhando a horizontalidade e a corresponsabilidade na equipe. Contudo, os residentes de Saúde Mental referem relações hierarquizadas. Estas singularidades podem estar relacionadas as coordenações, docências e trabalhadores dos serviços relacionados; considerando que ambos programas são de uma mesma instituição de ensino.

Em análise o indicador suporte para inovação, a RMSF alcançou nível 3 (colaboração ativa) e a RMSM obteve nível 2 (colaboração em desenvolvimento). O nível de colaboração obtido na RMSM pode estar associado ao fato deste programa ser mais recente do que o da RMSF e, também, de contar com um quantitativo de docentes e residentes mais reduzido, limitando as possibilidades criativas. Este contexto pode representar um desafio significativo, pois o suporte teórico é vital para a mudança das práticas profissionais que, segundo Silva (2016), percorrem um caminho que possibilita novas práticas a partir da ressignificação do processo de ensino-aprendizagem.

Sob esse olhar, remete-se à Educação Interprofissional (EIP) como uma ferramenta que capacita para efetivar a integralidade do cuidado prestado por uma equipe de saúde. A EIP induz ao processo colaborativo, fortalecendo a interdependência dos saberes profissionais, reconhecendo na prática integrada, possibilidade de aproximar os vários núcleos, excedendo a fragmentação na prestação do cuidado. Portanto, é suporte para essa inovação requerida no ensino e na prática (CASANOVA et al., 2015). E, considerando que a EIP recomenda a articulação de duas ou mais categorias profissionais, observa-se que esta prerrogativa está contemplada nos dois programas.

O indicador conectividade, último do modelo proposto por D'Amour (2008), faz referência à interligação que deve existir entre os indivíduos e as organizações, possibilitando o diálogo e construção de vínculos. Partindo dessa definição, foi possível reconhecer a RMSF em um nível de colaboração ativa (nível 3) nesse indicador. Contudo, a RMSM possui um nível de colaboração em desenvolvimento (nível 2).

Os residentes em Saúde da Família mencionam que a RMSF proporciona

momentos interativos com a equipe de saúde, de modo a concretizar a conexão, construção de vínculos e parcerias que devem existir para otimizar e qualificar a atenção à saúde. Há que mencionar, entretanto, uma realidade diferenciada referida pelos residentes de Saúde Mental, que referem certa insatisfação no relacionamento com a equipe dos serviços.

Conforme os dados apresentados, é possível concluir que nenhum indicador teve nível 1 (colaboração potencial ou latente). Esse fato indica que, por mais que haja necessidades de melhorias, as residências analisadas potencializam uma formação profissional colaborativa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A efetivação do modelo de atenção à saúde e a reorganização do sistema de saúde necessitam de reflexões sobre as práticas colaborativas, a fim de qualificar as abordagens terapêuticas, a longitudinalidade do cuidado, a qualidade de vida dos usuários e as formações profissionais.

Dessa forma, as Residências Multiprofissionais em Saúde, a partir das transformações na formação profissional e da formação em serviço, são fundamentais para o desenvolvimento das práticas colaborativas e das interações pessoais e organizacionais.

O estudo realizado, com base no referencial teórico de D'Amour (2008), comprova que as dimensões interacionais e organizacionais estão inter-relacionados e implicam nos resultados do trabalho interprofissional. Considerando-se as competências necessárias para o desenvolvimento da colaboração interprofissional na realização das atividades teóricas e práticas das residências, percebemos ser necessário repensar questões limitantes para o desenvolvimento ativo das práticas colaborativas nas residências.

Os residentes em Saúde da Família, por meio da análise dos grupos focais, PPC e Siremu, possuem colaboração interprofissional ativa. Contudo, a colaboração entre os residentes em Saúde Mental encontra-se em desenvolvimento. Os desafios enfrentados pela RMSM associam-se a pouca apropriação teórica a respeito das temáticas que envolvem a prática colaborativa e a inexistência de um instrumento de registro das ações realizadas, fatores estes fundamentais para o monitoramento, avaliação e estímulo as práticas colaborativas nos processos de trabalhos. Situação que pode estar relacionada ao fato da colaboração interprofissional ser uma temática ainda pouco difundida, sendo importante uma maior apropriação teórica sobre o tema, bem como os registros das atividades de campo para melhor avaliação e consolidação dos processos de trabalhos em equipes multiprofissional de saúde.

Apesar dos desafios, torna-se necessário reconhecer a importância do corpo docente qualificado dos cursos para o incentivo e apoio ao desenvolvimento das competências para as ações colaborativas intergrupais. Admite-se também que a integralidade da assistência pautada nos programas de residência promove a articulação de diferentes categorias profissionais e mudanças na atuação profissional nos diversos contextos territoriais, ressignificando o cuidado em saúde.

Acredita-se que os resultados obtidos nesse estudo possibilitarão aos gestores, docentes e residentes, o conhecimento e a compreensão das suas relações interorganizacionais

e interprofissionais, contribuindo para um processo de ensino-aprendizagem pautado na colaboração interprofissional e na produção do cuidado integral e de qualidade.

Contudo, torna-se necessária a ampliação de discussões acerca dessa temática nas instituições de ensino superior e nos campos de prática para que possam assegurar uma assistência à saúde mais resolutiva e o fortalecimento da formação profissional nos cursos de residência. E mediante as limitações encontrados no estudo, recomenda-se a realização de outros estudos nas instituições de ensino com vistas a promover o acompanhamento e a efetivação das práticas colaborativas.

REFERÊNCIAS

APOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica**: um guia para a produção do conhecimento científico. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

ARAÚJO, T. A. M.; VASCONCELOS, A. C. C. P.; PESSOA, T. R. R. F.; FORTE, F.D.S. Multiprofessionality and interprofessionality in a hospital residence: preceptors and residents' view. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017.

ARRUDA, G.M.M.S., BARRETO, I.C.H.C., Ricardo José Soares PONTES, F.A.L. Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 187-214, dez, 2016 .

AYRES, J.R.C.M. Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira. **Intelligere**, São Paulo, v. 2, n. 1, 2016.

BAKER, L. et al. Relationships of power: implications for interprofessional education. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 25, n. 2, p. 98-104, 2011.

BAPTISTA, T.W.F. et al. (Org.). **Políticas, planejamento e gestão em saúde**: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2015.

BARR, H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 12, n. 2, p. 181-187, 1998.

BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H.S.S. Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 16, p. 202-4, 2016.

BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**. Ano 3, n. 4, p. 119-143, jul-ago, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prêmio InovaSUS 2015**: valorização de boas práticas e inovação na Gestão do Trabalho na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da saúde. Resolução 466/12 **Diretrizes e Normas Regular de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**, Brasília; 2012a.

BRASIL. RESOLUÇÃO CNR/MS Nº 2, DE 13 DE ABRIL DE 2012. Dispõe sobre **Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde**. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Pró-Saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente e polos de educação permanente em saúde. Brasília; 2004.

BUSARI, J. O.; MOLL, F. M.; DUITTS, A. J. Understanding the impact of interprofessional collaboration on the quality of care: a case report from a small-scale resource limited health care environment. **Journal of multidisciplinary healthcare**, New Zealand, v. 10, p. 227-234, 2017.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014.

CASA NOVA, I.A.; BATISTA ,N.A.; MORENO, L.R.; Interprofessional Education and shared practice in multiprofessional health residency programs. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl.1, p. 1325-37, 2018.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. **ABCS Health Sci**. v. 40, n. 3, p. 229-233, 2015.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 41- 65, jun, 2004 .

CECCIM, R. B.; Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem :inovações no cenário brasileiro. In: TOASSI, R.F.C. (org). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

CECCIM, R. B. **Preceptoría e tutoria:** ação docente nas residências em saúde. In: Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 49-68.

COSTA, M.V.; BORGES, F.A. The Pro-PET-Health and the challenges of the professional education in health. **Interface**, Botucatu, supl. 1, p. 753-63, 2015.

COSTA, M.V..D.A. educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197- 198, 2016.

COSTA, M. V. D. **A Educação interprofissional como abordagem para a reorientação da formação profissional em saúde**. 2014. 142 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Natal, 2014.

COSTA, M. V.D. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R.F.C. (org). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

COSTA, M. V. et al. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, 2018.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRISP, N.; CHEN, L. Global supply of health professionals. **New England journal of medicine**, Boston, v. 370, n. 10, p. 950-957, 2014.

D'AMOUR, D. et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 19, supl. 1, p. 116-131, 2005.

D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations, **BMC Health Services Research**, v.8, p. 188-202, 2008.

DEMARZO, M.M.P. Transforming health professionals' education. **Lancet**, v.377, n. 9773, 2011.

DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

DIAS, I. M. A. V. et al. A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 257-267, out-dez, 2016.

FERREIRA, J.; CUNHA, C.L.F.; BASTOS, L.L. O campo científico da saúde coletiva: apontamentos para o debate para a formação da pós-graduação stricto-sensu. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v.6, n.2, p. 1254-66, 2015.

FRANCO, T.E.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 138-48.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, G. W. S., **O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde**. **Interface**, Botucatu, v. 18, Supl. 1, p. 931-43, 2014.

GOMES, R. de C.M.; SOUZA, C. D. BAGGIO, L.; WACHS, F.; **O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1637-1646, 2016.

GRIGOLO, T. M. et al. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v.7, n.15, p.53-73, 2015.

HAGGMAN-LAITILA, A.; REKOLA, L. Factors influencing partnerships between higher education and healthcare. **Nurse education today**, Edinburgh, v. 34, n. 10, p. 1290-1297, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ceará@Estados**. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>>. Acesso em: 29 de novembro de 2018.

LISTON, B. W.; WAGNER, J.; MILLER, J. A Curricular Innovation to Promote Interprofessional Collaboration. **Journal of Curriculum and Teaching**, Toronto, v. 2, n. 1, 2013.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio- histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

LUZ, M. T. Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das ciências sociais e humanas para a saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 22-31, 2011.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Qualitative research in health care**. 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

MATUDA, C.; PINTO, N.; FRAZÃO, P. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015.

MELO, M. C.; QUELUCI, G. C.; GOUVÊA, M. V. Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 706-14, 2014.

MORAES, B.A.; COSTA, N.M.S.C Compreendendo os currículos à luz dos norteadores da formação em saúde no Brasil , **Rev Esc Enferm USP**., v. 50, n.esp, p. 9-16, 2016.

MOREIRA, C. O. F; DIAS, M. A. S. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sci**.;v. 40, n.3, p. 300-305, 2015.

MULVALE, G.; EMBRETT, M.; RAZAVI, S. D. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. **BMC Family Practice**, v. 17, n. 83, 2016.

MUNIZ, Marcela Pimenta et al. Desvendando o projeto terapêutico de enfermagem em saúde mental: um relato de experiência. **Cuidado é fundamental**, v. 6, n. 1, p 132-140, 2014.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.3, n. 2, p. 5-21, 1994.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: WHO, 2010.

PAIM, J.S. Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2521-2522, 2007.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan.-mar. 2014.

PARADIS, E. et al. Louder than words: power and conflict in Interprofessional education articles, 1954–2013. **Medical education**, Oxford, v.49, no.4, p.399-407, 2017.

PEDUZZI, M.; NORMAN, I.J.; GERMANI, A.C.C.G.; SILVA, J.A.M.; SOUZA, G.C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 4, p. 977-83, 2013.

PEDUZZI, Marina. O SUS é interprofissional. **Interface**, Botucatu, v.20, n.56, p.199-201, 2016.

PEDUZZI, M. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: TOASSI, R.F.C. (Org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H.F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p.1525-34, 2018.

PIRES, R. O. M. **O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo**. [Tese]. Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2008.

PÜSCHEL, V. A. A. **A mudança curricular do bacharelado em enfermagem da Escola de Enfermagem da USP: análise documental e vivência dos participantes**. Tese (Livre Docência em Educação em Enfermagem, Currículo) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

REEVES, S. et al. The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 24, n. 3, p. 230-241, 2010.

RIBEIRO, I.F.A., BARRETO, R.M., VASCONCELOS, M. I. O. Ações desenvolvidas pela enfermagem na residência multiprofissional em saúde da família. **Essentia**, Sobral, v. 16, n. esp., p. 111-139, 2015.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSSIT, R.A.S.; BATISTA, S.H.; BATISTA, N.A. Formação para a integralidade do cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional. **Rev Int Humanid Med**, v. 3, n. 1, p. 55-6, 2014.

SCAGER, K. et al. Collaborative learning in higher education: evoking positive interdependence. **CBE life sciences education**, United States, v. 15, no. 4, p. 1-9, 2016.

SCHRAIBER, L. B. Saúde coletiva: um campo vivo. In: PAIM, J. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SCHRAIBER, L.B. Engajamento ético-político e construção teórica da produção científica do conhecimento em saúde coletiva. In: BAPTISTA, T.W.F.; AZEVEDO, C.S.; MACHADO, C.V. (Org.). **Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2015, p. 33-57.

SILVA, C.T. et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, 2016.

SILVA, L.S. e NATAL, S. (2019) Residência Multiprofissional em Saúde: análise da implantação de dois programas pela universidade federal de Santa Catarina, Brasil. **Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro**, v. 17, n. 3, p.220-250, 2019.

SILVA, M.J.S. **O conceito de saúde na saúde coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica à tomada do corpo e seu adoecimento na medicina da modernidade**. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

STAKE, R.E. **Handbook of qualitative research**. London: Sage, 1994.

SILVA, F.M.S. et al. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 3, p. 347-53, mai-jun, 2014.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009.

TORRES, R.B.S. et al. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 23, e170691, 2019.

VALADAO, P. A. S.; LINS, L.; CARVALHO, F. M. Problemas bioéticos no cotidiano do trabalho de profissionais de equipes de saúde da família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 725-744, dez, 2017.

VELLOSO, M. P. et al. Interdisciplinaridade e formação na área de saúde coletiva. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 257-271, 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.

VIEIRA, F. M. B. R. **Colaboração interprofissional no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: o caso de Sobral**. 2013. 117f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará - *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2013.

VIEIRA, M. M. F. e ZOUAIN, D. M. **Pesquisa qualitativa em administração**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2015

ZWAREBSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; REEVES, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 3, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Roteiro para extração de informações dos documentos

Título do documento:

Os objetivos declarados são indutores de uma prática colaborativa? (destacar do documento trechos que façam referências ao exposto)

As estratégias educacionais propostas se alinham com o exercício de uma prática colaborativa?

(destacar do documento trechos que façam referências ao exposto)

Há indução ou vivência interprofissional na formação do profissional do residente?

(destacar do documento trechos que façam referências ao exposto)

Estimula a existência de espaços comuns na formação de profissões da saúde? (destacar do documento trechos que elucidem)

Estimula a formação da consciência profissional orientada para a prática colaborativa

- integração, trabalho em equipe e colaboratividade? (destacar do documento trechos que elucidem)

Mecanismos educacionais que possibilitam uma formação orientada pela educação interprofissional - capacitação do corpo docente, apoio institucional, compromisso gerencial, resultados de aprendizado

(destacar do documento trechos que elucidem)

Mecanismos curriculares que orientam/possibilitam uma educação interprofissional

- logística e cronograma, conteúdo programático, objetivos compartilhados, princípios de aprendizagem para adultos, aprendizagem contextual, avaliação – (destacar do documento trechos que elucidem)

APÊNDICE 2

Roteiro para o Grupo Focal

1. Como a residência multiprofissional contribui para o exercício da prática colaborativa?
2. Quais competências são desenvolvidas no curso da residência que podem ser indutoras para um efetivo trabalho em equipe?
3. Como se dá a contratualização dos compromissos de trabalhos entre vocês? Entre vocês e os usuários, a gestão (docente, gerente da CSF)?
4. Quais as potencialidades e desafios na governança do programa no que concerne ao desenvolvimento de práticas colaborativas?

APÊNDICE 3**Matriz de sistematização da colaboração interprofissional**

Dimensão	Indicador	Evidências	Fonte da informação

APÊNDICE 4**Matriz de sistematização do nível de colaboração interprofissional**

Dimensão	Indicador	Nível de Colaboração	Evidências

APÊNDICE 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –TCLE

Convidamos o/a Senhor/a para participar da pesquisa intitulada **“PRÁTICA COLABORATIVA NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: desenvolvimento de competências e produção de sentidos para o trabalho em equipe”** sob a execução das pesquisadoras Ana Cláudia Barroso Cavalcante Paiva, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú - RENASF/UVA Ceará, sob orientação da profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias. Esta pesquisa tem como objetivo “Analisar as contribuições dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde ofertados pela Escola de Formação Visconde Saboia para uma prática colaborativa no trabalho em saúde”. Para isso, adotará duas técnicas de coleta, a análise documental e o grupo focal, sendo neste requisitada sua colaboração.

Neste sentido, solicito sua colaboração na participação da pesquisa, aceitando que registre as falas durante o grupo focal. O momento será gravado e, posteriormente, transcrito. O (a) Sr. (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras ao participar desta pesquisa. Os dados serão apresentados ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú - RENASF/UVA Ceará, respeitando o caráter confidencial das identidades.

Ressalta-se que todos os preceitos éticos inscritos na Resolução 466/2012 serão respeitados, garantindo assim, o sigilo absoluto, anonimato quanto aos dados confidenciais e a autonomia de cada um dos entrevistados sem prejuízos ou custos de qualquer ordem para os participantes dessa investigação. Informamos também que o/a Senhor/a poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, bastando apenas informar a sua desistência. Quanto aos riscos ou desconfortos, esclarece-se que a condução do grupo focal poderá acarretar certo desconforto aos participantes, mas reitera-se que o mesmo será conduzido de forma ética, embasado em uma relação de confiança, e respeitando a autonomia dos envolvidos, esclarecendo que sua participação é voluntária. Será inibida qualquer relação de dependência, subordinação ou intimidação, e todo o processo de condução do grupo será explicado em sua completude, atentando para a natureza da pesquisa, seus objetivos e benefícios previstos.

Em caso de necessidade de quaisquer esclarecimentos, o/a senhor/a poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (88) 99729-2291, ou pelo e-mail: a.claudiabcp2013@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú, que localiza-se na Av. Comte. Maurocélvio Rocha Pontes, 155. Campus Derby, Sobral-CE. Telefone para contato: (88) 3677-4255; FAX (88) 36774242.

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com

Ana Cláudia Barroso Cavalcante Paiva

Pesquisadora

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Tendo sido informado a sobre a pesquisa **“PRÁTICA COLABORATIVA NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: desenvolvimento de competências e produção de sentidos para o trabalho em equipe”**, que tem como “Analisar as contribuições dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde ofertados pela Escola de Formação Visconde Saboia para uma prática colaborativa no trabalho em saúde”. Saliento que compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa, não me opondo à gravação das falas durante o grupo focal. Estou ciente de que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da pesquisa.

Sobral-CE, ____/____/____

Ciente: _____
Assinatura do Sujeito

Assinatura da Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO 1

PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DA SAÚDE DE SOBRAL



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0058/2019

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do projeto de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Família vinculado a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) intitulado PRÁTICA COLABORATIVA NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E PRODUÇÃO DE SENTIDOS PARA O TRABALHO EM EQUIPE, desenvolvido pela mestrandia Ana Cláudia Barroso Cavalcante Paiva sob a orientação da Profª. Drª. Maria Socorro de Araújo Dias.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado e após sua apreciação, a Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral AUTORIZA a realização da coleta de dados na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, mediante pactuação prévia entre a pesquisadora e a Direção da Escola, quanto à escolha dos melhores dias, horários e local para coleta dos dados junto às coordenações dos programas de residência multiprofissional em Saúde da Família e de Saúde Mental e, residentes.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga a pesquisadora de solicitar anuência a cada participante do estudo, devendo estes manifestarem interesse mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização fica condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa. Lembramos ainda que é de responsabilidade da pesquisadora encaminhar à esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão, como forma de devolução dos achados da pesquisa ao sistema de saúde de

Código de Validação: PP62461556284127F

Emitido em: Sobral, 26 de Abril de 2019, às 10:08, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasaboia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

Sobral.

Em caso de dúvidas sobre este Termo de Anuência Institucional, favor entrar em contato com a Comissão Científica através do telefone 3614 - 5520 ou pelo e-mail: comissao.cientifica1@gmail.com.

Sobral, 15 de Abril de 2019

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica

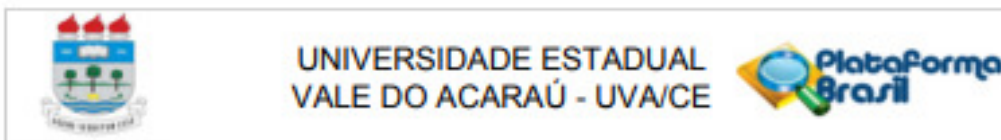
Código de Validação: PP62461556284127F

Emitido em: Sobral, 26 de Abril de 2019, às 10:08, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SiCC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasabola.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.

ANEXO 2

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICA COLABORATIVA NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

Pesquisador: Maria Socorro de Araújo Dias

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 12933519.1.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.392.484

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família. Objetiva analisar as contribuições dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde ofertados pela Escola de Formação Visconde Saboia para uma prática colaborativa no trabalho em saúde. Adotar-se-á como percurso metodológico o estudo de caso, de base documental e empírica. O desenvolvimento do estudo será no ano de 2019. O cenário do estudo será a Escola de Formação Visconde de Saboia, em Sobral-CE, tendo como unidades de análise os documentos institucionais e os residentes dos Programas de Residência em Saúde Mental e Saúde da Família. Serão adotadas duas técnicas de coleta de informações, a análise documental e o grupo focal. Para organizar e analisar as informações coletadas, será adotado o Modelo de Colaboração Interprofissional desenvolvido por D'Amour, sendo as informações serão sistematizadas e registradas sob quatro dimensões: Objetivos compartilhados e visão, Internalização, Governança e Formalização e dos dez indicadores a elas relacionadas proposto no Modelo e Tipologia de Colaboração Interprofissional.

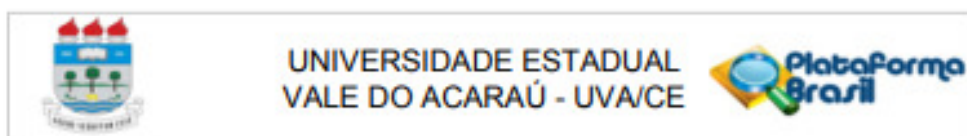
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar as contribuições dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde ofertados pela Escola de Formação Visconde Saboia para uma prática colaborativa no trabalho em saúde.

Objetivo Secundário:

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedestica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.392.484

- Examinar se nos marcos teórico-metodológicos que sustentam a formação de residentes multiprofissionais em Saúde Mental e Saúde da Família há elementos indutores para o desenvolvimento de Prática Colaborativa.
- Identificar nas competências esperadas no processo de formação de residentes aquelas que coadunam com a Prática Colaborativa.
- Reconhecer, na perspectiva dos residentes, os sentidos da Prática Colaborativa para o processo de trabalho em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos descritos pela pesquisadora:

A condução do grupo focal poderá acarretar certo desconforto aos participantes, mas reitera-se que o mesmo será conduzida de forma ética, embasado em uma relação de confiança, e respeitando a autonomia dos envolvidos, esclarecendo que sua participação é voluntária. Será inibida qualquer relação de dependência, subordinação ou intimidação, e todo o processo de condução do grupo será explicado em sua completude, atentando para a natureza da pesquisa, seus objetivos e benefícios previstos.

Benefícios relatados:

O estudo permitirá uma imersão na discussão sobre a Prática Colaborativa, de modo a compreender como profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulam seu saber específico com o de outros, na organização do trabalho.

Ademais, será possível refletir sobre estratégias que, mediadas pela Prática Colaborativa, permitem otimizar os recursos e ampliar o reconhecimento e a atenção às necessidades de saúde próprias de usuários e população de cada território e serviço, visto que as necessidades são heterogêneas e complexas, e requerem ser apreendidas de forma integral e não apenas focadas na demanda espontânea.

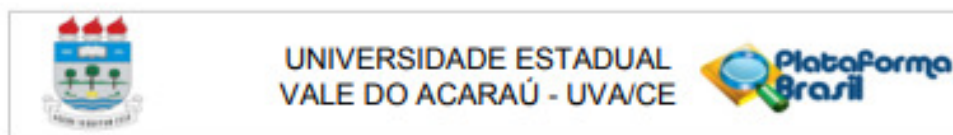
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de temática relevante. Projeto escrito de forma clara e bem delineado metodologicamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto, carta de anuência e TCLE em conformidade; Apresentou termo de compromisso para utilização de dados em documentos.

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.392.484

Recomendações:

Encaminhar relatório final da pesquisa a este CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1345187.pdf	12/06/2019 15:40:27		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/06/2019 15:39:38	Maria Socorro de Araújo Dias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Ana_Claudia.pdf	12/06/2019 15:39:15	Maria Socorro de Araújo Dias	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	12/06/2019 15:38:34	Maria Socorro de Araújo Dias	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.PDF	01/05/2019 15:01:52	Maria Socorro de Araújo Dias	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf	30/04/2019 11:04:36	Maria Socorro de Araújo Dias	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_SICC.pdf	30/04/2019 11:03:09	Maria Socorro de Araújo Dias	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS_DE_COLETA.pdf	30/04/2019 11:01:58	Maria Socorro de Araújo Dias	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	30/04/2019 10:57:55	Maria Socorro de Araújo Dias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.392.484

SOBRAL, 14 de Junho de 2019

Assinado por:
Maria do Socorro Melo Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com

ANEXO 3

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM DOCUMENTOS



PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM DOCUMENTOS

Eu Ana Cláudia Barroso Cavalcante Paiva, abaixo assinado, pesquisador envolvido no projeto intitulado: Práticas Colaborativas nas Residências Multiprofissionais em Saúde: desenvolvimento de competência e produção de sentidos para o trabalho em equipe, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Residências Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde da Família da Escola de Formação Visconde de Saboia, a produção de cuidado realizado pelos residentes e atas das rodas ampliadas, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a Prática Colaborativa no processo de formação dos residentes ocorridos no período de: junho de 2019 a julho de 2019.

Sobral, 17 de Março de 2019.

NOME	CPF	RG	ASSINATURA
Ana Cláudia Barroso Cavalcante Paiva	41106490304	95031005809	<i>Ana Cláudia Barroso Cavalcante Paiva</i>
Prof. Dra. Maria do Socorro de Araújo Dias	41433564300	1479919-88	<i>Maria do Socorro de Araújo Dias</i>