

O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família

Gisele Maria Melo Soares Arruda^(a)
 Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto^(b)
 Kelen Gomes Ribeiro^(c)
 Amanda Cavalcante Frota^(d)

Arruda GMMS, Barreto ICHC, Ribeiro KG, Frota AC. The development of interprofessional collaboration in different contexts of multidisciplinary residency in Family Health. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl.1):1309-23.

Interprofessional collaboration (IPC) was analyzed in a multidisciplinary residency program in Family Health through the application of an interprofessional collaboration typology proposed by D'Amour et al. An analytical study involving multiple cases was carried out, using participant observation and semi-structured interviews with program coordinators, mentors and residents in two municipalities in the Brazilian state of Ceará, totaling 24 participants. The body of data underwent a thematic analysis based on D'Amour's typology with triangulation of information gathered during the observation and interviews. All IPC indicators were found to have strengthened, both as a result of the political-pedagogical management of the program, as well as the work process involved in the Family Health Strategy. The Multidisciplinary Residency in Family Health is an innovative project, although the dynamics for interprofessional education at work still need to be better systematized in order to effectively ensure an active IPC. We suggest strengthening mentoring in service by means of training and greater acknowledgement of these professionals.

Keywords: Internship and residency. Family Health. Interprofessional relationships.

Analisou-se a colaboração interprofissional (CIP) em um programa de residência multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) por meio da tipologia da colaboração interprofissional de D'Amour e colaboradores. Realizou-se estudo analítico de casos múltiplos, utilizando observação participante e entrevistas semiestruturadas com os coordenadores do programa, preceptores e residentes de dois municípios do Ceará, totalizando 24 participantes. O corpus de dados foi submetido à análise temática referenciada na tipologia de D'Amour com triangulação das informações da observação e entrevistas. Observou-se o fortalecimento de todos os indicadores da CIP, tanto pela condução político-pedagógica do programa quanto pelo processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. A RMSF é um projeto inovador, porém, sua dinâmica de educação interprofissional pelo trabalho necessita ser melhor sistematizada para garantir a CIP ativa. Sugere-se fortalecimento da preceptoria em serviço, com capacitação e maior valorização desses profissionais.

Palavras-chave: Internato e residência. Saúde da Família. Relações interprofissionais.

^(a) Centro Universitário Católica de Quixadá. Rua Nunes Valente, 1988, Apto. 1102, Bloco A. Fortaleza, CE, Brasil. 60125-035. giselemeloaires@gmail.com

^(b) Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. ivana.barreto@fiocruz.br

^(c) Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, UFC. Fortaleza, CE, Brasil. kelengomes@yahoo.com.br

^(d) Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. frota.amanda@hotmail.com

Introdução

A colaboração interprofissional (CIP) tem sido considerada mundialmente como fundamental para o enfrentamento dos complexos problemas sociais e sanitários, uma vez que amplia a resolubilidade e a qualidade da atenção em Saúde¹.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto modelo assistencial, tensiona para a CIP, pois organiza o trabalho em equipes, valoriza o uso de tecnologias leves, promove atuação intersetorial e orienta as práticas a partir das necessidades de saúde do território¹.

Ao mesmo tempo, as evidências teóricas e práticas apontam que, para efetivação da CIP, é necessário garantir educação interprofissional (EIP) na formação dos profissionais de Saúde¹⁻³. A EIP acontece quando dois ou mais profissionais aprendem um com o outro, a partir do outro e sobre o outro para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado⁴⁻⁶.

Na realidade brasileira, ainda predominam modelos de formação uniprofissional na área da saúde. Entretanto, já existem algumas iniciativas de EIP em desenvolvimento^{4,7,8}. Entre elas, encontram-se as residências multiprofissionais em saúde (RMS), modalidade de pós-graduação *lato sensu* que promove a educação pelo trabalho com a inserção dos residentes de diferentes categorias profissionais na rede de atenção à saúde^{4,9,10}.

Dezenas de programas de RMS foram implantados no país; entretanto, pouco se produziu cientificamente acerca da caracterização das pós-graduações e da educação permanente em saúde como estratégias de EIP^{8,10}. Por essa razão, este estudo objetivou analisar a CIP em um programa de residência multiprofissional em Saúde da Família por meio da tipologia de D'Amour e colaboradores¹¹.

Metodologia

Trata-se de um estudo de casos múltiplos¹², com dois casos: os municípios de Maracanaú e Aracati, tendo como referencial teórico a tipologia da colaboração interprofissional de D'Amour et al.¹¹ A coleta de dados compreendeu entrevistas semiestruturadas e observação participante.

Desde 2013, no Estado do Ceará, existe a Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE): estratégia de RMS que congrega, sob condução pedagógica comum, 11 programas de residência, conforme o Quadro 1¹³. Para viabilizar uma investigação científica capaz de apreender as nuances do cotidiano, optou-se por incluir como cenário de estudo apenas o programa com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da RIS/ESP/CE (RMSFC-RIS/ESP/CE).

Dentro dessa ênfase, foram definidos intencionalmente como unidades de análise deste estudo de casos os municípios de Maracanaú e Aracati, onde a RMSFC-RIS-ESP/CE funciona desde 2013, com a inserção de equipes compostas por até seis categorias profissionais diferentes (enfermagem, odontologia, fisioterapia, psicologia, nutrição e serviço social). Em cada um desses municípios, foi incluída uma equipe de residentes que estava cursando o segundo ano de residência.

Na RMSFC-RIS-ESP/CE, além dos residentes, os preceptores são atores fundamentais para efetivação da EIP e da CIP. Eles tanto supervisionam a atuação dos residentes quanto conduzem as atividades teórico-práticas. Nesse programa, existem duas modalidades de preceptor: campo e núcleo. O preceptor de campo trabalha na facilitação da formação e do trabalho em equipe multiprofissional¹⁴. Ou seja, ele tem importante papel na mediação das relações da equipe de residentes entre si e da equipe de residentes com os serviços de saúde. Já o preceptor de núcleo tem atuação mais voltada para as competências específicas de cada categoria profissional¹⁴.

As entrevistas foram realizadas com 15 residentes, sete preceptores, a coordenadora geral da RIS-ESP/CE e o coordenador da RMSFC-RIS/ESP/CE (Quadro 2), totalizando 24 participantes. Foram entrevistados todos os residentes e preceptores de cada equipe incluída no estudo, de modo a contemplar todas as categorias profissionais envolvidas na RMSFC-RIS-ESP/CE. Em Maracanaú, a equipe não contava com cirurgião-dentista. Já a psicóloga estava de licença-saúde e uma fisioterapeuta, de licença-maternidade, não sendo possível entrevistá-las. Em Aracati, a equipe de residentes não contava com assistente social. Durante o período de permanência dos pesquisadores

no campo, os preceptores de várias categorias profissionais não se fizeram presentes no cenário de práticas, o que inviabilizou sua inclusão na amostra.

Quadro 1. Caracterização das ênfases e distribuição de vagas por ênfase da RIS-ESP/CE.

	Ênfase	Cenário de práticas	Lógica de divisão das equipes de atuação	Categorias profissionais incluídas	Nº vagas 1ª turma	Nº vagas 2ª turma	Nº vagas 3ª turma	Total residentes (até maio 2015)
Componente comunitário	Saúde da Família e Comunidade	Rede de Atenção Primária – Estratégia Saúde da Família (ESF) de 22 municípios do Ceará	Equipes multiprofissionais que atuam na ESF enquanto Equipes de Saúde da Família (EqSF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)	Enfermagem Odontologia Fisioterapia Nutrição Psicologia Serviço Social	119	133	119	371
	Saúde Mental Coletiva	Rede de Atenção Psicossocial de 14 municípios do Ceará	Equipes multiprofissionais que atuam nos serviços de Saúde Mental comunitários	Educação Física Enfermagem Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	53	53	53	159
	Saúde Coletiva	Gestão em Saúde nas 22 Regiões de Saúde do Ceará	Residente atuando nas Coordenadorias Regionais de Saúde (Cres)	Todas as categorias da Saúde	26	26	26	78
Componente hospitalar	Cancerologia	Instituto do Câncer do Ceará (ICC)	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção ao paciente com câncer	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Nutrição Psicologia Serviço Social	24	24	24	72
	Urgência e emergência	Instituto José Frota (IJF)	Equipes multiprofissionais que atuam em urgência e emergência	Enfermagem Farmácia Fisioterapia	-	16	16	32
	Pediatria	Hospital Infantil Albert Sabin (Hias)	Equipes multiprofissionais que atuam na Atenção à Saúde em Pediatria	Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social	-	18	18	36
	Neurologia e Neurocirurgia	Hospital Geral de Fortaleza (HGF)	Equipes multiprofissionais que atuam na Atenção à Saúde em Neurologia	Enfermagem Farmácia Fisioterapia	-	24	24	48
	Cardiopneumologia	Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM)	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção ao paciente com patologias cardiopulmonares	Fonoaudiologia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	-	18	18	36
	Enfermagem Obstétrica	Hospital Geral Dr. Cesar Cals (HGCC)	Enfermeiros que atuam em Obstetrícia	Enfermagem	-	6	6	12
	Neonatologia	Hospital Geral Dr. Cesar Cals (HGCC)	Equipes multiprofissionais que atuam na Atenção à Saúde em Neonatologia	Enfermagem Fisioterapia Psicologia Serviço Social	-	8	8	16
	Infectologia	Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ)	Equipes multiprofissionais que atuam na Atenção à Saúde em Infectologia	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Nutrição Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	-	15	15	30
					222	341	327	890

Quadro 2. Sujeitos entrevistados no estudo de caso, Ceará, 2015.

Codificação	Município	Função	Categoria Profissional
C1	-	Coordenação Geral	Enfermagem
C2	-	Coordenação de Ênfase	Psicologia
PC1	Maracanaú	Preceptor de Campo	Enfermagem
PC2	Aracati	Preceptor de Campo	Ciências Sociais
PN1	Maracanaú	Preceptor de Núcleo	Fisioterapia
PN2	Maracanaú	Preceptor de Núcleo	Nutrição
PN3	Maracanaú	Preceptor de Núcleo	Enfermagem
PN4	Aracati	Preceptor de Núcleo	Fisioterapia
PN5	Aracati	Preceptor de Núcleo	Enfermagem
RM1	Maracanaú	Residente	Enfermagem
RM2	Maracanaú	Residente	Nutrição
RM3	Maracanaú	Residente	Serviço Social
RM4	Maracanaú	Residente	Fisioterapia
RM5	Maracanaú	Residente	Fisioterapia
RM6	Maracanaú	Residente	Nutrição
RA1	Aracati	Residente	Psicologia
RA2	Aracati	Residente	Fisioterapia
RA3	Aracati	Residente	Nutrição
RA4	Aracati	Residente	Enfermagem
RA5	Aracati	Residente	Enfermagem
RA6	Aracati	Residente	Enfermagem
RA7	Aracati	Residente	Enfermagem
RA8	Aracati	Residente	Enfermagem
RA9	Aracati	Residente	Odontologia

Na observação participante, com registro em diário de campo, foram acompanhadas as atividades assistenciais e pedagógicas dos residentes e preceptores, totalizando quarenta turnos ou, aproximadamente, 160 horas.

Entrevistas e observação participante foram realizadas no período de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015.

O *corpus* de dados foi submetido à análise temática¹⁵ referenciada na tipologia da colaboração interprofissional de D'Amour¹¹, com triangulação dos dados obtidos na observação participante e entrevistas.

A tipologia de D'Amour et al.¹¹ surgiu de pesquisas realizadas pelo grupo de acadêmicos do então Departamento de Administração em Saúde da Universidade de Montréal^(e), no Canadá, com a finalidade de desenvolver novas práticas clínicas embasadas na colaboração, sendo validada em 2008. Ela apresenta quatro

^(e) Atual École de Santé Publique da Université de Montréal.

dimensões, a partir das quais os aspectos da colaboração podem ser analisados e avaliados por meio de indicadores, que estão sistematizados na Figura 1 e definidos no Quadro 3¹¹.



Figura 1. O modelo de colaboração em quatro dimensões¹¹. Tradução dos autores.

É importante salientar que as quatro dimensões se influenciam mutuamente e estão sujeitas também à influência de fatores externos e estruturais, como aspectos políticos, questões de financiamento, disponibilidade de recursos, etc. No entanto, as quatro dimensões juntas e as suas inter-relações conseguem capturar, segundo validado por D'Amour et al.¹¹, o processo inerente à CIP.

Essa tipologia, testada na realidade canadense em equipes, entre organizações e em redes integradas de serviço, já foi utilizada em outros estudos no Brasil para analisar a colaboração entre instituições de ensino superior e gestões municipais de saúde^{16,17} e entre atores do Programa Saúde na Escola¹⁸.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e seguiu conforme os preceitos da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁹.

Análise e discussão dos resultados

Dimensão-visão e objetivos compartilhados

No campo da Saúde, o grande objetivo que une as diferentes profissões é o cuidado centrado no usuário²⁰, como afirma PN2: “[...] eu acho que seria um trabalho da equipe mesmo conjuntamente com a união dos saberes de cada profissional, de uma equipe de profissionais diferentes com um objetivo em comum, que é a saúde do usuário”. (PN2)

Quadro 3. Dimensões e indicadores da colaboração interprofissional¹¹. Tradução dos autores.

Dimensão	Indicador	Descrição
Visão e objetivos compartilhados	Objetivos	Identifica valores e objetivos comuns, que se relacionam para a promoção de um cuidado centrado no paciente.
	Orientação centrada no cliente	Ajustes de interesses e da divergência de objetivos para a garantia de uma negociação compartilhada e convergente.
Internalização	Convivência mútua	Convivência social e profissional dos envolvidos para garantir o sentimento de pertencimento ao grupo e/ou equipe.
	Confiança	A colaboração se torna possível a partir da confiança de uns nos outros, reduzindo as incertezas e garantindo o aumento das competências e responsabilidades no ambiente de trabalho.
Formalização	Ferramentas de formalização	Acordos, regras, protocolos e sistemas de informação que esclarecem e formalizam responsabilidades, expectativas e papéis profissionais.
	Troca de informações	Refere-se à existência e ao uso apropriado de uma infraestrutura que permita coleta e troca de informações entre os profissionais, reduzindo incertezas e favorecendo a ocorrência de retroalimentação dos envolvidos nos processos de trabalho coletivos.
Governança	Centralidade	Envolvimento e importância do papel exercido por autoridades centrais e de um direcionamento claro, oferecido para o desenvolvimento de ações colaborativas.
	Liderança	Destaca o papel das lideranças locais e sua influência no processo colaborativo, a aceitação desta liderança e a possibilidade de tomar decisões de forma compartilhada.
	Suporte para inovação	Envolve a educação permanente para o desenvolvimento de competências que possam favorecer os processos de inovação das práticas.
	Conectividade	Refere-se à conectividade entre os indivíduos e às oportunidades de diálogo e participação que favoreçam a resolução de problemas e possibilitem ajustes na prática profissional.

Entretanto, construir visões compartilhadas em equipes de trabalho envolve os valores, a noção de atuação profissional e as circunstâncias de vida de cada sujeito¹¹. Ou seja, é um processo atravessado pelas relações interpessoais estabelecidas, pelos interesses paralelos existentes, principalmente os pessoais, e pela capacidade de negociação da equipe^{4,18,21}.

Para além disso, percebeu-se que o período da residência e as atividades propostas para cada ciclo do processo formativo também influenciavam sobremaneira na adoção de objetivos compartilhados: “[...] eu acho que no começo a gente fez a territorialização todo mundo muito junto. A gente se encontrava todos os dias e eu acho que pelo fato de a gente se concentrar mais aqui facilitava”. (RM1)

A RMSFC-RIS-ESP/CE tem uma sequência de atividades que são propostas aos residentes e preceptores (vide Figura 2). Com esta pesquisa, percebeu-se que, no decorrer da residência, há um enfraquecimento dos objetivos e da visão compartilhados na equipe de residentes e preceptores em relação ao início do programa; tal nuance temporal ficará ainda mais evidente com a continuidade da análise dos resultados.

Quanto ao indicador “Orientação centrada no paciente e outros interesses/identidades”, a complexidade dos casos que chegavam aos residentes apontava a incapacidade de uma única categoria profissional garantir sua resolução²⁰:

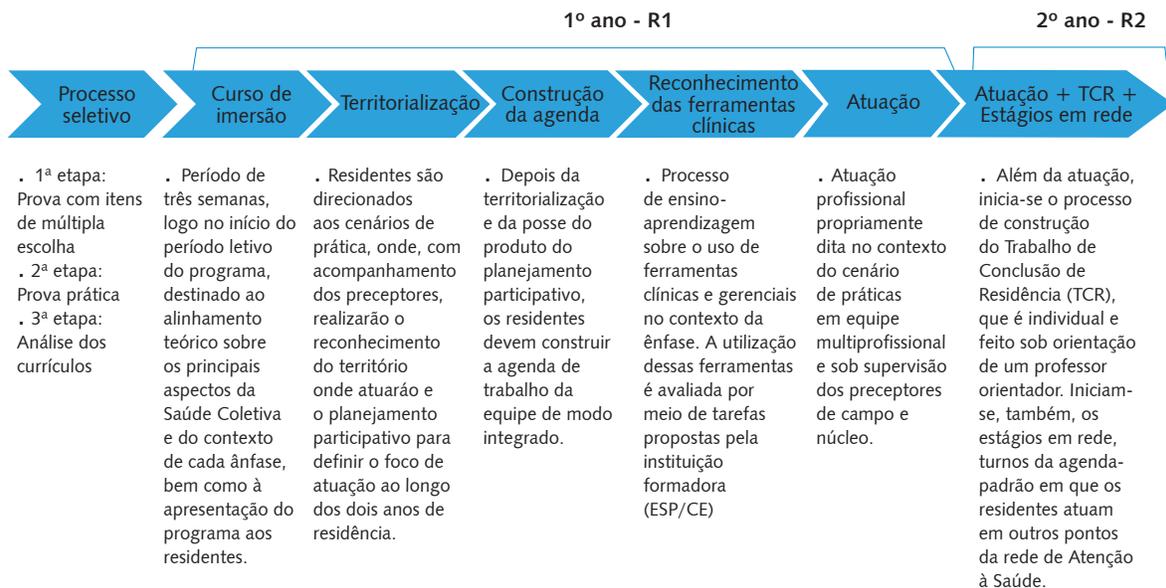


Figura 2. Atividades propostas pela RIS-ESP/CE ao longo dos dois anos de formação do residente.

[alguns casos] fogem das suas competências e do seu poder de resolução. Você precisa articular pessoas pra poder resolver isso, e com a residência eu me senti assim com um monte de braços, com um monte de pernas, com um monte de cabeça pra pensar, pra tentar resolver seja qual for o problema. (PN5)

Outro aspecto da atuação determinado pela complexidade em saúde é o caráter em rede e intersetorial. Dessa forma, pode-se apontar que, com a centralidade do cuidado estando nos usuários do serviço, a atuação ganha a dinamicidade e a interatividade para que as reais necessidades de saúde sejam atendidas²⁰. Essa realidade também é apontada por Maia e colaboradores²², ao discutirem a atuação interdisciplinar das RMS na Atenção Básica, e por Dias et al.¹⁸, ao estudarem o Programa Saúde na Escola.

Entretanto, a CIP é um processo social, cuja implementação impõe muitos desafios⁷. Um deles diz respeito à formação uniprofissional predominante na graduação em Saúde^{4,18}: “Pra minha primeira experiência profissional, encontrei algumas barreiras pessoais de aceitar opiniões que divergem da minha. A residência foi importante pra promover isso em mim, aprender a ouvir mais, eu amadureci muito meu processo de negociação” (RA1).

O contexto da educação interprofissional na RMSFC-RIS/ESP/CE na fala de alguns residentes parece favorecer uma visão mais integral dos pacientes, corroborando também com o que aponta Maia et al.²²: “[...] antes da residência, eu iria pensar que minha atuação seria só na úlcera [de pressão] que ele tava, e na residência serviu para eu tentar ver ele como um todo [...]. Então, acho que a residência serviu para eu ir muito além do que de uma ferida em si, mas ver a pessoa integralmente” (RA4).

No entanto, como afirmaram alguns residentes, outros interesses também interferem na configuração das práticas: “[...] todas elas [atividades] favorecem [a CIP], mas o que acontece é a disponibilidade das pessoas quererem fazer aquilo que é tão simples. [...] Porque existem aquelas que não querem fazer de jeito nenhum, assim... quanto menos fizer melhor” (RM6).

A CIP é perpassada por fatores interacionais, como a receptividade aos seus ideais e o compromisso com a prática cooperada, ou seja, as relações interpessoais interferem diretamente na operacionalização da colaboração^{1,16}. Os residentes e preceptores, principalmente de Maracanaú, expressaram esse desafio.

Apesar de perceberem a fragilidade das relações, os residentes não sabiam como intervir. Em alguns momentos, observou-se que estes recorreram à preceptora de campo para relatar esse problema e solicitar sua intervenção, mas também a preceptora demonstrou dificuldade em mediar. Isso aponta para fragilidades no processo de EIP na RMSFC-RIS/ESP/CE, que foram observadas nos dois municípios estudados, como pontuado por Dallegrave e Ceccim⁸.

Internalização

A internalização inclui os indicadores “Convivência mútua” e “Confiança”.

A “Convivência mútua” permite aos profissionais se conhecerem pessoal e profissionalmente, bem como descobrir as afinidades e desenvolver sentimento de pertença em relação ao grupo^{11,18}.

Na RMSFC-RIS-ESP/CE, essa convivência é garantida pela constituição de equipes de residentes no momento inicial de imersão em um território específico e pela proposição de tarefas coletivas. Entretanto, a estruturação da residência garante apenas a multiprofissionalidade. Para que essa interação se caracterize como interprofissional, é preciso que uma dinâmica de trabalho colaborativo, mediada pelos preceptores, gere aprendizado mútuo, transformação das práticas e desenvolvimento de competências comuns^{2,4,11}. Em que momentos acontece esse salto da multi para a interprofissionalidade?

De acordo com os próprios residentes, o planejamento e a condução de grupos de usuários²³ é uma oportunidade indispensável para isso, assim como apontam Maia et al.²² ao analisarem uma RMS de Manaus (AM).

Observou-se que, na condução de grupos, além da troca de conhecimentos, a convivência proporciona o aprendizado de procedimentos: “assim na questão de você aprender a conduzir o grupo de uma outra forma, alguma didática” (RM2).

A residência também promoveu a convivência entre as profissões na assistência compartilhada, prevista nas diretrizes da ESF²³: “[...] tem as consultas compartilhadas [...] acho muito importante e pra cada profissão é um aprendizado muito grande, você ver o outro profissional atendendo e a conduta, quando você se deparar com um caso parecido você vai saber o que fazer” (PN5).

A convivência interprofissional gera o compartilhamento de competências e abre-lhes a possibilidade de ser um “profissional multi”, utilizando o termo adotado pelos próprios residentes⁷. A convivência favoreceu, ainda, a valorização do outro profissional: “Se fortaleceu até o respeito entre as profissões [...] A partir do momento que eu conheço mais sobre a profissão dele, reconheço a importância, né, conseqüentemente, respeito mais, reconheço do quanto o paciente precisa não só de mim” (PN5).

Essa ampliação da confiança e da valorização do outro profissional provocada pela CIP e observada nos dois cenários estudados neste artigo aparece também nas conclusões de Dias et al.¹⁸ e Maia et al.²²

Ao mesmo tempo, a convivência gerou uma maior aproximação de caráter pessoal entre os profissionais e facilita a comunicação entre eles. Em Aracati, uma peculiaridade observada foi o fato de alguns residentes terem se mudado para a cidade para cursar a residência. Três residentes, inclusive, moravam juntas, o que pareceu estar associado a uma dedicação intensa à residência. E essa convivência fora do ambiente de trabalho também favorece a CIP¹¹.

Em Maracanaú, por ser região metropolitana, foi observado que esse tipo de vínculo foi mais frágil. A maioria dos residentes morava na capital, indo diariamente à Maracanaú apenas nos horários de serviço. A distância e a necessidade de deslocamento diário reduziam a convivência antes e depois do horário de trabalho. Esse distanciamento aumentou no segundo ano da residência e colaborou no enfraquecimento dos laços de colaboração.

No que tange ao compartilhamento de práticas, a colaboração efetiva só é possível quando há confiança nas competências do colega¹¹: “[...] você se sente muito bem acompanhada, muito bem

protegida, digamos assim, fortalecida, porque o fato da aproximação com vários profissionais você consegue ter uma condução de caso, uma melhor linha de cuidado” (RA5).

Percebeu-se que essa confiança foi fortalecida, principalmente, quando se sabe o que o outro faz e os resultados de sua intervenção são observáveis: “Quando nós chegamos lá, ele [médico] era bem fechadão. Hoje ele já vê o resultado das mulheres que tem hipertensão e diabetes, umas com as taxas controladas, outras que nem mais tomando medicação estão, melhorou a glicemia... então hoje ele dá maior credibilidade” (RM6).

Um dos impactos que essa confiança tem sobre o processo de trabalho é a qualificação e a integralização do cuidado^{1,11}. Nesse indicador da CIP, não se observou diferença entre Maracanaú e Aracati.

Governança

A governança possui quatro indicadores: “Centralização”, “Liderança”, “Suporte para inovação” e “Conectividade”.

Na perspectiva da governança, a existência de direcionamento explícito vindo da liderança central é um dos aspectos que interfere na CIP¹¹. No caso da RMSFC-RIS/ESP/CE, existiam duas instâncias de liderança central que determinavam a dinâmica da EIP e da CIP: a instituição formadora – ESP (CE) – e as instituições executoras – Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de Maracanaú e Aracati. Peduzzi et al.⁴ inferem que a “EIP é produto da relação entre os sistemas educacional e de saúde, pois é operada na interface entre ambos”. Essa interface foi exatamente o que se observou nos cenários estudados.

A interferência da ESP/CE promovendo a CIP foi bastante comentada no que diz respeito à proposição de tarefas obrigatórias em equipe: “[...] precisava ter espaços mais de roda mesmo, em campo, que proporcionasse construção de projetos terapêuticos singulares. A gente só construiu quando era atividade da ESP. Para mim, esse é um espaço muito forte de troca, que não acontece por uma série de questões” (RA1).

Ou seja, a cobrança da Instituição formadora e a maior frequência de atividades teóricas em equipe geraram mais encontros e mais trocas entre os residentes. No segundo ano, as atividades teóricas ministradas pelos coordenadores da RMSFC-RIS/ESP/CE ficaram mais escassas, e os residentes concentram-se na elaboração do trabalho de conclusão da residência (TCR), que é individual e acompanhado por um orientador. A redução da frequência das tarefas coletivas obrigatórias aparentemente associou-se ao enfraquecimento na cooperação entre os residentes.

Percebeu-se, pois, que apenas um ano de atividades coletivas obrigatórias sob a liderança da coordenação da RMSFC-RIS/ESP/CE não foi suficiente para internalização da CIP entre os residentes e preceptores. É preciso reavaliar tanto a programação do segundo ano da RMSFC-RIS/ESP/CE quanto o processo de formação e acompanhamento do trabalho dos preceptores⁸, dado que estes têm papel fundamental no estímulo e mediação da CIP entre residentes.

Retomando as reflexões sobre o papel de liderança, nota-se que a tal cobrança pela cooperação também pode ser oriunda da instituição executora. Ao longo das observações, percebeu-se que várias vezes havia direcionamento da SMS para o desenvolvimento de ações. Normalmente, tratavam-se de ações de educação em Saúde organizadas em semanas temáticas ou grandes eventos: Outubro Rosa, Novembro Azul, Semana de Prevenção da Hanseníase, Semana da Criança, etc. Os residentes, por solicitação da SMS, realizavam essas atividades de modo coletivo e, para tanto, havia uma reconfiguração temporária da agenda de trabalho, de modo a favorecer o planejamento e a realização interprofissional das atividades.

Além da liderança central, para que a CIP aconteça, também é necessária uma liderança descentralizada, que pode emergir espontaneamente do grupo ou ser atribuída a algum dos integrantes por função ou cargo exercido¹¹.

Era esperado que os preceptores assumissem essa liderança em determinados momentos, mas, via de regra, eles assumiram mais uma postura de supervisão normativa. Aperfeiçoar o papel de liderança do preceptor deve ser um objetivo para sua educação permanente. Percebeu-se que, no cotidiano, qualquer residente pode assumir essa liderança local: “[...] a partir do momento que alguém tem a

iniciativa, quando eu ou alguma das meninas tem iniciativa de uma determinada ação, então, como já é de costume, a gente já convoca todo mundo para o planejamento” (RA8).

Essa liderança compartilhada é o que, muitas vezes, gera o sentimento de pertença e corresponsabilidade nos processos^{4,16,18}. Entretanto, nem sempre isso acontece. Durante as entrevistas em Maracanaú, foram ouvidas diversas queixas sobre o quanto o compartilhamento da responsabilidade falhava, gerando sobrecarga para alguns: “[A CIP] eu avalio como boa, mas poderia ser melhor. Porque, às vezes, as pessoas acabam se omitindo e sobra sempre pra alguém... sobrecarrega mais um aqui... empurra com a barriga ali, espera mais pelo outro aqui...” (RM5).

Outra peculiaridade importante observada nas equipes de residência diz respeito ao papel da Enfermagem na CIP efetivada no contexto da ESF. Apesar de, durante as entrevistas, os residentes afirmarem participação idêntica das categorias na CIP, na observação participante foi possível apreender que a Enfermagem assumia entre os residentes um papel mais forte na coordenação do cuidado compartilhado, na construção do vínculo dentro da equipe e com os usuários. Observou-se que o escopo de atuação generalista e a responsabilidade sanitária por uma população específica resultavam na participação das enfermeiras residentes em todos os casos, tornando-as importantes mediadoras da relação entre a equipe, os pacientes e suas famílias. Essa peculiaridade não foi observada na pesquisa desenvolvida por Maia et al.²², nem está expressa nas normatizações sobre a ESF²³.

Além do aspecto da liderança, a implementação de uma estratégia de CIP determina a implantação também de inovações nas práticas realizadas, nas relações instituídas e, até mesmo, na instituição como um todo. Por isso, há a necessidade de estruturas pedagógicas, de gestão ou organizacionais que favoreçam essa inovação^{3,11}.

Inicialmente, cabe apontar que o próprio desenho da RMSFC-RIS-ESP/CE já se configura como um dispositivo de apoio à inovação. Os momentos teórico-práticos conduzidos pelos preceptores, a lotação em equipes multiprofissionais e as reuniões de equipe são citados como suporte à CIP e, conseqüentemente, a inovações. As diretrizes norteadoras do trabalho na ESF e os seus princípios também tencionam para a CIP^{1,23}.

No entanto, a execução da RMSFC-RIS-ESP também é influenciada constantemente pelas características de gestão e infraestrutura dos municípios. Trata-se da interface entre os sistemas de saúde e de educação apontada por Peduzzi et al.⁴ Em Maracanaú, o que mais se destacou como empecilho à efetivação da CIP foi a adoção de incentivos por produtividade para os profissionais, estimulando que estes focassem sua atuação no que era contabilizado para essa produção: os atendimentos individuais. Dessa forma, o modelo de produtividade adotado nas unidades contradizia a perspectiva das inovações propostas pela CIP.

Em Aracati, o que concorreu com a operacionalização da CIP foi a grande amplitude de territórios sob responsabilidade sanitária da equipe da RMSFC-RIS-ESP/CE. Os residentes ficavam lotados em várias localidades, um pouco afastadas na zona urbana, o que tornava a atuação mais fragmentada. Somam-se a isso as dificuldades logísticas de transporte, que desfavoreciam o trabalho colaborativo.

O indicador “Conectividade”, por sua vez, representa o oposto de isolamento¹¹. Ou seja, abrange os espaços de discussão do processo de trabalho, as reuniões e todas as conexões que se efetivam no cotidiano de trabalho.

As reuniões de equipe, espaços importantes para a conectividade, são propostas pela coordenação da RMSFC-RIS-ESP/CE enquanto atividade obrigatória. Em Maracanaú, na agenda padrão de residentes e preceptores, constava um turno fixo semanal dedicado a essas reuniões. No entanto, no segundo ano do programa, tais reuniões deixaram de acontecer com regularidade, seja porque outras atividades eram agendadas para o mesmo turno ou porque a preceptora de campo se ausentava, o que reforça o papel de supervisão normativa assumido pelo preceptor.

Já em Aracati, essas reuniões nunca se efetivaram satisfatoriamente e, muitas vezes, as atividades teórico-práticas acabaram assumindo a função de proporcionar o planejamento coletivo da equipe e a discussão de casos.

A necessidade do encontro entre os profissionais é consenso entre os estudiosos da CIP e da EIP^{4,5,11,24}. Entretanto, muitas vezes, a racionalidade biomédica das ações em saúde, a grande demanda

dos serviços de saúde, a organização estanque da agenda de trabalho e a falta de qualificação dos profissionais são fatores que inviabilizam esse encontro¹⁶⁻¹⁸. Nas realidades aqui estudadas, percebeu-se que as atividades propostas no segundo ano, por serem individuais ou localizadas em outros serviços de Saúde, dificultaram o alinhamento das agendas para promover tais encontros: “eu acho que começou até bem, mas é uma cobrança e tanta coisa que eles têm no segundo ano que, por um lado favoreceu no estágio em rede, por fortalecer mais o intersetorial, mas em compensação, o interprofissional mesmo foi bem difícil [...]” (PC1).

Ou seja, o segundo ano de residência, ao passo em que buscou promover a atuação em rede e a produção de conhecimentos, terminou por promover o isolamento dos residentes e enfraquecer o indicador “Conectividade”.

Apesar das modificações de atividades entre o primeiro e o segundo ano, observou-se que a agenda construída no início do processo de residência, muitas vezes, não era alterada. Com o início de inúmeras outras atividades, infere-se que seria necessário reformular a agenda. Sugere-se, pois, que, na transição do primeiro para o segundo ano, seja feita uma reavaliação da agenda, que precisa ser incorporada por todas as equipes de Saúde, na tentativa de organizar seu processo de trabalho favorável a CIP, uma vez que esta exige flexibilidade, encontro e diálogo¹.

Formalização

São as ferramentas de formalização que garantem divisão de tarefas, o registro e o alinhamento de linguagem típicos da CIP¹¹.

Nesse sentido, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) apresenta-se como importante ferramenta de formalização, uma vez que tenciona para a CIP, ao mesmo tempo em que propõe a clara divisão de tarefas, bem como a sistematização das ações e dos prazos. O PTS é uma metodologia de condução dos casos incluída na clínica ampliada²³, preconizada para a ESF. Silva et al.²⁴ reforçam que o PTS é uma estratégia inovadora do SUS que subsidia a prática interprofissional, tomando como pressuposto a integralidade da atenção.

O PTS foi reconhecido pelos residentes e preceptores como uma estratégia de promoção da CIP, especialmente nos casos assistenciais mais complexos. Por outro lado, a divisão de tarefas e a formalização das relações interprofissionais ficava menos consistente no planejamento e condução de ações programáticas e/ou de atividades coletivas: “[...] quando são casos complexos, essa colaboração acontece com mais força, de chegar e conversar sobre o caso. Mas nas ações, nos grupos... é mais fraca. Na parte clínica é mais forte” (RM5).

Ao longo das entrevistas e da observação participante, não foram identificadas outras ferramentas de formalização utilizadas. Percebeu-se, pois, que havia uma lacuna no que diz respeito a instrumentos de registro das ações de planejamento, promoção da saúde e articulação comunitária.

Quanto ao indicador “Troca de informações”, observou-se que, em Aracati, havia uma boa relação entre os profissionais residentes e os membros da equipe de trabalhadores do serviço. Entretanto, não aconteciam, rotineiramente, espaços de encontro. Assim, a troca de informações, essencial à CIP, acabava acontecendo informalmente pelos corredores das unidades de Saúde²¹.

Em Aracati, essa comunicação interprofissional também acontecia por um dispositivo inusitado: a porta da interconsulta.

Esta porta, a gente conseguiu um segredo, que tem acesso a sala do médico [risos], porque no meio destas duas tem um banheiro para os dois consultórios [...] E, do outro lado, já é o consultório do médico. [...] Aí, quando vem uma demanda pra gente, que a gente não tem autonomia pra prescrever [...] aí, a gente pega “Doutor, o paciente está assim, assim, assim, vem aqui dá uma olhadinha?” (RA6)

A grande vantagem trazida por essa porta era a agilidade da comunicação entre os profissionais. Por isso, pode-se considerar essa porta como infraestrutura que permite o rápido intercâmbio de

informações entre os profissionais. Essa adaptação arquitetônica é um mecanismo simples que poderia ser estimulado para facilitar a CIP em todas as unidades de Saúde.

Apesar de sua potência colaborativa, essa porta é uma realidade de Aracati e, ainda mais específica, de um determinado consultório. O que foi detectado mais frequentemente foi a prevalência de comunicação frágil e lenta.

Outra dificuldade apontada foi a frequente opção dos residentes por meios de comunicação que não garantiam a troca completa de informações: “Lógico, os meios de comunicação são pra facilitar, mas acho que planejar uma atividade a longo prazo não tem como se estruturar por telefone, por via WhatsApp. Alguns requisitos sim, mas estruturar tudo isso, é melhor planejamento tradicional mesmo” (PN1).

Como fala PN1, esses meios de comunicação são alternativas interessantes, mas não devem excluir o diálogo presencial. Percebeu-se, pois, que a escolha de uma tecnologia inapropriada pode gerar uma comunicação truncada.

Corroborando com essa ideia, Silva et al.²⁴ apontam também que maior atenção deve ser dada às questões de comunicação e integração dentro da equipe, sendo necessária a construção de espaços multidisciplinares para estabelecimento de trocas de saberes, planejamento e discussão de casos. Barros e Ellery²¹, analisando o cenário de uma Unidade de Terapia Intensiva, também reconhecem isso.

Por fim, acredita-se que esse intercâmbio de informações não pode mais ocorrer exclusivamente na informalidade. É preciso instituir espaços de encontro, trocas e registro de decisões coletivas, de forma a institucionalizar, também, o processo de CIP^{16,18}.

Considerações finais

A análise das dimensões da CIP permite concluir que ela acontece nas realidades da RMSFC-RIS-ESP/CE de Maracanaú e Aracati. Entretanto, em ambos, a CIP está em desenvolvimento em algumas dimensões e latente em outras.

Em Aracati, as dimensões relacionais “Visão e objetivos compartilhados” e “Internalização” estavam mais fortalecidas que em Maracanaú. Os fatores que contribuíram para esse fortalecimento foram a convivência cotidiana mais frequente entre membros da equipe, o maior interesse de alguns atores locais na CIP e a existência de objetivos profissionais compartilhados na equipe de Aracati.

Por outro lado, na dimensão “Governança”, em Maracanaú, o apoio da gestão local expressou-se por uma presença mais ativa dos preceptores, que assumiam papel de interlocução e, portanto, facilitavam a comunicação entre residentes e profissionais de Saúde, entre a gestão e a RMSFC-RIS-ESP/CE. Nessa dimensão, Maracanaú apresentou um desenvolvimento mais ativo.

Na dimensão “Formalização”, não foram observadas diferenças entre os dois casos: em ambos, existiam instrumentos de formalização, como o convênio entre a SMS e a ESP-CE para oficializar a parceria que viabilizava a RMSFC-RIS-ESP/CE e o PTS. Porém, na prática cotidiana, não se observou o registro de atividades de planejamento ou de grupos e, em algumas situações, nem o registro de atendimentos individuais, prejudicando a troca de informações.

Sob outras perspectivas, na equipe de Aracati, observou-se que a CIP era bem mais fortalecida nos espaços de assistência às pessoas ou às famílias do que em atividades coletivas e comunitárias. Já na equipe investigada em Maracanaú, as práticas clínicas colaborativas praticamente não aconteciam, mas os residentes desenvolviam várias atividades de grupo e ações educativas em colaboração. Ou seja, percebeu-se que os contextos de cada município, o perfil da equipe, a estrutura e a dinâmica dos serviços interferem no modo de operacionalização da CIP.

Tomando também para análise as relações entre CIP e EIP na RMSFC-RIS-ESP/CE, pode-se perceber que, quando a CIP está em desenvolvimento em algumas de suas dimensões, a EIP também acontece. A estrutura e condução político-pedagógica do programa funcionam como suporte às inovações advindas da colaboração. Entretanto, a colaboração acontece de variadas formas, a depender do município de lotação, do ano da residência, da dedicação que os residentes têm ao programa, das relações interpessoais, dos mecanismos de comunicação utilizados, entre outros fatores.

Outro aspecto relevante é o papel do preceptor nessa configuração da CIP como estratégia de EIP e vice-versa: da EIP como indutora da CIP. Percebeu-se uma pequena habilidade deste em conduzir os aspectos relacionais da prática colaborativa, restringindo, muitas vezes, sua atuação à supervisão normativa. Sugere-se, pois, que o processo de educação permanente deste docente em serviço abranja também as nuances interativas e interpessoais que influenciam no trabalho interprofissional.

A observação dessas duas realidades permite ainda sugerirmos que, no segundo ano de formação, os turnos de liberação para elaboração do TCR e para estágios em rede sejam reorganizados, de modo a garantir reuniões entre residentes e preceptores. Nesse sentido, outra proposta que surgiu com as reflexões advindas deste trabalho foi a realização do TCR em equipe. Assim como todas as outras atividades são interprofissionais, sugere-se que o trabalho de conclusão seja feito em grupos, de forma a amadurecer a CIP também na produção científica.

Propomos o desenvolvimento de estratégias duradouras de promoção da interprofissionalidade. As tarefas obrigatórias devem ser motivadoras para que a prática se reconfigure de forma a garantir a operacionalização da clínica ampliada. Sugere-se, ainda, que sejam pensados e estruturados protocolos para CIP, de forma a garantir a sistematização e a formalização das ações compartilhadas de cuidado e planejamento.

Como limites deste estudo, os autores reconhecem que a não inclusão da percepção dos usuários sobre o trabalho interprofissional e a investigação de apenas dois municípios possivelmente restringiram a análise da CIP. Apesar dos limites, o estudo é relevante porque aplica uma tipologia canadense da CIP no contexto brasileiro, abrindo-se à perspectiva de adaptação cultural ou generalização do modelo proposto por D'Amour e colaboradores.

Colaboradores

Gisele Maria Melo Soares Arruda contribuiu substancialmente para a concepção e planejamento do trabalho; para a coleta de informações; para a análise e interpretação dos dados; para a elaboração do rascunho; para revisão crítica do conteúdo; e para a aprovação final do manuscrito. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto contribuiu substancialmente para a concepção e planejamento do trabalho; para a análise e interpretação dos dados e para a aprovação da versão final do manuscrito. Kelen Gomes Ribeiro contribuiu substancialmente para discussão dos resultados e para a aprovação da versão final do manuscrito. Amanda Cavalcante Frota contribuiu significativamente para revisão crítica do conteúdo e para a aprovação da versão final do manuscrito.

Referências

1. Matuda CG, Aguiar DML, Frazão P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saude Soc.* 2013; 22(1):173-86.
2. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu).* 2007; 11(22):239-55.
3. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care.* 2005; 1(1):8-20.
4. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco no usuário. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(4):977-83.

5. CAIPE. Interprofessional education: the definition [Internet]. 2002 [citado 05 Jul 2012]. Disponível em: <http://www.caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>.
6. Buring SM, Bhushan A, Broeseker A, Conway S, Hewwitt WD, Hansen L, et al. Interprofessional education: definitions, student competencies, and guidelines for implementation. *Am J Pharm Educ*. 2009; 73(4):59.
7. Barreto ICHC, Loiola FA, Andrade LOM, Moreira AEMM, Cavalcanti CGCS, Arruda CAM, et al. O desenvolvimento da prática de colaboração interprofissional na graduação em saúde: estudo de caso da Liga de Saúde da Família em Fortaleza (Ceará, Brasil). *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(36):199-211.
8. Dallegrave D, Ceccim RB. Residências em saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):759-76.
9. Ministério da Saúde (BR). Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília, DF: MS; 2006.
10. Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(4):586-93.
11. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martin-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008 [citado 30 Out 2014]; 8:188. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/188>.
12. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
13. Escola de Saúde Pública do Ceará. Edital nº 63/2014. Fortaleza, CE: Secretaria de Saúde do Ceará; 2014.
14. Parente JRF. Preceptoria e tutoria na residência multiprofissional em saúde da família. *SANARE*. 2008; 7(2):47-53.
15. Bardin L. Análise do conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
16. Rocha FAA, Barreto ICHC, Moreira AEMM. Colaboração interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):415-26.
17. Barreto ICHC, Melo ALA, Torres JM, Moreira AEMM. Os desafios da colaboração interprofissional entre docentes do ensino superior e profissionais de saúde em Sistema Municipal de Saúde Escola [Internet]. In: *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde*; 2013; Belo Horizonte, MG. Belo Horizonte; 2013. [citado 19 Mar 2017]. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/publicacoes.html>.
18. Dias MSA, Vieira FMBR, Silva LCC, Vasconcelos MIO, Machado MFAS. Colaboração interprofissional no projeto saúde e prevenção na escola. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(6):1789-98.
19. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF; 2012.
20. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):905-16.
21. Barros ERS, Ellery AEL. Colaboração interprofissional em uma unidade de terapia intensiva: desafios e possibilidades. *Rev Rene*. 2016; 17(1):10-9.
22. Maia DB, Souza ETG, Gama RM, Lima JC, Rocha PCF, Sasaki Y. Atuação interdisciplinar na atenção básica de saúde: a inserção da residência multiprofissional. *Saude Transform Soc Health Soc Change*. 2013; 4(1):103-10.

23. Ministério da Saúde (BR). Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Cadernos de atenção básica nº 39.
24. Silva EP, Melo FABP, Sousa MM, Gouveia RA, Tenório AA, Cabral AFF, et al. Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. Rev Bras Cienc Saude. 2013; 17(2):197-202.

Arruda GMMS, Barreto ICHC, Ribeiro KG, Frota AC. El desarrollo de la colaboración interprofesional en diferentes contextos de residencia multiprofesional en Salud de la Familia. Interface (Botucatu). 2018; 22(Supl.1):1309-23.

Se analizó la colaboración interprofesional (CIP) en un programa de residencia multiprofesional en Salud de la Familia (RMSF) por medio de la tipología de la colaboración interprofesional de D'Amour y colaboradores. Se realizó un estudio analítico de casos múltiples, utilizando observación participante y entrevistas semiestructuradas con los coordinadores del programa, preceptores y residentes de dos municipios de Ceará, totalizando 24 participantes. El corpus de datos se sometió a análisis temático referenciado en la tipología de D'Amour con triangulación de las informaciones de la observación y entrevistas. Se observó el fortalecimiento de todos los indicadores de la CIP, tanto por la dirección político-pedagógica del programa como por el proceso de trabajo en la Estrategia Salud de la Familia. La RMSF es un proyecto innovador; sin embargo, su dinámica de educación interprofesional por el trabajo tiene que ser mejor sistematizada para asegurar la CIP activa. Se sugiere el fortalecimiento de la preceptoría en servicio con capacitación y mayor valorización de esos profesionales.

Palabras clave: Internado y residencia. Salud de la Familia. Relaciones interprofesionales.

Submetido em 19/11/16. Aprovado em 12/04/17.

